ENQUETE DE BASE DU PBC
MPSF/CRS-BENIN

Table des Matières

HISTORIQUE 1

RESUME 3

I. INTRODUCTION 4
- A. Fondement 4
- B. Objectif de l'Enquête 7

II. METHODOLOGIE 8
- A. Le Questionnaire 8
- B. Détermination de la Taille de l'Echantillon 9
- C. Constitution de l'Echantillon 10
- D. Formation des Superviseurs et des Enquêteurs 10
- E. Conduite des Interviews 12
- F. Méthode de Dépouillement 13
- G. Méthode d'Analyse et de Discussion des Résultats 13

III. RESULTATS 14
- Principaux indicateurs du KPC- Borgou 28

IV. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS 30

V. OBJECTIFS DU PBC-BORGOU-ALIBORI POUR L'HORIZON 2002 42

Bibliographie 44

ANNEXE A - Calendrier des Activités du KPC- Borgou

ANNEXE B - Liste des Communautés sélectionnées pour l'Enquête

ANNEXE C - Questionnaire en français

HISTORIQUE

A partir de l'année 1982, le Ministère chargé des Affaires Sociales a développé en partenariat avec le Catholic Relief Services (CRS/Bénin), un programme pour le suivi de la Santé Maternelle et Infantile. L'objectif principal de ce programme est la réduction du taux de malnutrition des enfants en âge préscolaire. Au cours de la dernière décennie, ce programme a connu plusieurs restructurations quant à la stratégie de la conduite des activités. Ces changements de stratégie concourraient à améliorer l'impact du programme sur les bénéficiaires en agissant sur: a) les groupes les plus défavorisés; et b) les tranches d'âges les plus à risque. Les résultats de ce programme sont encourageants.

Toutefois, dans le souci d'obtenir de meilleurs résultats, de se conformer aux nouvelles réflexions dans le cadre des programmes de suivi de la santé maternelle et infantile et, enfin, de mettre en place un système de mesure des progrès accomplis par les acteurs du programme afin de justifier les ressources mises à leur disposition, le MPSF et le CRS/Bénin ont identifié deux nouveaux défis à relever: 1) mettre en oeuvre la stratégie dite avancée qui consiste à sortir des actuels centres sous-préfectoraux afin de mieux rapprocher le programme des couches les plus défavorisées; et 2) à responsabiliser les bénéficiaires eux-mêmes, dans la conduite et la gestion de ce programme.

Avec ce nouveau départ, le programme devra mettre en place des instruments (outils) qui lui permettront d'effectuer périodiquement et avec des moyens limités, des mesures sur un certain nombre d'indicateurs de progrès. En effet les donateurs du programme sont de plus en plus exigeants et conditionnent la poursuite de leur soutien à la preuve de l'impact positif du programme sur les cibles. C'est pourquoi les objectifs se doivent d'être clairement définis à partir des données de base.

C'est pour relever ces défis que:

- **Premièrement**, le MPSF et le CRS/Bénin ont mis au point le **P**rogramme Alimentaire et Nutritionnel à **B**ase **C**ommunautaire (**PBC**) pour rapprocher le programme des zones les plus démunies sur le plan des infrastructures sociales. Ce faisant, les différentes responsabilités de la conduite et de la gestion des activités du programme seront confiées aux populations elles-mêmes.

- **Deuxièmement**, les deux partenaires ont décidé de conduire avant le démarrage des activités du PBC une enquête KPC. Cette enquête permettra d'apprécier la situation de base dans ces communautés sur le plan de la couverture vaccinale, des Connaissances et des Pratiques des mères d'enfants en matière de santé maternelle et infantile.

C'est pour la constitution des données de base que le MPSF a conduit du 16 Août au 1er Septembre 1999 une enquête de Connaissance, de Pratique et de Couverture vaccinale (KPC). Cette enquête financée par l'USAID/Bénin a été conduite avec le soutien technique du CRS/Bénin à travers sa section chargée du Programme de Santé de la Famille. Cette enquête a couvert toutes les 58 communautés ciblées dans les départements du Borgou et de l'Alibori pour exécuter la phase pilote du Programme Alimentaire et Nutritionnel à Base Communautaire (PBC).

Les structures suivantes ont apporté leurs concours au bon déroulement de l'enquête**: Cellule du Programme Alimentaire et Nutritionnel** (Cellule PAN), **Direction de la Santé Familiale**, **Institut Régional de Santé Publique** (IRSP). Cette enquête KPC a été conduite selon la méthodologie mise au point par le Département de l'Hygiène et de la Santé Publique de

l'Université Johns Hopkins (USA). Cette méthodologie recommande de responsabiliser les différents services impliqués dans le programme de santé maternelle et infantile dans la conduite de cette enquête. L'équipe de conception et de conduite de l'enquête qui a été constituée est un groupe de cadres travaillant dans les institutions précitées.

La méthodologie pour toute enquête KPC mise au point par l'Université Johns Hopkins permet d'obtenir en peu de temps, des données très fiables qui doivent faire l'objet de compte rendu dans un bref délai aux décideurs et aux exécutants sous forme d'une réunion ou d'une séance de causerie débat. Ces mêmes résultats sont aussi utilisés pour faire des choix stratégiques pour le programme de soins de santé maternelle et infantile afin d'orienter la définition et l'élaboration des types de messages plus adaptés au milieu, de même que les canaux de transmision des informations qui garantissent les meilleurs résultats.

Tous les objectifs que se sont fixés le MPSF et son partenaire le CRS/Bénin en organisant l'enquête KPC Borgou ont été atteints en quatre semaines de travail. Le MPSF et le CRS/Bénin ont eu de nombreuses séances de travail qui ont permis d'interprèter et de comprendre les différents résultats obtenus par l'enquête KPC. Au cours de ces séances de travail, des stratégies de correction des écarts défavorables et d'amélioration des bons résultats ont été définies. Ces discussions ont aussi permis de faire une évaluation sommaire des actions prévues dans le Programme quinquennal 1996-2000 et d'y apporter parfois des corrections. Les résultats de l'enquête KPC ont aussi permis de constituer une banque d'indicateurs (données de base) qui seront mesurés au moment de l'évaluation de l'ensemble du programme en 2001, ou encore à travers le temps pour apprécier l'impact du programme de Santé Maternelle et Infantile. D'autre part, ces résultats permettront au MPSF et au CRS/Bénin de mieux identifier les messages éducatifs qui maximiseront l'impact positif parce que correspondant aux besoins réels des populations.

Le Questionnaire utilisé pour l'enquête est conçu au départ au bureau de l'Organisation Non Gouvernementale CSSP (Child Survival Support Program-CSSP) à Baltimore, MD, après consultation du siège de CRS/Baltimore et le personnel du CRS/Bénin. Ce questionnaire a été relu et corrigé puis traduit en Français en adaptant les mots utilisés aux réalités du Bénin. Ce questionnaire a ensuite été traduit en trois langues nationales les plus utilisées par les populations rurales des départements du Borgou et de l'Alibori (Batonou, Boko et Dendi).

Pour la conduite proprement dite de l'enquête KPC, une équipe centrale pour la conduite de toute l'enquête (Equipe de conception) a été mise sur pied et comprend des représentants du MPSF, de l'IRSP, du CRS, et de la Cellule PAN. Cette équipe qui a déjà reçu deux fois la formation des Formateurs d'Enquêteurs, pour l'enquête du Borgou, un auto-récyclage de 4 jours a été organisée à son intention. L'équipe avait été formée sur toute la méthodologie de l'enquête KPC. Cette méthodologie comprend les différentes techniques de constitution de l'échantillon représentatif de la population, les techniques de sélection des ménages à interviewer, les techniques d'interview, l'organisation du dépouillement manuel, la rédaction du rapport d'enquête et le compte rendu aux autorités et aux communautés (feed-back). L'équipe de conception a appris également à former les superviseurs d'enquête et les enquêteurs.

En résumé, les membres de l'équipe de conception ont acquis toutes les aptitudes nécessaires pour être capables de conduire ce type d'enquête et de mesurer l'impact des programmes de santé basés sur le changement de comportement des participants.

Après le récyclage des membres de l'équipe de conception, six superviseurs d'enquête KPC et 18 enquêteurs furent également formés en 5 jours par les membres de l'équipe de conception pour s'assurer que ces personnes ont toutes les aptitudes requises pour la conduite effective de l'enquête KPC. L'enquête proprement dite sur le terrain a nécessité six groupes de trois enquêteurs et deux superviseurs. Le nombre d'enquêteurs est important parce qu'il fallait selon la méthodologie, atteindre les trente grappes tirées au hasard en trois jours au maximum alors que l'accès aux communautés est difficile à cause des pistes très peu praticables. Chaque grappe est composée d' au moins, dix (10) ménages constitués de mères ayant un enfant dont l'âge est inférieur à 2 ans. Au total, 308 mères furent enquêtées.

RESUME

Tous les 308 questionnaires ont été dépouillés. Aucun n'a été éliminé pour mauvais remplissage ou inachevé. Les principaux résultats obtenus après le dépouillement des trois cents questionnaires montrent que 86,4% des mères enquêtées (266/308) ne sont pas capables de lire. 93,2 % d'entre elles exercent une activité génératrice de revenus. Il est apparu que la moitié de ces femmes (52,6%) prennent leurs enfants avec elles lorsqu'elles s'absentent mais certaines d'entre elles (36,4%) les confient aux grand-mères ou aux co-épouses.

Deux mères sur cinq (40%) ayant un enfant âgé de 0 à 3 mois pratiquent l'allaitement maternel exclusif. Beaucoup de mères (80,5%), pensent que pour stimuler et garantir la production du lait maternel, il faut seulement bien manger, contrairement à ce qui est recommandé à savoir: allaiter le bébé aussitôt après l'accouchement. Moins de la moitié des mères enquêtées (44,9%) pratiquent une des formes de la TRO (Thérapie de Réhydratation Orale) au cours d'un épisode de diarrhée de leurs enfants.

La couverture vaccinale pour le BCG est de 75,9%, la couverture vaccinale contre la rougeole (Rouvax) est égale à 53,2%. Le pourcentage des enfants complètement vaccinés contre les maladies du PEV est de 44,7%. Seulement 42% des mères savent que le vaccin Anti-Tétanique pris au cours de la grossesse protège la mère et l'enfant. 65% de mères savent que la femme en état de grossesse devrait prendre au moins deux doses de vaccin pour se protéger elle-même et protéger son enfant contre le tétanos. Seulement 36% des accouchements sont assistés par un agent de santé qualifié.

Après les séances de travail pour analyser les résultats, le MPSF et le CRS-Bénin ont fixé des objectifs et défini des stratégies qui sont développés dans la partie "Discussions et Recommandations" de ce rapport.

I. INTRODUCTION

A. Fondement

Le CRS/Bénin, une organisation volontaire privée (PVO) dont le siège se trouve à Baltimore, soutient au Bénin depuis 1958, un programme national de Protection Sociale en partenariat avec le Ministère chargé des Affaires Sociales. Ce programme est soutenu depuis lors par les ressources du Titre II du Gouvernement Américain. Il s'agit d'un programme d'assistance simple aux populations les plus à risque sur le plan de la sécurité alimentaire. L'activité principale de ce programme est la distribution de vivres importés des Etats-Unis d'Amérique. La Loi Publique Américaine N°480 gérée par l'**Agence Américaine pour le Développement International (USAID)** a défini les conditions dans lesquelles la distribution de ces vivres du Titre II devra être faite, pendant que le Bureau pour l'Assistance Humanitaire et Alimentaire (**BHR/FFP**) s'occupe de la gestion logistique pour le Gouvernement Américain de cette assistance.

A partir de 1982, le CRS/Bénin a décidé en accord avec son partenaire du Gouvernement du Bénin, d'utiliser une partie importante des mêmes ressources du Titre II pour soutenir un programme de développement social (Santé - Nutrition) au lieu du programme d'assistance simple (Social) dont l'impact était difficile à démontrer. Le nouveau programme intitulé **Programme Alimentaire et Nutritionnel (PAN)** sera mis en oeuvre dans 95 centres dits centre de santé maternelle et infantile (**Centres MCH** ou *Mother and Child Health Centers*) répartis sur toute l'étendue du territoire national. La plupart de ces centres appartiennent au Gouvernement Béninois. Les autres appartiennent soit à l'Eglise Catholique et Protestante, soit à des Organisations privées. **[MPSF (68 centres), Ministère du Développement Rural (9 centres), Eglises Catholique et Protestante (15 centres) Organisations Communautaires (3 centres)].**

Tous ces différents centres sont essentiellement installés dans les chefs lieux des sous-préfectures. De ce fait, la cible du PAN qui est en priorité constituée des populations des communautés les plus pauvres en infrastructures sanitaires et sociales, doit souvent parcourir de très longues distances pour bénéficier des services offerts par ce programme. Environ 50.000 enfants d'âge compris entre 0 et 24 mois, sont suivis sur les plans de la croissance pondérale et du programme vaccinal une fois par mois. Des causeries éducatives sur les thèmes de l'hygiène, de la nutrition infantile, de la vaccination, du traitement de la diarrhée de l'enfant, de l'allaitement maternel, ... etc, sont organisées pour les mères de ces enfants à l'occasion de ces séances de pesée. A titre d'appoint, une activité de distribution des vivres du Titre II aux mères présentes est organisée à la fin des séances. Il est également prévu dans ce programme de santé maternelle et infantile, un volet "activités génératrices de revenus" pour amener les mères qui le désirent à entreprendre pour leur propre compte, des activités rémunératrices à travers de petits commerces, les activités de jardinage de groupe ou des activités de transformation de produits agricoles.

Malgré les résultats encourageants enregistrés par ce programme sur la santé des enfants et des mères qui y participent, les dernières évaluations qui ont été conduites en 1993 et en 1995 ont identifié des insuffisances dont les principales sont les suivantes:

- La couverture du programme au niveau national reste faible (autour de 7% de la population cible);
- La façon dont les inscriptions des participants au programme sont faites au niveau des centres, ne garantissait pas que la cible est vraiment atteinte. Vu la localisation des centres MCH, les mères participantes sont beaucoup plus celles des zones urbaines et péri-urbaines.

- La participation des communautés dans la réalisation des activités qui promeuvent leur développement demeure faible;
- Le taux de malnutrition des enfants dans la tranche d'âge de 0 à 2 ans au niveau national, n'a pas beaucoup diminué; il reste encore assez élevé (environ 35%) après plusieurs années d'exécution de ce programme.
- La plupart des thèmes de séance éducative sur lesquels les mères sont sensibilisées après les séances de pesée et de contrôle du statut vacccinal de l'enfant, ne sont pas mis en pratique au niveau des ménages. Les raisons évoquées sont souvent liées au pouvoir d'achat des mères qui reste faible. Les micro-projets générateurs de revenus individuels mis en place pour corriger la pauvreté des participantes n'ont pas été à la hauteur des attentes.
- Les mères qui participent au programme de santé maternelle et infantile et qui désirent mettre en oeuvre les bonnes habitudes de promotion de la santé de leur famille ne bénéficient pas du soutien des autres membres de la famille (mari, mères, tantes, grand-mères, et autres de l'entourage). Ces derniers s'opposent souvent au changement de comportement de la mère qui aura été la seule à avoir été éduquée au niveau des centres MCH et qui de ce fait comprend les avantages de ce changement de comportement.

Par ailleurs, toujours avec l'appui financier de l'USAID, le CRS/Bénin et le MPSF ont initié une première enquête **KPC** qui a été conduite en Janvier-Février 1995 sur toute l'étendue du territoire national. Les principaux résultats de cette enquête sont:

- Seulement 7% des mères enquêtées pratiquent l'allaitement maternel exclusif pour les enfants d'âge compris entre 0 et 4 mois.
- Seulement 28% des mères donnent aux enfants en âge de manger, un repas complet sur le plan nutritionnel.
- A peine la moitié des mères enquêtées pratiquent une des formes de la TRO (Thérapie par Réhydratation Orale) au cours d'un épisode de diarrhée de leur enfant.
- 29% des enfants dont les mères ont été enquêtées, avaient leur programme vaccinal complet à l'âge de 12 mois.
- Seulement 33% des mères savent que le vaccin Anti-Tétanique au cours de la grossesse, protègent la mère et l'enfant et que la femme enceinte devrait prendre au moins deux doses de vaccin pour se protéger elle-même et protéger l'enfant.

- Au regard des insuffisances ci-dessus identifiées par les différentes évaluations du PAN,
- vu les résultats de l'enquête KPC National,
- vu les multiples problèmes rencontrés pendant les tournées de supervision et de contrôle, et
- au regard des objectifs fixés par le PAN, à savoir disposer des indicateurs fiables pour démontrer l'impact du programme ;

L'approche communautaire de conduite des activités du PAN est pour le cas d'espèce, la stratégie la plus indiquée. Cette approche qui a pour fondement la conduite des activités du PAN au sein des communautés ciblées par une organisation locale formée, suscitera la prise en charge par les populations elles-mêmes, de la résolution de leurs problèmes non seulement de santé maternelle et infantile, mais aussi de l'ensemble des problèmes de développement qui se posent à elles. Avec un programme d'activités bien élaboré, des thèmes de séance éducative bien conçus à partir des faiblesses en connaissances et en pratiques identifiées en matière de la survie de la mère et de l'enfant et une supervision adéquate, un impact important pourrait être attendu.

Pour ce nouveau départ, il est indispensable de mettre également en place des indicateurs de progrès mesurables à des périodes données. La méthodologie de l'enquête KPC mise au point par l'Organisation Non Gouvernementale CSSP (Child survival Support Program) sise à Baltimore (USA) est un outil qui nous permettra, sur la base des connaissances et des pratiques de survie de la mère et de l'enfant, d'identifier des indicateurs mesurables tous les quatre ou cinq ans. Cette méthodologie étant acceptée par la plupart des donateurs, il sera donc possible de démontrer l'impact du **Programme Alimentaire et Nutritionnel à Base Communautaire (PBC)** à partir des résultats du KPC. C'est pourquoi l'enquête KPC qui a été conduite du 16 Août au 1er Septembre 1999 dans le Borgou, le troisième département pilote du PBC, aux caractéristiques géographiques differentes des deux premiers, se justifie. Par ailleurs, les résultats qui sont présentés dans le présent rapport constituent des données de base (repères) par rapport auxquels les objectifs du PBC-Borgou sont fixés.

Les activités d'IEC pour la Survie de l'Enfant, ciblées par le MPSF et le CRS/Bénin dans le Programme Alimentaire et Nutritionnel à Base Communautaire (PBC) s'articulent autour de quatre thèmes majeurs de santé maternelle et infantile contenus dans le document élaboré par l'UNICEF et l'OMS; "Savoir pour Sauver." Ces thèmes sont:

- **La Vaccination** - Il s'agit de sensibiliser les mères sur les avantages du respect du programme vaccinal des enfants et de la prise par elles- mêmes de deux doses de vaccin antitétanique avant l'accouchement. Le contrôle des carnets de vaccination des enfants permet aussi de s'assurer que les enfants des communautés ciblées terminent leur programme vaccinal à l'âge de 12 mois.

- **La promotion du suivi de la Croissance Pondérale** - Il s'agit de sensibiliser les mères participantes à comprendre les avantages à suivre la croissance pondérale de leurs enfants et à effectuer une pesée par mois à leurs enfants âgés de 0 à 24 mois.

- **L'Allaitement Maternel/Nutrition** - Il s'agit d'expliquer aux mères participantes, les avantages de l'allaitement exclusif au sein pour les enfants âgés de 0 à 4 mois et les types d'aliments à introduire dans l'alimentation des enfants d'âge supérieur à 4 mois afin de leur assurer un développement harmonieux.

- **La prise en charge de la Diarrhée Infantile** - Il s'agit de donner aux mères participantes, les aptitudes à reconnaître un épisode de diarrhée de leurs enfants et à adopter un bon comportement au cours et après un épisode diarrhéique.

L' actuelle enquête KPC a permis de constituer des données de base sur la couverture vaccinale et les niveaux de connaissance et des pratiques des mères habitant les zones ciblées par le PBC, sur les thèmes majeurs ci-dessus indiqués. Par ailleurs, les Taux de Mortalité Infantile (TMI) actualisés n'étant pas disponibles pour chacune des communautés où le PBC sera implanté, on dispose, des résultats d'une Enquête Démographique et de Santé (EDS) effectuée au Bénin en 1996. Ces résultats d'enquête indiquent que le TMI au niveau national est de 94 décès enregistrés avant leur premier anniversaire pour 1.000 naissances vivantes.1 Le programme de santé Maternelle et Infantile du MPSF/CRS indique aussi que la diarrhée, le paludisme et la malnutrition sont les plus grandes menaces à la survie de l'enfant. Ce programme indique aussi que le taux de couverture vaccinale est très inégal d'une région à une autre et est aussi l'une des

1 MPREPE, INSAE, et Macro International Inc., EDS au Benin 1996: Rapport Préliminaire, Septembre 1996

menaces à la survie de l'enfant. **Selon l'enquête EDS au Bénin, 55.6% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu toutes les vaccinations du PEV et 64.3% ont été vaccinés contre la rougeole.** Les données statistiques produites par le programme du CRS/Bénin indiquent que le taux de malnutrition des enfants de moins de trois ans, inscrits au programme serait compris entre 31% et 37%, et que les départements du Borgou et de l'Alibori comptent parmi les régions où les plus forts taux de malnutrition sont enregistrés.

En 1991, l'USAID a demandé à toutes les Organisations Non Gouvernementales Volontaristes (PVO/ONG), qui voudraient obtenir de nouveaux financements pour les projets de Survie de l'Enfance, de conduire une enquête KPC de base selon la méthodologie de sondage d'un échantillon de 30 grappes de 10 individus chacune. Le questionnaire standard à utiliser est celui développé par l'Université Johns Hopkins. Cet outil et cette méthodologie ont été mis au point pour mesurer les connaissances et les pratiques des participantes aux activités de santé maternelle et infantile.

B. Objectif de l'Enquête KPC

La constitution de l'échantillon pour ce genre d'enquête se base sur la technique du sondage de 30 grappes de 10 individus sélectionnés parmi la population à étudier et selon le principe du hasard. La présente étude vise les mères ayant au moment de l'enquête, un enfant âgé de 0 à 23 mois revolus et résidant dans l'une des communautés du Borgou et de l'Alibori ciblées par le projet PBC. En limitant l'échantillonnage aux mères d'enfants de moins de 24 mois, cette enquête répétée dans trois ou quatre ans, garantirait la possibilité de toucher les enfants nés pendant la durée de vie du projet, et celle d'établir l'impact des activités d'IEC conduites par les animatrices communautaires appuyées par les personnels des Centres MCH du projet à travers une amélioration sensible des connaissances et des pratiques des mères sur les interventions-clé pour la survie de l'enfant.

Une enquête basée sur un échantillonnage de population permet d'obtenir des ratios. Ces ratios (taux) sont des données relatives à des dénominateurs, qui jouent un rôle important dans le système d'information sanitaire. Ces données collectées à partir d'une enquête par sondage peuvent être utilisées pour la conception de nouveaux thèmes de sensibilisation, la mise en oeuvre d'une nouvelle gestion du système d'informations internes et pour un système d'évaluation afin de mesurer les progrès du programme de santé maternelle et infantile.

Les résultats de cette enquête KPC, permettront de recueillir des informations sur les questions suivantes:

1) Les Connaissances et les Pratiques des mères d'enfants de moins de 2 ans sur:
   - les menaces principales à la survie des enfants à cause de la connaissance que les mères d'enfants ont par rapport aux messages les plus importants en matière de santé.
   - les menaces principales à la santé de la mère et de l'enfant à cause de l'ensemble des pratiques adoptées par les familles.
   - les pratiques adoptées par les populations enquêtées dans le traitement des maladies diarrhéiques en particulier.
   - l'importance du suivi de croissance
   - la pratique de l'allaitement maternel exclusif, du sevrage et de l'alimentation des enfants

ciblés.

2) Les messages d'éducation en santé/nutrition appropriés pour les groupes cibles.

3) Les taux de couverture vaccinale pour les enfants âgés de 12-23 mois pour des types de vaccin (BCG, DTC-Polio, Rouvax) et aussi le taux d'abandon entre les séries d'antigènes.

Ces objectifs s'inscrivent dans l'atteinte des objectifs du PBC qui sont :
- Réduire la mortalité infantile
- Améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle
- Susciter au niveau des communautés la création de structures perennes pour la promotion de la santé et de la nutrition des mères et des enfants et pour le développement.

Pour faire les analyses à partir des résultats du KPC, la méthodologie recommande d'utiliser un certain nombre d'indicateurs clés de la survie de l'enfant. Ces indicateurs sont déterminés à partir des formules standards disponibles qui utilisent les résultats chiffrés de l'enquête. Ces indicateurs sont déterminés à partir des messages d'éducation établis par l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO et le FNUAP en association avec 165 des plus importantes organisations médicales et des principaux organismes se consacrant à l'enfance. Ces messages sur les connaissances et les pratiques des mères, sont rassemblées dans le document "Savoir pour Sauver" et sont les plus fiables en matière de survie de l'enfant.

II. METHODOLOGIE

A. Questionnaire

Le questionnaire contient 47 questions dont 40 sont sélectionnées dans le format standard de l'enquête KPC mise au point par l'Université Johns Hopkins (Ecole de formation et de recherches en Santé Publique et en Hygiène Domestique) et approuvée par l'USAID. Ce questionnaire a été conçu pour la collecte d'informations en matière de santé des mères et des enfants de moins de 24 mois.

Les deux premières questions qui sont posées à la mère interviewée, se rapportent à son âge et à celui de son plus jeune enfant de moins de 24 mois. Les questions de 3 à 8 rassemblent les données relatives au niveau d'instruction de la mère, aux horaires de ses occupations et aux autres personnes qui ont un rôle à jouer dans la santé de l' enfant. Les questions allant de 9 à 15 traitent des sujets relatifs aux pratiques et aux connaissances de la mère interviewée, sur l'allaitement maternel et l'alimentation du bébé. Les questions de 16 à 19 vérifient si l' enfant est amené aux séances de pesée pour le contrôle de sa croissance pondérale. Les questions 20 à 29 se réfèrent à la diarrhée et aux soins apportés à l'enfant au cours d'un épisode diarrhéique. Les questions 30 à 36 établissent la situation vaccinale de l'enfant contre les maladies infectieuses et aussi les connaissances de la mère en matière de protection par la vaccination de l'enfant contre ces maladies. Les questions de 37 à 42 sont relatives aux soins maternels et les questions 43 à 46 sont relatives aux maladies respiratoires.

Les quatre questions 43, 44, 45, et 46 sont posées à la mère interviewée à la demande du Ministère de la Santé Publique, pour recueillir des informations sur la fréquence des maladies respiratoires chez les enfants et les pratiques des mères pour soigner ces maladies. La 47ème

question est dite question de sortie de l'interview qui permet à l'enquêteur de terminer avec la mère sur une note de gaîté étant donné que toutes les mères peuvent repondre à cette question. Cette question permet aussi de savoir le genre d'assistance que reçoit la mère pendant l'accouchement de son enfant, autrement dit si l'accouchement est fait par un agent qualifié.

Le questionnaire initialement écrit en anglais a été traduit en Français et amendé par l'équipe de conception de l'enquête (Core Team) pour refléter les réalités de la zone couverte par l'enquête. Ce questionnaire a été ensuite traduit en trois langues parlées dans les départements du Borgou et de l'Alibori. Ces langues sont: **le Batonou, le Boko et le Dendi.**

B. Détermination de la Taille de l'Echantillon

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule statistique suivante:

$$n = z^2(pq)/d^2 \quad \text{où}$$

n représente la taille recherchée pour l'échantillon,
z se détermine à partir de la certitude statistique voulue,
p la prévalence ou taux de couverture à rechercher.
La valeur de q étant égale à 1-p, p est déterminé de façon à ce que le produit **p** x **q** ait la plus grande valeur possible, pour obtenir une taille d' échantillon plus représentative que possible. Pour cette raison, **p** est égal à 0,5.
d représente quant à lui, la précision désirée.

La valeur de **d** est déterminée par la marge d'erreur qu'on veut se permettre d'avoir ou par la précision que nous recherchons. Dans le cas de ce KPC, **d = 0,1** c'est-à-dire que nous nous permettons une marge d'erreur de 10%.

La certitude statistique choisie étant égale à 95%, la valeur de **z** correspondante, est égale à **1,96**. A partir des valeurs ci-dessus définies, la taille **"n"** de l'échantillon pour le KPC est:

$$n = \frac{(1{,}96 \times 1{,}96)\,(0{,}5 \times 0{,}5)}{(0{,}1 \times 0{,}1)}$$

$$n = \frac{(3{,}84)\,(0{,}25)}{0{,}01}$$

$$n = 96$$

Dans la mesure où, il a été constaté qu'il n'est pas aisé, du point de vue du temps, de sélectionner au hasard un individu à partir de la population à enquêter, et ensuite d'éffectuer cette sélection 96 fois pour identifier un échantillonnage de **n = 96**, on peut économiser du temps en faisant une enquête par sondage en 30 grappes de 10 individus chacune; chaque individu étant sélectionné à partir d'une population donnée pour constituer la taille réquise pour l'échantillon représentatif. Cependant, afin de compenser les biais dont il faut tenir compte au cours des interviews auprès des personnes pendant les sondages d'opinion, plutôt que de sélectionner 96 individus au hasard, l'expérience a montré qu'un échantillon minimum de 210 (7 individus dans chacune des 30 grappes de population) devrait être utilisé vu les valeurs de p, de d, et de z ci-dessus (Henderson, et. al.,

1982).

En général, lorsqu'on exploite une enquête de sondage qui se base sur un échantillon d'individus déterminé par le système de 30 grappes constituées dans la population totale, la taille de cet échantillon devrait être au moins égale au double de la valeur de **n**, trouvée à partir de la formule $\mathbf{n = z^2(pq)/d^2}$. Dans le cas de ce KPC, une taille d'échantillon de 300 individus (10 par grappe) est retenue pour s'assurer que les sous-échantillons (**Exemple:** Les mamans dont les enfants ont actuellement ou ont eu une diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête [**'oui' à la question 20**]) seraient assez grands pour fournir des informations sur lesquelles des décisions utiles d'actions types peuvent être prises.

L' estimation de la limite de confiance pour les résultats de l'enquête est quant à elle, calculée à partir de la formule suivante:

La limite de confiance = p ± z (racine carré de [pq/n]) où:

p représente la proportion de la population qui a satisfait une situation donnée (trouvée à partir de l'enquête), **z** étant la certitude statistique voulue (si la certitude voulue est de 95%, alors **z** = 1,96). Comme définie ci-dessus, **q** est égal à **1-p** et **n** est la taille de l'échantillon.

Exemple: Si la proportion d'enfants dans l'enquête complètement ou correctement vaccinés est de 37% dans une taille d'échantillon égale à n = 297, on aura:

La limite de confiance = 0,37 ± 1,96 x racine carré de (0,37 x 0,63/297)
(z = 1,96)

La limite de confiance = 0,37 ± 0,03

soit 0,37 ± 0,03

ou 0,34 à 0,40 (34% à 40%)

En d'autres termes, nous sommes à 95% sûrs que la proportion actuelle d'enfants dans la zone d'enquête qui soient complètement et correctement vaccinés varie entre 34% et 40%.

C. Constitution de l'Echantillon

L'échantillonnage a consisté à sélectionner au hasard 308 femmes vivant dans 30 des 58 communautés ciblées par le Programme Alimentaire et Nutritionnel, et portant au moment de l'enquête un enfant âgé de 0 et 23 mois. Pour y arriver, dix (10) femmes étaient sélectionnées selon la méthode du hasard dans chacune des 30 communautés sélectionnées suivant le processus décrit dans le manuel de formation pour la Couverture d'Enquête du PEV (OMS, Genève, Oct. 1988).

D. Formation des Superviseurs et des Enquêteurs

Avant la formation des superviseurs d'enquête et des enquêteurs, **l'équipe de conception de l'enquête (Core Team),** déjà formée par deux fois, a subi un récyclage sur la méthodologie de l'enquête. EIle est constituée exclusivement des cadres désignés par le CRS/Bénin, le MPSF et par le personnel de la Cellule du Programme Alimentaire et Nutritionnel chargée de la conduite au niveau national du Programme et l'Institut Régional de Santé Publique.

L'équipe de conception de l'enquête a retenu **6 superviseurs (en plus des membres de l'équipe de conception d'enquête KPC)** en fonction des expériences dont ils disposent dans la conduite d'une enquête et sélectionné **18 enquêteurs**, pouvant lire et écrire correctement l'une au moins des trois langues généralement parlées dans les 30 communautés-grappes de l'enquête. Les enquêteurs sont pour la plus part, des élèves ou étudiants, ou des agents d'ONG, originaires du département du Borgou.

La formation des superviseurs d'enquête et des enquêteurs est assurée par les membres de l'équipe de conception et a duré cinq jours afin de s'assurer qu'ils maîtrisent bien la méthodologie. Le contenu de la formation des superviseurs et des enquêteurs a été mis au point par les membres de l'équipe de conception. Chacun des membres de l'équipe de conception a été responsabilisé pour une partie de l'ensemble de la formation. L'auto-récyclage des membres de l'équipe de conception a eu lieu à Cotonou du 16 au 19 Août 1999. La formation des Superviseurs a eu lieu à Parakou le Lundi 23 Août 1999 et celle des enquêteurs du 24 au 27 Août 1999. Une partie de la journée du Vendredi 27 Août 1999 a été réservée pour constituer les différentes équipes et rejoindre les zones d'enquête.

Le premier jour de la formation a été consacré aux problèmes administratifs de l'enquête, à l'explication des données globales de la méthodologie de l'enquête et à l'étude du questionnaire en français. Les formateurs et les membres de l'équipe de conception de l'enquête ont conduit les sessions de formation suivantes: (a) but et objectifs de l'enquête; (b) constitution au hasard de l'échantillon; (c) sélection du premier ménage et choix de la direction à suivre une fois arrivé dans une communauté; (d) les protocoles d'usage dans les communautés à enquêter; et (e) la lecture suivie d'explications du questionnaire finalisé en français par les membres de l'équipe de conception de l'enquête.

La formation du second jour et du troisième jour a permis de mettre l'accent sur les techniques de l'interview de l'enquête KPC. Pour mieux se familiariser avec le questionnaire, des jeux de rôle de l'interview ont été organisés avec un superviseur et ses enquêteurs. L'occasion a été donnée à chacun des participants de pratiquer l'interview, et à chaque superviseur de pratiquer le feed-back.

Au cours de la matinée du quatrième jour, un exercice pratique d'interview en situation réelle a été organisé dans deux communautés des environs de Parakou. Les enquêteurs encadrés par les superviseurs et les membres de l'équipe de conception se sont exercés à parfaire les techniques d'interview apprises en réalisant chacun deux interviews. L'après-midi de cette journée a été utilisé pour finaliser la traduction de certains termes utilisés dans les langues nationales choisies et vérifier si le questionnaire traduit est conforme à la version française.

Tous les 18 enquêteurs formés, ont été retenus pour la collecte de données. Les membres de l'équipe de conception ont joué aussi le rôle de superviseurs.

E. Conduite des Interviews

L'enquête elle-même a duré 3 à 4 jours pour les équipes qui sont allées dans les zones enclavées de l'Alibori et s'est déroulée du 28 au 31 Août 1999. Trente (30) communautés parmi les 58 réparties sur toute l'étendue du territoire des départements du Borgou et de l'Alibori ont été couvertes par l'enquête. En tenant compte des difficultés d'accès à certaines de ces communautés et du fait que l'enquête ne devrait pas dépasser trois jours, 6 équipes de trois enquêteurs et deux superviseurs chacune ont été constituées. Les éuipes ont été formées en tenant compte des aptitudes de chacun à faire l'enquête dans l'une au moins des trois langues nationales surtout pour les enquêteurs. Personne n'était retenue s'il n'était pas capable de démontrer sa facilité à lire, écrire et à parler la langue locale pour laquelle il se serait inscrit. Pour s'assurer que tout se passe dans de très bonnes conditions, un coordinateur de l'enquête sur le terrain a été désigné parmi les membres de l'Equipe de Conception pour coordonner le travail des équipes en apportant des solutions aux problèmes qui pourraient se poser à elles.

Dès que l'équipe d'enquêteurs arrive dans une communauté sélectionnée, les superviseurs procèdent à la sélection au hasard des ménages à enquêter. La méthodologie consiste à déterminer le premier ménage où il est possible de trouver une mère portant un enfant âgé de 0 à 23 mois. A partir de ce premier ménage défini par le système du hasard, le reste des neuf autres ménages se détermine par le principe de la maison suivante dont la porte d'entrée est la plus proche. Les superviseurs suivent au moins une fois par jour toute une interview pratiquée par chacun des enquêteurs de leur équipe. A la fin de chaque interview, les superviseurs vérifient que chaque questionnaire est bien rempli et qu'il est complet.

Par ailleurs, les superviseurs font l'audit des dix questionnaires avant le départ de chaque équipe d'une zone où l'enquête s'est déroulée afin que, dans l'éventualité où une information serait mal enregistrée, manquante ou contradictoire, la mère interviewée puisse être visitée à nouveau le même jour pour clarifier la situation.

Informations particulières utilisées au cours de cette enquête

Dans certains cas, il a été difficile de déterminer l'âge exact des individus et particulièrement celui des enfants qui ne disposent pas d'un acte de naissance ou autre document comportant la date de naissance. Ceci est particulièrement vrai dans les zones rurales du Bénin où l'enregistrement des naissances n'est pas automatique et où les dates exactes de naissance ne sont pas toujours réquises pour des documents officiels. Pour réduire l'erreur dans la détermination de l'âge, nous avons établi des limites de groupes d'âge pendant la tabulation. Dans la plupart des cas, la tabulation étant établie pour les enfants en dessous de 2 ans (0 à 23 mois), deux tranches d'âge sont retenues. La première concerne les enfants de 0 à 11 mois, et la deuxième pour les enfants de 12 à 23 mois. Dans les cas où l'âge de l'enfant avoisine un an ou deux, les enquêteurs sont formés pour pousser les réponses de la mère à rapprocher l'âge réel à des événements connus. Pour l'âge des mères, en ce qui concerne celles d'entres elles qui ne pouvaient pas le savoir, les enquêteurs devaient également poser d'autres questions pour les situer entre 18 et 35 ans.

Afin d'obtenir le consentement de la mère à être interviewée et la rassurer du caractère confidentiel des réponses qu'elle serait amenée à donner, un formulaire de consentement (contrat de fait) est distribué à chaque enquêteur pour qu'il n'oublie pas de le lire à la mère avant de commencer l'enquête. Le formulaire de consentement informe aussi l'enquêtée qu'elle peut refuser

de subir l'interviw et qu'aucun service du programme ne lui sera supprimé si elle choisissait de ne pas participer à l'enquête. Le formulaire de consentement informe enfin la mère du but de l'enquête, à savoir que les réponses aideront les gestionnaires du projet et les décideurs au niveau des communautés, à mieux planifier les activités de santé maternelle et infantile.

F. Méthode de Dépouillement

Le dépouillement des données est fait à l'aide du logiciel EPI INFO 6.0.après la double saisie sur ordinateur.

G. Méthode d'Analyse et de Discussion des Résultats

A la fin du dépouillement, les différents résultats sont comparés aux résultats du niveau national relevés par l'enquête EDS à ceux des enquêtes KPC Ouémé, Mono et aux messages recommandés par le Ministère de la Santé, selon les objectifs nationaux en matière de santé maternelle et infantile. Ces résultats ont été également comparés aux indicateurs/objectifs fixés par le CRS/Bénin dans son programme de santé maternelle et infantile pour déterminer les écarts réels par rapport aux résultats des KPC Ouémé et Mono. En y ajoutant les informations collectées dans le document édité par l'UNICEF "Savoir pour Sauver" l'équipe de conception peut déjà produire le premier projet du rapport d'enquête.

Les résultats de l'enquête KPC et les comparaisons faites avec d'autres données acceptées sur le plan international sont discutées assez largement par un groupe de travail composé des membres de l'équipe de conception, du personnel du CRS/Bénin et des formateurs. Ce groupe de travail a été réparti en quatre petites équipes conformément aux thèmes majeurs qui ont servi de base au choix des questions utilisées pendant l'enquête. Il s'agit:

- **de la prise en charge des maladies diarrhéiques**
- **de la vaccination**
- **de l'allaitement maternel et de la nutrition infantile**
- **de la promotion de la croissance pondérale des enfants de 0 à 23 mois**
- **des soins maternels**

Différents groupes de travail ont été constitués pour identifier les principaux problèmes qui découlent des résultats obtenus et pour tenter de déterminer les causes de ces problèmes. L'objectif de cet exercice a été de lier chaque effet à une cause afin de rechercher les solutions appropriées qui tiennent compte des moyens disponibles. Cette méthode permettra de développer des stratégies et des séries d'activités nécessaires à l'amélioration de l'impact du **PAN à Base Communautaire (PBC)**.

Après avoir partagé le contenu de ce rapport avec les institutions que sont: le Ministère de la Protection Sociale et de la Famille, le Ministère de la Santé Publique, l'USAID, l'IRSP, le CRS/Bénin, les autorités morales au niveau des communautés rurales du PBC, et toutes autres personnes, ONGs ou institutions qui mènent des actions de santé publique dans le pays, les diverses contributions et commentaires seront pris en compte dans la finalisation de ce rapport d' enquête KPC- Borgou.

III. RESULTATS

Toutes les 47 questions des 308 questionnaires ont été traitées à l'ordinateur de même que les indicateurs. Par ailleurs, toutes les questions ont été prises en compte dans le dépouillement dans la mesure où le prétest du questionnaire avait déjà revélé les questions qui présentaient une certaine ambiguté pour les mères. Le dépouillement de chacune des 47 questions du questionnaire a donné les résultats globaux suivants.

Module d'Identification

1. La médiane des âges des mères rencontrées est de 26 ans. La plus jeune a 15 ans et la plus vieille avait 42 ans. 87,6% des mères enquêtées (268/308) se trouvent dans la tranche d'âge de 18 à 35 ans. 2,9% ont moins de 18 ans et 9,4% des mères ont plus de 35 ans.

2. L'âge moyen des enfants dont les mères ont été enquêtées est 10 mois. Sur les 308 enfants, la fréquence la plus élevée a été observée chez les enfants de 5 mois qui représentent 7,1% (soit 22/308). La fréquence la moins élevée concerne les enfants de 22 mois qui représentent seulement 1% de l'échantillon. 63 enfants (20,5%) ont moins de 4 mois. 167 enfants (54,2%) ont moins de 12 mois d'âge et 141 (47,8%) ont entre 12 et 23 mois.

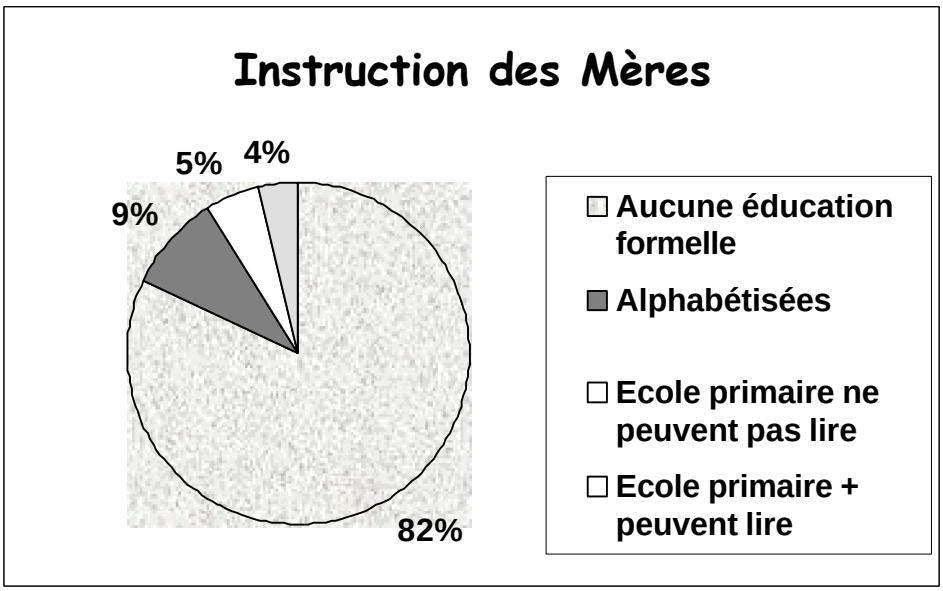
Parmi les enfants dont les mères ont été enquêtées, 50,6% soit 156 sont de sexe féminin et 49,4 % (154) de sexe masculin. Le tableau n°1 ci-dessous, présente la répartition par tranche d'âge des enfants dont les mères ont été interviewées au cours de l'enquête.

TABLEAU N°1: **REPARTITION PAR TRANCHE D'AGE DES ENFANTS**

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage	% cumulé
0-3 mois	63	20,5	20,5
4–5 mois	34	11,0	31,5
6–9 mois	52	16,9	48,4
10-11 mois	18	5,8	54,2
12–23 mois	**141**	**45,8**	**100%**

Module Instruction et Occupation de la Mère

3. Parmi les mères enquêtées 81,5% (251/308) ont rapporté qu'elles n'ont reçu aucune éducation formelle. Par ailleurs, 4,9% d'elles (15/308) ont déclaré qu'elles ont été à l'école primaire, mais ne peuvent pas lire. 3,2% (10 mères) ont déclaré qu'elles ont atteint le niveau de l'école primaire et qu'elles peuvent lire le français. Seulement 3 mères (1%) ont atteint le secondaire ou plus. 29 mères (9,4%) ont déclaré être alphabétisées.



4. 89,3% des mères (275/308) rapportent qu'elles avaient une activité qui fait qu'elles étaient généralement hors de leur foyer pendant la journée.

5. Parmi celles qui ont dit qu'elles travaillaient en dehors de la maison dans la question 4, il y avait 59,6% mères (164) qui partaient en début de matinée, 66 (24,0%) qui partaient en fin de matinée et 29 qui partaient à midi, 16 qui partaient l'après midi, et aucune mère n'a répondu qu'elle partait en début de soirée ou en fin soirée.

6. Parmi celles qui ont dit qu'elles travaillaient en dehors de la maison dans la question 4, il y a une seule qui revenait à la maison en début de matinée, 6 (2,2%) revenaient en fin de matinée, et 33 (soit 12,0%) à midi. La majorité des mères (115) soit 41,8% rentre dans l'après midi, 93 (33,8%) rentrent en début de soirée, et 27 (9,8%) en fin de soirée.

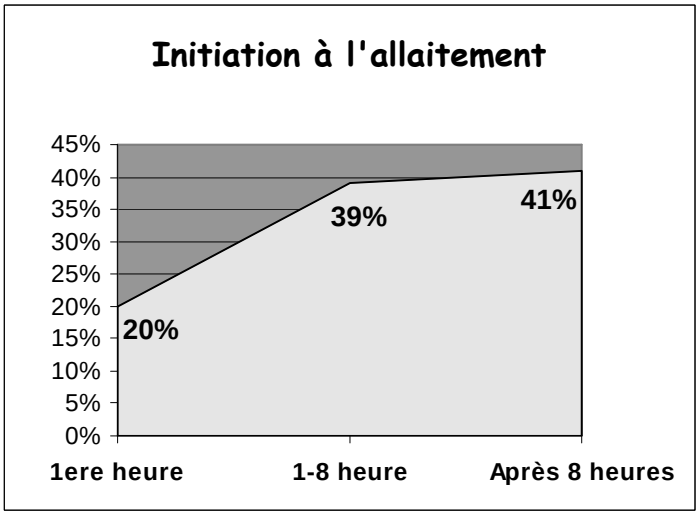
7. Des 308 mères enquêtées, seules 21 mères (soit 6,8%) rapportent qu'elles n'avaient aucune activité génératrice de revenus. 287 soit 93,2% ont déclaré qu'elles avaient une activité génératrice de revenus. Parmi les activités les plus pratiquées par les mères on pouvait noter par ordre d'importance, la vente de nourriture 43,8% (135 mères sur 308), les ouvriers agricoles et cueilleuses de fruits 40,6% (125 mères sur 308), la vente de produits agricoles 32,1% (99 mères sur 308), le travail manuel 23,7% (73 mères sur 308). Une seule mère travaille comme bonne ou domestique et 2 travaillent comme ambulant ou boutiquier. Aucune des mères enquêtées n'avait un emploi salarié. Egalement, 3 mères soit 1% ont mentionné un travail en dehors des catégories ci-dessus citées.

8. A la question de savoir qui d'autres en dehors de la mère s'occupaient de l'enfant lorsque la mère n'était pas présente à la maison **(plusieurs réponses étaient possibles à la fois),** Plus de la moitié des mères enquêtées soit 52,6% (162/308) prennent leur enfant avec elles chaque fois qu'elles doivent s'absenter de leur foyer. 36,4% des mères (112/308) confient leur plus jeune enfant à des parents (grand-mère, co-épouse). Seules 2,6% des mères confient leur enfant à leur mari tandis que 24,7% (76/308) des mères confient leur plus jeune enfant, aux enfants plus âgés de la famille. 1,3% confient leur enfant aux voisins. 2 mères sur les 308 utilisent le service des bonnes à la maison.

Module Allaitement/Nutrition

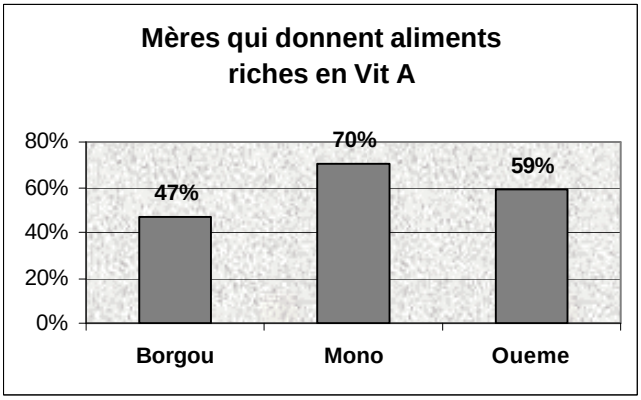
9 et 10. L'allaitement au sein est une pratique courante dans la région couverte par l'enquête. En effet, 97,1% des mères (299/308) ont rapporté qu'elles allaitaient encore leur enfant. Des 9 mères qui n'allaitaient pas leur enfant au moment de l'enquête, une a rapporté qu'elle n'avait jamais allaité l'enfant dans le passé.

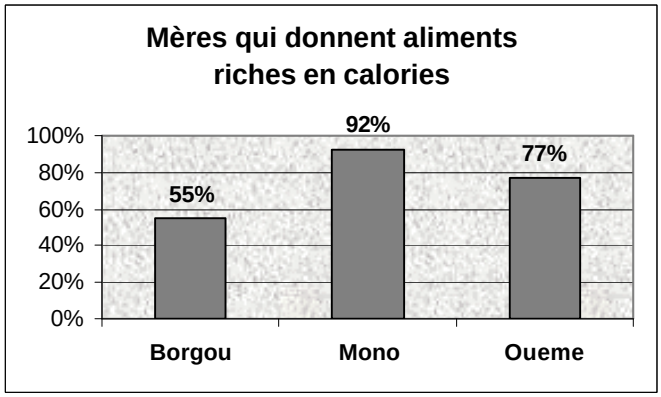
11. 61 mères (19,8%) ont répondu avoir donné la première tétée à leur enfant dans la première heure qui a suivi l'accouchement. 119 mères (38,6%) ont répondu avoir fait cette première tétée entre la première et la huitième heure après l'accouchement. 125 mères (40,6%) l'ont fait plus de huit heures après l'accouchement et 3 mères (1%) ne se souviennent plus.



12. Dans le groupe des mères ayant un enfant dans la tranche d'âge 0 à 3 mois (62), 40,3% (25/62) pratiquaient l'allaitement **exclusif**. 59,7% (37/62) des mères portant au moment de l'enquête un enfant de la tranche d'âge 0, 1, 2 et 3 mois ont commencé à donner autres liquides ou nourriture à leur enfant. Le plus souvent, ces mères 56,5% donnent à leur enfant de l'eau ou de la tisane en plus du lait maternel. 9,7% de ces mères (6/62) déclarent donner en plus du lait maternel, de la bouillie à leur enfant. 2/62 soit 3,2 % de ces mères donnent à leur enfant du lait artificiel ou du lait de vache.

Dans le groupe des mères (52) ayant un enfant dans la tranche d'âge 6 à 9 mois révolu, on constate que 92,3% (48/52) ont introduit des aliments solides ou semi-solides dans les repas de leur enfant.

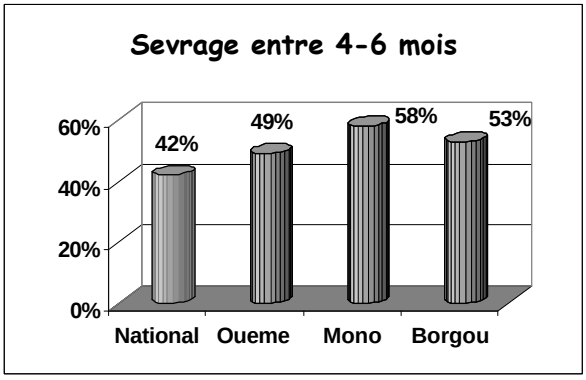


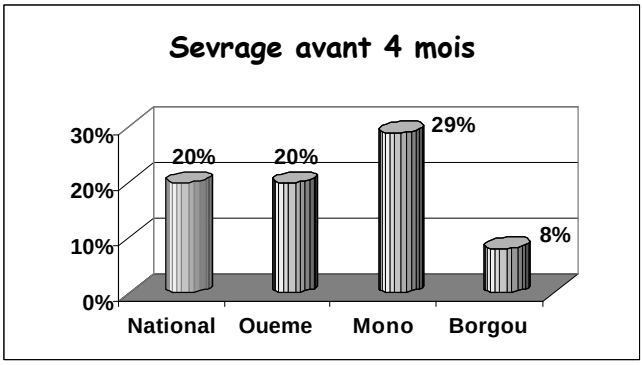


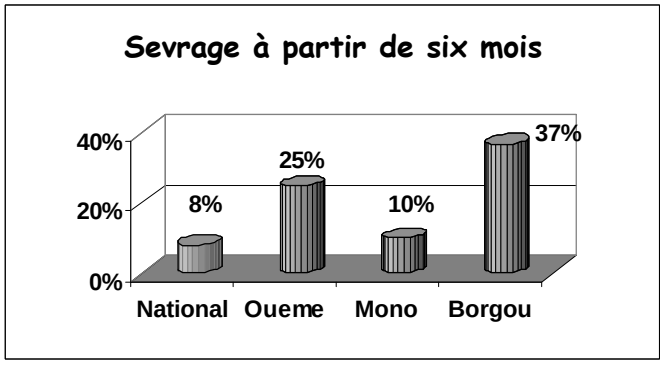
Parmi les 308 mères enquêtées, 146 soit 47,4% ont donné un repas qui contient des aliments riches en Vitamine A. Egalement 157 soit 51,0% ont donné des repas qui contiennent des protéines et 170 mères soit (55,2%) ont donné des repas riches en calories.

13. A la question de savoir "Qu'est ce qu'une mère peut faire pour avoir suffisamment du lait afin d'allaiter son enfant pendant les quatre premiers mois ?", 17,2% (53 mères/308) ont répondu ne pas savoir. Par contre, 6,2% (19/308) ont répondu que "**Faire téter fréquemment le bébé**" est l'action que la mère doit faire. 5,2% (16 mères) ont répondu que la meilleure action serait "**Les soins des seins et des mamelons**". Seulement 1,6% (5 mères) ont répondu "**Allaiter aussitôt que possible après l'accouchement,** aucune mère n'a répondu "**Re-lactation**" et 1% (3 mères/308) ont répondu "**Allaitement exclusif pendant les quatre premiers mois de vie de l'enfant**". Aucune mère n'a répondu qu'une des actions à entreprendre pour avoir suffisamment du lait est "**D'éviter le biberon**". La réponse la plus fréquente est **"autres"** donnée par 248 mères sur les 308 interviewées (80,5%); la plupart disent qu'il faut que la mère se nourrisse bien elle-même ("bien manger") pour stimuler la montée laiteuse et citent comme aliments, la bouillie de sorgho ou de maïs, le lait de vache, l'igname pilée, la pâte avec les légumes feuilles-verts .

14. Lorsqu'on pose la question:**"A quel âge de l'enfant, une mère devrait-elle commencer à lui donner de la bouillie ou autre nourriture en plus du lait maternel?",** 53,2% (164/308) des mères ont donné une réponse de l'âge compris entre 4 et 6 mois. 37,0% (114 mères) répondent six mois d'âge et plus et 7,8% (24 mères) indiquent des âges plus petits que quatre mois. 6 mères déclarent n'avoir aucune connaissance sur cette question. Au total, 46,8% (144 mères sur les 308) ne savent pas que l'enfant doit recevoir en plus du lait maternel d'autres aliments à partir de quatre mois d'âge et au plus tard à six mois d'âge.





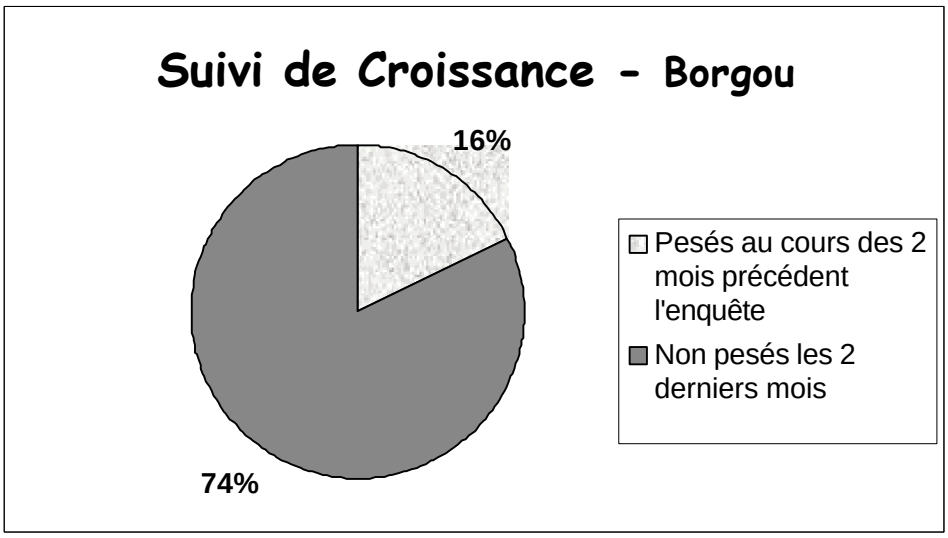


15. Lorsqu'on demande à la mère de dire **"Quelle nourriture devrait-elle commencer à donner à l'enfant**?", 1,6% (5 mères sur 308) répondent ne pas savoir; 39,9% d'elles (123/308) citent des aliments riches en fer et 16,6% (51/308) choisissent des aliments riches en vitamine A. Seulement 1,3% des mères reconnaissent les propriétés de l'huile et disent qu'il faut l'ajouter à la nourriture de l'enfant. 86,7% (267/308) ont indiqué des réponses non listées dans le questionnaire. Parmi les genres de nourriture citée, la bouillie sucrée qui est un aliment énergétique, apprait comme le premier aliment de sevrage dans la zone d'enquête.

Module Croissance Pondérale

16. Sur les 308 mères enquêtées, La moitié (50,0%) ne disposait pas de fiches de croissance de leur enfant; elles ne l'ont jamais eu, ou l'ont eu et l'ont perdu. 154 mères (50%) ont présenté la fiche de surveillance de la croissance de leur enfant.

17. Parmi les 154 mères qui ont présenté la fiche ou le carnet de croissance de leur enfant, seulement 20,1% (31/154) sont allées faire peser leur enfant au moins une fois au cours des quatre derniers mois précédant l'enquête.

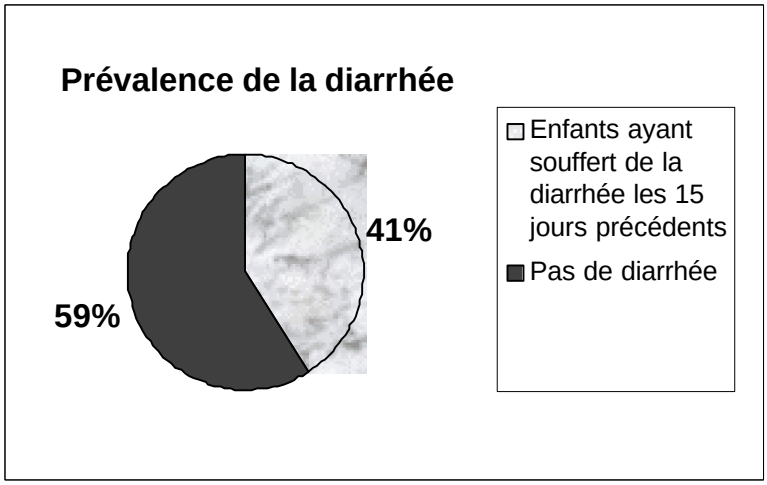


18. Parmi les 154 mères qui ont présenté la fiche ou carnet de croissance de leur enfant, très peu de mères soit 16,2% (25/154) sont allées faire peser leur enfant au moins une fois au cours des deux derniers mois précédant l'enquête.

19. Parmi les 154 mères qui ont présenté la fiche ou carnet de croissance de leur enfant, seulement 7 mères (4,5%) ont produit la fiche individuelle du PAN et 141 (91,6%) ont présenté le carnet/carte de santé. 6 mères ont produit la carte de croissance d'autres projets (PILSA et BIBD/Promotion Féminine).

Module Maladies Diarrhéiques

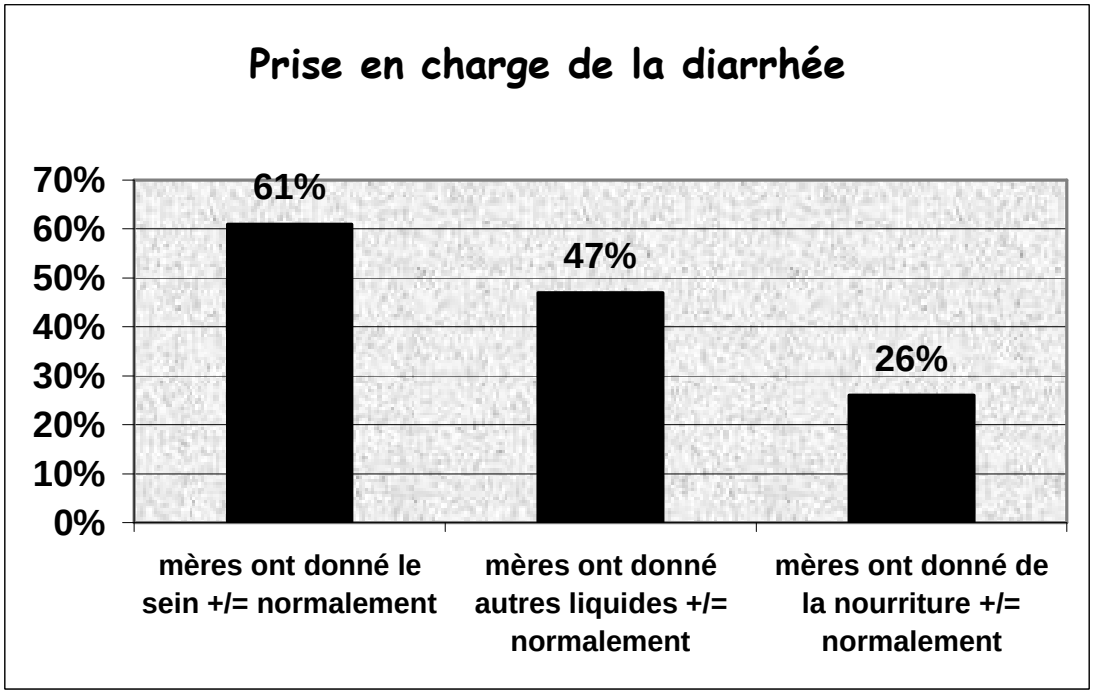
20. La question **"Est-ce que (nom de l'enfant) a ou a eu la diarrhée pendant les 15 derniers jours?"** est posée à toutes les mères. Le but de cette question est de discuter avec celles qui auraient répondu **oui**, de leur pratique dans le traitement de la diarrhée. L'objectif visé est de discuter de ce sujet avec seulement celles qui auront encore en mémoire, la



façon dont elles ont traité la dernière diarrhée de leur enfant. A cette question, 41,2% (127 sur 308) des mères interrogées ont répondu par **oui**.

21. Des 127 enfants qui souffrent de la diarrhée ou qui ont eu la diarrhée, 125 (98,4%) continuaient d'être allaité. Sur les 125 mères se trouvant dans cette situation, seulement 27, soit 21,6% des mères ont **fait téter plus que d'habitude** leur enfant pour remplacer la quantité de liquide perdu par l'organisme de l'enfant. 51 mères soit environ 40,8% ont fait téter comme normalement leur enfants. 47 mères (37,6%) interrogées à ce sujet, ont moins allaité qu'à l'accoutumée. 2 enfants ne têtaient plus. Il convient donc de remarquer que 78 mères sur 125 soit 62,4% des mères ont une bonne pratique du traitement de la diarrhée de leur enfant par la réhydratation au sein.

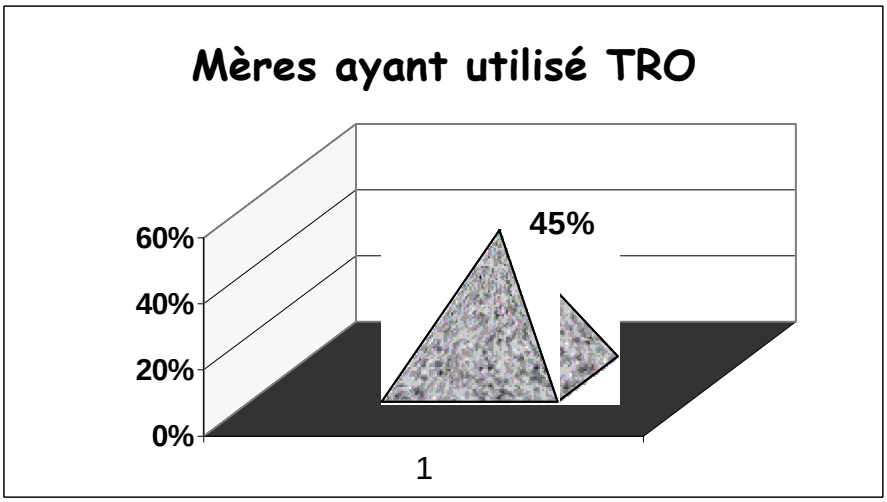
22. Des 127 enfants qui souffrent d'une diarrhée ou qui ont eu la diarrhée, 26 mères (20,5%) ont redonné à leur enfant, autre liquide plus que normalement pour remplacer la quantité de liquide perdu par l'organisme de l'enfant. 33 mères soit (26,0%) ont continué à donner à leur enfant ces liquides en quantité normale. 41 mères (32,3%) ont donné moins et 8 (6,3%) mères ont arrêté complètement de donner de liquide à leur enfant. 19 mères (15 %) ont donné uniquement le lait maternel. Le message sur ce thème au Bénin stipulant de **donner comme normalement ou beaucoup plus de liquide pendant une maladie diarrhéique** est la bonne pratique; on peut déduire que 59 mères, soit 46,5% des mères ont une bonne pratique dans le traitement de la diarrhée de leur enfant par la réhydratation avec d'autres liquides autre que le lait maternel.



23. Des 127 enfants qui souffrent d'une diarrhée ou qui ont eu la diarrhée, 112 (88,2%) recevaient des repas solides ou semi-solides comme la bouillie. 10 mères (8,9%) donnaient à leur enfant, un repas solide ou semi-solide plus que normalement. 23 mères, (20,5%) ont continué à donner comme normalement des aliments solides ou semi-solides à leur enfant. 72 mères (64,3%) ont donné moins que normalement. 7 mères (6,3%) ont complètement arrêté.

15 mères (11,8%) donnaient seulement le lait maternel. En somme, 33 mères des 127 soit 26% ont adopté une bonne pratique.

24. Des 127 mères d'enfants souffrant d'une diarrhée ou ayant eu la diarrhée au cours des quinze derniers jours précédant l'enquête, 15 soit (11,8%) ont traité leur enfant avec les sachets de Sel de Réhydratation Orale (sachets SRO). 15 mères ont rapporté utiliser la Solution Sucrée Salée (SSS), 23 mères (18,1%) ont donné à leur enfant des infusions et autres boissons de santé. 4 mères soit 3,1% ont donné de la TRO à base de céréale. En somme, 44,9% soit 57 mères ont pratiqué une des formes de la Thérapie par Réhydratation Orale (TRO) alors que 62,2% (79 sur les 127) ont donné à leurs enfants des médicaments anti-diarrhéiques et ou antibiotiques.



10 mères sur les 127 (7,9%) ont choisi de traiter leurs enfants "autrement" (option "autres" des catégories de réponses de la question N°20, où plusieurs réponses sont possibles). 15 mères ont décidé de ne pas traiter la diarrhée de leurs enfants.

25. Des 127 mères d'enfant souffrant d'une diarrhée ou ayant eu la diarrhée au cours des quinze derniers jours précédant l'enquête, 44,1% (56 mères) ont cherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée de leur enfant, 55,9% des mères ont traité par elles-mêmes la diarrhée de leur enfant.

26. Sur les 56 mères qui ont recherché des conseils ou des traitements pour soigner la diarrhée de leur enfant, près de la moitié (48,2%) ont recherché des conseils ou traitements auprès des parents et amis; 11 mères (19,6%) sont allées dans un centre de santé ou un centre social; 6 mères (10,7%) se sont rendues dans un hôpital; 2 (3,6%) mères sont allées voir directement le pharmacien ou le dépositaire de médicaments et enfin 7 (12,5%) mères se sont adressées à un agent de santé villageois. 2 autres mères ont cherché conseils auprès d'un guerriseur traditionnel. 7 autres mères ont demandé conseils chez les vendeuses ambulantes de médicaments.

27. La question 27 a été posée à toutes les mères interviewées. Il s'agissait de savoir quels seront les signes/symptômes qui obligeraient les mères à demander conseil ou un traitement pour la diarrhée de leur enfant. Cette question est à multiple choix où plusieurs réponses sont possibles de la même femme. Les résultats de cette question sont présentés dans le tableau N°2.

Tableau N°2 : SIGNES /SYMPTOMES OBLIGEANT UNE MERE A DEMANDER CONSEIL POUR LA DIARRHEE

Question 23: ***Quels signes/ symptomes vous obligeraient à demander conseil ou traitement pour la diarrhée de votre enfant?*** (Plusieurs réponses possibles)		
Réponses Possibles	**Fréquences**	**Pourcentage**
a) Ne sait pas	26	8,4
b) Vomissement	31	10,1
c) Fièvre	**104**	**33,8**
d) Bouche sèche, yeux escavés, diminution d'urine	15	4,9
e) Diarrhée prolongée (au moins 14 jours)	152	49,4
f) Sang dans les selles	1	0,3
g) Manque d'appétit	27	8,8
h) Faiblesse	**145**	**47,1**
i) Autres	18	5,8

28. Chacune des 308 mères a été interrogée sur les actions les plus importantes qu'elle devrait faire elle-même lorsque son enfant souffre d'une diarrhée.
Les différentes réponses obtenues sont présentées dans le tableau N°3 ci-dessous.

Tableau N°3 : **CONNAISSANCE DES MERES SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DIARRHEE**

Question 24: ***Quelles sont les actions les plus importantes que vous devriez faire vous-mêmes si votre enfant avait la diarrhée?*** (Plusieurs réponses possibles)		
Réponses Possibles	**Fréquences**	**Pourcentage**
a) Ne sait pas	11	3,6
b) Donner des liquides aussitôt que possible	23	7,5
c) Donner à l'enfant plus à boire que normalement	3	1
d) Donner à l'enfant, de la nourriture en quantité plus petite et plus souvent	33	10,7
e) Préparer et administrer correctement la SRO	**37**	**12,0**
f) Emmener l'enfant à l'hôpital/dispensaire	**208**	**67,5**
g) Donner plus à manger après la diarrhée pour que l'enfant reprenne le poids perdu	7	2,3
h) Arrêter de lui donner des liquides	**0**	**0**
i) Arrêter de lui donner de la nourriture	1	0,3
j) Autre	121	39,3

29. Chacune des 308 mères a également été interrogée sur les actions les plus importantes qu'elle devrait faire quand son enfant se remet d'une diarrhée. A cette question, 156 mères sur les 308 interrogées (50,6%) ont répondu qu'il faut donner à l'enfant des aliments de haute valeur calorique. 76 mères (24,7%) ont répondu qu'il faudra donner plus fréquemment à l'enfant des petites portions d'aliments. 31 mères (10,1%) ont répondu qu'elles donneraient plus d'aliments que d'habitude à l'enfant récemment guéri d'une diarrhée. 122 mères (39,6%) ont donné des réponses autres que celles mentionnées en option de réponses pour la question N°29. La majorité des mères, il faut alimenter les enfants avec des aliments riches en protéines et en Fer (viande, oeuf, poissons et légumes verts). 43 mères (14,0%) ne savent pas ce qu'il convenait de "faire" à l'issue d'un épisode diarrhéique chez leur enfant.

Module Vaccination des enfants de 0 à 23 mois

30. A toutes les mères interviewées, il a été demandé si leur enfant avait déjà été vacciné, 83,1% (256/308) des mères ont répondu par l'affirmatif. 52 mères sur 308 (16,9%) ont répondu que leur enfant n'avait jamais été vacciné.

31. Chacune des 308 mères a été interrogée sur la personne qui a amené l'enfant à la vaccination la dernière fois. Les différentes réponses obtenues sont présentées dans le tableau N°4 ci-dessous.

Tableau N°4 : **PERSONNE AYANT ACCOMPAGNE L'ENFANT A LA VACCINATION**

Question 31: *Qui a amené l'enfant à la vaccination la dernière fois?*		
Réponses Possibles	**Fréquences**	**Pourcentage**
1) la mere prend l'enfant avec elle	239	93,4
2) le mari/partenaire	2	0,8
3) les enfants plus agés	5	2,0
4) des parents/grand-mere	9	3,5
5) voisins/amis	1	0,4

32. Existence de carte ou de carnet de vaccination pour les enfants : Des 308 enfants dont les mères ont été interviewées, 230 (74,7%) disposaient d'un carnet ou d'une carte de vaccination. 43 (14,0%) ne l'ont jamais eu et 35 soit 11,4% l'ont eu mais l'ont perdu.

33. Les cartes (ou carnets) de vaccination infantile présentés ont été contrôlés. Ce contrôle a permis d'avoir des informations sur la couverture vaccinale des enfants des zones rurales des départements du Borgou et de l'Alibori ciblées par cette enquête. Les données sur la couverture vaccinale établies concernent les enfants dans la tranche d'âge de 12 à 23 mois. Pour la présente enquête, l'effectif des enfants de cette tranche d'âge est égal à 141. Toute la situation sur la vaccination des enfants contre les maladies cibles du PEV est présentée dans les tableaux N° 5, 6, 7, 8, et 9 ci-dessous.

Tableau N°5 : **SITUATION DE LA VACCINATION BCG**

Tranches d'âge	Enfants vaccinés	Pourcentage
12 à 23 mois	107	75,9%

Tableau N°6 : **SITUATION DE LA VACCINATION Polio 1, 2 ET 3 (Tranche d'âge 12 à 23 mois)**

Polio 1		Polio 1 et 2		Polio 1, 2, et 3		Abandon Entre Polio 1 et 3	
Fréq.	Pourc.	Fréq.	Pourc.	Fréq.	Pourc.	Fréq. (1-3)	Taux 1-3/1
101	71,6%	94	66,7%	80	56,7%	21	20,8%

Tableau N°7 : **SITUATION DE LA VACCINATION DTC 1, 2 ET 3 (Tranche d'âge 12 à 23 mois)**

DTC 1		DTC 1 et 2		DTC 1, 2, et 3		Abandon entre DTC 1 et 3	
Fréq.	Pourc.	Fréq.	Pourc.	Fréq.	Pourc.	Fréq. (1-3)	Taux 1-3/1
103	73%	95	67,4%	85	60,3%	18	17,5%

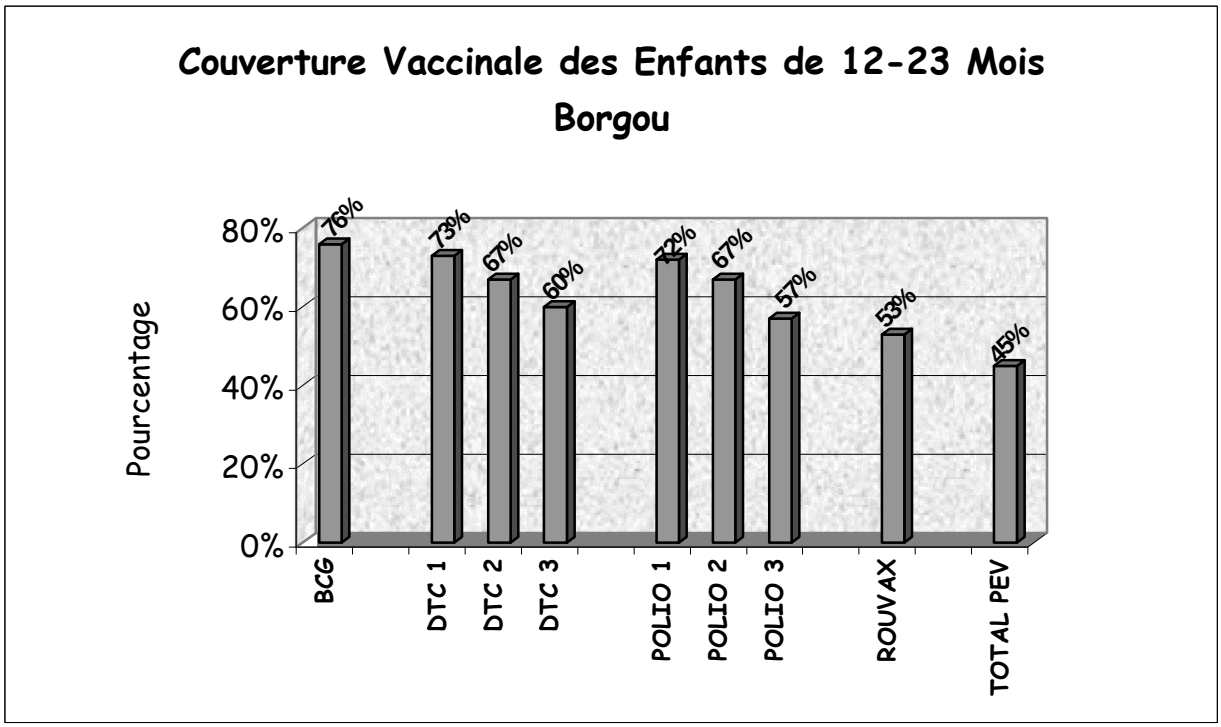
Tableau N°8 : **SITUATION DE LA VACCINATION ROUVAX (Tranche d'âge 12 à 23 mois)**

Tranches d'âge	Enfants vaccinés	Pourcentage	Abandon entre BCG et Rouvax	
12 à 23 mois	75 sur 141	53,2%	32	22,7%

Tableau N°9 : **SITUATION DES ENFANTS COMPLETEMENT VACCINES (Enfants de la tranche d'âge 12 à 23 mois complètement vaccinés)***

Tranches d'âge	Enfants vaccinés du PEV	Pourcentage
12 à 23 mois	63 sur 141	44,7%

*On constate que tous les enfants qui ont reçu le vaccin Rouvax ne sont pas complètement vaccinés. L'écart est de 8,5%, c'est-à-dire 12 enfants.



34. La question de connaissance sur l'âge à laquelle un enfant devrait être vacciné contre la Rougeole a été posée à toutes les 308 mères interviewées. Seulement 25 mères (8,1%) ont donné la bonne réponse à savoir qu'un enfant devrait être vacciné contre la rougeole à neuf 9 mois d'âge; 283 mères (91,9%) ont donné plusieurs autres réponses, parmi elles, 163 (52,9%) ont répondu qu'elles ne savent pas.

35. La question de connaissance sur la raison principale pour laquelle une femme enceinte a besoin d'être vaccinée contre le tétanos a été posée à toutes les 308 mères interviewées. 128 enquêtées (41,6%) ont répondu que la raison principale pour laquelle les femmes enceintes devront être vaccinées contre le tétanos est la protection de la mère et du nouveau né; 29 (9,4%) ont répondu que c'est pour protéger seulement le nouveau-né. 21 (6,8%) ont dit que c'est pour protéger seulement la mère contre le tétanos; 130 enquêtées (42,2%) ont répondu qu'elles ne connaissent pas la raison principale de cette vaccination chez la femme enceinte.

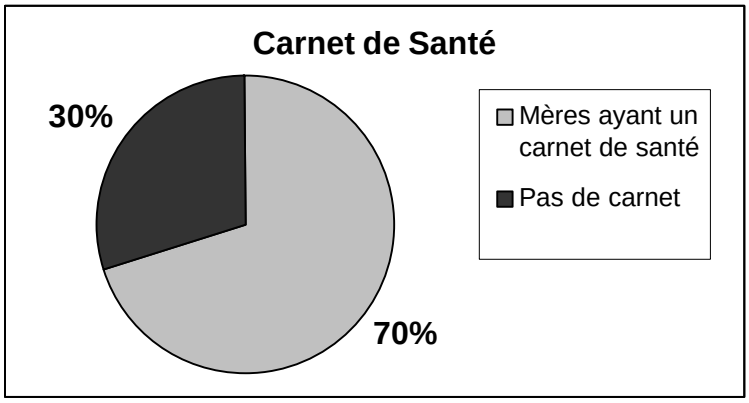
36. La question de connaissance sur le nombre de vaccinations dont une femme enceinte a besoin pour protéger le nouveau né contre le Tétanos a été posée à toutes les mères interviewées.

160 mères (51,9%) ont répondu qu'une femme enceinte a besoin de plus de 2 injections de vaccin antitétanique pour protéger le nouveau-né et 40 mères (13,0%) ont répondu qu'une femme enceinte a besoin de deux injections de vaccin antitétanique pour protéger le nouveau-né contre le tétanos. En somme, 64,9% des mères ont donné la bonne réponse.

7 mères (2,3%) ont répondu qu'une femme enceinte a besoin d'une seule injection de vaccin antitétanique et 101 mères (32,8%) ont dit qu'elles ne connaissent pas le nombre d'injection qu'il faut prendre pour protéger le nouveau-né. En somme, 35,1% des mères (108/308) ne connaissent pas le nombre d'injections de vaccin antitétanique dont a besoin une femme enceinte pour protéger le nouveau né.

Module Soins Maternels

37. Existence de la carte ou du carnet de santé maternelle : A la demande du carnet ou de la carte de santé maternelle, 214 mères (69,5%) ont dit l'avoir et l'ont présenté. 94 mères (30,6%) ont dit l'avoir eu mais l'ont déjà perdu ou ne l'ont jamais eu.



38. Contrôle de la vaccination antitétanique dans le carnet/carte de santé de la mère. Au contrôle du nombre de vaccination contre le Tétanos pris par la mère, il a été constaté que sur les 214 mères ayant présenté leur carnet de santé, 164 mères (76,6%) ont pris au moins deux doses de vaccin antitétanique, 26 mères (12,1%) ont pris une seule dose et 24 mères (11,2%) n'ont pris aucune dose.

39 et 40. Des 214 cartes ou carnets de santé vérifiés par les enquêteurs, il était prévu un espace pour enregistrer les visites prénatales dans 206 carnets présentés par les mères. Cet espace a été rempli dans 165 carnets, preuve que 165 mères (77,1%) ont eu avant l'accouchement de l'enfant, au moins une visite prénatale. 49 mères (22,9%) détiennent un carnet de santé mais n'ont fait aucune visite prénatale.

41. La question de connaissance sur le temps en mois, qu'une femme doit attendre avant de voir un agent de santé après avoir su qu'elle était en état de grossesse, a été posée à toutes les mères interviewées. 61,4% (189 mères) ont indiqué pendant le premier trimestre (1 à 3 mois). 31,8% des mères (98/308) ont indiqué au milieu de la grossesse (4 à 6 mois). 2,3% (7 mères) ont indiqué pendant le dernier trimestre (7 à 9 mois). Enfin, 1 seule mère (0,3%) a déclaré n'avoir aucun besoin de consulter un agent de santé. 13 mères ont déclaré ne pas savoir.

42. La question de connaissance sur les types d'aliments qu'une femme devrait manger lorsqu'elle est enceinte afin d'éviter l'anémie a été posée à toutes les mères interviewées. 187 mères (60,7%) ont indiqué oeufs, poissons, viandes, etc.. (des protéines animales riches en fer). 157 mères (51,0%) ont indiqué pâte et légumes verts (des repas riches en fer). 192 mères (62,3%) ont cité d'autres aliments non listés dans le questionnaire. 39 mères (12,7%) ont déclaré ne pas savoir ce qu'une femme devrait manger quand elle est en état de grossesse pour éviter l'anémie.

Module Maladies Respiratoires

Les questions 43 et 44 sont les questions d'élimination à deux niveaux. La question 44 est posée à toutes les mères pour déterminer si un enfant souffre ou souffrait d'une toux, des difficultés à respirer ou un nez coulant pendant les 15 jours précédant l'enquête. La question suivante, la question 44, ensemble avec la question 43, nous permet d'éliminer les enfants qui n'ont pas une maladie respiratoire grave pendant les 15 jours précedant l'enquête dans cette tranche d'âge. Donc, c'est le 'oui' aux questions 43 d'abord, et le 'oui' à la question 44 après qui nous permet d'établir que l'enfant a une maladie respiratoire au lieu d'un simple rhume ou toux.

43. Sur les 308 enfants dont les mères ont été interviewées, 141 (45,8%) souffraient d'une toux, des difficultés à respirer, ou un nez coulant pendant les 15 derniers jours.

44. Il y avait 91 enfants qui ont ou ont eu une respiration rapide et difficile en plus d'une toux, des difficultés à respirer, ou un nez coulant pendant les 15 derniers jours. Mais parmi les mères qui ont repondu 'oui' à la question 43, il y en a 50 qui ont répondu 'non' quand il leur était demandé si leurs enfants avaient une respiration rapide et difficile pendant la maladie.

45. Des 91 enfants qui souffrent de maladies respiratoires ou qui en ont eu dans les 15 derniers jours avant l'enquête, 90 (99%) étaient encore au sein. Sur les 90 mères se trouvant dans cette situation, seulement 10 (11%) ont fait têter leur enfant plus que d'habitude. 34 mères soit 37,8% ont donné le sein comme normalement, 45/90 (50%) des mères interrogées à ce sujet, ont moins allaité qu'à l'accoutumée, et 1 mère a arrêté complètement d'allaiter leur enfant au cours de la maladie respiratoire, et 1 enfant ne têtait plus.

46. La question 46 demande à toutes les mères enquêtées les actions les plus importantes à mener si leur enfant souffrait d'une maladie respiratoire afin qu'il puisse manger correctement. Il s'agit là d'une question pilote sur la prise en charge de l'enfant malade sur le plan alimentaire. Cette question n'est liée à aucun message recommandé par le Ministère de la Santé. Mais d'une façon générale, il est recommandé aux mères d'allaiter les enfants malades. Les résultats obtenus se trouvent dans le tableau 9 ci-dessous.

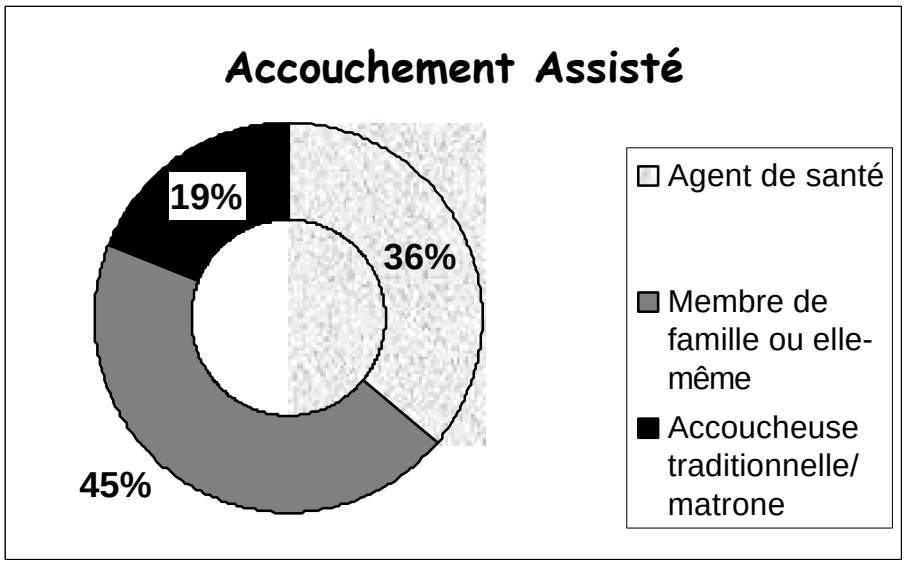
Tableau N°10 : ACTIONS A FAIRE SI L'ENFANT AVAIT UNE MALADIE RESPIRATOIRE

Question 46: ***Quelles sont les actions plus importantes que vous devriez faire si (nom de l'enfant) avait une maladie respiratoires afin qu'il mange correctement ?***
(Plusieurs réponses possibles) N = 308

Réponses Possibles	Fréquences	Pourcentage
a) ne sait pas	42	13,6
b) donner de liquides aussitot que possible	14	4,5
c) donner a l'enfant plus a boire que normalement	5	1,6
d) donner a l'enfant la nourriture en quantites plus petites et plus souvent	44	14,3
e) emmener l'enfant a l'hopital/dispensaire	**147**	**47,7**
f) donner plus a manger apres la maladie pour qu'il reprenne les poids perdue	3	1
g) arreter de lui donner des liquides	1	0,3
h) lui donner des liquides chaudes afin de deboucher le nez	19	6,2
i) deboucher le nez afin qu'il mange	34	11,0
j) arreter de lui donner de la nourriture	1	0,3
k) autre	79	25,6

47. Comme question de fin d'interview mais aussi pour apprécier la proportion des mères qui ont eu un accouchement assisté par un agent de santé qualifié, la question qui a été posée aux

mères consistait à l'amener à dire la personne qui a coupé le cordon ombilical de l'enfant au moment de l'accouchement. 111 mères (36%) ont répondu "Agent de santé" (médecin, infirmier, sage-femme). 133 mères (43,2%) ont indiqué "un membre de leur famille", 58 mères (18,8%) ont indiqué "accoucheuse traditionnelle/matrone". Quatre mères (1,3%) ont signifié qu'elles l'auraient fait elles-mêmes et deux ne se rappellent pas de la personne qui a coupé le cordon ombilical à la naissance de son enfant.



Synthèse des résultats

La méthodologie du KPC prescrit une analyse des résultats à partir des indicateurs clés de la survie de l'enfant. Ces indicateurs se calculent à partir de formules standardisées qui utilisent les variables (résultats) du dépouillement. Dans le document "Savoir pour Sauver" édité par l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO et le FNUAP, on peut retrouver les différents messages de santé sur lesquels se sont appuyés les experts pour établir lesdites formules standardisées de calcul des indicateurs clés. Ces indicateurs définissent le pourcentage de mères qui ont une connaissance spécifique ou celui des mères qui ont une pratique donnée pour la santé des enfants de la tranche d'âge 0 à 23 mois. L'ensemble de ces pourcentages constituent les données de base (Situation de la zone cible à l'instant t0). A la fin du projet, ou à un moment donné de son évolution, une évaluation du projet se fera à partir d'une autre enquête KPC qui permettra de calculer à nouveau, ces mêmes pourcentages. Les variations positives ou négatives de ces ratios, détermineront l'impact du projet.

Les principaux indicateurs qui seront présentés ci-dessous, constitueront pour le PAN à Base Communautaire (PBC), les données de base sur la population ciblée. C'est à partir de ces indicateurs que les différents objectifs seront fixés pour l'horizon 2004. Les indicateurs qui seront fixés dans les objectifs seront des repères pour l'évaluation du Programme. Il s'agira alors de faire la comparaison entre le groupe des indicateurs de l'actuelle enquête KPC 1999 et le groupe des indicateurs de l'enquête KPC 2004 afin d'apprécier les progrès et les domaines dans lesquels des efforts doivent être poursuivis, et de démontrer ce faisant, l'impact du programme.

Principaux indicateurs de base
issus de l'enquête KPC Borgou-Alibori 1999

A. HABITUDES APPROPRIEES DE NUTRITION DE L'ENFANT

1. Initiation de l'Allaitement Maternel	Enfants mis au sein entre la naissance et la huitième heure : **58,4%**
2. Allaitement Maternel Exclusif	Enfants de 0 à 3 mois exclusivement nourris au sein : **39,7%**
3. Introduction des Aliments	Enfants de la tranche d'âge 6 à 10 mois qui reçoivent en plus du lait maternel, des repas solides ou semi-solides comme la bouillie : **92,3%**
4. Persistance de l'Allaitement Maternel	Enfants de 20 à 23 mois qui sont encore nourris au sein (et recevant des aliments solides et semi- solides comme la bouillie) : **78,8%**

B. PRISE EN CHARGE DES MALADIES DIARRHEIQUES

5. Continuation de l'Allaitement Maternel	Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu la même quantité ou plus de lait maternel : **61,4%**
6. Continuation des Liquides	Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu la même quantité ou plus de liquides autres que le lait maternel : **46,5%**
7. Continuation des Aliments	Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu la même quantité ou plus d'aliments : **26,0%**
8. Utilisation de la TRO	Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont été traités à la TRO : **44,9%**

C. COUVERTURE VACCINALE (selon verification du Carnet de Santé)

9. DTC 1 et POLIO 1	Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu le DTC1 : **73% :** pour le POLIO 1 = **71,6%**
10. DTC 3 et POLIO3	Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu le DTC 3: **60,3**%: pour le POLIO 3 **= 56,7%.**
11. Rougeole	Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu la vaccination contre la rougeole : **53,2%.**
12. Total vaccins PEV	Enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés : **44,7%**
13. Taux d'Abandon	Variations de taux entre le DTCP 1 et DTCP 3 : **17,5%** (nbre DTCP 1 – nbre DTCP 3) Variation de taux entre le BCG et le vaccin contre la rougeole : **22,7%**

D. SOINS MATERNELS (Carnet de Santé de la Mère)

14. Une ou plus de visites prénatales	Mères dont les carnets de santé montrent au moins une visite prénatale avant l'accouchement de leur plus jeune enfant : **53,6%**
15. Couverture vaccinale antitétanique	Mères ayant reçu deux doses de vaccin antitétanique pendant la grossesse de leur plus jeune enfant : **76,6%.**
16. Accouchement assisté	Mères ayant fait l'accouchement de leur plus jeune enfant en présence d'un agent de santé assermenté : **36,0%.**

E. INDICATEURS DE CONNAISSANCE

17. Taux d'instruction des mères	Mères ayant été à l'école et qui peuvent lire : **13,6%**
18. Age pour le Rouvax	Mères sachant que le vaccin contre la rougeole se fait à 9 Mois d'âge : **8,1%**
19. Protection par le VAT	Mères sachant que le VAT protège aussi bien la mère que le nouveau-né : **41,6%**
20. Visite Prénatale	Mères sachant que la visite prénatale devrait s'effectuer dès le premier trimestre de la grossesse : **61,4%**

IV. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

En général, les connaissances et les pratiques des mères par rapport aux messages clés de la survie de la mère et de l'enfant sont faibles. Les différents indicateurs qui viennent d'être déterminés confirment cette faiblesse. Toutefois, il existe un certain nombre d'indicateurs de base au niveau des zones rurales du département du Borgou et de l'Alibori qui sont à un bon niveau. Ces bons indicateurs seraient dûs à la fois à des pratiques culturelles positives et l'action de certains projets de santé en cours dans le Borgou et l'Alibori (indicateurs n°1, 2, 4 et 15), ces Departements étant ciblés comme zones pilotes pour plusieurs programmes et projets de Santé.

Les discussions qui ont été menées autour de ces indicateurs ont permis de prendre un certain nombre de décisions et de faire des recommandations qui permettront de sauvegarder les acquis et d'améliorer les situations où les indicateurs sont faibles. Il est important de rappeler que le programme de santé maternelle et infantile sur la base duquel cette enquête a été conduite voudrait cibler les comportements des mères et de toute autre personne s'occupant à temps partiel ou de façon permanente des enfants de la tranche d'âge 0-23 mois. Toutefois, les stratégies qui apporteront des solutions aux problèmes de santé qui se posent se définiront et s'exécuteront avec la participation des bénéficiaires eux-mêmes. Le programme est avant tout, un programme d'assistance et d'éducation. Il s'appuyera sur les acquis de la communauté, apportera un certain nombre de mesures d'accompagnement pour permettre d'orienter les actions. L'objectif sera de contribuer à garantir la vie des populations qui participent au projet, par la prévention contre de nombreuses maladies graves de l'enfant.

1- Distribution de l'âge des mères et Maternité sans Risque

Parmi les mères enquêtées, 2,9% ont moins de 18 ans et 9,4% ont plus de 35 ans soit 12,3% des mères enquêtées encourent des risques lors de leur maternité. Cette situation pourrait être aggravée par une proportion très élevée de femmes qui ne font pas de visites prénatales (23%) et qui accouchent à domicile (45,1%). Les données sociologiques (réligion, mariage précoce et forcé), le faible niveau d'instruction des mères, le manque d'infrastructures sanitaires expliquent largement ces résultats.

Recommandation n°1

Les agents communautaires au cours des séances éducatives doivent sensibiliser les mères sur :

- les âges à risque pour les maternités
- l'importance des consultations prénatales
- les dangers de l'accouchement à domicile
- l'importance de la scolarisation des filles.

Recommandation n°2

Les autorités administratives et locales doivent faire le suivi de la mise en application des dispositions du Gouvernement relatives à la scolarisation des filles.

2- Niveau d'instruction des mères

Les résultats du KPC Borgou donnent un taux élevé de femmes analphabètes (86,4%) contre 92% dans l'Ouémé et 96,7% dans le Mono. Ce fort taux d'analphabétisme pourrait contituer un frein pour la prise en charge sur le plan sanitaire et nutritionnel du ménage et la participation des mères à la gestion du programme. L'EDS donne au niveau national un taux d'alphabétisation de 22% chez les femmes alors que dans le Borgou, ce taux est de 9,4% ; il est encore plus bas dans l'Ouémé (5,7%) et le Mono (4%).

Soulignons que ces femmes analphabètes sont très laborieuses : 93,2% mènent une activité génératrice de revenus qui font que 83% d'entre elles sont hors de leur foyer dans la journée.
Un peu plus de la moitié de ces mères (52,6%) emportent leurs enfants avec elles, dans le cas contraire, elles le confient aux grand-mères. Cette situation se remarque dans l'Ouémé alors que dans le Mono, la garde des enfants est prioritairement confiée aux enfants plus âgés.

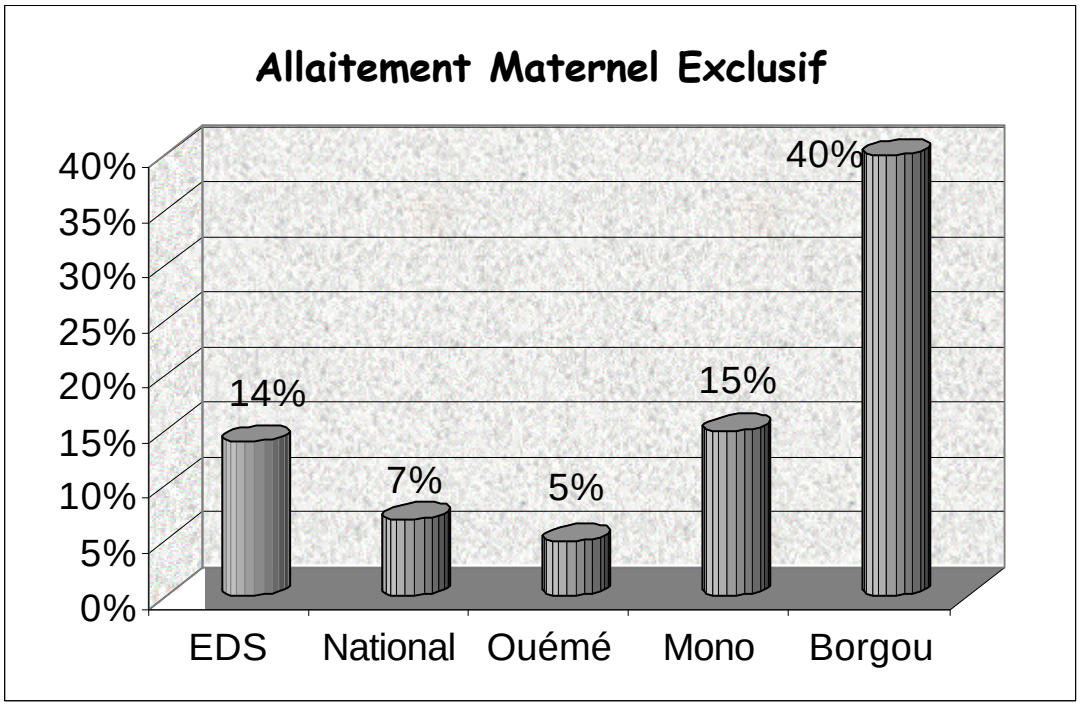
Recommandation n°3

Le CVDS au titre des activités de dévelopement communautaire pourrait:
- initier ou solliciter de la part d'autres ONGs des cours d'adultes et d'alphabétisation pour les membres de la communauté
- organiser des séances éducatives à l'intention des autres membres de la communauté (grand-mères et enfants plus âgés)

3- Allaitement Maternel

Trois messages principaux sont à retenir sur l'Allaitement maternel :
- Le lait maternel constitue à lui seul la meilleure nourriture et la meilleure boisson pour un bébé. Celui-ci n'a besoin d'aucun autre aliment ou boisson jusqu'à quatre - six mois environ.
- Le bébé devrait être mis au sein aussitôt que possible après sa naissance.
- L'allaitement au sein doit se poursuivre jusqu'à la deuxième année de vie de l'enfant et même plus tard si possible.

Les résultats du KPC/ Borgou – Alibori 1999 montrent que :
- l'allaitement est une pratique courante
- l'initiation à l'allaitement est pratiquée par 58% des mères contre 39% dans l'Ouémé et 56%dans le Mono. Si on considère l'heure suivant l'accouchement, ce taux passe de 58% à 20%. A cette étape les agents de santé sont interpelés pour les 36% d'accouchement assisté
- **40% des mères d'enfants de 0 à 3 mois pratiquent l'allaitement maternel exclusif** contre 5% dans l'Ouémé et 15% dans le Mono. Au niveau national ce taux est de 14% (EDS)



Ce taux relativement élevé dans le Borgou-Alibori pourrait s'expliquer par l'action conjuguée des projets de santé actuellement en cours dans la région, particulièrement celui du Projet **BASICS** qui a comme objectif principal dans le Borgou l'amélioration des pratiques des mères dans ce domaine.

Parmi les autres mères d'enfant de 0 à 3 mois qui n'observent pas cette pratique, 56,5% donnent de l'eau ou de la tisane. L'utilisation de l'eau et des tisanes chez les nouveau-nés, est un fait culturel courant dans nos sociétés. La plupart des mères ignorent les messages sur la stimulation de la production de lait maternel et pensent qu'il faut seulement bien manger pour avoir suffisamment de lait. Cette situation serait due à la méconnaissance par certains agents de santé et des mères des propriétés du colostrum et l'influence de la succion des premières heures sur la montée laiteuse.

Les discussions menées autour du thème de l'allaitement maternel ont abouti à la conclusion que les pratiques à ce niveau sont des habitudes passées de génération en génération et qu'il sera extrêmement difficile d'obtenir des changements de comportement surtout liés à l'allaitement exclusif pendant les quatre premiers mois au moins. La stratégie adoptée par BASICS dans cadre du PMA/N pourrait être expérimentée dans les communautés PBC.

L'allaitement jusqu'à deux ans est de règle et constitue un moyen de contraception naturelle, surtout dans le cas où la jeune mère quitte son foyer pour aller vivre chez ses parents jusqu'à 2 ans d'âge de l'enfant. En conclusion, il est retenu que certains indicateurs de base en matière d'allaitement au sein des bébés sont bons et certains autres mauvais. D'où les recommandations suivantes.

Recommandation n°4 :

Les AC au cours des séances éducatives doivent sensibiliser les mères sur :
- l'importance des têtées dans la première heure qui suit l'accouchement

- les messages relatifs aux actions pour stimuler la production du lait maternel
- les bienfaits de l'allaitement maternel exclusif et les encourager à poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans.

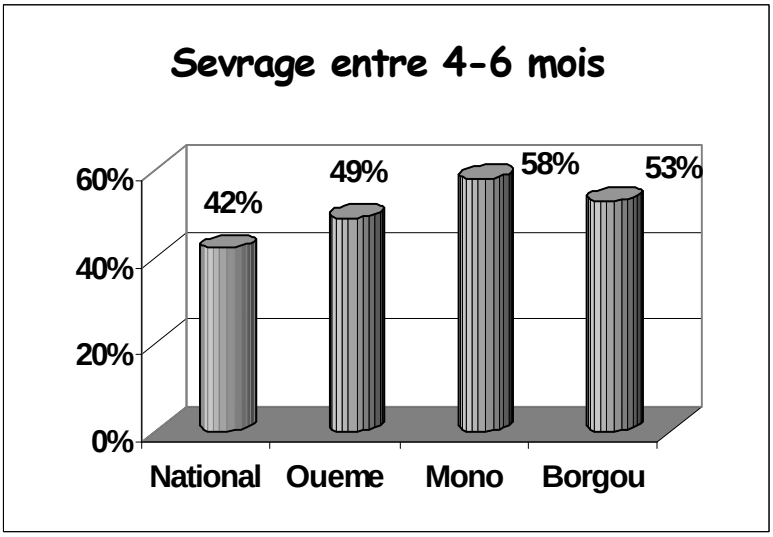
Le PBC doit de plus en plus cibler les femmes en état de grossesse comme des bénéficiaires à part entière du programme afin qu'elles soient assez informées sur le thème de l'allaitement maternel avant l'accouchement de leur enfant.

Recommandation n°5 :

Les services techniques du MSP doivent motiver et relancer les agents de santé pour que les messages sur l'allaitement maternel soient passer au cours des visites prénatales.

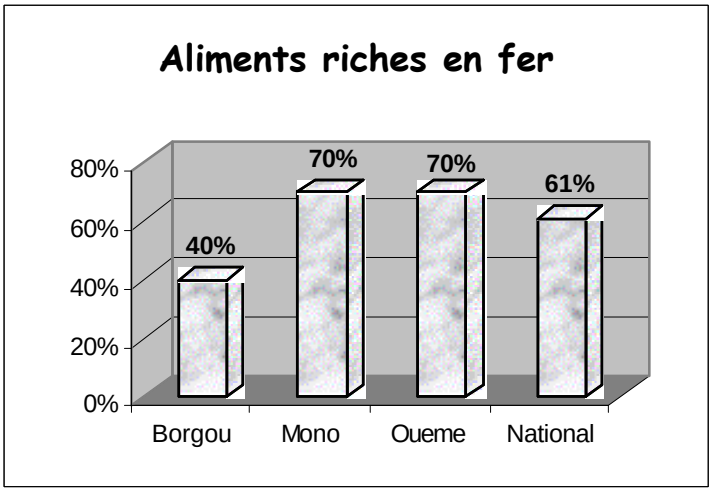
4- Nutrition infantile

Les résultats de l'Enquête KPC du Borgou montrent que 92,3 % (48/52) des mères ayant des enfants de 6 à 9 mois révolus introduisent des aliments solides ou semi-solides dans le repas de leurs enfants. Ce taux obtenu se rapproche de ceux constatés dans les enquêtes effectuées dans l'Ouémé (96,9 %, KPC 1997) et le Mono (100 %, KPC 1998).

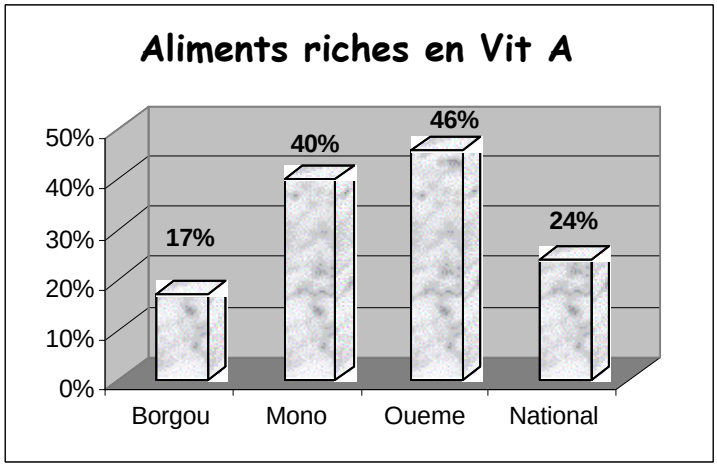


Du point de vue de la **connaissance**, 53,2 % (164/308) des mères pensent qu'en plus du lait maternel, il faut introduire dans l'alimentation des enfants, d'autres aliments entre 4 et 6 mois. Ce taux comparé à ceux de l'Ouémé (48,7 %) et du Mono (58,3 %) permet de dire que le niveau de connaissance des mères du Borgou a dépassé de 5% celui des mères d'Ouémé mais est moins bon que celui des mères du Mono pour le même écart.

Cependant, le pourcentage des mères qui savent qu'il faut commencer par donner à leurs enfants des aliments riches en Fer et Vitamines A ou ajouter de l'huile à leurs repas est faible. En effet, en ce qui concerne le Fer, ce taux est 39,9 % pour le Borgou contre 69,6 % en moyenne pour les deux autres Départements cités.



Pour la Vitamine A, le taux est de 16,6 % pour le Borgou contre 43 % en



moyenne pour les Départements de l'Ouémé et du Mono. Quant à l'huile, le taux est 1,3 pour le Borgou contre en moyenne 27 % pour les autres Départements.

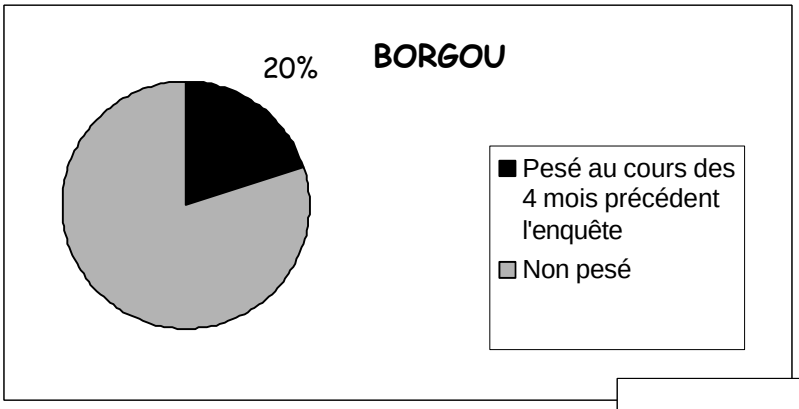
Certes, les causes des différents faits ainsi constatés ne sont pas explicitement relatées dans la présente enquête, mais on s'aperçoit qu'une action éducatrice bien menée dans l'avenir pourra inverser positivement les tendances actuelles.

Recommandation n°6 :

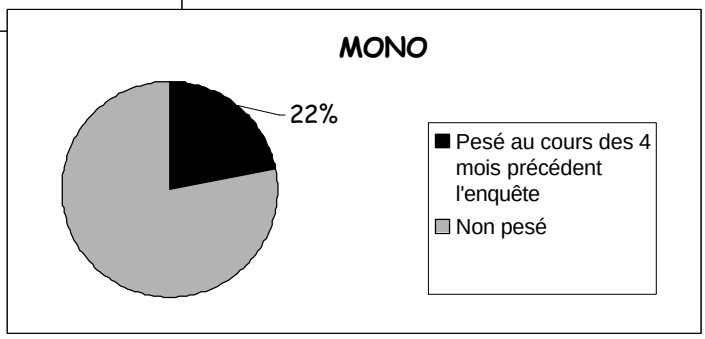
- A la mise en œuvre du PAN à la Base Communautaire (PBC) dans les Départements du Borgou et de l'Alibori, le Ministère en charge de ce Programme et le CRS/BENIN formeront les Responsables des Centres MCH affiliés au Programme ainsi que les futures animatrices Communautaires (AC) à la Méthodologie et Technique d'Information, Education des Messages Educatifs relatifs à la conduite du sevrage y compris les activités connexes.
- Le CRS/BENIN équipera chacune des communautés adhérées au PBC en Batterie de cuisine et Boîte à images pour permettre aux AC d'organiser régulièrement des séances éducatives au profit des communautés ciblées.

5- Suivi de la croissance

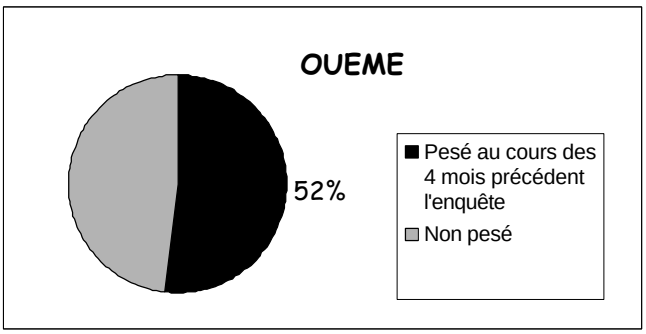
Les résultats de l'Enquête KPC du Borgou-Alibori ont révélé que la moitié 50 % (154/308) des mères interviewées possède comme dans l'Ouémé (E/KPC, 1997) une Carte de Suivi de la croissance pondérale pour leurs enfants.



Parmi elles, seulement 20,1 % (31/154) sont allées faire peser leurs enfants au moins une fois au cours des autres (4) derniers mois précédants l'enquête. Ce taux est presque le même (21,5%) pour le Mono, mais tous les deux sont largement inférieure au taux de 51,5% dans l'Ouémé.



Lorsqu'on ramène cette fréquence de suivi dans le Borgou-Alibori à une fois au moins au cours des deux derniers qui précèdent l'enquête, ce taux de 20,1% se retrouve à 16,2 % (25/154), soit un écart régressif de 3,9%. Quant au type de carte utilisée par les



mères enquêtées pour le suivi de croissance de leurs enfants, on remarque une diversité d modèles qui montre que les communautés où s'est déroulée l'enquête ne sont pas si complètement étrangères aux activités socio-sanitaires du pays. C'est ainsi qu'on a noté que 91,6 % (141/154) de ces cartes proviennent des Centres de Santé Publiques, tandis que 7,79 % (12/154) viennent des Projets de Santé / Nutrition semi-publiques ou privés : PAN/MPSF/CRS des Centres MCH, ONG locales affiliées au PILSA/MDR et Promotion Féminine du BIBD/Borgou.

Il se dégage de toutes les observations ainsi faites que très peu d'enfants des communautés concernées par l'enquête sont suivis par des agents compétents du développement socio-sanitaire. Cela pourrait s'expliquer par les raisons suivantes :

- les grandes distances (en moyenne 20 km) qui séparent les communautés enquètées des lieux de prestations des soins de santé généralement situés dans les centres urbains (Chefs-Lieux de Communes ou de Sous-Préfectures).
- la non perception par les mères de l'importance du Suivi de la Croissance Pondérale des enfants surtout une fois qu'elles les ont accouchés sans problème.
- la non priorisation par les Agents de Santé assermentés des activités du contrôle et de la surveillance continue des enfants de 0 à 23 mois révolus,
- ou enfin l'insuffisance en nombre des personnels de santé et/ou de matériels techniques adéquats.

Recommandation n°7

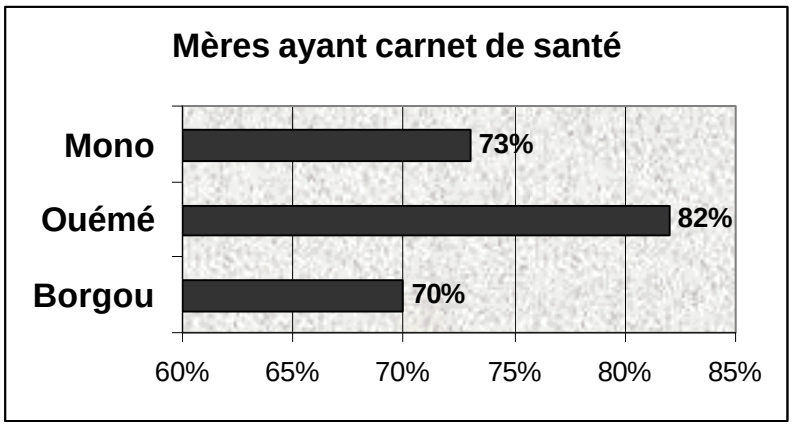
A la mise en place du PAN à Base Communautaire (PBC) dans les zones couvertes par ce Programme, le CRS/Bénin et ses partenaires, notamment le MPSF, devront veiller à :

- la réduction significative des distances qui séparent les populations des lieux de prestations des soins de Santé maternelle et infantile par l'implantation des Centres soci-Sanitaires de suivi des enfants au sein des communautés retenues pour le Programme.
- la formation et le récyclage périodiques des Animatrices Communautaires (AC) et personnels des Centres MCH affiliés au Programme en Technique d'animation de groupe et de surveillance continue de la croissance pondérale des enfants sains et/ou à risque.
- la bonne collaboration intersectorielle (MPSF/MSP) en vue du fonctionnement effectif du systême d'orientation/recours dans le cas où les résultats du Suivi Socio-Sanitaire des enfants appellent des compétences plus appropriées.
- la disponibilité permanente et la facilité de l'acquisition des Cartes de Suivi de la croissance pondérale des enfants.
- la sensibilisation permanente par les structures communautaires du PBC (CVDS, Assemblées Générales de Village assistées) des populations, notamment les mères d'enfants et les grands parents immédiats, sur l'importance du suivi de la croissance des enfants.
- le recrutement exhaustifs en début du PBC) et l'enregistrement continu par les AC/CVDS des enfants ciblés des zones administratives du Programme.
- Enfin l'amélioration constante de la qualité du PBC (Prestation, Moyens et Attentes) par tous ses acteurs (AC/CVDS, Responsables de C/MCH, DDPSF, C/PAN, et CG/PAN).

Il faudrait que le Ministère à charge du PBC (le MPSF actuel) et le CRS/Bénin d'une part adoptent une «Politique de Renforcement de l'effectif du personnel des Centres MCH affiliés au PBC par soit l'affectation judicieuse des fonctionnaires ou bien le recrutement des Agents contractuels et d'autre part accordent de l'importance au renforcement de la capacité gestionnaire des animateurs potentiels du PBC (Responsables de Centres MCH, Superviseurs et Contrôleurs) en leur assurant sur place ou à l'étranger des stages de formation spéciale de courtes durées en cours d'emploi.

6- Soins Maternels

Dans le Borgou et l'Alibori, 69% des mères enquêtées possèdent un carnet de santé maternel. Ce taux parait faible comparé à celui de l'Ouémé (82,3%) et du Mono (72,7%). Le contrôle des carnets montrent que 76,6% des mères ont reçu au moins deux doses de vaccins antitétanique contre 71%. Ce taux est plus élevé que la moyenne nationale (68,0%) indiquée dans l'annuaire statistique du MSP ; il est inférieur à celui du Mono (80,8%) et supérieur à celui de l'Ouémé (71%).



La proportion de mères qui savent que le VAT protège aussi bien la mère que le nouveau-né est de 41,6%, ce qui est peu satisfaisant; bien qu'elle soit plus élevée que celles des enquêtes KPC de l'Ouémé (38%) et du Mono (31,4%).

Très peu de mères (8,1%) savent que le vaccin contre la rougeole se fait à 9 mois d'âge. Cette même tendance a été observée, mais à un degré moindre par le KPC Ouémé (21,7%) et Mono (17,3%).

Un nombre appréciable de femmes 22,6%, n'ont fait aucune visite prénatale. Ce taux est trois fois plus élevé que ceux du Mono et de l'Ouémé (6%). Selon l'Enquête Démographique et de Santé, ce taux est de 19% au niveau national.

Un autre problème révelé par l'enquête est que près de la moitié des femmes, 45,1% accouchent à domicile donc sans assistance qualifiée contre 24% dans l'Ouémé et 37% dans le Mono. Cependant la plupart des mères enquêtées connaisent bien les differents types d'aliments qu'une femme enceinte doit manger pour éviter l'anémie.

Il ressort de ces résultats que dans la zone d'enquête, les femmes fréquentent peu les centres de santé et continuent d'accoucher à domicile.

Recommandation n° 8

- Les animatrices communautaires doivent sensibiliser toute la communauté et les mères sur l'importance des soins dans les services de santé, les avantages des consultations prénatales et les risques liés à l'acouchement à domicile
- Renforcer l'IEC sur l'alimentation des femmes enceintes
- Le MSP devra assurer la formation des accoucheuses traditionnelles afin d'élever le taux d'accouchements assistés dans les zones rurales

7- Maladies Diarrhéiques

Tableau N°11: **Prise en charge des maladies diarrhéiques**

	0-23 mois EDS 1996				
	National	**Borgou**	**Ouémé 97**	**Mono 98**	**Borgou 99**
Poursuite de l'allaitement maternel			61,4%	79,5%	61,4%
Administration de liquides	59,3%	62,1%	25%	79,8%	46,5%
Alimentation	46,3%	32,4%	39%	68,6%	26,0%
Utilisation de la TRO	58,8%	40%	52,5%	59,1%	44,9%
% d'enfants souffrant de la diarrhée les 15 jours précédents l'enquête	26,1%	28,1%	31%	38,3%	41,2%

Le pourcentage des enfants ayant souffert de la diarrhée au cours des 15 jours qui ont précédé le KPC dans le Borgou et l'Alibori, est de 41,2%. Le taux est supérieur à celui signalé dans le Borgou par l'EDS de 1996 (28,1%); il est également supérieur aux taux rapportés par le KPC Ouémé (31%) et le KPC Mono (38,3%) ; il est aussi supérieur au taux moyen national de l'EDS 1996 (26,1%).

La proportion de femmes qui pratique la TRO au cours des épisodes de diarrhée chez leurs enfants est de 44,9%; l'EDS a observé un taux presque identique (40%) dans le Borgou en 1996. Le taux d'utilisation de la TRO observé est moins élevé que ceux du KPC Ouémé (52,5%), du KPC Mono (59,1%) et l'EDS 1996 au niveau national (58.8%).

Au cours des épisodes diarrhéiques infantiles, 614% des mères continuent de pratiquer l'allaitement maternel, 46,5% donnent des liquides et 26% administrent aux enfants des aliments autres que le lait maternel.

Il apparaît donc que la diarrhée infantile est largement répandue dans les communautés du Borgou et de l'Alibori et près d'un enfant sur deux en souffrent. Sa prise en charge par les mères présente des insuffisances; notamment en ce qui concerne l'utilisation de la TRO et l'alimentation de l'enfant diarrhéique.

On note par ailleurs un abus de l'utilisation des antibiotiques et des anti-diarrhéiques par automédication: 62% des mères s'adonnent à cette pratique. D'une façon générale le premier recours thérapeutique des mères en cas de diarrhée chez leurs enfants est l'automédication; bien

que pour 67,5%, le recours à un dispensaire ou à un hôpital soit reconnu comme l'action la plus importante à mener lorsque l'enfant souffre de la diarrhée. En réalité cette action ne devient importante que lorsque les signes qui obligent les mères à demander conseil pour la diarrhée apparaissent ; il s'agit de diarrhée prolongée, de faiblesse et de fièvre qui sont des signes de diarrhée compliquée qu'il serait souhaitable d'éviter.

Le manque d'information et d'éducation pour la santé, la vente illicite des médicaments, l'insuffisance de disponibilité en SRO et en eau potable, et le non respect des règles d'hygiène, sont les principales causes du taux élevé de diarrhée constatée dans les communautés du Borgou.Toutes ces causes sont évitables par des actions soutenues d'IEC.

Recommandation n°9

Les Responsables Centres MCH/ AC et CVDS doivent :

- Former les AC et les autres membres du CVDS à la prise en charge des maladies diarrhéiques afin qu'ils puissent à leur tour ; passer des messages appropriés aux mères
- Organiser dans les communautés une mobilisation sociale pour la lutte contre la diarrhée et ses complications
- Cibler les parents et autres membres de la famille dans les messages d'éducation
- Déconseiller aux mères d'attendre le stade de complication avant de demander conseils et d'éduquer les mères pour consulter un agent de santé en cas de diarrhée chez leurs enfants
- Cibler les messages qui mettent l'accent sur l'hygiène du milieu, les bonnes habitudes alimentaires selon les âges, (conduite de sevrage), la consommation d'eau potable, les dangers de l'automédication. Les messages doivent montrer clairement la relation entre l'introduction précoce des aliments et des liquides autres que le lait maternel et la prévalence des maladies diarrhéiques

8- Vaccination

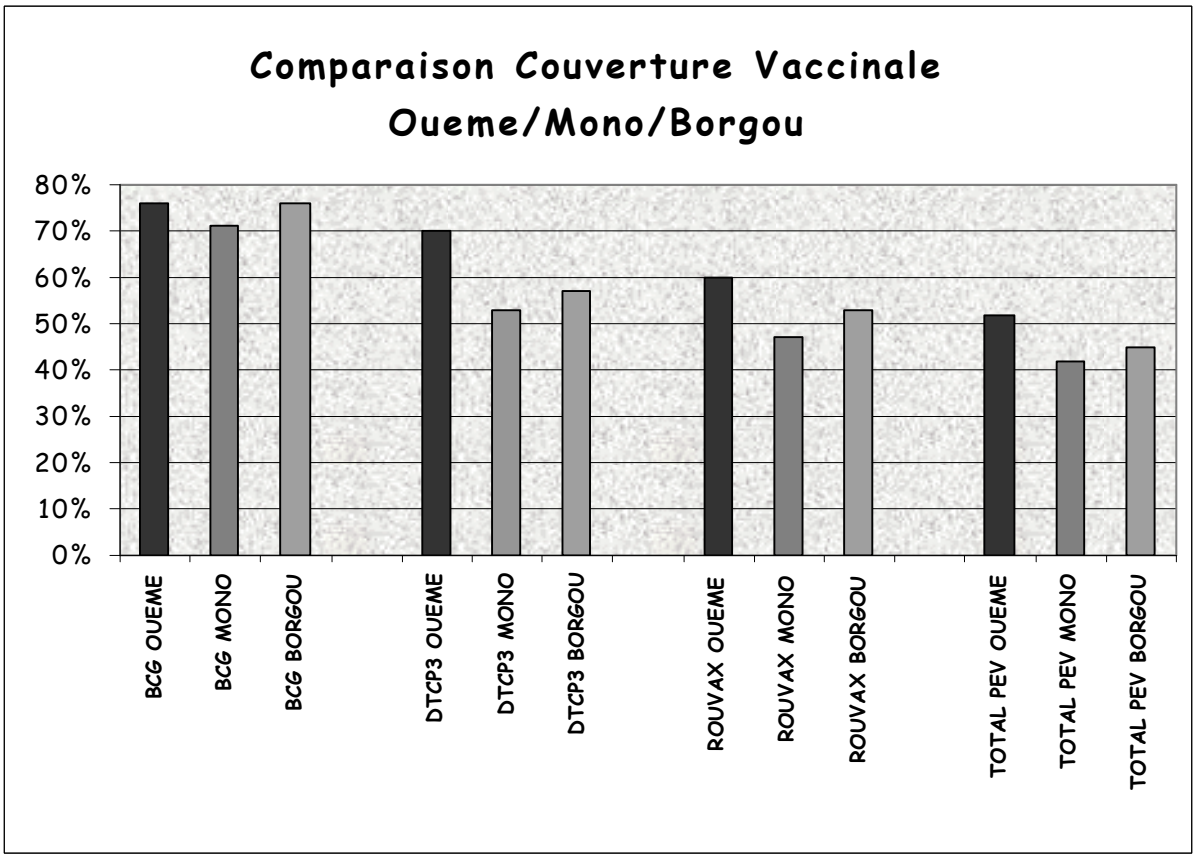
Tableau N° 12 : Comparaison de la Couverture vaccinale (12 – 23 mois)

	EDS 1996		KPC – OUEME	KPC MONO	KPC BORGOU
	NATIONAL	BORGOU			
BCG	84,2%	75,2%	76%	71%	75,9%
DTC_1	81,1%	70,7%	87,4%	68,8%	73%
DTC_2	75,9%	59,1%	80,5%	62,3%	67,4%
DTC_3	64,1%	50,9%	69%	55,8%	60,3%
POLIO 1 2 3	80,5% 74,5% 67,7%	66,7% 56,8% 48,4%	87,4% 80,5% 69,0%	65,9% 59,4% 52,8%	71,6% 66,7% 56,7%
ROUVAX	56,8%	52,2%	59,8%	47,1%	53,2%
Complètement vacciné	**49,3%**	**40,6%**	**52%**	**42%**	**44,7%**
Taux d'abandon DTC1 – DTC3			21%	13%	17,5%
Taux d'abandon BCG – ROUVAX			31,6%	23,9%	22,7%
VAT (2 doses et +)	68,0%	69%	71%	80,8%	76,6%
Connaissance sur VAT			38%	31,4%	41,6%
Connaissance sur ROUVAX			21,7%	17,3%	8,1%

Après plus d'une décennie d'activités le PEV (Programme Elargi de Vaccination) permis d'améliorer nettement la couverture vaccinale infantile et maternelle au Bénin. L'EDS a évalué, en 1996 à 49,3% la proportion d'enfants de 12 à 23 mois complètement vacciné ; ce pourcentage était de 40,6% dans le département du Borgou en 1996.

La présente enquête KPC a observé un taux de 44,7% ce qui dénote un accroissement sensible mais faible de 7,1% en 3 ans, soit 2,36% en moyenne par an. Le taux de 44,7% est peu différent de ceux obtenus par les enquêtes KPC de l'Ouémé et du Mono qui ont rapporté des taux respectifs de 52% et 42%.

Les taux de couverture observés dans le Borgou et l'Alibori pour les différents antigènes : BCG (75,9%), DTC_1 (73%), DTC_2 (67,4%), DTC_3 (60,3%), Rougeole (53,2%) sont tous en dessous des moyennes nationales qui sont respectivement de 84,2%, 81,1%, 75,9%, 64,1% et 56,8%.



Cependant, ils sont tous supérieurs aux taux de couvertures vaccinales infantiles notés dans le Mono en 1998; et inférieur à ceux rapportés par le KPC Ouémé en 1997. Les mêmes tendances s'observent pour les taux d'abandon entre le DTC $_1$ et DTC $_3$ (17,5%) puis entre le BCG et le Rouvax (22,7%). Les taux de l'Ouémé et du Mono étaient respectivement de 21% et 13% pour le DTC $_1$ et le DTC $_3$, puis de 31,6% et 23,9% pour le BCG et le Rouvax.

<u>Recommandation n° 10</u>

Les Responsables Centres MCH/ AC et CVDS doivent oeuvrer à:

Augmenter le taux d'accroissement annuel de la couverture vaccinale complète en améliorant la couverture vaccinale des différents antigènes.

Pour ce faire, il faut :

- Renforcer la surveillance de l'état vaccinal des enfants au cours du suivi de leur croissance pour diminuer les taux d'abandon
- Développer une collaboration systématique avec les agents de santé pour faciliter l'accès des enfants à la vaccination

Améliorer le niveau de connaissance des mères en ce qui concerne le rôle des vaccins et le calendrier vaccinal en développant des thèmes appropriés au cours des séances éducatives.

9- Maladies respiratoires

Sur les 308 mères interviewées, environ 46 % (142/308) avaient des enfants qui souffraient d'une Insuffisance Respiratoire Aigue (toux, dyspnée ou rhume) pendant les quinze derniers jours précédant l'enquête. Cette forte prévalence d'IRA comparable à celles observées dans l'Ouémé (59 %, KPC, 1997) et le Mono (46 %, KPC, 1998) souligne entre autres l'effet pervers des climats entrêmes (l'enquête se déroulant pendant la grande saison de pluie) ou d'insuffisance de soins maternels sur la santé des enfants.

Quant aux mères dont les enfants souffraient d'IRA associés (Dyspnée et toux), elles sont au nombre 91. Parmi elles, 99 % (90/91) allaitaient encore leurs enfants. Mais, l'on a constaté que 48,9 % (44/90) d'entre elles ont allaité plus ou comme à l'accoutumée leurs enfants, tandis que 51,1 % (46/90) ont donné moins ou arrêté carrément. Cette habitude des mères probablement fondée sur la crainte des risques d'aggravation de l'état de santé de leurs progénitures, ne fait que prédisposer celles-ci à un état de malnutrition contre toute attente.

Recommandation n° 11

Pour l'exécution du PBC dans le Département du Borgou, les animateurs (AC/CVDS, R/CMCH) du programme appuyés par les Directeurs Départementaux des MPSF et MSP devront instaurer et maintenir la collaboration entre les Centres Communautaires du PBC et les Services de Santé en vue de la mise en application effective du système d'orientation / recours dans les Soins de Santé Primaires (SSP).

Recommandation n°12

Le MSP à son tour devra tenir compte des présents résultats de l'enquête KPC/Borgou-Alibori en vue de l'organisation d'une enquête d'envergure nationale pouvant déboucher sur un Programme de prise en charge des IRA des enfants des zones à risque.

V. OBJECTIFS DU PBC-BORGOU-ALIBORI POUR L'AN 2002

Allaitement Maternel

PRATIQUE

1. 58% de mères ont initié l'allaitement dans les premières 8 heures suivant l'accouchement.

Objectif: *75% des mères v*ont initier l'allaitement dans les premières 8 heures suivant l'accouchement.

2. 40% des mères ayant des enfants dans la tranche d'âge 0 à 3 mois pratiquent l'allaitement maternel exclusif.

   Objectif: 60% des mères ayant des enfants dans la tranche d'âge 0 à 3 mois pratiqueront l'allaitement maternel exclusif.

CONNAISSANCE

3. 6,0% des mères savent ce qu'il faut faire pour stimuler la production de lait à savoir : faire téter fréquemment l'enfant, allaiter aussitôt que possible.

   Objectif: 25% des mères sauront qu'elles doivent faire téter fréquemment l'enfant, pour stimuler la production de lait maternel et allaiter aussitôt que possible..

Suivi de la Croissance de l'Enfant/Nutrition

PRATIQUE

4. 20% des mères enquêtées ayant présenté une fiche de surveillance de croissance de leurs enfants sont allées faire peser leurs enfants au moins une fois au cours des quatre derniers mois précédant l'enquête.

   Objectif : 80% des mères disposeront d'une fiche ou carnet de suivi de croissance de leurs enfants et les feront peser regulièrement au moins une fois tous les 2 mois.

CONNAISSANCE

5. 53% des mères savent qu'elles doivent introduire des aliments de sévrage en plus du lait maternel, dans le repas de leurs enfants entre 4 et 6 mois.

   Objectif: 80% des mères décriront le sevrage (aliments de sevrage, période de démarrage, comment conduire le sevrage).

Vaccination

PRATIQUE

6. Taux de couverture vaccinal des enfants de 12 à 23 mois :
   BCG : 75,9%
   POLIO 3 : 56,7%
   DTC 3 : 60,3%
   ROUVAX : 53,2%
   Complètement vacciné : 44,7%

   Objectif : *A 12 mois d'âge, 60% des enfants auront été vaccinés contre les 6 maladies du PEV.*

CONNAISSANCE

7. 41,6% des mères savent que la vaccination contre le tétanos protège la maman et son enfant.

   Objectif : *60% des mères sauront que la vaccination contre le tétanos protège la maman et son enfant.*

8. 31,9% des mères savent qu'une femme enceinte a besoin d'au moins deux doses de vaccin contre le tétanos pour se protéger et protéger son enfant.

   Objectif : *70% des mères sauront qu'une femme enceinte a besoin d'au moins deux doses de vaccins contre le tétanos pour se protéger et protéger son enfant.*

9. 8,1% des mères savent que leurs enfants doivent être vaccinés contre la rougeole à l'âge de 9 mois.

   Objectif : *30% des mères sauront que leur enfant doit être vacciné contre la rougeole à l'âge de 9 mois.*

Maladies Diarrhéiques

PRATIQUE

10. 26% des mères donnent à leurs enfants des aliments solides et ou semi-solides plus ou comme normalement pendant un épisode diarrhéique.

    Objectif : *60% des mères donneront à leurs enfants des aliments solides et semi-solides pendant un épisode de diarrhée.*

11. 44,9% des mères pratiquent une des formes de la TRO pour leurs enfants pendant les épisodes diarrhéiques.

    Objectif : *60% des mères pratiqueront la TRO pour leurs enfants au cours des épisodes diarrhéique.*

BIBLIOGRAPHIE

1. *Enquête connaissance, pratique et couverture vaccinale en santé maternelle et infantile Département de l'Ouémé (zone rurale).* MPSF / CRS-Benin

2. *Enquete Démographique et de santé au Benin 1996: Rapport preliminaire*: Ministere du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi; Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. (September 1996)

3. *EPI Info version 6 guide de l' utilisateur.* Editions ENSP

4. *Facts for Life - A Communications Challenge*: UNICEF, UNESCO & WHO, New York, New York (1989).

5. Henderson, R. H. & Sundaresan, T.: "Cluster Sampling to Assess Immunization Coverage: A Review of Experience with a Simplified Sampling Method," *Bulletin of the World Health Orgnaization* 60 (2), pp. 253-260 (1991).

6. *Household Survey Manual: Diarrhoea Case Management, Morbidity, and Mortality*: Diarrhoeal Disease Control Programme, World Health Organization, Geneva (1989).

7. *PL 480 Title II Development Project Proposal FY 1996-2000 (submitted to AID/BHR/FF Washington):* Catholic Relief Services/Benin Program (October 1995).

8. *Training for Mid-Level Managers: Coverage Survey*: Expanded Programme on Immunization, World Health Orgnaization, Geneva (1988).

9. Annuaire statistique Ministère de Santé publique –Bénin 1996.