

RBM Partnership
To End Malaria



**Malaria Social and Behavior Change
Communication
Indicator Reference Guide:
Second Edition**

September 2017

RBM Partnership
To End Malaria



**Communication pour le changement social
et de comportement sur le paludisme
Guide de référence des indicateurs :
Deuxième Édition**

Septembre 2017

Copyright © 2017 Partenariat Roll Back Malaria

Le partenariat Roll Back Malaria (RBM) est le cadre global de l'action coordonnée contre le paludisme. Fondé en 1998 par le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) et la Banque mondiale, et renforcé par l'expertise, les ressources et l'engagement de plus de 500 organismes partenaires, le RBM est un partenariat public-privé qui facilite l'incubation de nouvelles idées, soutient des approches novatrices, encourage un engagement politique de haut niveau, et maintient le paludisme dans les priorités internationales en permettant, en harmonisant et en amplifiant les initiatives de plaidoyer axées sur les partenaires. Le RBM fournit des conseils politiques, assure un soutien financier et technique aux efforts de contrôle dans les pays et surveille les progrès envers les objectifs universels.

Les désignations géographiques employées dans cette publication ne représentent ni n'impliquent aucune opinion ni aucun jugement de la part du RBM concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région, ses autorités gouvernementales ou nationales, ni concernant la délimitation de ses frontières. La mention de sociétés spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas qu'ils sont approuvés ou recommandés par le RBM ni qu'ils sont préférés à d'autres de même nature qui ne sont pas mentionnés ou représentés. Ce document peut être librement consulté, cité, reproduit et traduit, en tout ou partie, à condition d'en indiquer la source.

Les auteurs expriment leur gratitude envers les organismes et chaque photographe qui ont autorisé l'utilisation de leurs photos dans cette publication. Les crédits photographiques figurent sur le rabat de la quatrième de couverture. L'autorisation de reproduire l'une de ces photos ne peut être accordée que par son détenteur d'origine.

En cas de questions et de commentaires, veuillez prendre contact avec : Angela Acosta (angela.acosta@jhu.edu), Jessica Butts (jbutts@cdc.gov) et Mariam Nabukenya Wamala (nabukem@yahoo.com).

Citation suggérée : Partenariat RBM pour éradiquer le paludisme. 2017. *Guide de référence des indicateurs de communication pour le changement social et de comportement sur le paludisme : Deuxième Édition*. Venier, Suisse : RBM

Remerciements

Ce guide est le fruit d'une collaboration concertée entre de nombreux partenaires de la communication pour le changement social et de comportement (CCSC) sur le paludisme. Parmi les personnes qui ont contribué à la première édition (février 2014) figuraient Hannah Koenker, Jessica Butts, Angela Acosta, Martin Alilio, Marc Boulay, Debra Prosnitz, Hibist Astatke, Susan Zimicki, Joe Keating et Janita Bhana.

La deuxième édition a été réalisée par Angela Acosta, Jessica Butts, Janita Bhana, Hannah Koenker, Marcy Erskine, Sandrine Martine, Stella Babalola, Andrew Tompsett, Grace Awantang, Matthew Okoh, Anisa Saleh, Anna McCartney-Melstad, Naira Kalra et Farah Ndiaye. Nous sommes extrêmement reconnaissants envers toutes les personnes qui nous ont fourni de précieux conseils techniques ainsi que leur feedback. Elles ont contribué à faire en sorte que le guide reflète la pensée actuelle de la communauté. Elles représentaient :

- Abt Associates
- American Refugee Committee International
- Chemonics
- Family Health International 360
- ICF International
- Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
- Johns Hopkins Center for Communication Programs
- Malaria Consortium
- Malaria No More
- Manoff Group
- Population Services International
- Initiative Paludisme du président des États-Unis
- Société pour la santé familiale
- Speak Up Africa
- Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine
- Fonds des Nations unies pour l'enfance
- Des représentants des programmes nationaux de lutte contre le paludisme de plusieurs pays, dont le Burkina Faso, Madagascar, le Malawi, le Nigéria, la Sierra Leone et la Zambie.

Le présent guide a pu voir le jour grâce au soutien des citoyens américains par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et de l'Initiative Paludisme du président des États-Unis selon les termes de l'USAID/de l'accord de coopération de l'Université Johns Hopkins n° GHS-A-00-09-00014-00 (Projet NetWorks), AID-OAA-A-14-00057 (Projet VectorWorks) et AID-OAA-A-12-00058 (Projet de Collaboration sur les Capacités en Communication Sanitaire). Le contenu relève de la responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID, du gouvernement des États-Unis ou de l'Université Johns Hopkins.

Table des matières

Remerciements.....	iii
Table des matières.....	iv
Acronymes.....	v
Introduction.....	1
Liste récapitulative des indicateurs prioritaires.....	3
Partie 1 : Conseils par rapport à la sélection et au contrôle des indicateurs.....	5
Cadre pour le contrôle et l'évaluation des programmes de CCSC concernant le paludisme.....	5
Sélection et adaptation des indicateurs.....	5
Source de données.....	8
Genre.....	11
Partie 2 : Indicateurs prioritaires.....	13
Fiches de référence relatives à l'indicateur.....	13
Rappel.....	13
Connaissances.....	13
Risque et efficacité.....	15
Normes.....	17
Attitudes.....	18
Comportements.....	19
Retombées du programme.....	21
Partie 3 : Annexes.....	24
Annexe 1 : Théories de communication et changement de comportement.....	24
Annexe 2 : Liste de vérification pour le reportage des évaluations de la CCSC concernant le paludisme.....	29
Annexe 3 : Questions du sondage et méthodes de mesure.....	30
Annexe 4 : Études de cas par rapport au choix et à l'adaptation des indicateurs et des questions.....	48
Étude de cas 1 : Sélection des indicateurs en fonction du stade du programme.....	48
Étude de cas 2 : Adaptation des indicateurs et des questions à la chimio-prévention saisonnière du paludisme.....	49
Annexe 5 : Références.....	50

Acronymes

ACT	Polythérapie à base d'artémisinine (Artemisinin-Based Combination Therapy)
SAN	Soins prénataux
CCP	Centre des programmes de communication Johns Hopkins (Johns Hopkins Center for Communication Programs)
EDS	Enquête démographique et sanitaire
MEPP	Modèle étendu des processus parallèles
SIGS	Système d'informations de gestion sanitaire (Health management information system)
IPTp	Traitement préventif intermittent du paludisme durant la grossesse (Intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy)
IRS	Pulvérisation d'insecticides à effet rémanent en intérieur (Indoor residual spraying)
IST	Détection et traitement intermittent (Intermittent screening and treatment)
ITN	Moustiquaire imprégnée d'insecticide (Insecticide-treated net)
KAP	Connaissances, attitudes et pratiques (Knowledge, attitudes, and practices)
SIGL	Système d'informations de gestion logistique (Logistics management information system)
M&E	Suivi et évaluation
MDA	Distribution massive de médicaments (Mass drug administration)
MERG	Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation (Monitoring and Evaluation Reference Group)
MICS	Enquête à indicateurs multiples (Multiple Indicator Cluster Surveys)
MIS	Enquête sur les indicateurs du paludisme (Malaria Indicator Survey)
RBM	Partenariat Roll Back Malaria (Roll Back Malaria Partnership)
TDR	Test de diagnostic rapide
SARA	Disponibilité des services et évaluation de la disposition (Service Availability and Readiness Assessment)
CCSC	Communication pour le changement social et de comportement
SMC	Chimio-prévention saisonnière du paludisme (Seasonal malaria chemoprevention)
SP	Sulfadoxine pyriméthamine
SPA	Évaluation de la prestation de services (Service Provision Assessment)
SUA	Speak Up Africa
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Introduction

Le financement de la lutte contre le paludisme a augmenté de façon considérable au cours de ces 15 dernières années et de nombreux pays intensifient leurs efforts pour contrôler le paludisme et atteindre les objectifs mondiaux ambitieux. La communication pour le changement social et de comportement (CCSC) a largement contribué à l'efficacité des stratégies de lutte contre le paludisme. Malgré leur rôle important, le suivi et l'évaluation (M&E) solides des programmes de CCSC se sont toutefois révélés difficiles. Parmi les principaux obstacles, il y a le manque de clarté des indicateurs appropriés.

Contexte

En 2011, 15 organismes ont pris l'initiative d'élaborer des indicateurs standards pour la CCSC concernant le paludisme en partageant leurs outils de sondage. En 2012, un comité d'experts a regroupé les indicateurs par thèmes et les a comparés aux indicateurs de la CCSC dans le cadre de l'initiative de la **base de données en ligne des indicateurs de planning familial et de santé reproductive**¹ et des **indicateurs des enquêtes effectuées auprès des foyers par rapport à la lutte contre le paludisme**².

Le groupe de travail de CCSC du RBM a publié la première édition du **Guide de référence des indicateurs de CCSC sur le paludisme** en 2014. Au cours des trois années suivantes, le groupe de travail s'est efforcé d'obtenir le feedback de ses membres par rapport au guide. Les membres ont discuté des changements lors de réunions en personne à Baltimore, Maryland, États-Unis et lors de la réunion annuelle à Dakar, Sénégal en 2016. Le comité d'experts qui est finalement devenu le groupe de travail M&E, a rédigé les deux éditions du guide des indicateurs.

Quelles sont les principales nouveautés de cette deuxième édition ?

Cette deuxième édition propose :

- Un ensemble plus simple d'indicateurs prioritaires, l'accent étant moins mis sur des indicateurs expérimentaux.
- Une inclusion des prestataires de soins de santé en tant que public visé.
- Une prise en compte des sources de données au-delà des enquêtes nationales menées auprès des foyers.
- Des conseils supplémentaires sur la manière de sélectionner et de classer par ordre de priorité les indicateurs à des fins différentes, en particulier la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du programme.
- Des conseils et des exemples supplémentaires quant à l'utilisation et l'interprétation des données.
- Une présentation plus conviviale : les ressources clés, telles que les questions de sondage et les théories, apparaissent maintenant dans les annexes.

Objectifs

Ce guide fournit au personnel lié au programme, au personnel gouvernemental et aux donateurs un ensemble d'indicateurs prioritaires afin de suivre les résultats des programmes de CCSC concernant le paludisme. Il vise à :

- Rassembler des indicateurs que les parties concernées ont trouvés utiles.
- Définir ces indicateurs afin qu'ils puissent être utilisés de façon cohérente.
- Faciliter le M&E de la CCSC en mettant à disposition les indicateurs et les questions de sondage en un seul et même endroit.

- Donner des exemples et faire des suggestions afin de sélectionner des indicateurs, de les adapter aux contextes locaux et de les utiliser à différents stades d'un cycle de programme.

Publics visés

Ce guide a été élaboré pour différents groupes :

- Les agents responsables de la CCSC et du M&E au sein des programmes nationaux de lutte contre le paludisme.
- Les responsables et le personnel des organismes en charge de la mise en œuvre des activités de CCSC.
- Les chercheurs et le personnel de M&E chargés d'évaluer les progrès et les réalisations des programmes de CCSC.
- Les représentants des agences de donateurs.

Comment utiliser ce guide ?

Les lecteurs peuvent utiliser ce guide afin de :

- Sélectionner des indicateurs pour les plans de M&E et les propositions de financement.
- Recueillir des données dans le but d'informer sur le développement d'une activité de CCSC.
- Communiquer les objectifs d'une activité de CCSC aux parties prenantes.
- Contrôler les résultats intermédiaires de manière à modifier les programmes pour maximiser l'impact et partager ces résultats.
- Recueillir des données dans le but d'évaluer les résultats du programme.
- Comparer des résultats dans le temps et entre les programmes.

Organisation

Le guide comprend trois parties :

- La **partie 1** présente le cadre du M&E et fournit des conseils généraux quant à la sélection des indicateurs et des sources de données, ainsi que des considérations de genre.
- La **partie 2** décrit en détail chacun des 17 indicateurs prioritaires. Les indicateurs se répartissent en plusieurs catégories : rappel, connaissances, risque et efficacité, normes, attitudes, comportements et résultats des programmes. Chaque fiche de référence contient des renseignements détaillés sur l'objectif de l'indicateur, sa définition (y compris le numérateur et le dénominateur), sa ventilation, son utilisation et son interprétation des données, ainsi que ses forces et ses limites. Tout comme le guide des indicateurs de l'enquête auprès des foyers du MERG du RBM, ce guide propose d'autres indicateurs liés aux indicateurs prioritaires qui pourraient s'avérer intéressants pour les programmes. Il est possible d'obtenir les résultats de ces indicateurs en effectuant des sous-analyses sur les indicateurs prioritaires ou en recueillant des données supplémentaires.
- La **partie 3** se compose d'annexes qui comprennent une discussion sur la façon dont les indicateurs sélectionnés et les théories du changement de comportement peuvent être utilisés pour comprendre le fonctionnement des activités de CCSC, une liste de vérification pour le reportage de la qualité de l'activité de CCSC concernant le paludisme et de ses résultats ainsi que des questions de sondage qui peuvent être utilisées pour mesurer les indicateurs.

¹ MEASURE Evaluation 2017.

² Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation du RBM (RBM Monitoring and Evaluation Reference Group) 2013

Limites

Ce guide ne constitue pas une liste exhaustive de tous les indicateurs de CCSC concernant le paludisme. Il préconise plutôt des indicateurs susceptibles d'être jugés les plus utiles pour les programmes et suggère comment ces indicateurs peuvent être adaptés à des interventions spécifiques, comme la chimio-prévention saisonnière du paludisme, les publics visés, comme les travailleurs saisonniers, et les contextes épidémiologiques, comme les épidémies.

Il existe d'autres indicateurs qui peuvent être utiles à la planification ou à l'évaluation d'une activité de CCSC. Toutefois, le présent guide ne les traite pas en détail. Plus précisément, les auteurs de ce guide reconnaissent que les comportements des prestataires de soins de santé, et les facteurs qui influencent ces comportements, jouent un rôle crucial dans la prévention et le traitement du paludisme. Bien que ce guide considère les prestataires de soins de santé comme un public visé pour lequel les comportements et les facteurs comportementaux peuvent être mesurés, il convient de fournir des conseils supplémentaires quant aux meilleures approches pour mesurer les comportements des prestataires de soins de santé, à savoir le respect des recommandations nationales pour la gestion des cas et la prévention du paludisme au cours de la grossesse. L'élaboration de ces conseils à l'intention des prestataires de soins de santé ne fait pas partie de la portée de la présente version de ce document. Les lecteurs peuvent consulter les enquêtes sur les structures sanitaires (y compris l'Évaluation de la prestation de services [SPA, Service Provision Assessment] disponible sur le site Web de l'enquête démographique et sanitaire (EDS)), le Groupe de travail de M&E de la CCSC du RBM ou le MERG du RBM pour de plus amples informations sur ce sujet.

Le présent guide ne comprend pas certains indicateurs qui peuvent influencer l'adoption de certains comportements :

- La satisfaction par rapport aux services sanitaires
- La disponibilité des produits antipaludiques tels que les médicaments et les tests de dépistage ainsi que l'accès aux services
- L'accès aux médias et les préférences
- La participation de la communauté, le rôle de direction, la cohésion sociale et l'autonomie collective

Comme ces mesures peuvent être importantes pour comprendre les comportements du public visé, il est conseillé aux utilisateurs de croiser, autant que possible, les données provenant d'autres sources.

À quelle adresse puis-je envoyer mes commentaires ou mes questions ?

Vos commentaires sur ce document sont les bienvenus. Les commentaires des utilisateurs ont fait de cette ressource une meilleure ressource pour la communauté en charge de la CCSC concernant le paludisme. Veuillez envoyer vos idées et suggestions aux coprésidents du groupe de travail de M&E : Angela Acosta (angela.acosta@jhu.edu), Jessie Butts (jbutts@cdc.gov) et Mariam Nabukenya Wamala (nabukem@yahoo.com).

Liste récapitulative des indicateurs prioritaires

Ce guide d'indicateurs contient 17 indicateurs prioritaires divisés selon les catégories suivantes : rappel, connaissances, risque et efficacité, normes, attitudes, comportement et résultats des programmes. Certains indicateurs comprennent des sous-indicateurs (appelés indicateurs supplémentaires ci-dessous), qui peuvent être vérifiés au moyen de questions ou de sous-analyses supplémentaires.

Rappel

1. Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu des messages concernant le paludisme au cours des six derniers mois

- Indicateur supplémentaire 1.1 Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu des messages spécifiques concernant le paludisme
- Indicateur supplémentaire 1.2 Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu un message par le canal de communication « X » (rapporté pour chaque canal de communication spécifique)

Sources de données

L'EDS, l'enquête sur les indicateurs du paludisme (MIS, Malaria Indicator Survey), les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS, Multiple Indicator Cluster Surveys) ; d'autres enquêtes auprès de la communauté ; des enquêtes sur les structures sanitaires si elles sont adaptées aux prestataires

Utilisations

Évaluer la portée des activités générales de CCSC ou d'une campagne spécifique

Connaissances

2. Proportion de personnes désignant les moustiques comme la cause du paludisme

- Indicateur supplémentaire 2.1 Proportion de personnes désignant uniquement les moustiques comme la cause du paludisme

3. Proportion de personnes qui savent que le principal symptôme du paludisme est la fièvre

- Indicateur supplémentaire 3.1 Proportion de personnes qui connaissent les signes graves et les symptômes de paludisme sévère

4. Proportion de prestataires qui savent que la seule manière de diagnostiquer précisément le paludisme est d'avoir recours à un test de dépistage (un test de diagnostic rapide [TDR] ou une microscopie)

5. Proportion de personnes qui connaissent le traitement contre le paludisme

6. Proportion de personnes qui connaissent les mesures préventives efficaces contre le paludisme

- Indicateur supplémentaire 6.1 Proportion de personnes avec des idées fausses au sujet des pratiques de prévention efficaces contre le paludisme

- Indicateur supplémentaire 6.2 Proportion de personnes qui sont conscientes que le traitement IPTp est un moyen de protéger une mère et son bébé du paludisme pendant la grossesse
- Indicateur supplémentaire 6.3 Proportion de prestataires qui connaissent les recommandations nationales en matière de dosage du traitement IPTp (calendrier et fréquence)

Sources de données

L'EDS, la MIS, les MICS ; d'autres enquêtes auprès de la communauté pour les indicateurs 2, 3, 5 et 6 ; des enquêtes sur les structures sanitaires pour l'indicateur 4 ainsi que d'autres indicateurs adaptés aux prestataires

Utilisations

- Recherche formative afin d'informer sur la conception des activités de CCSC
- Contrôle et évaluation du public si l'intervention ciblait les connaissances

Il est possible d'adapter les indicateurs de cette section à des publics visés spécifiques, comme les femmes enceintes, ainsi qu'à des types de connaissances plus spécifiques, comme la connaissance du calendrier posologique du traitement IPTp par les prestataires de soins de santé. L'adaptation des indicateurs peut nécessiter différentes approches de collecte de données.

Risque et efficacité

7. Proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme (vulnérabilité perçue)

8. Proportion de personnes qui pensent que les conséquences du paludisme sont graves (gravité perçue)

9. Proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque (efficacité de la réaction)

10. Proportion de personnes confiantes en leur capacité d'adopter un comportement spécifique concernant le paludisme (autonomie)

Sources de données

L'EDS, la MIS, les MICS (pays par pays) ; d'autres enquêtes auprès de la communauté ; des discussions de groupe ou une autre recherche qualitative ; des enquêtes sur les structures sanitaires si elles sont adaptées aux prestataires

Utilisations

- Une recherche formative afin d'informer sur la conception des activités de CCSC peut également aider à identifier les raisons de la non-adoption de certains comportements au sein de la population visée, comme les obstacles à l'utilisation de moustiquaires ou les raisons pour lesquelles les prestataires de soins de santé n'utilisent pas les TDR
- Contrôle et évaluation du public si l'intervention ciblait le risque/l'efficacité
- Il est possible d'adapter les indicateurs de cette section à des publics visés spécifiques, comme les soignants. Ces indicateurs doivent être adaptés à un produit, un service ou un comportement spécifique.

Normes

11. Proportion de personnes convaincues que la majorité de leurs amis et des membres de leur communauté appliquent le comportement

Sources de données

L'EDS, la MIS, les MICS (pays par pays) ; d'autres enquêtes auprès de la communauté ; des discussions de groupe ou une autre recherche qualitative

Utilisations

- Une recherche formative afin d'informer sur la conception des activités de CCSC peut également aider à identifier les raisons de la non-adoption de certains comportements au sein de la population visée
- Contrôle et évaluation du public si l'intervention ciblait les normes/les attitudes
- Il est possible d'adapter cet indicateur à des publics visés spécifiques, comme les prestataires de soins de santé. Cet indicateur doit être adapté à un produit, un service ou un comportement spécifique

Attitudes

12. Proportion de personnes ayant une attitude favorable envers le produit, le service ou le comportement

Sources de données

L'EDS, la MIS, les MICS (pays par pays) ; d'autres enquêtes auprès de la communauté ; des discussions de groupe ou une autre recherche qualitative

Utilisations

- Une recherche formative afin d'informer sur la conception des activités de CCSC peut également aider à identifier les raisons de la non-adoption de certains comportements au sein de la population visée
- Contrôle et évaluation du public si l'intervention ciblait les normes et les attitudes

Il est possible d'adapter cet indicateur à des publics visés spécifiques, comme les prestataires de soins de santé. Cet indicateur doit être adapté à un produit, un service ou un comportement spécifique.

Comportement

13. Proportion de personnes appliquant le comportement recommandé

Comportements du bénéficiaire

- Dormir sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide : Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente
- Indicateur supplémentaire 13.1 Rapport entre l'accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide et son utilisation. Proportion de la population utilisant des moustiquaires parmi les personnes ayant accès à une moustiquaire au sein de leur foyer
- Recevoir des soins prénataux (SAN) dès le début de la grossesse et tout au long de celle-ci : Proportion de femmes ayant assisté à au moins une, deux et trois consultations de soins prénataux au cours de leur dernière grossesse
- Rechercher des soins en cas de fièvre : Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines pour lesquels une consultation ou un traitement a été demandé le jour même de l'apparition de la fièvre ou le jour suivant

Sources de données

L'EDS, la MIS, les MICS ; d'autres enquêtes auprès de la communauté

Comportements des prestataires

- Proposer un traitement IPTp selon les recommandations nationales : Proportion de femmes enceintes au service de soins prénataux ayant reçu un traitement IPTp conformément aux recommandations nationales
- Proposer une gestion des cas de paludisme selon les recommandations nationales (test de dépistage et traitement)
- Proportion de cas de fièvre recevant un test de diagnostic du paludisme
- Proportion de cas dépistés traités/non traités conformément aux résultats du test de dépistage

Sources de données

L'enquête sur les structures sanitaires, l'examen des registres des soins prénataux (SAN)

Remarque : Les indicateurs de remplacement pour ces comportements des prestataires peuvent être obtenus à partir des enquêtes auprès des foyers telles que l'EDS, la MIS, les MICS. Ceux-ci comprennent :

- Proportion de femmes ayant reçu au moins trois doses d'IPTp lors de leurs consultations de soins prénataux au cours de leur dernière grossesse
- Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui présentaient une trace de piqûre au doigt ou au talon
- Proportion d'enfants ayant reçu une polythérapie à base d'artémisinine (ACT, artemisinin-based combination therapy) parmi les enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui ont reçu des médicaments antipaludiques

Utilisations

- Une recherche formative pour identifier le comportement prioritaire/problématique
- Une évaluation pour déterminer si une activité de CCSC a contribué au changement de comportement mesuré

Il est important de croiser ces données avec les données mesurant l'accès au produit ou au service et leur disponibilité, comme l'accès aux moustiquaires ou la disponibilité des produits.

La mesure séparée des comportements des bénéficiaires et des prestataires de soins de santé permettra de déterminer dans quelle mesure les faibles taux d'adoption du traitement IPTp, des tests de dépistage et/ou du traitement par ACT peuvent découler de la performance des prestataires de soins de santé par rapport à la recherche des soins ou à la disponibilité des produits.

Retombées du programme

1. Quantité de documents produits
2. Nombre de personnes atteintes
3. Quantité d'activités de CCSC réalisées
4. Nombre de personnes formées

Sources de données

Les rapports d'activité, tels que les rapports de surveillance des médias, les certificats de diffusion, les rapports d'activité sur la mobilisation communautaire, les rapports de formation, les rapports sur les TIC ou les tableaux de données.

Utilisations

Informers les responsables de l'achèvement des activités comme prévu. Ces informations reprises dans les rapports d'évaluation informent les lecteurs sur l'étendue et l'intensité du programme, ce qui les aide à mesurer la qualité de l'intervention évaluée. Toujours rapporter une cible, par exemple, comme dénominateur, pour fournir le contexte

Partie 1 : Conseils par rapport à la sélection et au contrôle des indicateurs

Cadre pour le contrôle et l'évaluation des programmes de CCSC concernant le paludisme

Les cadres pour le contrôle et l'évaluation résument le fonctionnement prévu des programmes. Ils sont utiles pour réfléchir aux objectifs programmatiques et comprendre la pertinence des activités et stratégies prévues.

Le cadre décrit à la figure 1 illustre la manière dont les activités de CCSC influencent le changement de comportement. Il montre les schémas par lesquels les retombées du programme influencent les résultats à de multiples niveaux et peuvent contribuer aux impacts sanitaires. On notera notamment que le cadre fournit une liste d'indicateurs pour chaque étape du processus. Ce cadre montre à quel point l'efficacité de la CCSC exige que les messages atteignent le public visé et que ces messages influencent la façon dont les gens pensent au paludisme ou ce qu'ils ressentent face à celui-ci et que finalement, ils adoptent des comportements qui les protègent du paludisme. En utilisant le discours du cadre, nous mettons l'accent sur les retombées des activités de CCSC pour obtenir des résultats intermédiaires qui, à leur tour, influencent les résultats comportementaux, ce qui, en fin de compte, entraînera un impact sanitaire c'est-à-dire une diminution du paludisme considéré comme un fléau.

Les indicateurs des groupes du cadre par niveaux de résultat :

- **Retombées du programme.** Ces indicateurs représentent le nombre d'activités de SBCC réalisées. Ils indiquent si les résultats sont suffisants pour atteindre la population visée et avoir un impact sur elle.
- **Résultats intermédiaires.** Les indicateurs à ce niveau évaluent l'effet direct des activités de CCSC sur les publics visés. Des décennies de recherche sur le VIH/SIDA, le planning familial et le paludisme ont montré que les connaissances ne déterminent pas à elles seules le comportement. La perception du risque, l'efficacité de la réaction, l'autonomie, les normes et les attitudes sont également associées à une probabilité accrue de changement de comportement.³
- **Résultats comportementaux.** Avec le temps, une plus grande exposition aux activités de SBCC et des changements dans les résultats intermédiaires peuvent pousser une plus grande proportion de la population à adopter les comportements souhaités en matière de lutte contre le paludisme.
- **Impact sanitaire.** Les activités de CCSC peuvent contribuer à réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme

en touchant les populations générales et visées et en influençant leurs connaissances, leurs attitudes et leurs comportements.

- Un **environnement favorable** est nécessaire pour soutenir les activités de CCSC. Un environnement favorable se caractérise par des politiques favorisant des comportements sains dans la lutte contre le paludisme, la disponibilité et l'accès aux produits et une infrastructure efficace pour la prestation des services sanitaires. Les programmes doivent évaluer si le faible taux d'adoption d'un comportement est dû à des facteurs liés à l'attitude, à un accès limité aux produits, à des problèmes de prestation de services ou à des obstacles d'ordre politique. Bien que ce guide ne fournisse pas d'indicateurs pour l'ensemble de ces questions, les utilisateurs intéressés peuvent adapter des indicateurs de la [base de données en ligne des indicateurs de planning familial et de santé reproductive](#).

Sélection et adaptation des indicateurs

Ce guide fournit une liste d'indicateurs de CCSC recommandés pour les programmes de lutte contre le paludisme à prendre en compte lors de la planification des activités pour un changement de comportement. Les auteurs ne suggèrent pas que les planificateurs du programme adoptent automatiquement **tous** les indicateurs. Ils doivent plutôt choisir les indicateurs et les questions qui répondent le mieux à leurs besoins.

Nous présentons, dans cette section, des recommandations pour la sélection des indicateurs en fonction des besoins spécifiques du programme, des conseils pour adapter les indicateurs à différents contextes ou comportements et des suggestions pour sélectionner des questions de différentes sources de données.

Sélection des indicateurs en fonction des besoins du programme

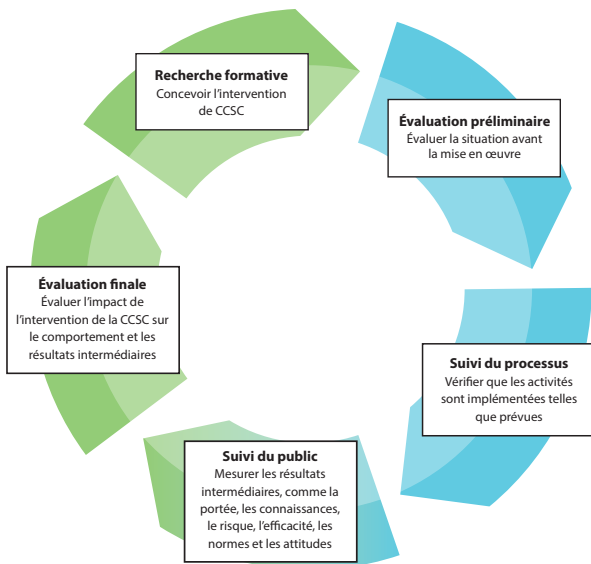
La figure 2 identifie et résume chacun des différents stades du M&E au cours de la vie d'un programme. Certains indicateurs sont plus pertinents à des stades spécifiques.

Recherche formative

Au stade initial de la conception d'une activité de CCSC, il est nécessaire de disposer de plus de données pour les analyses exploratoires que pour le M&E des activités spécifiques du programme. Parmi les indicateurs pertinents figurent ceux qui mesurent les comportements ainsi que ceux qui mesurent les personnes potentiellement influentes en matière de changement de comportement : les connaissances, le risque et la gravité perçus, l'autonomie, l'efficacité de la réaction, les normes et les attitudes. S'il y a lieu, des indicateurs tant pour les bénéficiaires que les prestataires doivent être envisagés à ce stade. Idéalement, ces indicateurs seront complétés par d'autres données, telles que l'accès aux services et aux produits, des informations démographiques à propos de la population visée, les habitudes des médias et des données qualitatives qui pourraient fournir des informations plus détaillées sur les raisons pour lesquelles les personnes se comportent de cette manière ou ont ce genre de ressenti. Le croisement des données sur les comportements avec les données sur l'accès et la disponibilité des produits clés permettra de déterminer si une activité de CCSC est susceptible d'avoir un impact sur le changement de comportement ou si les efforts visant à améliorer d'autres aspects de l'environnement de prestation de services, comme la gestion des produits ou les rapports, doivent également faire partie du programme plus vaste.

³ Alaii 2003; Panter-Brick 2006; Baume 2009; Atkinson 2009; Gies 2009; Lover 2011; Wijesinghe 2011; Pulford 2012; Beer 2012; Keating 2012; Kaufman 2012; Bowen 2013; Koenker 2013; Bauch 2013; Hill 2013; Diala 2013; Boene 2014; Boulay 2014; Koenker 2013; Russell 2015; Cundill 2015; Strachan 2016; & Kilian 2016.

Figure 2. Besoins en matière de contrôle et d'évaluation pendant la vie d'un programme



Une recherche formative doit commencer par des sources de données existantes et peut comprendre des enquêtes auprès des foyers de grande envergure, telles que l'EDS, la MIS et les MICS, de plus petites enquêtes auprès des communautés, des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (KAP), des enquêtes sur les structures sanitaires et même les systèmes d'informations sanitaires de routine (RHIS, routine health information systems), notamment le système d'informations de gestion sanitaire (SIGS). D'autres activités de collecte de données formatives peuvent être nécessaires pour combler les lacunes en matière de connaissances. Par exemple, si la recherche de soins en cas de fièvre est identifiée comme un comportement « problématique », mais que les sources de données existantes n'abordent pas les obstacles, une enquête ciblée auprès des foyers peut s'avérer nécessaire. Des données qualitatives, notamment des discussions de groupe et/ou des entretiens avec des informateurs majeurs, peuvent également être utiles pour compléter les données quantitatives. Des données sur la disponibilité des produits et des services sont parfois disponibles dans les enquêtes auprès des foyers, les enquêtes auprès des structures sanitaires, les données des programmes et les systèmes d'informations de gestion logistique (SIGL).

Évaluation préliminaire

Après avoir recueilli ce large éventail d'informations pour la recherche formative, les programmes peuvent élaborer une stratégie en fonction de ce qu'ils identifient comme étant le ou les comportements prioritaires/problématiques, les principaux déterminants comportementaux auxquels le programme doit s'attaquer, tels que les connaissances, le risque et la gravité perçus, l'autonomie, l'efficacité de la réaction, les normes et les attitudes ainsi que les approches de communication les plus appropriées pour atteindre le public visé. La stratégie qui en découlera articulera les objectifs comportementaux du programme de CCSC (le comportement visé par la CCSC), les objectifs de communication (les facteurs comportementaux identifiés comme influençant l'adoption du comportement), les messages clés, les canaux de communication et les activités.

Les objectifs de comportement et de communication informent ensuite sur la sélection des indicateurs de résultats à évaluer. Des données préliminaires peuvent déjà être tirées de la recherche formative. Les indicateurs de résultats choisis à ce stade seront les mêmes que ceux utilisés pour l'évaluation finale. Il est également nécessaire de recueillir des données sur les rappels. La mesure du rappel au niveau préliminaire peut permettre d'expliquer la raison de la faiblesse du taux de certains comportements, les autres activités de CCSC concernant le paludisme qui sont menées par d'autres partenaires dans les zones voisines ainsi que la mesure dans laquelle les comportements autodéclarés sont exacts, plutôt que souhaités ou exagérés (préjugé de désirabilité sociale).

Les sources de données peuvent inclure (seules ou en association) : des enquêtes nationales de grande envergure auprès des foyers, de plus petites enquêtes auprès de la communauté, des enquêtes auprès des structures sanitaires, des entretiens à la sortie et éventuellement des systèmes d'informations médicales de routine.

Suivi du processus

Des données doivent être recueillies et analysées tout au long de la mise en œuvre du programme afin de garantir que les activités sont mises en œuvre comme prévu, conformément à la stratégie. Les indicateurs pertinents du contrôle du processus, également appelés retombées, comprennent le nombre de documents produits, le nombre de personnes atteintes, le nombre d'activités de CCSC réalisées et le nombre de personnes formées.

Les sources de données pour le contrôle du processus comprennent généralement les rapports de projet ou d'activité, les rapports de supervision et les rapports de surveillance des médias. Idéalement, les données doivent être examinées et discutées avec l'ensemble de l'équipe en charge des activités de CCSC au moins tous les deux ou trois mois afin de traiter les problèmes et d'ajuster les activités en temps opportun.

Bien que les données au niveau des retombées soient utiles pour la gestion des programmes, elles ne fournissent pas d'informations sur l'effet des activités de CCSC.

Suivi du public

Étant donné que les évaluations ont lieu périodiquement, souvent tous les deux à cinq ans, le suivi du public peut permettre aux responsables de déterminer si les changements souhaités commencent à apparaître au sein de la population visée. La surveillance du public, aussi connue sous le nom de surveillance des retombées, permet aux programmes d'insister avec force sur le maintien du soutien aux activités de CCSC et fournit des éléments probants pour les ajustements et la reprogrammation, au besoin.

L'indicateur de suivi du public le plus important est le rappel des messages concernant le paludisme par le public. D'autres indicateurs de suivi du public doivent inclure les comportements visés et les facteurs comportementaux : les connaissances, le risque et la sévérité perçus, l'autonomie, l'efficacité de la réaction, les normes et les attitudes. Il s'agit des mêmes indicateurs mesurés au début et à la fin. Comme pour les indicateurs de suivi du processus, les programmes peuvent utiliser ces informations pour ajuster les activités à mi-parcours.

Des enquêtes rapides, des enquêtes omnibus ou des entretiens à la sortie, par exemple, lors d'un événement ou de la visite d'une structure sanitaire, peuvent fournir des données pour le suivi du public. En cas de ressources de données suffisantes, il est également possible de mettre en œuvre une enquête d'évaluation à mi-parcours.

Évaluation finale

Les indicateurs utilisés pour l'enquête de base et le suivi du public, s'il y a lieu, doivent être utilisés à nouveau pour l'enquête finale. Cela permet aux évaluateurs d'évaluer les changements de comportement et des facteurs comportementaux (les connaissances, le risque et la sévérité perçus, l'autonomie, l'efficacité de la réaction, les normes et les attitudes) parmi le public visé (Encadré 1). La collecte de données sur le rappel est nécessaire pour démontrer que tout changement mesuré pourrait avoir été apporté en réponse aux activités de CCSC.

Les principales sources de données pour l'évaluation finale doivent être cohérentes avec la collecte des données de base et, là encore, elles peuvent inclure des enquêtes nationales de grande envergure auprès des foyers, de plus petites enquêtes auprès de la communauté, des enquêtes auprès des structures sanitaires, des entretiens à la sortie et éventuellement des systèmes d'informations médicales de routine. La collecte de données qualitatives, telles que les entretiens et les groupes de discussion, fournira un contexte explicatif supplémentaire aux résultats, y compris les raisons pour lesquelles quelque chose peut avoir fonctionné ou non, et permettra d'informer sur les interventions futures.

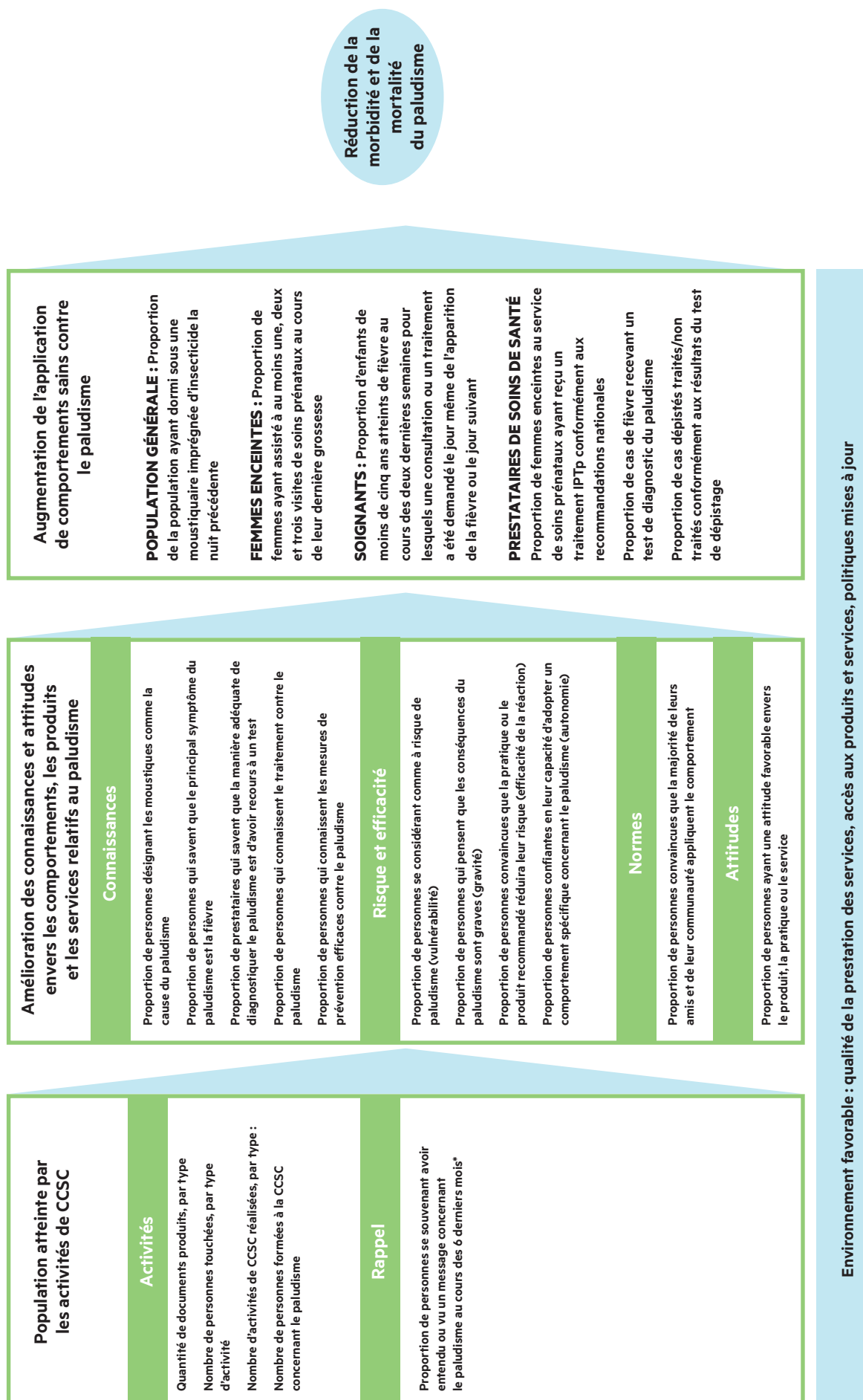
Figure 1. Cadre liant les activités de CCSC aux résultats comportementaux et à l'impact sanitaire

IMPACT
SANITAIRE

RÉSULTATS
COMPORTEMENTAUX

RÉSULTATS
INTERMÉDIAIRES

RÉSULTATS DU
PROGRAMME



Encadré 1. Note sur l'évaluation de l'impact :

Alors que les gestionnaires de programme veulent mesurer définitivement l'impact des activités de CCSC sur les comportements identifiés, il est difficile d'attribuer des activités spécifiques de CCSC à des changements de comportement mesurables. Les changements de comportement peuvent prendre du temps et les méthodes nécessaires pour isoler quantitativement les effets de la CCSC sur le changement de comportement exigent souvent un haut niveau de capacité statistique ainsi que des ressources financières. Ces points ne devraient toutefois pas représenter une entrave aux programmes. Ils devraient plutôt garantir que les plans de M&E de la CCSC incluent des rappels et des résultats intermédiaires (changements des connaissances, de la perception du risque et de la gravité, de l'autonomie, de l'efficacité de la réaction, des normes et des attitudes) car ces résultats peuvent tous être mesurés, à la fois pour suivre l'intervention afin d'évaluer comment les activités de CCSC sont reçues, d'ajuster des programmes selon les besoins, ainsi que pour évaluer si les programmes ont eu l'impact désiré sur la population visée.

Les évaluateurs doivent avoir accès aux données de suivi du processus et du public. Cela leur permet de suivre la séquence des résultats et d'identifier les faiblesses et les forces du programme. L'inclusion d'un groupe témoin ou d'un groupe de comparaison approprié dans la conception de l'évaluation renforce encore davantage la preuve que la CCSC a contribué aux changements mesurés.

Adaptation des indicateurs

Bien que ce guide permette de faciliter l'harmonisation et la comparaison des indicateurs entre pays, les pays doivent adapter les indicateurs à leur contexte et à leurs besoins spécifiques plutôt que de promouvoir une approche unique.

Au fur et à mesure que l'épidémiologie du paludisme évolue dans les pays et ce, en raison des progrès réalisés dans le contrôle du paludisme et les facteurs environnementaux, entre autres, les activités de CCSC devront s'adapter à ces contextes changeants. De nouvelles interventions et de nouveaux comportements gagneront en pertinence, les publics visés peuvent changer et d'autres facteurs comportementaux, comme la perception du risque, peuvent prendre de l'importance. Les indicateurs de ce guide peuvent être adaptés aux interventions suivantes :

- Chimio-prévention saisonnière du paludisme (SMC)
- Traitement larvicide
- Détection et traitement intermittent (IST, Intermittent screening and treatment)
- Distribution massive de médicaments (MDA, Mass drug administration) - adoption et efficacité
- Réponse en cas d'épidémie
- Détection passive et active de cas
- Autres comportements par rapport aux moustiquaires imprégnées d'insecticide : dormir à la belle étoile, soin à accorder aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et leur réparation et achat de moustiquaires imprégnées d'insecticide

Si ces interventions sont pertinentes dans le contexte du paludisme d'un pays, les indicateurs de ce guide peuvent être adaptés pour mesurer l'adoption des comportements pertinents ainsi que les facteurs comportementaux associés, tels que l'efficacité et les attitudes.

De même, bon nombre d'indicateurs peuvent être adaptés à d'autres publics, tels que les prestataires de soins de santé et les personnes nomades. On peut obtenir des informations sur les déterminants des comportements des prestataires en adaptant les indicateurs liés au risque, à l'efficacité, aux normes et aux attitudes.

Si l'on comprend, par exemple, dans quelle mesure les prestataires estiment que la sulfadoxine pyriméthamine (SP) est efficace pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes, la présentation de certains symptômes est plus exacte qu'une TDR dans le diagnostic du paludisme. Il peut également être utile de comprendre comment les changements de la vulnérabilité et la gravité du paludisme évoluent à mesure que les zones passent d'une transmission élevée ou moyenne à faible afin de développer des activités de CCSC visant les prestataires.

Il est utile d'évaluer comment les résultats de ces indicateurs de CCSC évoluent au fil des ans de sorte que les activités de CCSC puissent être ajustées afin de mieux tenir compte de l'évolution des comportements et des perceptions. Par exemple, il est important de comprendre comment la perception du risque change à mesure que la transmission diminue et comment cela peut influencer des comportements comme l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ou les services de gestion des cas de paludisme proposés par les prestataires de soins de santé.

Pour les indicateurs qui ont été adaptés, les pays doivent documenter les définitions révisées des indicateurs et les méthodes de mesure. Cela permettra de s'assurer que les données sont recueillies de façon uniforme et que les résultats sont correctement interprétés, en particulier pour les comparaisons avec d'autres pays ou programmes.

En général, il est plus utile de suivre les mêmes indicateurs adaptés aux particularités locales au fil du temps que d'utiliser des indicateurs identiques, mais difficiles à interpréter d'un pays à l'autre. L'adaptation des indicateurs peut également accroître la maîtrise au niveau local et les compétences en matière de M&E de la CCSC concernant le paludisme.⁴

Voir l'annexe 4 pour des études de cas sur la sélection ou l'adaptation d'indicateurs et de questions en fonction du stade de M&E et du type d'intervention.

Sélection de questions et d'indicateurs pour des sources de données spécifiques

Voir la section suivante sur la Sélection des sources de données pour obtenir des conseils quant à la sélection des indicateurs pour les enquêtes EDS, MIS, MICS, KAP et d'autres sources de données.

Source de données

Les données utilisées pour mesurer les indicateurs dans ce guide peuvent provenir de diverses sources, telles que résumées dans la Liste récapitulative des indicateurs. Chaque source de données sera **plus** ou **moins** pertinente en fonction du comportement d'intérêt et du public visé, et chacune a ses forces et ses limites.

Le présent guide recommande d'utiliser plusieurs sources de données pour une compréhension complète des comportements liés au paludisme. La sélection des sources appropriées est guidée par :

- 1. Qui et ce que vous mesurez :** Par exemple, si les prestataires de soins de santé représentent la population visée, il faudra recueillir des données sur les structures sanitaires. Si les comportements d'utilisation des moustiquaires sont visés, la collecte de données auprès des foyers ou de la communauté est plus pertinente.
- 2. Portée géographique :** Dans le cas d'une activité de CCSC nationale ou régionale, l'ajout de questions à une enquête nationale telle que l'EDS ou la MIS peut s'avérer judicieux si le moment est bien choisi pour l'enquête de début/finale. Dans le cas d'interventions axées sur une zone géographique plus petite, les enquêtes EDS ou MIS ne fourniront probablement pas suffisamment de données pour leur zone visée afin que les résultats soient suffisamment probants sur le plan statistique. Il faudra plutôt avoir recours à des sources de données plus locales.

⁴ MEASURE Evaluation 2017.

- 3. Ressources disponibles :** En cas de ressources limitées, les programmes doivent envisager d'utiliser des enquêtes rapides de plus petite envergure, d'ajouter des questions aux enquêtes existantes ou d'explorer l'utilisation de sources courantes de collecte de données, comme les SIGS.

Le croisement des sources de données est une méthode idéale et peut fournir aux programmes un contexte précieux. Par exemple, des programmes peuvent souhaiter examiner les résultats de l'enquête sur les indicateurs de CCSC tout en examinant les données sur la prestation des services des SIGS et les rapports d'activités du programme. En les analysant ensemble, les programmes peuvent mieux comprendre le contexte et les facteurs qui ont pu influencer les résultats observés.

Enquêtes auprès des foyers : EDS, MIS et MICS

Les modules de base de l'EDS et de la MIS mesurent déjà le rappel et les comportements. Il y a une question pour le rappel des messages de CCSC concernant le paludisme, ainsi qu'une question sur l'endroit où la personne interrogée a vu ou entendu le message. Il y a aussi plusieurs questions pour mesurer les comportements : l'utilisation des moustiquaires, la fréquentation des SAN, le traitement IPTp, la recherche de soins, les tests de dépistage et le traitement par ACT. Ces indicateurs/résultats doivent être utilisés dans le cadre d'une recherche formative et de l'évaluation chaque fois qu'ils sont disponibles.

La possibilité d'ajouter des indicateurs et des questions de CCSC à la MIS et à l'EDS varie selon les pays. Certains pays sont en mesure d'ajouter de nombreuses questions, tandis que d'autres ne peuvent en ajouter qu'une ou deux, selon le nombre total de questions de l'enquête et l'engagement ou l'intérêt des parties concernées par rapport à la CCSC. Si les pays ne peuvent ajouter qu'une ou deux questions sur la CCSC à l'EDS ou à la MIS, il peut être utile d'ajouter la question n° 103 : quels messages spécifiques sur le paludisme la personne s'est-elle rappelés (utilisation des moustiquaires, traitement IPTp ou tests de dépistage).

L'inclusion d'une question sur l'exposition à des messages spécifiques sur le paludisme permet aux programmes d'évaluer la portée des efforts récents, ce qui est la première condition préalable à la démonstration de l'impact.

Chaque indicateur des résultats intermédiaires (perceptions du risque, normes, attitudes et connaissances) nécessite de nombreuses questions, ce qui complexifie, pour les pays, l'inclusion de ces indicateurs dans les enquêtes MIS et EDS. Bien que nous ayons effectué une analyse pour voir si le nombre de questions pouvait être réduit davantage pour cette édition du guide, les questions qui prédisaient un changement de comportement différaient d'un pays à l'autre.

Par conséquent, la sélection des questions pour les indicateurs de résultats intermédiaires de l'EDS, de la MIS et des MICS doit s'effectuer pays par pays en utilisant les données disponibles, telles que les enquêtes KAP ou une recherche qualitative sur les déterminants les plus probables du comportement ainsi que les questions d'enquête qui constituent la meilleure mesure de ce déterminant dans ce contexte. Nous encourageons les programmes et les pays à effectuer une revue de la littérature avant d'accorder la priorité à des questions supplémentaires dans le cadre de l'EDS, de la MIS et des MICS. Il est généralement plus facile de recueillir des données sur la liste complète ou restante des questions relatives aux indicateurs de résultats intermédiaires dans le cadre d'une enquête KAP.

Avantages

L'utilisation d'enquêtes démographiques de grande envergure auprès des foyers pour accéder aux indicateurs de CCSC offre aux pays l'avantage d'un instrument d'enquête standard et robuste qui est représentatif à l'échelle nationale et généralement représentatif de la prochaine entité administrative infranationale, telle qu'une région, un État ou un comté. Les enquêtes auprès des foyers fournissent des

données précieuses sur l'état de la plupart des comportements et sur l'accès aux produits et services, tels que les moustiquaires imprégnées d'insecticide et la participation aux soins prénataux. Elles sont généralement mises en œuvre tous les deux à trois ans, de sorte que le calendrier de la collecte des données est, en grande partie, prévisible.

Limites

Bien que certains indicateurs de ce guide soient déjà standard dans ces enquêtes, en particulier le rappel et les comportements de base liés au paludisme, beaucoup d'entre eux, comme la perception du risque et l'autonomie, ne le sont pas. L'ajout de questions aux grandes enquêtes démographiques auprès des foyers exige une planification. En outre, des négociations précoces ainsi que les coûts et la logistique connexes doivent être pris en considération, tout comme l'augmentation de la taille de l'échantillon, la formation spéciale des enquêteurs et la longueur du questionnaire.

Les enquêtes nationales de grande envergure ne peuvent généralement pas fournir les estimations infranationales nécessaires à la mesure des résultats d'une activité de CCSC spécifique visant une zone géographique limitée ou une population visée spécifique. Elles sont également limitées quant à leur possibilité de mesurer les indicateurs sur la prestation des services sanitaires (p. ex., les connaissances des prestataires de services sanitaires, les attitudes et le respect des recommandations) et d'évaluer les comportements et les facteurs comportementaux au sein des populations d'intérêt particulier, comme les personnes nomades.

Bien qu'il soit pertinent de profiter des activités de collecte de données planifiées comme une MIS, il se peut qu'elles ne soient pas assez évolutives pour répondre à l'ensemble des besoins en matière de données sur la CCSC. Une revue de la littérature peut clairement définir ces besoins avant de préconiser l'inclusion d'autres questions sur la CCSC dans ces types d'enquêtes.

Enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques

Avantages

Une enquête KAP à base communautaire ou auprès des foyers offrira une plus grande flexibilité et un meilleur contrôle sur les questions posées et sur les participants. Par exemple, les enquêtes KAP permettent aux programmes d'interroger des soignants, des femmes enceintes (et leurs partenaires et belles-mères), des jeunes, des groupes minoritaires ou une population plus générale dans une région déterminée. Les enquêtes KAP sont généralement conçues pour mesurer des comportements et des facteurs comportementaux spécifiques dans le cadre d'une recherche formative ou d'une évaluation de projet. En fait, les données recueillies à partir d'une enquête KAP mise en œuvre dans le cadre d'une recherche formative peuvent également servir à la collecte préliminaire de données. Les enquêtes KAP peuvent inclure des questions pour tous les indicateurs de CCSC et plus encore. Des questions doivent porter sur le rappel et sur l'adoption de comportements. En outre, pour chaque comportement d'intérêt, il est nécessaire d'inclure des questions sur les indicateurs de résultats intermédiaires.

Limites

Il n'existe actuellement pas d'enquête KAP standard au niveau mondial ; chaque pays ou programme devra élaborer ou adapter des questionnaires et des méthodes d'échantillonnage, de collecte de données et d'analyse. C'est la raison pour laquelle chaque enquête KAP nécessite une personne spécialisée dans l'échantillonnage, l'élaboration de questionnaires, la mise en œuvre et l'analyse. Les programmes doivent prévoir ces besoins et assurer la disponibilité des ressources humaines pertinentes. La mise en œuvre d'une enquête séparée auprès des foyers telle qu'une KAP peut également avoir des conséquences en termes de coûts. Toutefois, comme les programmes peuvent exercer un plus grand contrôle sur les instruments et la méthodologie d'enquête, il est possible de gérer ces coûts.

Sources des données sur les structures sanitaires

Avantages

Les activités de collecte de données sur les structures sanitaires offrent un grand potentiel pour une recherche formative et une évaluation de la CCSC, en particulier dans la cadre du traitement IPTp et la gestion de cas, qui dépendent des connaissances, des attitudes et des comportements du patient (ou du soignant) et des prestataires de soins de santé. Bien que les enquêtes auprès des foyers permettent de recueillir des données sur la recherche de soins en cas de fièvre et la participation aux soins prénataux, il y a d'importantes limites à ce que ces enquêtes peuvent nous dire au sujet des interactions entre les patients et les prestataires de soins. Plus précisément, elles ne nous donnent pas d'informations sur les connaissances, les croyances et les attitudes des prestataires de soins en matière de prestation de services. Les sources de données sur les structures sanitaires qui pourraient capturer les indicateurs de CCSC sur le paludisme comprennent les enquêtes sur les structures sanitaires telles que les enquêtes sur la disponibilité des services et évaluation de la disposition (SARA) et les enquêtes sur l'évaluation de la prestation de services (SPA), les examens des registres et les SIGS.

Une enquête sur les structures sanitaires est un terme général désignant diverses méthodologies qui peuvent capturer différents aspects de la prestation de services. Une enquête/évaluation d'une structure sanitaire peut utiliser une seule ou une association des méthodes de collecte de données suivantes :

- Observation des patients
- Entretiens des patients à la sortie
- Entretien avec les prestataires

Les enquêtes sur les structures sanitaires peuvent également fournir des données précieuses sur la disponibilité des produits et de l'équipement nécessaires à la prestation de services de routine, à la formation et à la supervision des prestataires de soins de santé, ainsi qu'au niveau du personnel.

Un examen approfondi du registre peut s'ajouter à une enquête sur les structures sanitaires ou être mené de façon indépendante. Les examens des registres peuvent révéler des informations importantes sur la façon dont les patients sont pris en charge dans une structure, par exemple, les registres de soins prénataux peuvent fournir des informations détaillées sur la fourniture d'un traitement IPTp aux femmes enceintes et la distribution systématique de moustiquaires.

Les données courantes ou les rapports des SIGS sont d'autres sources de données possibles qui sont généralement accessibles et facilement consultables. Idéalement, les rapports seront utilisés pour compléter d'autres sources de données provenant des structures sanitaires dans le cadre d'une recherche formative, d'un contrôle voire d'une évaluation. D'autres types de données de routine peuvent inclure des rapports des SIGL et de formation de sensibilisation et supervision formative qui peuvent être utiles pour le suivi de la disponibilité des produits et des services en charge de la distribution du traitement IPTp et de la gestion des cas.

Limites

Les méthodes d'enquête auprès des structures sanitaires conçues pour évaluer les comportements des prestataires de soins de santé et les facteurs qui influencent ces comportements, tels que les connaissances, l'efficacité et les attitudes, ne sont pas actuellement standard au niveau mondial.

Il peut être difficile de mesurer l'adhésion des prestataires à la gestion des cas de paludisme et aux recommandations en matière de traitement IPTp en raison du préjugé lié à l'observation lors de l'administration directe du traitement et du préjugé lié au rappel lors des entretiens de fin de traitement avec les patients. Les questions posées lors des entretiens avec les prestataires conçues pour évaluer les facteurs comportementaux liés aux connaissances, à la perception du risque, à l'efficacité, aux attitudes et aux normes des prestataires de soins de santé n'ont pas été validées dans la mesure où d'autres questions incluses dans ce guide ont été validées.

La SPA est un type d'enquête sur les structures sanitaires. Les services de lutte contre le paludisme sont parfois inclus en tant que module dans l'enquête, ce qui permet d'aborder des facteurs comportementaux liés à la prestation de services. Toutefois, les enquêtes SPA se limitent généralement aux structures sanitaires officielles et peuvent ne pas inclure les pharmacies et les cabinets médicaux individuels.

Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on interprète les résultats des entretiens à la sortie avec les patients dans les structures sanitaires parce que les personnes interrogées seront des membres de la communauté qui auront tendance, la capacité et la possibilité de chercher des services sanitaires et d'y avoir accès et qui ne seront peut-être pas représentatifs de la population.

Bien qu'un examen approfondi du registre puisse exiger moins de ressources et de logistique qu'une enquête sur les structures sanitaires, il ne peut être utilisé que pour mieux comprendre les comportements des prestataires de soins de santé. Il ne peut pas être utilisé pour comprendre les facteurs connexes qui influencent les comportements, à l'exception possible de la disponibilité des produits. Les registres peuvent ne pas révéler avec exactitude la façon dont un patient est géré, selon les pratiques d'enregistrement des données dans une structure particulière. En outre, les registres peuvent être incomplets, illisibles ou manquants, en particulier s'ils ne sont pas conservés avec soin ou pendant plus de deux ans. Les données de laboratoire peuvent être consignées dans un registre de laboratoire distinct et difficiles à lier aux registres des patients en ambulatoire.

Les données des SIGS afficheront des limites semblables aux examens des registres, car elles ne fournissent que des données globales qui peuvent présenter une qualité incertaine et être probablement plus difficiles à interpréter. D'autres écarts peuvent s'accumuler à mesure que les données sont enregistrées et rassemblées entre les structures et rapportées vers les niveaux supérieurs. De nouveau, les données courantes des registres et des rapports des SIGS peuvent ne pas fournir de données définitives à elles seules sur les comportements des prestataires de soins de santé, mais elles peuvent être utilisées pour décrire la gestion de cas, la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les structures sanitaires et les problèmes d'adoption du traitement IPTp. Elles peuvent être combinées avec d'autres sources de données pour obtenir une image plus complète des interactions patient-prestataire.

Données qualitatives

Avantages

Bien que les indicateurs présentés dans le présent guide soient mesurés au moyen de données quantitatives, les données qualitatives obtenues à partir d'entretiens avec des informateurs majeurs, des groupes de discussion et d'observations jouent également un rôle important. Les données qualitatives fournissent un grand nombre d'informations sur le contexte recherchant l'objet, le moment et la manière. Les données recueillies sont souvent convaincantes pour les lecteurs, elles permettent d'expliquer les résultats quantitatifs et informent sur les recherches futures. Les indicateurs de ce guide peuvent être adaptés en tant que thèmes de questionnement et d'analyse qualitatifs. Les questions doivent être ouvertes et formulées avec soin afin de ne pas faire croire aux personnes interrogées qu'une réponse précise est attendue.

Les données qualitatives sont largement utilisées pour une recherche formative. Cependant, les rapports de M&E essentiellement quantitatifs peuvent également bénéficier de citations et d'aperçus fournis par les méthodes qualitatives.

Limites

Les méthodes qualitatives recueillent des données auprès de quelques personnes, de sorte que les résultats ne peuvent pas être généralisés à la population. Contrairement aux données quantitatives, elles ne permettent pas d'estimer avec précision la fréquence ou la prévalence de diverses perspectives au sein de la population.

De plus, la qualité de la recherche dépend en grande partie des compétences des chercheurs, de sorte qu'il est essentiel de sélectionner et de former soigneusement les collecteurs et les analystes de données.

Rapports d'activité

Avantages

Les rapports d'activité fournissent des renseignements essentiels sur l'efficacité de la mise en œuvre des activités de CCSC, ce qui permet aux gestionnaires de programmes d'ajuster les activités au besoin. Ces rapports fournissent des informations sur les formations et les activités de mobilisation communautaire, grâce au suivi du nombre d'activités menées et du nombre de participants. Il est nécessaire de créer un système afin de collecter régulièrement ces formulaires auprès des agents d'implémentation et de vérifier qu'ils sont remplis correctement. Les rapports mobiles, les visites de supervision et les réunions d'examen des données peuvent mieux soutenir ces canaux.

Un rapport de surveillance des médias est un type de rapport d'activité créé par des agences tierces qui permet de savoir quels documents radiophoniques ou télévisés sont diffusés, à quel moment et à quelle fréquence. Cela permet au programme de négocier des « biens » ou des passages à l'antenne afin de compenser la sous-diffusion. En cas d'indisponibilité des services de surveillance des médias, des registres de diffusion peuvent être demandés aux stations. Il est possible de vérifier les registres de la station en demandant aux auditeurs à base communautaire d'également écouter et de consigner les dates et les heures des émissions.

Limites

Les rapports d'activité peuvent parfois prendre du retard, être incomplets ou de mauvaise qualité. Les attentes concernant les échéanciers doivent être communiquées aux membres de l'équipe. La fourniture de modèles de rapports normalisés améliore l'exhaustivité et la qualité.

Enquêtes omnibus

Avantages

Des enquêtes omnibus sont régulièrement menées par des entreprises de marketing. Les entreprises facturent des frais pour chaque question ajoutée à l'enquête. Les enquêtes omnibus sont souvent utilisées pour surveiller le public afin de suivre l'exposition aux messages et les attitudes clés au fil du temps. Elles sont fréquentes (trimestrielles ou semestrielles), les questions sont peu coûteuses et il est possible d'obtenir des échantillons au niveau national ou régional.

Limites

Les enquêtes omnibus font souvent l'objet de préjugés à l'égard des zones urbaines et leurs méthodes d'échantillonnage ne sont pas aussi robustes que les enquêtes auprès des foyers.

Enquêtes par téléphone mobile

Avantages

Les enquêtes réalisées par téléphone mobile peuvent coûter beaucoup moins cher que les enquêtes auprès des foyers. La collecte et l'analyse des données sont rapides. Il est facile d'essayer des incitations ainsi que différentes façons de formuler ou de commander des questions.

Limites

L'utilité des enquêtes par téléphone mobile dépend en grande partie de l'accès du public à un téléphone mobile, de son temps et de sa propension à répondre à une enquête par téléphone mobile. Par exemple, bien qu'une enquête nationale par téléphone mobile menée en 2017 au Ghana ait pu atteindre ses objectifs d'échantillonnage pour les personnes âgées de 18 à 30 ans et qu'elle ait une bonne portée dans les zones urbaines et rurales, elle n'a pas atteint ses objectifs d'échantillonnage pour les femmes enceintes et les soignants d'enfants de moins de cinq ans.

Même si elles sont rapides et flexibles, les enquêtes par téléphone mobile sont limitées par le nombre de questions qui peuvent être posées par rapport à une enquête auprès des foyers. La qualité des réponses peut aussi être affectée en raison de l'absence d'un enquêteur qui ne pouvait donc pas expliquer les questions que la personne interrogée ne comprenait pas.

Analyses du contenu des médias

Avantages

Les analyses du contenu des médias sont utilisées pour suivre le niveau de discussion autour d'un sujet. Par exemple, un projet de plaidoyer sur le paludisme pourrait analyser les informations télévisées, les journaux et les informations radiophoniques afin de déterminer la fréquence à laquelle les politiciens sont présentés comme étant engagés dans des activités liées au paludisme ou font des déclarations de soutien par rapport au financement de la lutte contre le paludisme. Ces analyses sont relativement peu coûteuses et ne nécessitent pas de travail sur le terrain.

De même, Facebook, WhatsApp, Twitter et d'autres médias sociaux peuvent être quantifiés et analysés pour déterminer la fréquence et le nombre d'utilisateurs engagés. L'analyse des médias sociaux peut porter sur un large éventail de sujets, y compris des thèmes de discussion semblables aux indicateurs du présent guide.

Comme elle ne nécessite pas de travail sur le terrain, l'analyse du contenu est l'une des méthodes de recherche les plus faciles. Elle est utile pour observer les tendances au fil du temps dans le cadre de la surveillance du public.

Limites

La qualité et l'utilité de l'analyse du contenu des médias sont limitées par la quantité de documents disponibles pour l'analyse. Les situations d'urgence ou les questions très controversées sont plus susceptibles de générer une couverture des médias sociaux ou médiatique que les événements réguliers. Par conséquent, les chercheurs pourraient ne pas être en mesure d'extraire un grand nombre d'informations détaillées ou nuancées sur les motivations et les perceptions des publics, de sorte qu'il pourrait être utile de compléter l'analyse du contenu des médias par d'autres méthodes de collecte de données, comme des entretiens, des groupes de discussion et des observations.

Genre

Genre et CCSC concernant le paludisme

Le genre fait référence aux rôles, comportements, activités et attributs socialement construits qu'une société donnée considère comme appropriés pour les hommes et les femmes, ainsi qu'aux relations entre les hommes et les femmes dans une société donnée. Le genre peut donc contribuer à rendre les personnes plus ou moins vulnérables à l'infection par le paludisme, peut affecter la prévention et les comportements de recherche de soins de santé et probablement participer aux différents niveaux d'accès aux activités de CCSC. Les facteurs comportementaux inclus dans le présent guide (connaissances, perception du risque, efficacité, attitudes et normes) sont souvent influencés par le genre.

Le genre doit être pris en compte dans la conception des activités de CCSC afin de s'assurer que les interventions et les programmes ont le meilleur impact possible. Les différences de genre peuvent exiger une adaptation des messages et des documents afin d'atteindre efficacement les hommes et les femmes.

Collecte de données sur le genre

Les chercheurs doivent ajouter des questions pour approfondir leur compréhension de la contribution des normes de genre à l'exposition à la CCSC, aux connaissances, aux attitudes, aux normes,

aux perceptions du risque et de l'efficacité, et aux comportements. Au stade de la recherche formative, cette démarche aide à identifier le public visé approprié ainsi que les messages appropriés pour ce public. Dans les derniers stades de la mise en œuvre du contrôle et de l'évaluation, les considérations liées au genre aident à mesurer les progrès réalisés par le public visé.

Moustiquaires imprégnées d'insecticide

Selon l'outil de collecte de données utilisé, un calendrier est souvent inclus au début des enquêtes auprès des foyers afin de capturer les personnes qui ont dormi sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide. Ce calendrier fournit des informations sur le sexe et l'âge de chaque membre du foyer. Bien qu'un seul interlocuteur remplisse l'enquête, généralement le chef de ménage, des informations sont collectées sur tous les membres du foyer. Cette section du questionnaire peut être utilisée pour déterminer les différences d'âge et de sexe par rapport à l'utilisation des moustiquaires.

Certaines questions de l'annexe 3 peuvent être adaptées pour analyser davantage le rôle du genre. Par exemple, question 1201 : « En général, dans combien de foyers de votre communauté les membres dorment-ils sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ? ». Cette question peut être adaptée pour se concentrer sur les hommes ou les femmes.

Une approche semblable peut être utilisée avec la question 1307 : « Pour les adultes qui n'ont pas dormi sous la moustiquaire la nuit dernière, quelles étaient les raisons de ne pas dormir sous la moustiquaire ? ». D'autres considérations liées au genre pourraient inclure : « S'il n'y a pas assez de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour chaque enfant dans la maison, les garçons doivent recevoir d'abord des moustiquaires imprégnées d'insecticide » ou « L'homme de la maison doit décider qui reçoit une moustiquaire imprégnée d'insecticide ou un traitement contre le paludisme ».

Gestion des cas et paludisme durant la grossesse

Ce guide comprend quelques questions qui mesurent directement le rôle des normes de genre dans la recherche de soins et les soins prénataux. Par exemple, la question 1105 est une déclaration vrai/faux : « Une femme enceinte a besoin de la permission de son mari ou d'une autre famille pour profiter de soins prénataux » et la question 1321 demande : « Dans votre foyer, qui prend habituellement les décisions d'acheter des médicaments lorsque votre enfant est atteint de paludisme ? » Si les hommes contrôlent les décisions liées aux soins prénataux ou à la recherche de soins de santé pour un enfant malade, alors il est nécessaire d'élaborer des messages à destination des hommes.

Il est également possible d'adapter ou de créer des questions pour mesurer d'autres considérations de genre, telles que « Si mon enfant est malade et a de la fièvre, je dois consulter mon mari/mon partenaire avant de l'emmener afin de lui faire passer un test de dépistage ou de lui faire administrer un traitement » et « Il est plus important que les fils soient traités rapidement pour le paludisme que les filles pour qu'ils puissent continuer à aller à l'école ».

Ventilation des résultats par sexe

Les résultats des indicateurs présentés dans le présent guide doivent être ventilés par sexe et par âge, lorsque cela est possible, afin que toute différence de genre entre garçons et filles ou entre femmes et hommes puisse être établie. Par exemple, la ventilation peut fournir des informations sur les différences d'attitude et de comportement par rapport à la recherche de traitement entre les hommes, les femmes et les jeunes ou sur les différences entre les sexes par rapport à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide au sein d'un foyer. Les données qualitatives autour des thèmes représentés par les indicateurs doivent également être analysées par genre.

Partie 2 : Indicateurs prioritaires

Fiches de référence relatives à l'indicateur

Les 17 indicateurs prioritaires du présent guide sont organisés selon les catégories suivantes : rappel, connaissances, autonomie, risque, normes, attitudes et comportements visés. Les fiches de référence décrivent la définition, l'objectif, l'utilisation, l'interprétation, la ventilation, les forces et les limitations de chaque indicateur. D'autres indicateurs facultatifs sont également fournis et peuvent être vérifiés au moyen de questions de l'enquête ou de sous-analyses. Les méthodes de mesure sont décrites à l'annexe 3.

Rappel

Cet indicateur mesure la portée des activités de CCSC. Il peut être adapté pour mesurer la proportion de personnes qui entendent un message spécifique et peut également être modifié pour identifier les canaux par lesquels les personnes reçoivent les messages.

1. Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu un message concernant le paludisme au cours des six derniers mois

- **Indicateur supplémentaire 1.1 :** Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu des messages spécifiques concernant le paludisme (rapporté pour chaque message spécifique)
- **Indicateur supplémentaire 1.2 :** Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu un message par le canal de communication « X » (rapporté pour chaque canal de communication spécifique)

Objet

L'exposition de la population visée aux activités de CCSC est le principal résultat de la CCSC. L'exposition est la première étape critique pour améliorer la connaissance des produits, des pratiques ou des services qui peuvent influencer une personne afin qu'elle adopte ou modifie un comportement. La capacité des populations visées à se souvenir des messages concernant le paludisme est un indicateur de la mesure dans laquelle les activités de CCSC ont atteint le public visé. Les questions de l'enquête peuvent ensuite aller plus loin, il est possible de poser des questions sur le rappel de messages spécifiques et les canaux par lesquels les communications ont été reçues.

Cet indicateur est particulièrement utile après qu'une activité de CCSC a eu lieu pour mesurer la portée et l'efficacité des messages. Les autres indicateurs fournissent également des informations sur l'efficacité des différents canaux de communication et peuvent contribuer utilement à la planification de la prochaine activité de CCSC.

Définition

Cet indicateur est défini comme la proportion de personnes interrogées qui se souviennent d'un message concernant le paludisme qu'elles ont vu ou entendu au cours des six derniers mois. Les interlocuteurs sont interrogés sur le type de messages qu'ils ont vus ou entendus, ainsi que sur les messages spécifiques de la campagne. Les autres indicateurs apportent plus de précision par rapport aux messages spécifiques vus ou entendus et au canal de communication par lequel le message a été transmis.

Numérateur

Nombre de personnes interrogées se souvenant avoir entendu ou vu un message concernant le paludisme pendant les six derniers mois

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées
Pour les autres indicateurs, le dénominateur doit être : « Nombre de personnes interrogées ayant déclaré avoir entendu ou vu un message concernant le paludisme au cours des six derniers mois ».

Méthode de mesure

Voir annexe 3

Ventilation

Cet indicateur peut être ventilé en fonction de diverses caractéristiques pour donner aux agents d'implémentation des programmes une idée claire de la portée de leur programme. Les données peuvent être ventilées, par exemple, selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la zone géographique (province/district ou endémie du paludisme), les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données

Cet indicateur fournit une mesure de la portée et de la pénétration des communications générales concernant le paludisme parmi un public visé. Les autres indicateurs fournissent des informations sur la force relative des messages spécifiques par rapport à l'atteinte du public visé et les moyens les plus efficaces par lesquels le public a reçu les messages. Les résultats de cet indicateur peuvent informer sur les activités futures de CCSC, en fournissant des renseignements sur la force des messages et des canaux de communication.

Forces

- Les réponses peuvent être adaptées aux campagnes et aux messages pertinents pour le contexte local. Par exemple, les écoles peuvent être ajoutées comme choix de réponse si elles ont été utilisées dans le cadre de l'intervention.
- Seules quelques questions sont nécessaires pour construire les indicateurs
- Les questions du style « complète la phrase » et/ou « reconnaît le logo » atténuent le préjugé de désirabilité sociale car elles sont plus spécifiques aux campagnes actuelles.

Limites

- Les résultats peuvent être sujets à des préjugés/déconcertants en raison de l'utilisation des questionnements, car les styles de questionnement/de persuasion peuvent manquer d'homogénéité entre les enquêteurs.
- Les résultats peuvent faire l'objet d'un préjugé lié au rappel avec une période rétrospective de six mois. En outre, ils ne captureraient pas les campagnes de communication antérieures à la période des six derniers mois sans risquer d'autres préjugés.
- L'indicateur primaire (le rappel de tout message concernant le paludisme au cours des six derniers mois) ne fournit pas suffisamment d'informations détaillées pour informer sur les décisions programmatiques. D'autres indicateurs sont donc nécessaires pour obtenir des informations plus significatives.

Connaissances

Les indicateurs suivants mesurent les connaissances des populations visées. Ces indicateurs peuvent être mesurés séparément ou combinés pour créer un indicateur composite.

Objet

Ces indicateurs identifient les lacunes, qui entourent les mesures préventives, la cause, les symptômes et le traitement du paludisme, parmi la population. Les indicateurs de connaissance sont importants à identifier au cours des stades de recherche formative du cycle, car ils permettent d'expliquer pourquoi certains comportements peuvent ne pas être adoptés et peuvent guider la conception et le développement des activités de CCSC.

Une meilleure connaissance de la cause, des symptômes, du traitement et des mesures préventives du paludisme représente une étape fondamentale vers un changement de comportement, comme l'augmentation de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les soignants ou des pratiques de recherche de soins. Les membres de la population visée qui savent comment prévenir le paludisme en évitant les causes primaires, qui peuvent reconnaître les premiers signes de l'infection et qui savent comment traiter les cas sont généralement plus susceptibles de s'impliquer dans des comportements qui les protégeront. Un traitement rapide et efficace est un élément clé d'une lutte efficace contre le paludisme en raison de l'apparition rapide de la maladie et des graves problèmes de santé liés au paludisme à *Plasmodium falciparum*, en particulier chez les enfants et les populations non immunisées. Bien que l'utilisation des ACT ait augmenté dans de nombreux pays, la chloroquine et d'autres polythérapies qui ne sont pas à base d'artémisinine sont encore utilisées dans d'autres pays.

Le test de dépistage avant le traitement est très important, surtout dans un domaine où des activités importantes de CCSC sont déjà en place. Cet indicateur est particulièrement pertinent pour les pays et régions où le paludisme est en déclin et où les symptômes qui ressemblent à ceux du paludisme sont plus difficiles à reconnaître.

Définition

Ces indicateurs sont définis par la proportion de personnes interrogées connaissant la cause, le symptôme principal, le traitement et les mesures préventives du paludisme. Les indicateurs sont ventilés par aspect, le numérateur mesurant les différents éléments de prévention et de contrôle, tandis que le dénominateur reste le nombre de personnes interrogées.

2. Proportion de personnes désignant les moustiques comme la cause du paludisme

- Indicateur supplémentaire 2.1 : Proportion de personnes désignant uniquement les moustiques comme la cause du paludisme

Numérateur

Nombre de personnes interrogées désignant les moustiques/les piqûres de moustique comme la cause du paludisme

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées

3. Proportion de personnes qui savent que le principal symptôme du paludisme est la fièvre

- Indicateur supplémentaire 3.1 : Proportion de personnes interrogées qui connaissent les signes graves et les symptômes du paludisme sévère

Numérateur

Nombre de personnes interrogées qui savent que le principal signe/symptôme du paludisme est la fièvre

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées

4. Proportion de prestataires qui savent que la seule manière de diagnostiquer précisément le paludisme est d'avoir recours à un test de dépistage

Numérateur

Nombre de prestataires de soins de santé qui citent les tests de dépistage du paludisme (TDR et/ou microscopie) comme le seul moyen de s'assurer qu'un enfant a contracté paludisme.

Dénominateur

Nombre de prestataires de soins de santé interrogés

Utilisation et interprétation des données

Cet indicateur peut être adapté afin de mesurer les connaissances correctes en matière de diagnostic du paludisme parmi les membres de la communauté ou les soignants. Cet indicateur, tel qu'il est rédigé, reconnaît la primauté des prestataires dans le diagnostic, mais l'on sait également que la demande des patients en matière d'antipaludiques ou de tests de dépistage peut également influencer la pratique diagnostique. Selon certaines théories, la connaissance des meilleures pratiques actuelles en matière de diagnostic, combinée aux perceptions concernant la fiabilité et l'exactitude des tests de dépistage du paludisme (efficacité de la réaction), permet de prédire le diagnostic et l'observance.

5. Proportion de personnes qui connaissent le traitement contre le paludisme

Numérateur

Nombre de personnes interrogées qui savent que les ACT sont le traitement approprié pour le paludisme⁵

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées

6. Proportion de personnes qui connaissent les mesures préventives efficaces contre le paludisme

- Indicateur supplémentaire 6.1 : Proportion de personnes avec des idées fausses au sujet des pratiques de prévention efficaces contre le paludisme (sous-analyse de l'indicateur 5)
- Indicateur supplémentaire 6.2 : Proportion de personnes qui sont conscientes que le traitement IPTp est un moyen de protéger une mère et son bébé du paludisme pendant la grossesse (sous-analyse de l'indicateur 5)
- Indicateur supplémentaire 6.3 : Proportion de prestataires qui connaissent les recommandations nationales en matière de dosage du traitement IPTp (calendrier et fréquence)

Numérateur

Nombre de personnes interrogées qui savent que les principales mesures préventives contre le paludisme comprennent l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la prise de médicaments préventifs pendant la grossesse, la prophylaxie saisonnière ou la pulvérisation d'insecticide dans leur maison.

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées

Méthode de mesure

Voir annexe 3

Ventilation

Ces indicateurs peuvent être ventilés en fonction de diverses caractéristiques afin de donner aux agents d'implémentation des programmes une idée claire des lacunes au sein de la population. Ils peuvent également identifier les populations particulières à viser. Les catégories utilisées pour la ventilation peuvent inclure l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la zone géographique (province/district ou endémie du paludisme), les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données

Cet indicateur fournit une mesure des connaissances les plus élémentaires de certains membres du public à propos de la cause, des symptômes, du traitement et de la prévention du paludisme. En

⁵ En fonction du contexte du pays

fonction des éléments individuels des indicateurs, il est possible de construire un indicateur composite afin de mesurer la proportion de personnes qui connaissent la cause, les symptômes, le traitement ou les mesures préventives du paludisme.

Les résultats des indicateurs individuels ou d'un indicateur composite peuvent être utilisés pour l'élaboration et/ou l'établissement des priorités. À partir de la ventilation entre zone rurale et urbaine, il est également possible d'obtenir des informations utiles quant au choix des canaux de communication, qui peuvent varier selon les contextes.

Forces

- Relativement peu de questions sont requises pour mesurer chaque indicateur de connaissances.
- Fournit des données formatives utiles afin de déterminer les besoins en connaissances du public visé.

Limites

- L'indicateur peut être sujet à des préjugés/déconcertant à cause de l'utilisation des questionnements, car les styles de questionnement/de persuasion peuvent manquer d'homogénéité entre les enquêteurs.
- Il est difficile d'établir un lien entre les connaissances et les activités spécifiques de CCSC sans faire référence aux messages réels.

Risque et efficacité

Les indicateurs suivants mesurent le risque perçu de paludisme, les conséquences perçues du paludisme, l'effet perçu de certains produits et services sur la réduction du risque et la confiance en soi perçue lors d'un comportement spécifique concernant le paludisme. Cette catégorie d'indicateurs traite les craintes et le degré de confiance d'une population.

L'élément de la peur comporte deux parties : la gravité et la vulnérabilité. La gravité fait référence à la perception de la gravité de la menace (paludisme) par les personnes. La vulnérabilité renvoie à la croyance que la maladie ou la menace peut réellement leur arriver.

Le deuxième élément du modèle est l'efficacité, ou la confiance, dans la capacité d'une personne à contrôler ou à gérer la menace ou le risque perçu. L'efficacité se compose de trois parties : l'efficacité de la réaction, l'autonomie et les obstacles. L'efficacité de la réaction renvoie à la perception qu'une action ou une solution proposée permettra de contrôler la menace. Dans le cas du paludisme, la croyance d'une personne que les moustiquaires imprégnées d'insecticide constituent une bonne protection contre le paludisme est un exemple d'efficacité de la réaction. L'autonomie est une mesure de confiance en soi qu'une personne peut agir pour contrôler la menace. L'autonomie peut faire référence à la confiance d'une personne dans l'utilisation correcte et systématique d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour prévenir le paludisme. La dernière partie de l'efficacité, les obstacles, fait référence à la perception des facteurs qui peuvent empêcher une personne d'adopter un comportement visant à réduire la menace (voir l'annexe 1 pour plus de détails).

Ces indicateurs servent de base aux appels fondés sur la peur ou aux messages qui présentent le paludisme comme une menace. La recherche a montré que des individus peuvent avoir des connaissances, des compétences, des croyances positives, des attitudes et des intentions à l'égard d'un comportement spécifique, mais qu'ils évitent de s'engager dans le comportement recommandé. Il faut donc un déclencheur pour motiver l'action. La recherche a montré que la menace perçue est un puissant déclencheur d'action.⁶

Cependant, trop de messages fondés sur la peur peuvent paralyser les personnes et les empêcher d'agir. Ils peuvent se tourner vers le fatalisme ou tenter de gérer leur peur d'une manière moins productive,

comme par le déni. Les appels à la peur peuvent être contrebalancés par des messages qui mettent l'accent sur la capacité des personnes à agir efficacement. Les évaluateurs peuvent s'attendre à des réactions comportementales souhaitables lorsque les personnes ont une forte perception du risque associée à de fortes croyances d'autonomie à l'égard de la réponse recommandée. (Pour plus d'informations, voir l'annexe 1, Modèle étendu des processus parallèles).

7. Proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme

8. Proportion de personnes qui pensent que les conséquences du paludisme sont graves

Objet

L'objectif de ces indicateurs est de mesurer le risque perçu par rapport au paludisme par les personnes interrogées. Le risque perçu peut être analysé et interprété en fonction du comportement de la personne interrogée et de ses intentions futures. La perception du risque est définie comme les croyances d'une personne à propos de la probabilité de subir des conséquences négatives ou dommageables du paludisme. Cette définition comporte deux dimensions distinctes : (a) la **vulnérabilité** par rapport à une menace et (b) la **gravité** de cette menace. Douglas (1985) définit le risque comme la probabilité qu'un événement spécifique se produise, multipliée par l'ampleur des conséquences associées à cet événement.

Les informations sur la vulnérabilité et la gravité perçues peuvent être utiles lors de la conception des activités de CCSC, ainsi qu'au cours des stades de contrôle et d'évaluation du public, afin de déterminer si le groupe visé estime qu'il y a un risque élevé de contracter le paludisme et que les conséquences du paludisme sont graves.

Définition

L'indicateur 7 mesure la vulnérabilité perçue par rapport à la menace du paludisme, tandis que l'indicateur 8 mesure la gravité perçue par rapport au paludisme par les personnes interrogées. La vulnérabilité et la gravité sont mesurées par diverses questions, le résultat moyen indiquant le risque perçu et les conséquences perçues.

Indicateur 7

Numérateur

Nombre de personnes interrogées qui estiment être exposées à un risque élevé de paludisme (personnes dont le résultat moyen est supérieur à zéro)

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées

Indicateur 8

Numérateur

Nombre de personnes interrogées qui estiment que les conséquences du paludisme sont graves (personnes dont le résultat moyen est supérieur à zéro)

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées

Méthode de mesure

Voir annexe 3

⁶ Witte 1992

Ventilation

Ces indicateurs peuvent être ventilés en fonction de diverses caractéristiques afin de donner aux agents d'implémentation des programmes des informations à propos de la perception du risque par les personnes ainsi qu'à propos des perceptions en matière de gravité du paludisme. Les catégories utilisées pour la ventilation peuvent inclure l'âge, le lieu de résidence (rural/urbain), la profession, la zone géographique (province/district ou endémie du paludisme), les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données

La détermination des perceptions du risque et de l'efficacité peut fournir des informations importantes aux agents d'implémentation quant aux raisons pour lesquelles certains comportements ne sont pas adoptés ou le sont partiellement. Ces informations sont recueillies au cours de la recherche formative afin de permettre de mettre en évidence les domaines clés sur lesquels les activités de SBCC doivent se concentrer.

Les évaluateurs peuvent s'attendre à des réactions comportementales indésirables lorsque les personnes ont de fortes perceptions du risque, mais qu'elles doutent de leur capacité à mettre en œuvre une réponse recommandée, comme l'obtention de SP à la clinique au cours d'une visite de soins prénataux, et/ou qu'elles doutent que la réponse recommandée permettra d'éviter la menace perçue, comme de fortes rumeurs selon lesquelles les pulvérisations d'insecticide de longue durée (ILD) et/ou les moustiquaires imprégnées d'insecticide réduisent la fécondité. Par conséquent, les évaluateurs doivent mesurer les perceptions de l'efficacité lorsqu'ils évaluent les perceptions du risque, de sorte que le personnel du programme puisse concevoir les meilleurs messages de CCSC pour aborder le problème.

Ces indicateurs doivent être interprétés en association avec d'autres indicateurs du présent guide, en particulier les indicateurs 8 et 9, qui mesurent respectivement les perceptions de l'efficacité et la confiance dans la capacité personnelle à adopter un comportement contre le paludisme.

Forces

- Les questions posées portent sur les indicateurs de vulnérabilité et de gravité
- L'utilisation d'éléments à codage inversé réduira les préjugés en empêchant les personnes interrogées de tomber dans un modèle de réponse

Limites

- L'utilisation des inversions peut poser des problèmes lors de l'analyse des données. Les analystes doivent indiquer clairement les questions qui doivent être inversées et la manière selon laquelle les résultats doivent être interprétés.

9. Proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque

Objet

Cet indicateur mesure l'efficacité de la réaction : la croyance qu'une intervention ou qu'une solution permettra de contrôler la menace. Avant l'apparition d'un changement de comportement, les personnes doivent d'abord être informées du changement qui doit se produire et croire qu'elles pourront retirer un bénéfice personnel de l'adoption du comportement. L'efficacité de la réponse combinée à l'autonomie (indicateur 9) peut être un bon indicateur du changement de comportement.

Pendant le stade de la recherche formative, les mesures d'efficacité de la réaction permettent aux programmes de comprendre pourquoi les personnes n'adoptent pas certains comportements. Si les personnes ne sont pas convaincues qu'une pratique ou un produit réduira leur

risque, elles ne seront pas enclines à l'utiliser de façon constante. Les informations sur l'efficacité de la réaction peuvent être utiles pour concevoir des activités de SBCC ainsi qu'au cours des stades de contrôle et d'évaluation du public, afin de déterminer si le groupe visé est convaincu qu'une pratique ou un produit donné réduira son risque.

D'autres indicateurs, comme une attitude positive à l'égard d'un produit, sont également inclus dans le présent guide puisque d'autres attributs d'un produit, comme la facilité d'utilisation, peuvent influencer son utilisation.

Définition

Cet indicateur est défini comme la proportion de la population visée interrogée qui pense que la pratique ou le produit recommandé réduira son risque personnel d'effets indésirables sur la santé. Par « pratique », on entend le comportement souhaité que le programme essaie de promouvoir auprès des membres de la population visée, par exemple, se conformer aux instructions de l'équipe pour la pulvérisation d'insecticide de longue durée, dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ou se rendre aux consultations de soins prénataux. Les exemples de « produits » recommandés (qui accompagnent les pratiques recommandées) comprennent la SP pour le traitement IPTp pendant la grossesse, les ACT pour le traitement du paludisme ou les moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Numérateur

Nombre de personnes interrogées qui pensent qu'un comportement ou une pratique réduira leur risque de paludisme.

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées

Méthode de mesure

Voir annexe 3

Ventilation

Cet indicateur peut être ventilé en fonction de diverses caractéristiques afin d'informer sur les perceptions de la population à propos de certains produits ou pratiques. Il peut être utile de ventiler les informations selon un certain nombre de catégories, y compris l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la profession, les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données

La séparation des questions en éléments liés aux insecticides de longue durée, à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, au traitement IPTp, au diagnostic et au traitement permet aux chercheurs de calculer une moyenne globale pour cet indicateur, tout en maintenant la capacité d'analyser les mesures propres aux éléments. Ces mesures propres à chaque élément peuvent fournir plus d'informations détaillées qu'un indicateur composite, ce qui peut être plus utile pour ajuster et affiner les interventions du programme.

Les résultats de cet indicateur fournissent aux gestionnaires de programme des informations détaillées qu'ils peuvent utiliser pour élaborer des activités de CCSC et établir leurs priorités. Les interventions à faible efficacité de réaction peuvent être mises en avant dans les activités de SBCC. Les prestataires de soins de santé conscients de ces résultats peuvent aussi mettre davantage l'accent sur certaines interventions, en prenant plus de temps pour expliquer la nécessité et les avantages.

Forces

- Les questions figurant en annexe portent sur les éléments couvrant la prévention (insecticide de longue durée, moustiquaires imprégnées d'insecticide, traitement IPTp), le diagnostic et le traitement.

- L'utilisation des inversions réduira les préjugés en empêchant les personnes interrogées de tomber dans un modèle de réponse.

Limites

- L'utilisation des inversions peut poser des problèmes lors de l'analyse des données. Les analystes doivent indiquer clairement les questions qui doivent être inversées et la manière selon laquelle les résultats doivent être interprétés.

10. Proportion de personnes confiantes en leur capacité d'adopter un comportement spécifique concernant le paludisme

Objet

L'autonomie est définie comme la confiance en soi d'une personne pour adopter un comportement spécifique. Les croyances en matière d'autonomie diffèrent de celles concernant l'efficacité de la réaction d'un type particulier de prévention ou de traitement. Cependant, ces croyances sont liées, puisque la croyance en l'efficacité de l'action encouragera l'adoption du comportement.

Les théories et les modèles clés en matière de changement de comportement reconnaissent l'importance de l'autonomie perçue dans l'adoption et la pratique sur le long terme d'un comportement. Bandura (2004) note que la croyance en l'efficacité personnelle joue un rôle central dans le changement personnel. Il a affirmé que l'autonomie est le fondement de la motivation et de l'action de l'Homme.

Pendant le stade de la recherche formative, les mesures d'autonomie, comme l'efficacité de la réaction ci-dessus, sont importantes pour comprendre pourquoi les gens n'adoptent pas certains comportements. Si les personnes n'ont pas confiance en leur capacité à adopter un comportement concernant le paludisme, elles ne seront pas enclines à adopter ce comportement. Les informations sur l'autonomie peuvent être utiles pour concevoir des activités de SBCC ainsi qu'au cours des stades de contrôle et d'évaluation du public, afin de déterminer si le groupe visé a gagné en confiance par rapport à l'adoption d'un comportement concernant le paludisme.

Définition

Cet indicateur mesure l'autonomie perçue, c'est-à-dire la conviction que l'on peut adopter avec succès le comportement requis. Cet indicateur mesure la confiance en soi de différents éléments, présentés dans le tableau des méthodes de mesure en annexe.

Numérateur

Nombre de personnes interrogées qui disent être confiantes en leur capacité d'adopter un comportement spécifique concernant le paludisme

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées

Méthode de mesure

Voir annexe 3

Ventilation

Cet indicateur peut être ventilé en fonction de diverses caractéristiques afin de donner aux agents d'implémentation des programmes des informations à propos de la confiance de la population à adopter les comportements concernant le paludisme. Il peut être utile de ventiler les informations selon un certain nombre de catégories, y compris l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la profession, les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données

Les questions sur l'autonomie perçue devraient être précises et se rapporter à des circonstances particulières. Par exemple, la perception de l'autonomie à trouver des ressources pour amener un enfant présentant de la fièvre à la clinique peut dépendre du contexte particulier. Par conséquent, une question qui n'est pas spécifique au contexte peut constituer une mauvaise mesure de l'autonomie.

Les informations sur l'autonomie sont essentielles à l'élaboration des activités de CCSC qui conviennent au public et au contexte. La ventilation de cet indicateur selon le sexe, l'âge, les quintiles de richesse ou le lieu de résidence fournira des informations supplémentaires aux questionnaires de programme par rapport aux messages appropriés pour aborder les questions d'autonomie.

Forces

- Les questions portent sur les éléments couvrant la prévention (insecticide de longue durée, moustiquaires imprégnées d'insecticide, traitement IPTp), le diagnostic et le traitement.
- L'indicateur peut être mesuré comme indicateur composite de tous les éléments ou de chaque élément séparément.
- Les mesures propres à chaque élément peuvent fournir des informations utiles à propos des zones dans lesquelles les populations visées se sentent moins sûres d'elles-mêmes ; ces informations pourraient être utiles afin d'informer sur les activités de CCSC sur le paludisme.

Limites

- Il peut être difficile d'inclure plusieurs questions par élément dans une enquête auprès des foyers établie. Par conséquent, les agents d'implémentation peuvent être limités par le nombre de questions qu'ils peuvent inclure pour mesurer chaque élément, ce qui affecte la validité si elles sont analysées par élément.
- Il existe un risque de préjugé de désirabilité sociale en ce qui concerne la confiance, car le recenseur ne demande pas de preuve de confiance. La personne interrogée peut être tentée de noter qu'elle a confiance en sa capacité d'exécuter l'activité pour satisfaire le recenseur.

Normes

Les normes sociales : croyances autour des comportements communs et des pratiques attendues dans un groupe. Elles jouent un rôle important dans les comportements en matière de santé du public. Il est de plus en plus évident qu'elles peuvent être pertinentes pour les comportements concernant le paludisme, tels que l'utilisation de moustiquaires et les soins apportés à ceux-ci et leur réparation.⁷

11. Proportion de personnes convaincues que la majorité de leurs amis et des membres de leur communauté appliquent le comportement

Objet

La théorie de l'apprentissage social établit que l'individu apprend de nouveaux comportements en observant ce que les autres font. Les personnes observent les conséquences (bénéfiques ou punitives) des actions des autres, évaluent la pertinence et l'importance de ces conséquences pour leur propre vie, puis répètent le comportement et tentent de reproduire l'action eux-mêmes.

Comme le comportement individuel est fortement influencé par les pairs et la communauté en général, les campagnes dans les médias sont importantes afin de remettre en question les croyances et les coutumes profondément ancrées concernant certaines pratiques en matière de santé et de créer un besoin ou une demande de

⁷ Russell 2015; Scandurra 2014

changements par rapport au comportement en matière de santé. Les programmes des médias peuvent commencer à modifier les comportements s'ils présentent ces comportements comme socialement inacceptables, modifiant ainsi les normes. Même s'il n'y a pas encore eu de véritable changement de comportement, lorsque les agents d'implémentation du programme influencent la perception du public et qu'ils invitent ce dernier à croire qu'un changement est en train de se produire ou s'est produit, ce qui, à son tour, influence l'attitude à l'égard de la pratique, ils créent l'élan et le cadre général favorable nécessaire pour influencer le changement en cours. Cet indicateur mesure le caractère persuasif des stratégies de CCSC par rapport à l'influence sur la perception que leurs amis, leur famille et d'autres membres de la communauté adoptent le comportement recommandé et que l'adhésion à ce comportement augmente, diminue ou reste la même.

Définition

Par « croyance », on entend ce que les personnes interrogées visées comprennent, discernent ou reconnaissent comme étant vrai, en grande partie à partir de leur expérience personnelle ou de données anecdotiques.

Le terme « comportement » désigne le résultat souhaité que le programme tente d'atteindre parmi les membres de la population visée. Il peut s'agir, par exemple, de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, d'utiliser des médicaments de première ligne pour traiter le paludisme ou de se rendre rapidement à des consultations de soins prénataux.

Numérateur

Nombre de personnes interrogées qui pensent que leurs amis et des membres de leur communauté appliquent le comportement recommandé

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées

Méthode de mesure

Voir annexe 3

Ventilation

Il peut être utile de ventiler les informations selon un certain nombre de catégories, y compris l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la profession, les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données

Dans la mesure où les professionnels de la CCSC prennent des mesures pour éviter les rumeurs, il arrive parfois que des idées fausses et une publicité négative se développent et gagnent en popularité, influençant fortement la perception du public d'un comportement particulier et peut-être l'exagérant. Les évaluateurs doivent être prêts à faire face à ce résultat possible et à mettre en œuvre rapidement et efficacement un moyen d'inverser la perception et les attitudes du public.

Les éléments relatifs à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, au traitement IPTp et au comportement de recherche des soins de santé pour des enfants présentant de la fièvre doivent être interprétés comme des éléments autonomes. Cet indicateur peut être utile dans les stades de recherche formative du cycle pour connaître le point de vue d'une population à propos de la popularité d'un certain comportement. Ces informations peuvent alimenter le développement des activités de CCSC, en veillant à ce qu'elles soient ciblées sur la population en question. Cet indicateur peut également être utile aux étapes de contrôle et d'évaluation du public et peut servir d'indicateur par rapport au succès des activités de CCSC.

Forces

- Les éléments de cet indicateur peuvent être mesurés individuellement et peuvent également être rassemblés en un résultat ventilé afin de refléter la façon dont les personnes perçoivent les comportements en matière de santé des personnes dans les communautés.
- Relativement peu de questions sont requises pour mesurer cet indicateur.

Limites

- Cet indicateur se base sur les perceptions personnelles et peut ne pas refléter la réalité des pratiques communautaires. Par conséquent, les données doivent être interprétées dans le contexte des questions posées et doivent être croisées avec d'autres résultats de l'enquête qui ont trait à l'utilisation réelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide, à l'adoption du traitement IPTp et au comportement de recherche des soins de santé.

Attitudes

12. Proportion de personnes ayant une attitude favorable envers le produit, la pratique ou le service

Les attitudes désignent les jugements que les personnes portent sur un produit, une pratique ou un service. Les personnes qui voient favorablement un comportement, comme l'utilisation de moustiquaires ou un produit antipaludique, comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide, sont plus susceptibles d'adopter un comportement.

Objet

Les actions des personnes sont souvent fondées sur des croyances sur le fait de savoir si un comportement mènera à des résultats positifs (ou souhaitables) ou négatifs (ou indésirables). Les activités de CCSC abordent souvent les jugements de valeur spécifiques qui encouragent ou découragent un comportement.⁸

Les questions en annexe fournissent des conseils sur la façon d'évaluer les attitudes à l'égard des éléments liés au paludisme. On ne s'attend pas à ce que les agents d'implémentation ajoutent toutes ces questions à une enquête existante. Ils devraient plutôt sélectionner les questions les plus pertinentes en fonction de ce que le pays ou le programme a identifié comme obstacles ou déterminants potentiels dans d'autres recherches connexes. Les questions peuvent être adaptées au contexte national ou remplacées par des questions plus appropriées.

Les agents d'implémentation qui ont accès à un statisticien doivent envisager de construire des échelles afin d'établir un indice prédictif.

Cet indicateur peut être utile dans les stades de recherche formative du cycle pour connaître les attitudes d'une population envers un produit, une pratique ou un service. Ces informations pourront alimenter le développement des activités de CCSC, en veillant à ce qu'elles ciblent la population en question. Cet indicateur peut également être utile aux étapes de contrôle et d'évaluation du public afin d'évaluer dans quelle mesure les attitudes d'une population ont changé.

Définition

On entend par « attitude favorable » l'évaluation positive d'une personne à l'égard d'un comportement ou d'une construction connexe, comme un produit ou une source de service spécifique. L'évaluation est représentée par des déclarations de la personne interrogée qui

⁸ Fishbein and Ajzen 1975

établissent un lien entre le comportement et une valeur positive détenue par la personne interrogée.

Numérateur

Le nombre de personnes interrogées dont le résultat moyen est supérieur à zéro pour un produit, une pratique ou un service

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées

Méthode de mesure

Voir annexe 3

Ventilation

Cet indicateur peut être ventilé en fonction de diverses caractéristiques afin de donner aux agents d'implémentation des programmes des informations à propos de l'attitude de la population envers un produit, une pratique ou un service. Il peut être utile de ventiler les informations selon un certain nombre de catégories, y compris l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la profession, les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données

La séparation des questions en éléments liés au traitement IPTp, aux moustiquaires imprégnées d'insecticide, au diagnostic, au traitement et aux insecticides de longue durée permet aux chercheurs de calculer une moyenne globale pour cet indicateur ainsi que pour les mesures propres aux éléments. Ces mesures propres à chaque élément peuvent fournir des informations utiles quant aux attitudes à l'égard des pratiques et des produits, qui sont importantes pour les questionnaires de programme lorsqu'ils conçoivent ou peaufinent leurs interventions.

Les informations sur les attitudes à l'égard d'un produit, d'une pratique ou d'un service sont essentielles à l'élaboration d'activités de CCSC pertinentes et ciblées. La ventilation de cet indicateur selon le sexe, l'âge, les quintiles de richesse ou le lieu de résidence fournira des informations supplémentaires aux questionnaires de programme par rapport à un ciblage approprié du public pour aborder les attitudes défavorables à l'égard de certains produits, pratiques et services.

Forces

- Cet indicateur et les questions correspondantes permettent aux pays de recueillir et d'analyser des données afin de déterminer si des résultats utiles se dégagent.
- Les questions sont générales et peuvent être adaptées au contexte national.
- Les pays peuvent poser des questions concernant les éléments, en tout ou en partie, présentés dans la description de cet indicateur.

Limites

- Les attitudes représentent des jugements de valeur et sont difficiles à mesurer d'une manière uniforme.
- Les questions en annexe devront être validées pour chaque contexte afin de s'assurer qu'elles capturent les informations requises.

Comportements

13. Proportion de personnes appliquant le comportement recommandé

Objet

Ce sont les indicateurs prioritaires pour mesurer les comportements de prévention et de contrôle du paludisme. Les activités de CCSC visent à influencer des activités telles que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, en particulier pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, le traitement du paludisme en temps opportun, en particulier pour les enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre, la participation aux consultations de soins prénataux et l'achèvement du traitement IPTp pendant la grossesse. Les comportements des prestataires comprennent une gestion de cas appropriée avec des tests de dépistage et des ACT ainsi que l'administration du traitement IPTp.

Définition

Parmi les personnes interrogées faisant partie de la population cible, l'indicateur est défini comme étant la proportion de personnes interrogées qui appliquent le comportement recommandé. On entend par « population cible » la population visée par le programme. Le terme « comportement » désigne le résultat souhaité que le programme tente d'atteindre parmi les membres de la population visée.

Comportements du bénéficiaire

Dormir sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide

Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide⁹ la nuit précédente (membres du foyer)

Sources de données : L'EDS, la MIS, les MICS ; d'autres enquêtes auprès de la communauté. Voir le document du MERG 2013 pour des informations détaillées à propos de la mesure de cet indicateur, y compris les numérateurs et les dénominateurs.

Indicateur supplémentaire 13.1 Rapport entre l'accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide et son utilisation : Proportion de la population utilisant des moustiquaires parmi les personnes ayant accès à une moustiquaire au sein de leur foyer

Cet indicateur contrôle l'accès aux moustiquaires. Il donne l'estimation de la proportion de la population utilisant des moustiquaires parmi les personnes ayant accès à une moustiquaire au sein de leur foyer. Cet indicateur fournit des informations sur le véritable écart de comportement parce qu'il explique un nombre insuffisant de moustiquaires au sein du foyer. Le Rapport sur l'accès et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de 2017¹⁰ fournit un résumé du rapport entre l'accès et l'utilisation à travers les pays et au sein de ceux-ci.

L'« accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide » se base sur le nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans le foyer et le nombre de membres du foyer. Sur un grand échantillon, il mesure la proportion de personnes qui doivent avoir accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Il ne peut pas être calculé sur une base individuelle. On entend par « utilisation » la proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la veille de l'enquête.

Lorsque le ratio d'accès par rapport à l'utilisation est élevé, vous devez envisager de passer à la mesure de l'utilisation, de l'entretien des moustiquaires imprégnées d'insecticide, c'est-à-dire que les moustiquaires imprégnées d'insecticide s'utilisent « la plupart des nuits », « chaque nuit », « pendant la saison des pluies et la saison sèche » et « toute l'année » ou chaque mois de l'année.

⁹ Les enquêtes EDS standard de 2017 utilisent le terme moustiquaire imprégnée d'insecticide pour désigner toutes les moustiquaires traitées. Aucune donnée n'est recueillie sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide après leur fabrication, car les kits de retraitement des insecticides ne sont plus distribués ni encouragés.

¹⁰ Koenker and Ricotta 2017

Paludisme durant la grossesse

Recevoir des soins prénataux dès le début de la grossesse et tout au long de celle-ci : Proportion de femmes ayant assisté à au moins une, deux et trois consultations de soins prénataux au cours de leur dernière grossesse

Sources de données : L'EDS, la MIS, les MICS ; d'autres enquêtes auprès de la communauté

Gestion des cas

Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines pour lesquels une consultation ou un traitement a été demandé le jour même de l'apparition de la fièvre ou le jour suivant

Certains programmes peuvent aussi évaluer si les soins ont été demandés auprès d'une source approuvée, comme un agent de santé communautaire ou une structure sanitaire.

Sources de données : L'EDS, la MIS, les MICS ; d'autres enquêtes auprès de la communauté. Voir le document du MERG 2013 pour des informations détaillées à propos de la mesure de cet indicateur, y compris les numérateurs et les dénominateurs.

Prestataires de soins de santé

Le traitement IPTp et la gestion des cas impliquent des actions de la part tant des femmes enceintes que des prestataires. Les comportements des prestataires peuvent être mesurés directement à travers les évaluations des structures sanitaires (observations et entretiens) et les rapports sur les SIGS. En raison de l'absence d'indicateurs standard pour les évaluations des structures sanitaires et les SIGS, les indicateurs de remplacement tirés des enquêtes auprès des foyers sont souvent également utilisés. Ces indicateurs de remplacement sont présentés ci-dessous.

Paludisme durant la grossesse

Proportion de femmes enceintes au service de soins prénataux ayant reçu un traitement IPTp conformément aux recommandations nationales

Sources de données : L'enquête sur les structures sanitaires, l'examen des registres des soins prénataux (SAN)

En cas de disponibilité, les données d'observation fournissent un moyen précis d'évaluer si les femmes enceintes ont reçu un traitement IPTp ainsi que des conseils sur la prévention du paludisme pendant la grossesse. En cas d'indisponibilité des données d'observation, on peut trouver une mesure de remplacement pour l'adoption du traitement IPTp dans la MIS ou l'EDS, qui utilise des entretiens avec des femmes enceintes au cours des deux dernières années (et non avec des prestataires de soins de santé).

L'indicateur suivant peut être utilisé comme indicateur de remplacement :

Proportion de femmes ayant reçu au moins trois doses d'IPTp¹¹ lors de leurs consultations de soins prénataux au cours de leur dernière grossesse

Sources de données : L'EDS, la MIS, les MICS ; d'autres enquêtes auprès de la communauté. Voir le document du MERG 2013 pour des informations détaillées à propos de la mesure de cet indicateur, y compris les numérateurs et les dénominateurs.

Gestion des cas

Proposer une gestion des cas de paludisme selon les recommandations nationales

Proportion des cas de fièvre recevant un test de diagnostic du paludisme (ou proportion des cas de paludisme diagnostiqués confirmés)²

Proportion de cas dépistés traités/non traités selon les résultats du test de dépistage (ou proportion de cas positifs confirmés recevant une ACT)²

Sources de données : L'enquête sur les structures sanitaires, l'examen des registres, les SIGS

En cas de disponibilité, les données d'observation évaluent avec grande précision si les enfants présentant de la fièvre ont été dépistés et si les cas confirmés de paludisme ont été traités par ACT. En cas d'indisponibilité des données d'observation, la MIS ou l'EDS peuvent être utilisées pour mesurer les indicateurs de remplacement. Ces sources utilisent des entretiens avec des soignants d'enfants de moins de 5 ans (pas des prestataires de soins de santé).

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés comme indicateurs de remplacement :

Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui présentaient une trace de piqûre au doigt ou au talon

Proportion d'enfants ayant reçu une ACT parmi les enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui ont reçu des médicaments antipaludiques

Sources de données : L'EDS, la MIS, les MICS ; d'autres enquêtes auprès de la communauté. Voir le document du MERG 2013 pour des informations détaillées à propos de la mesure de cet indicateur, y compris les numérateurs et les dénominateurs.

Pulvérisation d'insecticides à effet rémanent en intérieur (Indoor Residual Spraying)

Aucun indicateur sur les comportements n'est inclus pour les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent en intérieur (IRS), car il n'est pas nécessaire de mesurer ces dernières lors des évaluations de la CCSC. Cela s'explique par le fait que l'IRS échappe de plus en plus au contrôle des individus et des foyers et est davantage entre les mains des gouvernements ou des donateurs, en raison de l'augmentation du coût des insecticides, et que les activités des IRS sont subordonnées au consentement des leaders communautaires. Par conséquent, aucun indicateur sur les comportements individuels n'est inclus ici ni dans les enquêtes EDS ou MIS. Toutefois, l'IRS est mentionné dans l'annexe des questions de l'enquête, car il s'agit toujours d'une intervention importante. Ces questions peuvent être particulièrement intéressantes pour les personnes qui souhaitent mieux comprendre les raisons de la faible proportion de foyers qui refusent l'IRS.

Méthode de mesure

Voir annexe 3

Ventilation

Ces indicateurs peuvent être ventilés en fonction de diverses caractéristiques afin de donner aux agents d'implémentation des programmes des informations à propos de la pratique de la population par rapport aux comportements ciblés. Il peut être utile de ventiler les informations selon un certain nombre de catégories, y compris l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), l'endémie du paludisme, la profession, les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

¹¹ Comme les politiques en matière de traitement IPTp diffèrent d'un pays à l'autre, cet indicateur peut être modifié pour refléter le contexte national.

Utilisation et interprétation des données

Le changement de comportement est un processus de longue haleine et il peut s'écouler plusieurs années avant que des changements réels ne se produisent. Bien que les réponses puissent être croisées avec les statistiques sur les services (pour la recherche de traitement et le traitement IPTp) et les observations (comme la suspension des moustiquaires imprégnées d'insecticide), les réponses des bénéficiaires font l'objet d'autodéclarations individuelles. Les réponses peuvent être influencées par un préjugé par rapport à la réponse (lorsque les personnes interrogées sont familières du comportement et réagissent « correctement » au lieu de répondre selon leurs actions réelles).

Ces indicateurs sont utiles à deux stades principaux du cycle de la surveillance du programme : au stade de la recherche formative et au stade du contrôle et de l'évaluation du public. Dans le premier cas, ces indicateurs peuvent mettre en évidence une zone prioritaire ou un comportement problématique. De faibles taux signifient que la population ne s'engage pas dans des mesures de prévention et de traitement adéquates. Cette constatation est essentielle à la conception d'une activité de CCSC. Au dernier stade, ces indicateurs fournissent des informations sur l'efficacité des campagnes de CCSC et évaluent la mesure dans laquelle un changement de comportement s'est produit.

Forces

- Les questions relatives à la mesure de ces indicateurs sont variées. Elles peuvent être ajoutées à toute grande enquête représentative au niveau national ou à une enquête plus petite qui est représentative d'une zone infranationale, telle qu'une région, un district ou une zone de projet.

Limites

Comportements du bénéficiaire

- Moustiquaires imprégnées d'insecticide
 - Certaines moustiquaires imprégnées d'insecticide peuvent être trop endommagées pour être utilisées, ce qui donne une surestimation du dénominateur.
 - L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide peut varier selon la saison.
- Paludisme durant la grossesse
 - Toutes les femmes ne savent peut-être pas qu'elles sont enceintes. D'autres ne voudront peut-être pas déclarer si elles sont enceintes, surtout si la visite d'enquête a eu lieu au début de la grossesse. De ce fait, il est difficile de recueillir des données sur toutes les femmes enceintes de l'échantillon.
 - Les femmes peuvent ne pas se rappeler le nom du médicament qu'elles ont pris pendant la grossesse pour prévenir le paludisme. Au moment de la publication, il a été dit que la MIS et l'EDS seraient remaniées afin que les femmes ne soient pas invitées à donner le nom du médicament qu'elles prenaient et que la source de la dose soit supprimée.
- Recherche de soins
 - Cet indicateur n'explique pas pourquoi on n'a pas cherché à obtenir des conseils ou un traitement pour certains enfants.
 - Même si la recherche de soins dans les 24 à 48 heures est toujours importante pour la prévention du paludisme grave, il est difficile de trouver un moyen cohérent de le mesurer.

Comportements des prestataires

- Indicateurs de remplacement pour le traitement IPTp et la gestion de cas - Ces indicateurs ne recueillent pas de données auprès du public visé (prestataires), mais plutôt auprès des femmes et des soignants qui sont les bénéficiaires des comportements des prestataires. Les enquêtes auprès des structures sanitaires sont un meilleur moyen de mesurer les comportements des prestataires.

- Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui présentaient une trace de piqûre au doigt ou au talon - Il se peut qu'un doigt ou un talon n'ait pas été utilisé pour diagnostiquer le paludisme. Par exemple, il peut être utilisé pour diagnostiquer l'anémie ou la typhoïde. On ne demande pas aux personnes interrogées si une piqûre au doigt ou au talon a été utilisée pour diagnostiquer le paludisme parce qu'il peut ne pas savoir quelle maladie a été dépistée.
- Traitement selon les résultats des tests de dépistages - Il s'agit d'une mesure de l'adhésion aux résultats des tests de dépistage du paludisme. On n'examine pas les raisons de la non-adhésion aux résultats de tests négatifs ou de la prescription excessive des ACT.
- Proportion d'enfants ayant reçu une ACT parmi les enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui ont reçu des médicaments antipaludiques—Cet indicateur se limite aux enfants qui ont reçu des antipaludiques. Il n'y a pas d'informations indiquant si l'enfant aurait dû recevoir l'antipaludique conformément aux recommandations. Il s'agit simplement de déterminer si les antipaludiques appropriés, le cas échéant, ont été administrés.

Retombées du programme

Les indicateurs de processus reflètent les étapes nécessaires à la mise en œuvre réussie d'une activité. Les rapports doivent préciser la couverture géographique de l'intervention et fournir des informations sur la population visée, y compris son âge et son sexe, le cas échéant.

14. Quantité de documents produits

Objet

Les programmes de lutte contre le paludisme créent des messages et produisent des documents afin de promouvoir le changement social et de comportement. Les messages et les documents produits représentent la première étape pour influencer le changement de comportement. Cet indicateur de processus est destiné à capturer la création de ces messages et/ou de ces documents.

Définition

Chaque nouvelle activité de CCSC, telle qu'une publicité, une vidéo ou un livre éducatif, est considérée comme un message « créé ». Les documents doivent démontrer et fournir des informations sur les stratégies de prévention et de traitement du paludisme.

Numérateur

Quantité de documents produits ou de messages créés

Dénominateur

Aucun

Méthode de mesure

Cet indicateur est mesuré à partir des dossiers du projet. Les dossiers doivent indiquer le nombre de documents produits ou le nombre de messages. La vérification par rapport au budget d'impression, par exemple, peut également s'avérer utile.

Ventilation

Cet indicateur peut être ventilé par type de documents produits, comme des affiches, des publicités radiophoniques ou des panneaux d'affichage, par type de message créé, comme la prévention du paludisme ou le traitement précoce, ou par public visé.

Utilisation et interprétation des données

Cet indicateur fournit une mesure des retombées produites. La diffusion des messages dépend du moment de la production. Un retard dans la production de messages et de documents peut avoir un impact important sur le succès d'une activité de CCSC.

Forces

- Cet indicateur est relativement facile à mesurer.
- Cet indicateur peut être comparé au budget si les documents doivent être imprimés ou élaborés numériquement.

Limites

- L'indicateur ne montre pas si les documents et les messages étaient clairs et de haute qualité, ou s'ils ont atteint les publics visés.
- Cet indicateur ne fournit pas d'informations permettant de savoir si les documents et/ou les messages ont été produits à temps.
- Cet indicateur ne fournit pas d'informations permettant de savoir si les messages ou les documents ont été diffusés.

15. Nombre de personnes atteintes

Objet

Cet indicateur mesure le nombre de personnes qui participent aux activités du programme ou qui utilisent les services du programme. Le libellé exact de l'indicateur variera selon le type de programme et les activités.

Le personnel peut rassembler des données sur le nombre et les caractéristiques des personnes qui participent aux activités de communication interpersonnelle. Il peut être difficile d'obtenir un comptage précis lors des grandes réunions communautaires, de sorte que le personnel doit estimer le nombre de participants en divisant visuellement le public en sections distinctes (d'environ 25 à 35 personnes), compter le nombre de personnes dans cette section, puis multiplier ce nombre par le nombre de « sections » qui semblent être dans le public.

Afin d'estimer la portée des programmes des médias, les agences de surveillance des médias peuvent utiliser des services audiométriques pour la télévision, les journaux des médias de certains foyers et des enquêtes par panel pour estimer le nombre de personnes qui ont écouté une émission.

En plus du nombre et du pourcentage de personnes dans la population visée desservies ou atteintes par le programme, les gestionnaires doivent vérifier si le programme atteint des sous-groupes clés. Par exemple, certaines activités de CCSC cibleront le personnel des structures sanitaires. Les gestionnaires doivent vérifier que le programme atteint les sous-groupes d'intérêt.

Définition

Cet indicateur mesure le nombre de personnes ayant reçu des services liés au programme, qui ont participé à des activités de mobilisation communautaire ou qui ont été exposées à des messages dans les médias.

Numérateur

Nombre de personnes desservies ou exposées au programme

Dénominateur

Aucun

Méthode de mesure

Cet indicateur est mesuré à l'aide de statistiques sur les services liés au programme ou de données comparables indiquant le nombre et les caractéristiques des personnes desservies par le programme. Les réponses aux questions de l'enquête à propos de l'exposition ou de la participation aux activités de programme peuvent également être utilisées. Les gestionnaires devraient rassembler des statistiques distinctes pour chaque grand type d'activité.

Ventilation

Les gestionnaires doivent subdiviser cet indicateur par le nombre total exposé selon le type d'activité, comme une activité communautaire, un programme en milieu scolaire ou des services cliniques. Les participants peuvent également être classés selon des caractéristiques pertinentes comme : l'âge, le genre, le statut marital, la race/l'origine ethnique, le statut socio-économique et le lieu de résidence.

Utilisation et interprétation des données

Cet indicateur permet de savoir si les activités de CCSC atteignent un grand nombre de personnes.

Forces

- Cet indicateur peut être croisé avec l'indicateur 1—proportion de personnes se souvenant d'avoir entendu ou vu un message concernant le paludisme au cours des six derniers mois - et d'autres indicateurs connexes.

Limites

- Cet indicateur ne fournit pas d'informations sur l'efficacité de chaque canal au niveau du changement de comportement.
- Il peut être très difficile d'obtenir un comptage précis du nombre de participants aux grands rassemblements de mobilisation communautaire. Par conséquent, les dossiers du programme doivent reposer sur les meilleures estimations.
- Le double comptage est inévitable lors d'événements très fréquentés qui se produisent dans les mêmes communautés voire dans les communautés voisines.
- Cet indicateur ne mesure pas l'engagement des membres de la communauté, l'atteinte du public visé ou la mesure dans laquelle les objectifs de la réunion voire de l'événement ont été atteints.
- Les agences de surveillance des médias capables de surveiller les cotes d'écoute utilisent des technologies sophistiquées et une excellente compétence technique. Pour cette raison, ces agences peuvent ne pas être facilement accessibles ou prohibitives.

16. Quantité d'activités de CCSC réalisées

Objet

Cet indicateur mesure le nombre d'activités de CCSC réalisées. Il indique si les activités sont réalisées conformément aux plans de travail. Cet indicateur fournit également des informations sur la fréquence des principaux types d'activités de CCSC, comme les visites à domicile, les représentations communautaires et les émissions télévisées ou radiophoniques.

Définition

Cet indicateur mesure le nombre d'activités réalisées. Les activités de CCSC peuvent comprendre des visites à domicile, des représentations communautaires ou des émissions télévisées ou radiophoniques.

Numérateur

Quantité d'activités de CCSC réalisées

Cet indicateur peut être facilement adapté afin d'indiquer les activités réelles utilisées. Parmi les adaptations possibles, mentionnons le « nombre de dialogues communautaires » et le « nombre de fois où les messages ont été diffusés à la radio ou à la télévision au cours de la période de référence [comme trois mois] ». Une fois que les évaluateurs du programme ont des informations sur le nombre de fois qu'un message a été diffusé, ils peuvent croiser ces renseignements avec les données des stations de radio et de télévision sur la couverture géographique approximative de leurs émissions, et avec les données du recensement afin de calculer une estimation approximative du nombre de personnes atteintes par les émissions.

Dénominateur

Aucun

Méthode de mesure

Cet indicateur peut être mesuré à l'aide des dossiers du programme qui renseignent le nombre d'activités réalisées. Les gestionnaires voudront peut-être aussi rassembler des données sur les caractéristiques du public, comme l'âge, le sexe et le lieu de résidence afin de fournir des renseignements contextuels plus complets sur cet indicateur.

Ventilation

Cet indicateur doit être ventilé par type d'activité de CCSC. Le type d'activité dépendra de la conception du programme, mais peut comprendre des visites à domicile, des séances d'information, des représentations communautaires et des émissions télévisées ou radiophoniques.

Utilisation et interprétation des données

Cet indicateur fournit une mesure de la mise en œuvre d'une activité de CCSC, en indiquant la fréquence des diverses activités réalisées. Cet indicateur peut être utilisé pour vérifier qu'une activité de CCSC est conforme aux plans de travail des activités. Si les activités de CCSC ne se déroulent pas conformément au plan, il est peu probable que le changement de comportement attendu se produise.

Forces

- La mesure du nombre d'activités de CCSC réalisées peut fournir une indication de l'état d'avancement du programme.
- Cet indicateur doit être ventilé par activité de CCSC et fournir aux gestionnaires des informations détaillées sur les activités d'implémentation.

Limites

- Bien que l'indicateur mesure le nombre d'activités réalisées, il ne fournit aucune information sur la qualité des activités.
- Cet indicateur ne peut pas fournir d'informations permettant de savoir si les activités se sont déroulées à temps.

17. Nombre de personnes formées à la CCSC concernant le paludisme**Objet**

Cet indicateur sert à mesurer les programmes de formation sur la CCSC. Les gestionnaires peuvent s'en servir pour déterminer si un programme atteint ses objectifs de formation et/ou pour suivre les progrès d'une année à l'autre. Une fois ventilé, il représente également le potentiel en ressources humaines des personnes qui pourraient aider à mener à bien les activités de CCSC.

Définition

Cet indicateur au niveau des retombées mesure le nombre de personnes ayant suivi une formation sur les CCSC dans le domaine du paludisme. Un individu ne doit être compté qu'après avoir terminé la formation. Les personnes qui sont à mi-parcours d'une formation doivent être comptabilisées lors de la prochaine période de déclaration. Les personnes qui suivent plus d'une formation donnée par les pairs au cours d'une période de déclaration ne doivent être comptées qu'une seule fois.

Numérateur

Nombre de personnes ayant suivi une formation sur les CCSC dans le domaine du paludisme

Dénominateur

Aucun

Méthode de mesure

Le nombre de personnes formées repose sur la liste finale des noms des participants, pour une vérification éventuelle de la présence et du sujet de formation. Les sources de données de cet indicateur comprennent les feuilles d'inscription à la formation, les rapports de formation et les rapports du programme.

Ventilation

Les données peuvent être ventilées par âge, genre et lieu de résidence urbain ou rural. Si la CCSC est visée et/ou liée à l'iniquité, classer les participants par zones desservies (pauvres/pas pauvres) et ventiler les données par zone desservie.

Utilisation et interprétation des données

Cet indicateur fournit une mesure des ressources humaines disponibles formées à la CCSC dans le domaine du paludisme. Le nombre de personnes formées donne une indication de la capacité du programme à réaliser les activités de CCSC prévues.

Limites

- Cet indicateur ne capture pas le nombre de participants qui s'engagent activement dans la CCSC dans le domaine du paludisme. Une étape supplémentaire consisterait à mesurer le pourcentage de personnes formées à la CCSC dans le domaine du paludisme et qui sont actives pendant une période de référence.
- Cet indicateur ne fournit pas d'informations sur les connaissances acquises ni sur la qualité de la formation.

Partie 3 : Annexes

Annexe 1 : Théories de communication et changement de comportement

Les indicateurs du présent guide se basent sur des recherches et des théories antérieures sur les déterminants du changement de comportement pour le paludisme, le planning familial, le VIH et d'autres domaines de la santé. Les données montrent que l'amélioration des connaissances ne suffit pas à elle seule à améliorer l'adoption des comportements souhaités. D'autres facteurs, tels que les attitudes du public et les caractéristiques du comportement souhaité, devraient également être pris en compte.

Le mot « théorie » est utilisé différemment dans le langage de tous les jours et la science. Alors que l'utilisation vernaculaire du mot « théorie » implique la spéculation, les sciences sociales et les théories scientifiques, comme celles dont il est question dans la présente section, ce terme fait plutôt référence à « une explication d'un aspect du monde naturel qui a été étayée par des expériences répétées ».¹² Les théories nous aident à déterminer où le public en est dans le processus de changement de comportement et comment il va parvenir au changement souhaité. Les théories donnent un aperçu des décisions, des motifs, des obstacles et des facilitateurs associés au changement.

Dans cette section, nous présentons six théories couramment utilisées pour le changement de comportement et la communication. Bien que les théories partagent certains éléments similaires, chacune met l'accent sur des concepts et des processus légèrement différents. Dans cette annexe, nous donnons un aperçu de chaque théorie et de la façon dont leurs concepts se reflètent dans le guide des indicateurs. Ces informations ont été adaptées de la Série de formations en ligne sur la communication pour le changement social et de comportement (CCSC) basée sur des données probantes concernant le paludisme¹³ et une série d'introductions aux recherches sur la CCSC¹⁴.

Modèle étendu des processus parallèles

Les indicateurs 6 à 9 mesurent les concepts de perception du risque, d'autonomie et d'efficacité de la réaction, qui ont été associés aux comportements préventifs.¹⁵ Ces concepts se basent sur le Modèle étendu des processus parallèles (MEPP), également connu sous le nom de Risk Perception Attitude Framework (Cadre des attitudes en matière de perception du risque).¹⁶ Le MEPP décrit comment la raison et l'émotion interagissent pendant la prise de décision individuelle.

Le modèle se compose de deux éléments : la **peur ou menace** (émotion) et l'**efficacité** (raison). La peur qui se subdivise en deux parties, la gravité et la vulnérabilité et l'efficacité, ou la confiance dans la capacité d'une personne de contrôler ou de gérer la menace ou le risque perçu qui se subdivise en trois parties : l'efficacité de la réaction, l'autonomie et les obstacles.

Peur ou menace

- La **vulnérabilité** renvoie à la croyance que la maladie ou la menace peut réellement leur arriver. Indicateur 7, proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme, mesure la vulnérabilité.
- La gravité fait référence à la perception de la gravité de la menace (paludisme) par les personnes. Ceci se reflète dans l'indicateur 8, proportion de personnes qui pensent que les conséquences du paludisme sont graves.

Efficacité

- L'**efficacité de la réaction** renvoie à la perception qu'une action ou une solution proposée permettra de contrôler la menace. Dans le cas du paludisme, la croyance d'une personne que les moustiquaires imprégnées d'insecticide constituent une bonne protection contre le paludisme est un exemple d'efficacité de la réaction. Indicateur 9, proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque, mesure l'efficacité de la réaction.
- L'autonomie est une mesure de confiance en soi qu'une personne peut agir pour contrôler la menace. L'autonomie peut faire référence à la confiance d'une personne dans l'utilisation correcte et systématique des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme. Indicateur 10, proportion de personnes confiantes en leur capacité d'adopter un comportement spécifique concernant le paludisme, mesure l'autonomie.
- La dernière partie de l'efficacité, les obstacles, fait référence à la perception des facteurs qui peuvent empêcher une personne d'adopter un comportement. La recherche a montré que des individus peuvent avoir des connaissances, des compétences, des croyances positives, des attitudes et des intentions à l'égard d'un comportement spécifique, bien qu'ils évitent encore de s'engager dans le comportement recommandé. Un déclencheur pour motiver l'action.

Tout rassembler

Les évaluateurs peuvent s'attendre à des réactions comportementales souhaitables lorsque les personnes ont une forte perception du risque/ de la menace associée à de fortes croyances d'autonomie à l'égard de la réponse recommandée (Figure 1, encadré en haut à gauche). Lorsque les personnes éprouvent une crainte importante, mais qu'elles croient un peu qu'elles peuvent agir ou que leurs actions seront efficaces, elles seront plus susceptibles de nier l'importance du problème, d'agir de façon défensive ou de l'éviter (encadré en haut à droite). Si la menace n'est pas perçue comme grave mais qu'il existe des mesures faciles et efficaces, les individus peuvent être légèrement motivés à agir (encadré en bas à gauche). Si la menace n'est pas grave et qu'il n'y a pas de mesures réalisables ou efficaces que les individus peuvent prendre, ils ne feront probablement rien pour régler le problème.

Par exemple, des personnes peuvent penser que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide est facile, mais elles ont un peu peur du risque d'infection par le paludisme pendant la saison sèche (encadré en bas à gauche). Les activités de CCSC peuvent être conçues pour améliorer la perception selon laquelle les membres de la communauté restent vulnérables au paludisme pendant la saison sèche et que ses conséquences peuvent encore être graves (encadré en haut à gauche). À l'aide des indicateurs fournis, les évaluateurs peuvent déterminer dans quelle mesure ces programmes ont influencé les perceptions du risque et de l'efficacité, et si ces concepts étaient des déterminants de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide tout au long de l'année.

¹² Ghose, Tia. "Just a Theory: 7 Misused Science Words," Scientific American, April 2013. <https://www.scientificamerican.com/article/just-a-theory-7-misused-science-words/>

¹³ VectorWorks 2015.

¹⁴ Health Communication Capacity Collaborative 2014.

¹⁵ Boulay et al. 2014.

¹⁶ Rimal and Real 2008.

Figure 1. Modèle étendu des processus parallèles

	Grande efficacité (capable de répondre efficacement)	Faible efficacité (incapable de répondre efficacement)
Menace importante (vulnérable à de sérieux dégâts)	Très motivé à prendre des mesures de protection	Déni, sur la défensive, évitement
Menace faible (pas vulnérable, menace insignifiante)	Faible motivation, peut-être quelques mesures de protection	Pas de réponse

L'EFFICACITÉ DÉTERMINE LA RÉACTION

Théorie de l'apprentissage social

La Théorie de l'apprentissage social, aussi connue sous le nom de Théorie cognitive sociale, souligne l'importance des modèles et de l'autonomie. Selon cette théorie, les personnes apprennent par :

1. L'observation de ce que réalisent les autres
2. L'observation de ce qui arrive à ces personnes en raison de leurs choix comportementaux
3. L'évaluation de la pertinence et de l'importance de ces conséquences pour leur propre vie
4. La tentative de reproduire l'action elles-mêmes

L'autonomie est une partie importante de cette théorie. Selon Bandura, « l'autonomie perçue affecte chaque stade du changement personnel. Elle détermine si les personnes envisagent même de changer de comportement, si elles peuvent mobiliser la motivation... et à quel point elles ont bien conservé les changements ».17 Le modèle de rôle doit donc être orienté vers le renforcement des compétences des personnes et de leur conviction de pouvoir les exercer.

La première étape, l'observation de ce que font les autres, se reflète dans l'indicateur 11, proportion de personnes convaincues que la majorité de leurs amis et des membres de leur communauté applique actuellement le comportement. Même s'il n'y a pas encore eu de véritable changement de comportement, la CCSC peut influencer la perception du public que ce changement est en train de se produire ou s'est produit, créant le cadre général favorable nécessaire pour influencer le changement en cours. Cet indicateur mesure la capacité des stratégies de CCSC de persuader le public visé que leurs amis, leur famille et d'autres membres de la communauté adoptent le comportement recommandé et que l'adhésion à ce comportement augmente, diminue ou reste la même.

La deuxième étape, l'observation de ce qui arrive à ces personnes en raison de leurs choix comportementaux, est la base des indicateurs 7 et 8 : Proportion de personnes qui pensent que les conséquences du paludisme sont graves et proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque, respectivement. Les individus évaluent l'impact de ces comportements sur les autres, qu'ils soient récompensés ou punis socialement, matériellement ou physiquement, en réfléchissant à la pertinence et à l'importance de ces conséquences dans leur propre vie (étape 3). L'indicateur 6, la proportion de personnes pensant qu'elles sont à risque de paludisme, est une indication de l'étape 3.

L'indicateur 9, la proportion de personnes qui ont confiance en leur capacité à exécuter un comportement spécifique concernant le paludisme, peut être utilisé pour suivre les changements en

matière d'autonomie résultant de l'exposition à une campagne et pour déterminer dans quelle mesure l'autonomie a contribué au changement de comportement souhaité.

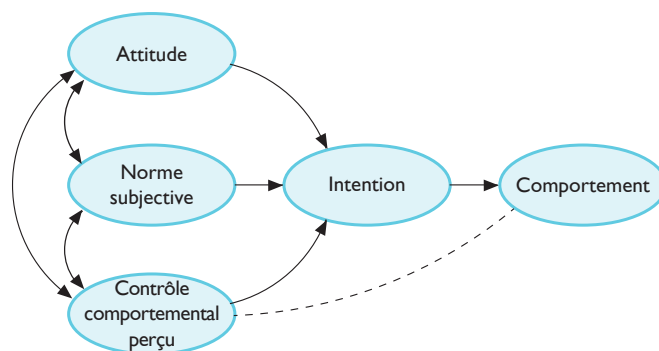
Tout rassembler

Les campagnes dans les médias basées sur la théorie de l'apprentissage social font appel à des chiffres fiables (des chiffres comme les publics visés) afin de modéliser les questions de santé et développer des compétences personnelles. Ceci est particulièrement évident dans les séries théâtrales qui existent de longue date avec des messages de planning familial ou dans un film de fiction traitant du paludisme pendant la grossesse. La théorie de l'apprentissage social a également été utilisée dans le cadre d'interventions individuelles ou en petits groupes où les participants ont la possibilité d'observer leurs pairs et où un soutien à la pratique du comportement, comme l'utilisation du préservatif ou la communication entre partenaires, est fourni.

Théorie du comportement planifié

Selon la Théorie du comportement planifié, les personnes fondent leurs intentions sur trois choses : si elles pensent que le comportement est mauvais ou bon, ce qu'elles pensent qu'on attend d'eux, et la mesure dans laquelle elles peuvent appliquer le comportement. Cette section est tirée des introductions aux recherches sur la CCSC sur la Théorie du comportement planifié.¹⁸

Figure 2. Théorie du comportement planifié



- **Attitude**—Croit que le comportement est bon ou mauvais selon que ses retombées sont positives ou négatives. Ce concept se reflète dans l'indicateur 10, proportion de personnes ayant une attitude favorable envers le produit, la pratique ou le service, et l'indicateur 8, proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque.
- **Normes subjectives**—Perception de la pression sociale et des croyances par rapport à ce que leurs pairs attendent d'elles et si elles seront soutenues ou ridiculisées. Ce concept se reflète dans l'indicateur 11, proportion de personnes convaincues que la majorité de leurs amis et des membres de leur communauté appliquent actuellement le comportement.
- **Contrôle comportemental perçu**—La croyance qu'elles ont les connaissances, les outils et la capacité nécessaires pour réaliser les comportements se reflète à l'indicateur 9, proportion de personnes qui ont confiance en leur capacité à exécuter un comportement spécifique concernant le paludisme.
- **Intention**—Selon cette théorie, plus forte est l'intention d'une personne de pratiquer un comportement sain, plus il est probable qu'elle le fera. **Cependant**, il est important de se rappeler que de nombreux facteurs et obstacles extérieurs peuvent empêcher une personne d'adopter un comportement, même si elle a l'intention de le faire. L'intention est plus forte lorsque les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu favorisent le comportement.

¹⁷ Bryant and Zillman, 2008.

¹⁸ Health Communication Capacity Collaborative 2014.

Tout rassembler

Une campagne menée en Tanzanie a cherché à faire mieux comprendre que **les moustiquaires imprégnées d'insecticide** constituent l'approche socialement acceptée pour éviter le paludisme, à renforcer la confiance des gens dans leur capacité d'utiliser les moustiquaires imprégnées d'insecticide tous les soirs et à améliorer l'attitude fataliste selon laquelle le paludisme est une présence inévitable et constante dans la vie des personnes.

L'évaluation initiale du programme a démontré que l'exposition aux activités améliorait l'autonomie nécessaire pour prendre des mesures de prévention du paludisme. Près de 77 % des personnes exposées au programme ont placé tous leurs enfants sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide la nuit précédente, contre 34,6 % des enfants non exposés au programme. L'exposition à la campagne a considérablement accru la perception que les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont efficaces pour enrayer le paludisme et la conviction que les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont utiles et faciles à utiliser.

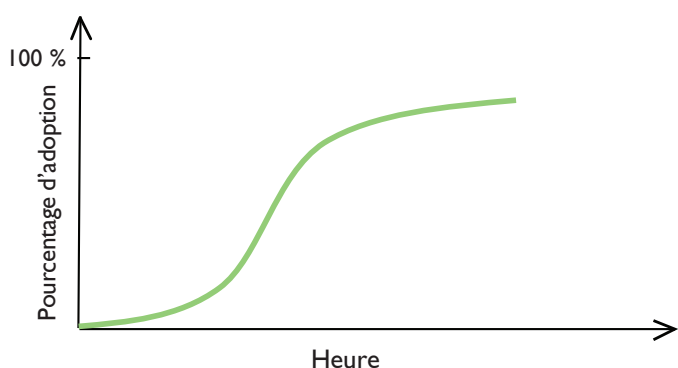
Les normes sociales et la croyance en la capacité d'utiliser efficacement des moustiquaires imprégnées d'insecticide étaient également associées de manière significative au fait de posséder des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Ainsi, les personnes exposées aux activités de la campagne ont changé d'attitude et étaient plus susceptibles d'agir en fonction de leur intention de posséder et d'utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Diffusion des innovations

Cette théorie décrit plusieurs facteurs qui influencent la rapidité avec laquelle une idée ou un comportement est adopté. La diffusion dépend des caractéristiques de l'innovation, des canaux de communication, de la période et du système social. Cette section a été adaptée des introductions aux recherches sur la CCSC sur la diffusion des innovations.¹⁹

La figure 3 représente la courbe de diffusion en S. Elle montre comment les gens font d'abord preuve de lenteur dans l'adoption de nouveaux comportements, mais à mesure qu'ils sont mieux connus et acceptés, un plus grand nombre de personnes commencent rapidement à les mettre en pratique. Éventuellement, le comportement devient banal avec moins de nouvelles personnes qui l'adoptent.

Figure 3. Courbe de diffusion en S



Certaines innovations, comme les téléphones mobiles, deviennent rapidement populaires, tandis que d'autres nécessitent plus d'explications et de pratique avant d'être adoptées. Une communication efficace peut aider une innovation à gagner en popularité, ce qui rend la courbe plus abrupte. De même, les caractéristiques d'une innovation ou d'un comportement en matière de santé influenceront la rapidité de son adoption. Le tableau 1 décrit les principales caractéristiques d'une innovation ainsi que leur signification pour la mise en œuvre du programme. Plus les personnes se familiarisent avec une innovation, plus elles sont susceptibles de l'adopter.

Tableau 1. Caractéristiques des innovations et des interventions de communication connexes

Caractéristique	Question	Explication
Complexité	Simple à quel point ?	Il est possible de répondre à ces questions lors de publicité sociale et lors des discussions communautaires/radiodiffusées.
Compatibilité	Cela fonctionne-t-il pour moi ?	
Observabilité	Puis-je le voir ?	Même si une personne n'a jamais vu quelque chose, le fait d'entendre un ami ou un leader communautaire en parler de façon positive pourrait l'encourager à l'utiliser.
Possibilité d'essayer	Puis-je l'essayer ?	Une personne peut ne jamais être capable d'essayer quelque chose, mais voir quelqu'un d'autre vivre l'expérience à la télévision ou dans une pièce de théâtre communautaire pourrait avoir un effet similaire.

Tout rassembler

Les agents d'implémentation peuvent suivre l'évolution de leurs interventions en créant des graphiques comme la courbe en S à mesure que les données sur la portée du programme sont évaluées. Idéalement, les agents d'implémentation des programmes cherchent à rendre le diagramme plus étroit et plus haut afin d'atteindre un plus grand nombre de personnes, rapidement. Les approches de diffusion des innovations fonctionnent mieux si elles sont appliquées à des problèmes qui peuvent être influencés par des membres connus de la société ou répandus via les méthodes traditionnelles de communication. L'indicateur 13, proportion de personnes qui ont encouragé des amis ou des parents à adopter la pratique spécifique, peut aider à identifier les leaders d'opinion qui ont peut-être influencé le comportement des personnes en ce qui concerne les interventions contre le paludisme.

Le modèle des croyances relatives à la santé

Ce modèle illustre l'importance des croyances sur les risques, les avantages, les obstacles et l'autonomie dans le changement de comportement. Selon ce modèle, si les individus se considèrent comme vulnérables au paludisme, qu'ils croient que le paludisme aurait des conséquences potentiellement graves, qu'ils croient que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, d'un traitement IPTp, d'un test de dépistage et d'un traitement seraient bénéfiques pour réduire leur sensibilité au paludisme ou en atténuer la gravité et qu'ils croient que les avantages du comportement l'emportent sur les obstacles, ils sont susceptibles d'agir pour réduire leurs risques. Le modèle soutient également qu'une incitation à l'action est nécessaire pour déclencher une action préventive. Le modèle diffère des autres en ce qu'il n'énonce pas explicitement le rôle de l'émotion (comme la peur, comme dans le MEPP).

Tout rassembler

Les descriptions de ces concepts et leurs relations avec les indicateurs sont décrites ci-dessus. Par exemple, une incitation à l'action serait : « si votre enfant a de la fièvre, rendez-vous dans un centre de santé immédiatement ». Les agents d'implémentation qui utilisent le modèle des croyances relatives à la santé doivent évaluer la relation entre ces concepts et le comportement souhaité, ainsi que le rôle du rappel de l'incitation à l'action spécifique donnée lors de la campagne.

¹⁹ Health Communication Capacity Collaborative 2014.

Le modèle d'idéation

L'idéation est un modèle pour comprendre la manière dont de nouveaux courants de pensée ou comportements sont diffusés parmi les individus et les groupes grâce à la communication et l'interaction sociale. Le modèle est transversal et intègre bon nombre des concepts que l'on retrouve dans les modèles susmentionnés.

L'idéation doit être utilisée lorsque les planificateurs veulent identifier les facteurs psychologiques qui prédisent un comportement ou qu'ils tentent d'attribuer causalement un changement de comportement aux activités de CCSC. En créant un indice idéationnel combiné, les chercheurs peuvent montrer que les individus qui ont plus de « facteurs idéationnels » sont plus susceptibles d'adopter un comportement donné. La probabilité qu'une personne adopte et conserve un nouveau comportement est beaucoup plus élevée lorsqu'elle :

- A acquis suffisamment de connaissances en la matière
- A développé une attitude positive à son égard
- Pense que les autres l'appuient et le pratiquent
- En a parlé à d'autres
- Se sent bien dans sa démarche
- Il est également possible d'identifier parmi ces facteurs, ceux qui sont les plus puissants indicateurs du comportement, en donnant des indications à propos de ce que les stratégies de CCSC doivent mettre en avant.

Le modèle comprend trois grandes catégories de « facteurs idéationnels » : cognitif, émotionnel et social. Les facteurs cognitifs traitent des croyances, des valeurs et des attitudes (comme les perceptions du risque) d'un individu, ainsi que de la façon dont un individu perçoit ce que les autres pensent qu'il devrait faire (normes subjectives), ce que l'individu pense que les autres font réellement (normes sociales) et ce que l'individu pense de lui-même (image de soi). Les facteurs émotionnels comprennent la façon dont une personne se sent par rapport au nouveau comportement (positif ou négatif) ainsi que la confiance en soi qu'elle ressent à l'égard du comportement (autonomie). Les facteurs sociaux comprennent des interactions interpersonnelles (comme le soutien ou la pression d'amis) qui persuadent quelqu'un de se comporter d'une certaine façon, ainsi que l'effet sur le comportement d'une personne d'essayer de persuader les autres d'adopter le comportement aussi (plaidoyer personnel). La figure 5 suggère que la communication peut affecter tous les « facteurs idéationnels » en même temps.²⁰

²⁰ Health Communication Capacity Collaborative 2015.

Figure 4. Le modèle des croyances relatives à la santé²¹

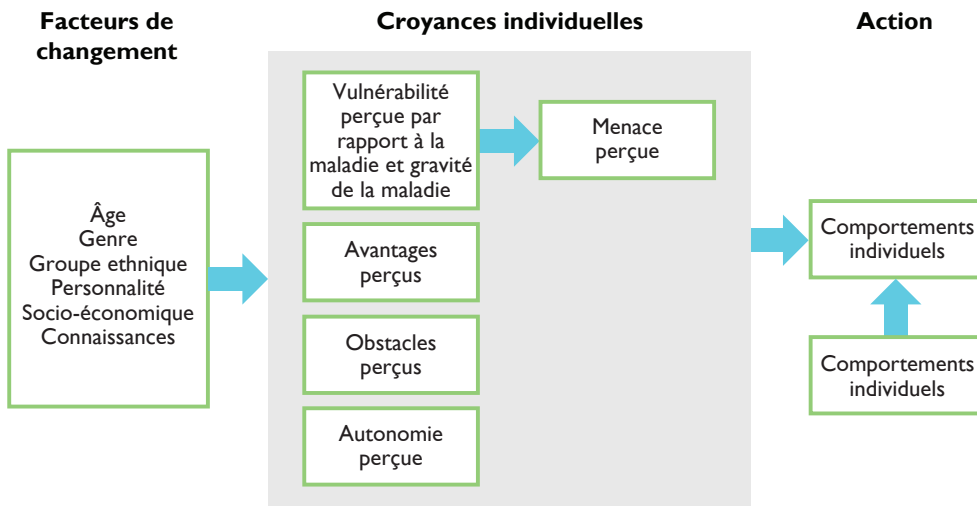
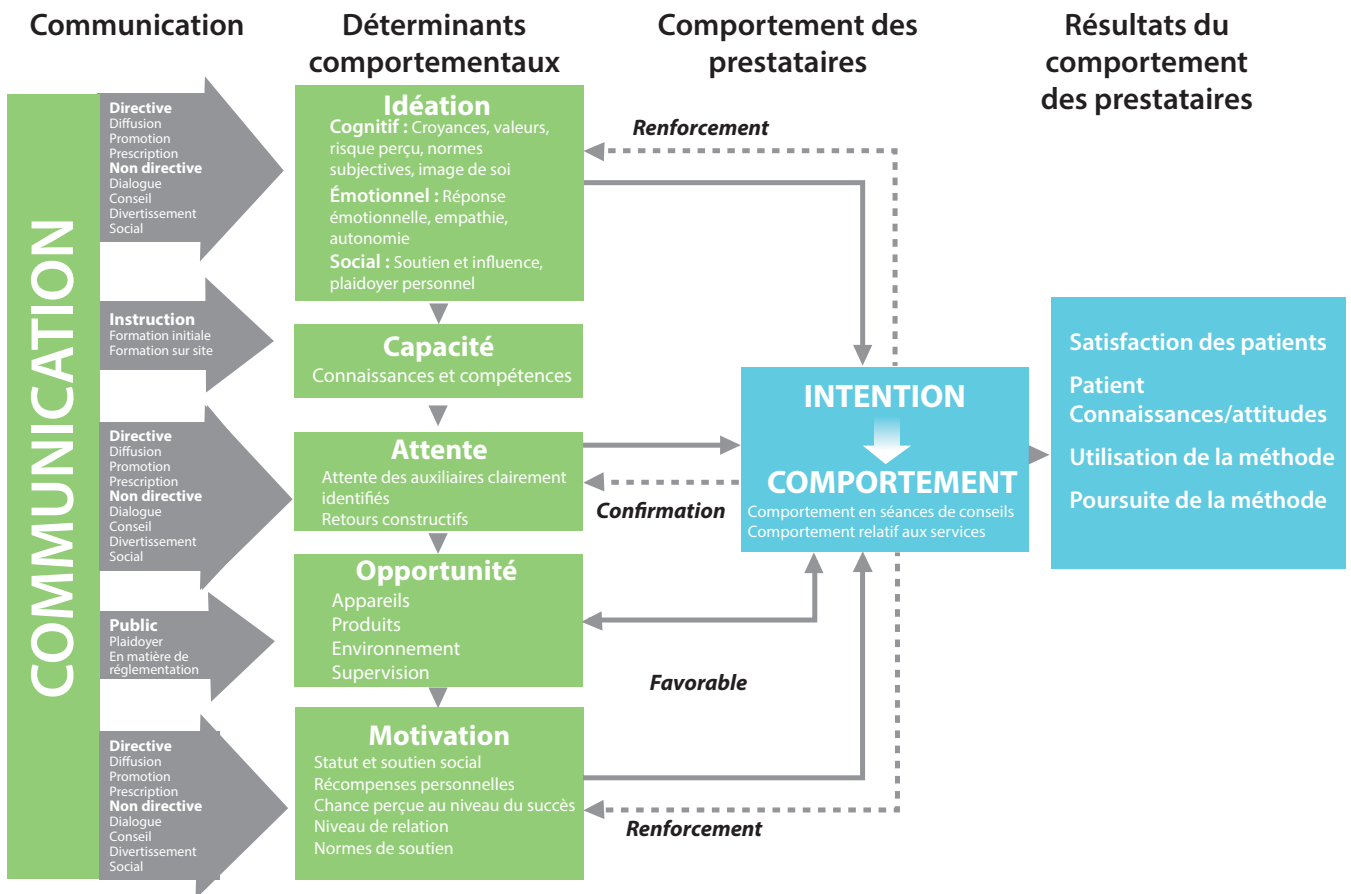


Figure 5. Le modèle d'idéation



²¹ Glanz et al. 2008.

Annexe 2 : Liste de vérification pour le reportage des évaluations de la CCSC concernant le paludisme

La liste de vérification demande aux rédacteurs de décrire l'intervention de CCSC, d'exposer un argumentaire pour la stratégie, le choix des résultats de la CCSC ainsi que les méthodes de comparaison et de discuter des effets, du mécanisme occasionnel et de la généralisabilité des résultats. Elle vise à améliorer la transparence, à améliorer l'efficacité du processus de publication et à identifier les approches de CCSC qui obtiennent les meilleurs résultats dans différents contextes.

✓	DOMAINE 1 : CONCEPTION DE L'INTERVENTION Conception de l'intervention et description de l'intervention
	1. Quels problèmes comportementaux l'intervention de la CCC est-elle censée résoudre ?
	2. Quelles conclusions de la recherche formative ont éclairé l'intervention ?
	3. Quelles ont été les théories utilisées pour élaborer l'intervention ou l'analyse ? *
	4. Les publics visés sont-ils décrits d'une manière qui aide les lecteurs à comprendre le contexte comportemental ?
	5. Les messages, les documents et les activités sont-ils décrits en fonction de la théorie du programme et du public visé ? (Information souhaitable : Un lien vers les documents, les ressources et la recherche liés au programme)
	6. Les messages et les documents ont-ils été testés auprès des publics visés avant la diffusion ? De quelle manière ? **
	7. La durée, la fréquence et la quantité des activités de CCC ont-elles été décrites ? * Quelles étaient les qualifications des personnes qui ont fourni l'intervention ? *Existait-il un mécanisme de surveillance pour vérifier la portée ou la diffusion du contenu ?
	8. Dans quelle mesure l'exposition à l'intervention a-t-elle varié ? La portée des médias et des partenaires communautaires variait-elle considérablement ? *
	9. Si possible : Les coûts ont-ils été décrits ? **Des structures ou des ressources existantes ont-elles été utilisées par l'intervention ?
	DOMAINE 2 : CONCEPTION DE L'ÉTUDE Sélection des retombées et méthode de comparaison
	10. Comment les unités ont-elles été assignées à un groupe d'étude ? Si les unités n'étaient pas randomisées, quelles ont été les mesures prises pour minimiser le risque de préjugé de sélection ? *
	11. Si des données de base sont disponibles : Existe-t-il une comparaison des caractéristiques de base des caractéristiques sociodémographiques et des retombées pour chaque groupe d'étude ? Quelles ont été les méthodes statistiques utilisées pour contrôler les différences par rapport à la base de référence ? *
	12. S'il existait un groupe témoin, existe-t-il une description du groupe ? Quels messages, documents et activités ce groupe a-t-il reçus ? Quels efforts ont été déployés pour prévenir la contamination ? *
	13. Les auteurs ont-ils utilisé les indicateurs de résultats recommandés dans le guide des indicateurs sur la CCS concernant le paludisme du RBM (exposition à l'intervention de la CCC, changements des comportements liés au paludisme, résultats intermédiaires tels que les connaissances, les normes, les attitudes, le risque et l'efficacité) ? Quels étaient les effets et les intervalles de confiance ?
	14. Les résultats sélectionnés étaient-ils théoriquement plausibles compte tenu de la conception de l'intervention ? **
	15. Combien de temps après l'intervention de CCC les données ont-elles été recueillies ?
	DOMAINE 3 : DISCUSSION Interprétation des résultats, compte tenu des forces, des limites ou des faiblesses de l'étude
	16. Les critères multiples d'attribution causale sont-ils évalués ?
	17. Y a-t-il une discussion sur le mécanisme ou la voie causale ? *
	18. Dans quelle mesure les résultats concordent-ils avec les recherches antérieures ?
	19. A-t-on donné d'autres explications ? *Cela peut comprendre des questions comme l'accès, la présence d'autres programmes dans l'environnement de l'intervention, les variables psychosociales ou les événements contextuels.
	20. Quels facteurs ont facilité ou entravé la mise en œuvre de l'intervention ? *
	21. Y a-t-il une discussion à propos de la mesure dans laquelle les résultats de l'étude peuvent être généralisés ? * Y a-t-il eu une discussion sur la rentabilité, l'évolutivité et/ou la durabilité ? **
	22. Quelles sont les implications pour une recherche, des campagnes de CCC et des politiques futures ?

* Adapté de TREND ** Adapté des commentaires sur TREND

Annexe 3 : Questions du sondage et méthodes de mesure

Conception de l'enquête

Taille de l'échantillon

Dans le cas des petites enquêtes, les agents d'implémentation doivent s'assurer que la taille de l'échantillon est suffisante pour permettre une analyse des données ventilées pour certaines populations visées, comme les femmes enceintes, si la sous-population est ciblée. Une taille d'échantillon suffisamment importante est nécessaire pour pouvoir tirer des interprétations significatives des données et, à cette fin, l'intégration de ces questions dans les enquêtes existantes devrait être discutée dès les premières étapes de la planification afin que des ressources adéquates soient allouées à cette activité.

Adaptation/Personnalisation des questions

Publics visés

En général, ces indicateurs représentent la mesure des individus et non des foyers. Même si les questions sont posées dans le cadre du questionnaire auprès des foyers, les réponses ne représentent que l'individu qui les fournit, et non les autres membres du foyer. Si le public visé est un sous-segment de la population générale, comme les femmes enceintes ou les enfants de moins de cinq ans, les questions de l'enquête doivent être posées à cette sous-population particulière, par exemple : « L'enfant de moins de cinq ans a-t-il dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit dernière ? ».

Si le groupe cible visé est celui des prestataires de soins, les données devront être collectées par le biais d'une enquête auprès des structures sanitaires plutôt que d'une enquête auprès des foyers. Les questions de cette annexe n'ont été testées qu'avec les foyers, et non avec les prestataires de soins de santé. Des informations supplémentaires sur l'environnement de travail et les normes professionnelles peuvent être nécessaires pour mieux comprendre les motivations des prestataires.

Les outils de collecte de données doivent être conçus ou modifiés afin de s'assurer que les bons motifs d'instruction « passez » sont en place afin que les personnes ne se voient pas poser des questions qui ne s'appliquent pas à elles.

« Je » par rapport à « vous »

Les agents d'implémentation doivent décider à l'avance, en fonction du contexte, si les recenseurs (personnel de la collecte des données) utilisent le « je » ou le « vous » pour formuler les questions. Le questionnaire doit être adapté en conséquence.

Contexte local

Les outils de collecte de données doivent être adaptés de manière générale au contexte national. Il est donc nécessaire d'adapter les noms du paludisme et d'autres médicaments, des structures de santé et des activités de CCSC.

Préjugés de désirabilité sociale

Le préjugé de désirabilité sociale peut constituer une limite à la collecte de données si les personnes interrogées croient que les recenseurs souhaitent entendre certaines réponses. Afin de réduire ou d'éliminer le préjugé potentiel de désirabilité sociale, le questionnaire pourrait inclure certaines questions destinées à évaluer la désirabilité sociale. L'échelle de désirabilité sociale de Crowne et Marlow²² ou des versions plus courtes de l'échelle, comme celle décrite par Reynolds,²³ sont utiles pour évaluer si les personnes interrogées répondent de façon véridique ou si elles se présentent mal afin de gérer les perceptions que le recenseur a à leur rencontre.

L'échelle de désirabilité sociale peut être adaptée à des contextes nationaux spécifiques. Les analystes de données peuvent comparer la note de désirabilité sociale et une variable clé d'intérêt, telle que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ou le comportement correct de recherche de soins de santé. Les analystes peuvent ainsi contrôler la forte désirabilité sociale dans les analyses multivariées.

Analyse, utilisation et interprétation des données

Création de groupes de contrôle

Les évaluations doivent classer les personnes comme exposées ou non exposées aux interventions de CCSC. Ces groupes doivent ensuite être comparés, en tenant compte des facteurs de confusion potentiels. Des informations plus détaillées quant aux méthodes analytiques telles que l'appariement des coefficients de propension, afin de créer des groupes de contrôle statistiquement appariés, et l'analyse de la médiation, qui permet aux chercheurs de tester dans quelle mesure des changements spécifiques en matière de connaissances et d'attitudes peuvent être cartographiés et liés au changement de comportement, sont disponibles dans le [Guide de développement des plans M&E pour les activités de CCC contre le paludisme](#).²⁴

Échelles de Likert

Les questions de type échelle de Likert sont généralement notées de telle sorte que « fortement en désaccord » est codé en tant que -2 et « fortement d'accord » est codé en tant que +2. Les questions qui nécessitent une inversion (INV) doivent être codées en sens inverse. Dans ces cas, « fortement en désaccord » est codé en tant que +2, « en désaccord » est codé en tant que +1, « accepté » est codé en tant que -1, et « entièrement d'accord » est codé en tant que -2. Les résultats moyens pour chaque échelle sont ensuite générés pour chaque personne interrogée.

²² Crowne 1960.

²³ Reynolds 1982.

²⁴ RBM 2014.

L'option « Ne sait pas/Incertain » n'est pas proposée, mais si la personne interrogée n'est pas d'accord avec une des réponses, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent toutefois être formés à ne pas parler de cette option et ne la sélectionner que si la personne interrogée ne veut pas répondre.

Les analystes de données peuvent également indiquer le pourcentage de personnes qui sont d'accord avec l'énoncé en regroupant les catégories « entièrement d'accord » et « en accord » en une seule mesure.

Analyse des réponses « Ne sait pas ».

L'option « ne sait pas » n'est pas présentée aux personnes interrogées, les recenseurs peuvent l'utiliser dans les rares cas où une personne interrogée ne peut pas classer sa réponse dans l'une des autres catégories. Pour l'analyse, l'option « Ne sait pas » peut être recodée comme manquante lorsque les questions sont analysées individuellement ou codées en tant que 0 (ou la valeur au milieu de la fourchette) lorsqu'un résultat est élaboré de sorte que le nombre de valeurs reste le même. Sinon, les réponses « Ne sait pas » peuvent être abandonnées avant d'élaborer un résultat.

Interprétation

Les analystes de données doivent s'assurer qu'ils tirent des conclusions valides des données. Ces conclusions dépendent de la méthode d'échantillonnage et de l'approche analytique adoptée. Les préjugés peuvent jouer un rôle dans les résultats obtenus. Tous les efforts devraient être déployés pour contrôler les préjugés et les facteurs de confusion.

Croiser les sources de données

Comme indiqué ci-dessus, ces indicateurs doivent être interprétés en tenant compte d'autres informations. Seuls, les indicateurs peuvent ne pas toujours être en mesure de fournir des réponses aux questions « pourquoi ? » et « et que se passe-t-il ensuite ? ». En croisant les données de ces indicateurs avec d'autres sources, les chercheurs sont en mesure de fournir un contexte sur des questions telles que l'accès aux produits et aux services ou des informations sur la formation du personnel dans les structures sanitaires. Cette information permet de fournir une description et des explications détaillées des résultats observés.

Ventilation

La taille globale de l'échantillon influencera également les conclusions qui peuvent être tirées des données. Si les gestionnaires de programme ventilent les données par trop de catégories, le nombre d'observations dans chaque catégorie peut être trop faible et les intervalles de confiance correspondants seront trop vastes.

Présentation des résultats

Pour les questions qui n'utilisent pas d'échelle de Likert, les données peuvent être analysées et présentées dans des tableaux semblables à ceux des rapports de l'EDS ou de la MIS. Le tableau 1 ci-dessous en donne un exemple.

On peut aussi, pour chaque question de l'outil de collecte de données, utiliser un simple graphique à barres pour représenter le résultat de chaque question.

Une troisième solution consiste à effectuer une analyse factorielle complète et à construire les concepts de diverses conceptions, comme l'autonomie ou la vulnérabilité, décrits dans le présent document. Voir l'annexe 3 pour plus de détails.

Tableau 1 : Exemple de tableau pour l'analyse et la présentation des données

Caractéristique du contexte	Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu un message concernant le paludisme au cours des 6 derniers mois			
	Femmes		Hommes	
	Rappel des messages sur le paludisme	Nombre	Rappel des messages sur le paludisme	Nombre
Âge				
15-24				
15-19				
20-24				
25-29				
30-39				
40-49				
Résidence				
Urbaine				
Rurale				
Endémie du paludisme				
Épidémie dans les régions montagneuses				
Épidémie dans la région des lacs				
Saisonniers semi-aride				
District				
A				
B				
C				
Éducation				
Absence d'éducation				
Éducation primaire				
Primaire complet				
Secondaire				
Plus que le secondaire				
Autres caractéristiques pertinentes				

Rappel

1. Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu un message concernant le paludisme au cours des six derniers mois

- Indicateur supplémentaire 1.1 : Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu des messages spécifiques concernant le paludisme (rapporté pour chaque message spécifique)
- Indicateur supplémentaire 1.2 : Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu un message par le canal de communication « X » (rapporté pour chaque canal de communication spécifique)

Les questions nécessaires au calcul de ces indicateurs font désormais partie du module standard du questionnaire auprès des foyers de la MIS. Ces données pourraient également être recueillies dans le cadre d'enquêtes infranationales de moindre envergure, en particulier dans les domaines où les activités de CCSC étaient ciblées.

Le numérateur est obtenu en demandant à la personne interrogée²⁵ si elle a vu ou entendu des messages sur le paludisme au cours des six derniers mois. Si l'enquête est menée plus de six mois après la campagne de CCSC, le calendrier peut être adapté en conséquence. Les agents d'implémentation doivent toutefois noter qu'un délai plus long entre la campagne de CCSC et l'enquête introduira probablement plus de préjugés liés au rappel dans la mesure. Si la campagne de CCSC s'est déroulée dans un délai inférieur à six mois, la question de l'enquête peut être modifiée en conséquence.

Les numérateurs des indicateurs supplémentaires sont obtenus en posant des questions de suivi aux personnes interrogées qui ont répondu par l'affirmative qu'ils avaient vu ou entendu un message concernant le paludisme au cours de la période spécifiée. La première question de suivi demande quels messages précis la personne interrogée a vus ou entendus et la deuxième question demande où le message a été vu ou entendu. Pour réduire ou éliminer le préjugé potentiel lié à la réponse, le recenseur de l'enquête doit éviter de demander : « Avez-vous entendu/ vu le message X ? » (Oui/Non).

Sinon, selon le contenu de la campagne de communication, l'enquête peut demander à la personne interrogée de remplir une phrase accrocheuse ou un jingle associé à la campagne. Cette méthode fonctionne bien pour la radio, la télévision voire les événements communautaires. Pour les campagnes plus visuelles utilisant des panneaux d'affichage, des affiches ou d'autres documents imprimés, le recenseur peut demander aux personnes interrogées d'identifier un logo ou une image familiers associés à une campagne. L'enquête peut comprendre des questions portant sur autant de messages spécifiques que nécessaire. Idéalement, les réponses ne seront pas suggérées, mais le recenseur peut poser la question suivante : « Y a-t-il autre chose ? » pour s'assurer que la personne interrogée a bien étudié la question.

Le dénominateur pour tous les indicateurs est le nombre total de personnes interrogées ayant répondu à l'enquête. Un autre dénominateur pour les indicateurs supplémentaires peut être le « nombre de personnes interrogées qui se souviennent d'avoir entendu ou vu un message concernant le paludisme », si les chercheurs veulent savoir quel message ou canal a le plus de résonance auprès de la population visée qui se souvient d'avoir entendu ou vu un message.

D'autres questions peuvent être ajoutées à l'outil de mesure pour fournir plus de détails et d'informations contextuelles, par exemple :

- Accès à la radio/télévision et fréquence d'utilisation—L'accès à la radio et à la télévision est inclus dans la MIS et l'EDS, mais seul le Questionnaire pour les femmes de l'EDS comprend des questions au sujet de la fréquence d'utilisation de la radio et de la télévision. Les questions relatives à l'accès aux téléphones mobiles et à leur utilisation doivent également être prises en compte.
- La question qui porte sur la compréhension d'un message ou d'un jingle spécifique, par exemple si le message concerne l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la recherche d'un traitement rapide contre la fièvre ou la détection des signes de danger du paludisme doit être posée de manière ouverte et spontanée.

L'enquête peut également inclure un canal de communication qui n'est pas utilisé dans les activités de CCSC pour évaluer l'ampleur du préjugé de désirabilité sociale inhérent aux réponses. Le préjugé de désirabilité sociale se produit lorsque la personne interrogée tente de donner une réponse socialement correcte plutôt qu'une véritable réponse ou lorsqu'elle estime que cette réponse plaira à l'enquêteur. Cette vérification est particulièrement utile dans un environnement où les canaux de communication sont relativement peu nombreux.

Remarque : Ces questions sont fournies à titre de référence seulement. Dans la mesure du possible, en ce qui concerne les messages et slogans clés récents ou en cours, les questions et les options de réponse doivent être adaptées au contexte du pays.

²⁵ Dans le présent document, le terme « personnes interrogées » désigne les personnes sélectionnées pour participer à l'enquête. Les personnes interrogées seront sélectionnées en fonction de la méthodologie d'échantillonnage de l'enquête et devront être représentatives de la population visée par le programme de lutte contre le paludisme. Par « population visée », on entend l'ensemble des entités (individus ou groupes sociaux) auxquelles l'intervention était destinée, ou la population d'intérêt.

N° de question	Question	Réponses	Code
101	Au cours des six derniers mois, avez-vous vu ou entendu des messages concernant le paludisme ?	OUI NON	1 2
102	Où avez-vous entendu ou vu les messages ou les informations ? Ailleurs ?	CLINIQUE/HÔPITAL PUBLIC AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AMIS/MEMBRES DE LA FAMILLE LIEU DE TRAVAIL TROUPES DE THÉÂTRE PAIRS-ÉDUCATEURS AFFICHE/PANNEAUX D’AFFICHAGE TÉLÉVISION RADIO JOURNAL ÉCOLE AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 88 99
103	Quels messages concernant le paludisme avez-vous entendus ou vus ? Y a-t-il autre chose ?	LE PALUDISME EST DANGEREUX LE PALUDISME PEUT TUER LES MOUSTIQUES PROPAGENT LE PALUDISME DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D’INSECTICIDE EST IMPORTANT QUI DOIT DORMIR EN DESSOUS D’UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D’INSECTICIDE RECHERCHER UN TRAITEMENT CONTRE LA FIÈVRE RECHERCHER UN TRAITEMENT CONTRE LA FIÈVRE RAPIDEMENT (DANS LES 24 HEURES) IMPORTANCE DE LA PULVÉRISATION D’INSECTICIDES DANS LA MAISON NE PAS CRÉPIR LES MURS APRÈS LA PULVÉRISATION D’INSECTICIDES ACTIVITÉS D’ASSAINISSEMENT ENVIRONNEMENTAL TOUTES LES FIÈVRES NE SIGNIFIENT PAS PALUDISME UTILISER UN TEST DE DÉPISTAGE AVANT DE PRENDRE UN TRAITEMENT ANTIPALUDIQUE NE TRAITER LE PALUDISME QUE DANS LES CAS CONFIRMÉS SUR LA BASE DES RÉSULTATS DE TESTS DE DÉPISTAGE AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 88 99
104	Pouvez-vous compléter la phrase suivante : « Se protéger sous la moustiquaire imprégnée d’insecticide chaque... ? » [Réponse de la personne interrogée : « ... jour chaque nuit »]	OUI NON NE SAIT PAS	1 2 99
105	Où avez-vous entendu ou vu cette phrase ?	RADIO TÉLÉVISION AFFICHE ÉVÉNEMENT COMMUNAUTAIRE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ AMI/VOISIN/MEMBRE DE LA FAMILLE AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 6 88 99
106	Reconnaissez-vous l’un de ces logos/l’une de ces photos ? [L’enquêteur montre trois images, y compris le logo qui a été utilisé lors de l’activité de CCSC ; les deux autres images sont des compositions]	OUI NON	1 2
107	Où avez-vous entendu ou vu cette image ?	RADIO TÉLÉVISION AFFICHE ÉVÉNEMENT COMMUNAUTAIRE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ AMI/VOISIN/MEMBRE DE LA FAMILLE ÉCOLE AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 6 7 88 99

Connaissances

2. Proportion de personnes désignant les moustiques comme la cause du paludisme

- Indicateur supplémentaire 2.1 : Proportion de personnes désignant uniquement les moustiques comme la cause du paludisme

3. Proportion de personnes qui savent que le principal symptôme du paludisme est la fièvre

- Indicateur supplémentaire 3.1 : Proportion de personnes interrogées qui connaissent les signes graves et les symptômes du paludisme sévère

4. Proportion de prestataires qui savent que la seule manière de diagnostiquer précisément le paludisme est d'avoir recours à un test de dépistage du paludisme (un TDR ou une microscopie)

5. Proportion de personnes qui connaissent le traitement contre le paludisme

6. Proportion de personnes qui connaissent les mesures préventives contre le paludisme

- Indicateur supplémentaire 6.1 : Proportion de personnes avec des idées fausses au sujet des pratiques de prévention efficaces contre le paludisme
- Indicateur supplémentaire 6.2 : Proportion de personnes qui sont conscientes que le traitement IPTp est un moyen de protéger une mère et son bébé du paludisme pendant la grossesse (sous-analyse de l'indicateur 5)
- Indicateur supplémentaire 6.3 : Proportion de prestataires qui connaissent les recommandations nationales en matière de dosage du traitement IPTp (calendrier et fréquence) (question de l'enquête non fournie)

Le numérateur de ces indicateurs est obtenu en posant aux personnes interrogées une série de questions à propos des causes, des signes/symptômes, du traitement et des mesures préventives du paludisme.

Pour l'indicateur 2, « cause du paludisme », la personne est interrogée sur les causes du paludisme et le recenseur inscrit les réponses mentionnées. Les options du questionnaire doivent inclure les moustiques ou les piqûres de moustiques. D'autres options doivent correspondre à des malentendus communs spécifiques au contexte à propos de la cause du paludisme. La personne interrogée est comptabilisée au numérateur si elle mentionne les moustiques ou les piqûres de moustiques comme étant la cause du paludisme. En ce qui concerne l'indicateur supplémentaire 2.1, une analyse récente a montré que dans certaines régions, les personnes interrogées qui pensent que seuls les moustiques provoquent le paludisme sont plus susceptibles de dormir sous les moustiquaires imprégnées d'insecticide. Pour l'indicateur supplémentaire 2.1, les personnes interrogées sont ajoutées au chiffre du numérateur si elles citent **uniquement** les moustiques comme cause du paludisme et ne citent pas de causes incorrectes du paludisme. Les agents d'implémentation peuvent mesurer l'indicateur supplémentaire 2.1 s'il est jugé utile pour le programme.

N° de question	Question	Réponses	Code
201	D'après vous, s'agit-il de la cause du paludisme ? Autre chose ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIQÛRES DE MOUSTIQUES	1
		MANGER DE LA CANNE À SUCRE PAS ENCORE MÛRE	2
		MANGER DES ALIMENTS FROIDS	3
		MANGER DE LA NOURRITURE SOUILLÉE	4
		BOIRE DE L'EAU SALE	5
		ÊTRE TREMPÉ PAR LA PLUIE	6
		TEMPS FROID OU CHANGEANT	7
		SORCELLERIE	8
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
NE SAIT PAS	99		

Pour l'indicateur 3, « symptômes du paludisme », la personne interrogée doit nommer les principaux signes ou symptômes du paludisme. Les réponses doivent être spontanées/non suggérées afin de minimiser les préjugés, mais l'enquêteur doit questionner les personnes interrogées afin de s'assurer qu'elles ont la possibilité de fournir des réponses multiples. Une question type serait : « Y a-t-il autre chose qui est un signe de paludisme ? » Pour être ajoutée au chiffre du numérateur, la personne interrogée doit identifier la fièvre parmi ses réponses.

Le numérateur de l'indicateur 3.1 sera obtenu en demandant à la personne interrogée de nommer les signes de danger du paludisme. Les personnes interrogées ne devraient être comptabilisées que si elles sont capables de nommer au moins une caractéristique clinique selon les directives de l'Organisation mondiale de la Santé : troubles de la conscience, prostration/extrême faiblesse, convulsions, détresse respiratoire, collapsus circulatoire/choc, lésion rénale aiguë, ictère clinique et saignement anormal. Les réponses doivent être spontanées/non suggérées afin de minimiser les préjugés, mais l'enquêteur doit questionner les personnes interrogées afin de s'assurer qu'elles ont la possibilité de fournir des réponses multiples.

N° de question	Question	Réponses	Code
301	Comment savoir si vous ou quelqu'un de votre foyer a contracté le paludisme ?	SYMPTÔMES EXAMEN DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ TEST SANGUIN (TDR OU MICROPLAQUETTE)	1 2 3
	INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	AUTRE NE SAIT PAS	88 99
302	Quels signes ou symptômes vous amèneraient à penser qu'une personne est atteinte de paludisme ?	FIÈVRE AVOIR UNE SENSATION DE FROID CÉPHALÉES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS	1 2 3 4
	Autre chose ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DIARRHÉE VERTIGES PERTE D'APPÉTIT DOULEUR CORPORELLE OU ARTICULAIRE YEUX VITREUX PAUMES DE LA MAIN AU GOÛT SALÉ AVOIR UNE SENSATION DE FAIBLESSE REFUSER DE S'ALIMENTER OU DE BOIRE AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	5 6 7 8 9 10 11 12 88 99
303	Quels sont les principaux signes de danger du paludisme ?	ÉPILEPSIE/CONVULSIONS PERTE DE CONNAISSANCE DE LA FIÈVRE	1 2 3
	Autre chose ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	UNE FORTE FIÈVRE RAIDEUR DE LA NUQUE AVOIR UNE SENSATION DE FAIBLESSE PAS ACTIVE FRISSONS/GRELOTTEMENT INCAPABLE DE S'ALIMENTER VOMISSEMENTS PLEURER SANS CESSER ANXIEUX DIARRHÉE AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 88 99

Le numérateur de l'indicateur 4 correspond au nombre de prestataires de soins de santé qui citent les tests de dépistage du paludisme (TDR et/ou microscopie) comme le seul moyen de s'assurer qu'un enfant est atteint du paludisme. Le dénominateur correspond à tous les prestataires de soins de santé interrogés. La source des données est une enquête sur les structures sanitaires. Cet indicateur est similaire à l'efficacité de la réaction en ce sens qu'il touche les perceptions des personnes interrogées sur l'efficacité des tests de dépistage du paludisme. Cependant, il ne teste pas la force de cette croyance, ni n'examine spécifiquement les croyances des prestataires concernant l'exactitude de la microscopie et des TDR dans des conditions de terrain. En appliquant ce cadre, les chercheurs croient que les connaissances du prestataire en matière de diagnostic et sa croyance en l'efficacité des tests de dépistage du paludisme (efficacité de la réaction) influencent le diagnostic et la prescription du comportement.

N° de question	Question	Réponses	Code
401 PRESTATAIRES	Qu'est-ce qui vous assure qu'un enfant a contracté le paludisme ?	MICROSCOPIE OU TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE FIÈVRE ET AUTRES SIGNES ET SYMPTÔMES DU PALUDISME	1 2
	COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES MENTIONNÉES. NE DEMANDEZ RIEN	JUGEMENT CLINIQUE AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	3 88 99

Pour l'indicateur 5, « traitement du paludisme », la personne interrogée doit nommer le médicament le plus efficace pour traiter le paludisme. Les réponses doivent être spontanées/non suggérées pour minimiser le préjugé. Une seule réponse est exigée de la personne interrogée. Une seule réponse est exigée de la personne interrogée. La personne interrogée est comptabilisée au numérateur si elle cite les ACT comme traitement le plus efficace, mais le contexte spécifique à chaque pays doit être appliqué à cette mesure. Par exemple, un nom local pour l'ACT est une réponse acceptable. Les pays dans lesquels une proportion substantielle des infections sont causées par le *Plasmodium vivax* doivent considérer la chloroquine ou les ACT comme acceptables.

N° de question	Question	Réponses	Code
501	Quel est le médicament le plus efficace pour traiter le paludisme ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SP/FANSIDAR	1
		CHLOROQUINE	2
		QUININE	3
		NOUVEAU MÉDICAMENT CONTRE LE PALUDISME/ACT	4
		ASPIRINE, PANADOL, PARACÉTAMOL	5
		AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	88 99

Pour l'indicateur 6, « prévention du paludisme », la personne interrogée doit nommer une ou plusieurs mesures de prévention du paludisme. Les options du questionnaire doivent inclure les mesures préventives les plus pertinentes mises en œuvre au sein de la communauté ; elles peuvent comprendre l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la prise de médicaments préventifs pendant la grossesse, la prophylaxie saisonnière ou la pulvérisation d'insecticides dans la maison. Si l'une ou l'autre de ces mesures préventives n'est pas mise en œuvre dans la communauté visée, comme la prophylaxie saisonnière, elle ne doit pas être incluse comme option. D'autres options doivent inclure de fausses mesures préventives contre le paludisme, y compris couper l'herbe, garder l'environnement de la maison propre et éviter de boire de l'eau sale.

La personne interrogée n'est comptabilisée au numérateur que si elle nomme au moins une des interventions préventives pertinentes et aucun des comportements incorrects.

L'indicateur 6.1 est l'inverse de l'indicateur 6. Les personnes interrogées sont comptabilisées au numérateur si elles citent des comportements incorrects.

Pour l'indicateur 6.2, le numérateur correspond au nombre de personnes interrogées qui ont choisi « prendre des médicaments préventifs » à la question 601 et le dénominateur correspond au nombre de personnes interrogées dans l'échantillon.

N° de question	Question	Réponses	Code
601	Comment une personne peut-elle se protéger du paludisme ? Autre chose ? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DORMIR EN DESSOUS D'UNE MOUSTIQUAIRE	1
		DORMIR EN DESSOUS D'UNE MOUSTIQUAIRE MOUSTIQUAIRE TRAITÉE À L'INSECTICIDE	2
		UTILISER UN RÉPULSIF CONTRE LES MOUSTIQUES	3
		ÉVITER LES PIQÛRES DE MOUSTIQUES	4
		PRENDRE DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS PENDANT LA GROSSESSE	5
		PULVÉRISER LA MAISON AVEC DE L'INSECTICIDE	6
		UTILISER DES SERPENTINS ANTIMOUSTIQUES	7
		COUPER L'HERBE AUTOUR DE LA MAISON	8
		REMPILIR LES FLAQUES D'EAU (EAU STAGNANTE)	9
		GARDER L'ENVIRONNEMENT DE LA MAISON PROPRE	10
		BRÛLER DES FEUILLES	11
		NE PAS BOIRE DE L'EAU SALE	12
		NE PAS MANGER DE MAUVAIS ALIMENTS	13
		INSTALLER DES MOUSTIQUAIRES SUR LES FENÊTRES	14
		NE PAS ÊTRE TREMPÉ PAR LA PLUIE	15
AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	88 99		

Pour l'indicateur 6.3, « Connaissance des directrices nationales par les prestataires », le numérateur correspond au nombre de prestataires qui ont répondu correctement aux questions 601,602 et 603 et le dénominateur correspond au nombre total de prestataires. La source de données serait une enquête auprès des prestataires (telle que celles réalisées lors d'une évaluation des structures sanitaires).

N° de question	Question	Réponses	Code
601 PRESTATAIRE	Quel est le nom du médicament donné aux femmes enceintes pour les empêcher de contracter le paludisme ? PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES ENTOURER TOUTES LES RÉPONSES. QUESTIONNER UNE FOIS : AUTRE CHOSE ?	FANSIDAR	1
		CHLOROQUINE	2
		METAKELFIN	3
		MEFLOQUINE	4
		ARTEMETHER/LUMEFANTRINE	5
		QUININE	6
		COARTEM	7
		REMÈDES À BASE DE PLANTES	8
		AUTRE	88
		NE SAIT PAS	99

N° de question	Question	Réponses	Code
602 PRESTATAIRE	Quand une femme enceinte doit-elle commencer à prendre des médicaments pour éviter de contracter le paludisme ?	DÈS QU'ELLE SAIT QU'ELLE EST ENCEINTE	1
		QUAND LE BÉBÉ BOUGE POUR LA PREMIÈRE FOIS	2
		LORS DE SA PREMIÈRE VISITE DE SOINS PRÉNATAUX	3
		AU DÉBUT DU 4 ^e MOIS OU DU 2 ^e SEMESTRE	4
		À TOUT MOMENT PENDANT LA GROSSESSE	5
		AUTRE (PRÉCISER)	88
		NE SAIT PAS	99
603 PRESTATAIRE	Combien de doses de comprimés antipaludiques une femme enceinte doit-elle prendre pendant la grossesse pour prévenir le paludisme ?	UN	1
		DEUX	2
		TROIS	3
		PLUS DE TROIS	4
		NE SAIT PAS	99

Bien qu'aucun indicateur ne soit fourni pour mesurer les connaissances des soignants au sujet des directives relatives à la recherche de soins, la question suivante peut quand même être utile pour les programmes :

N° de question	Question	Réponses	Code
	Quand une mère doit-elle emmener son enfant dans une structure sanitaire en cas de fièvre ?	LE JOUR MÊME	1
		LE JOUR SUIVANT	2
		DEUX JOURS APRÈS L'APPARITION DE LA FIÈVRE	3
		AU MOINS TROIS JOURS APRÈS L'APPARITION DE LA FIÈVRE	4
		AUTRE	88
		NE SAIT PAS	99
	Remarque : le cas échéant, l'expression « structure sanitaire » peut être remplacée par l'expression « structure de santé ou agent de santé ».		
	Remarque sur le genre : envisager de remplacer « mère » par « parent »		

Il serait utile d'identifier les personnes interrogées en fonction de leur rôle au sein du foyer (comme la mère, le père, la belle-mère ou la grand-mère de l'enfant, etc.) et de classer les résultats selon ces catégories afin d'évaluer le niveau de connaissances des prestataires de soins et d'autres publics qui influencent les décisions en matière de recherche de soins.

Risque et efficacité

7. Proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme

8. Proportion de personnes qui pensent que les conséquences du paludisme sont graves

Les questions suivantes peuvent être adaptées ou abandonnées si l'intervention se concentre sur une sous-population différente, comme les femmes enceintes, ou ne se concentre pas sur une sous-population, comme dans le cas d'une intervention qui s'adresse à tous les membres du foyer.

Pour calculer l'**indicateur de vulnérabilité**, l'indicateur 7, un résultat moyen pour les questions 701 à 706 est calculé pour chaque individu. Les échelles de Likert sont converties de telle sorte que « fortement en désaccord » est codé en tant que +2, « assez en désaccord » est codé en tant que +1, « assez d'accord » est codé en tant que -1 et « entièrement d'accord » est codé en tant que -2. Les réponses aux questions inverses (marquées « INV ») doivent être codées à l'envers. « Ne sait pas/Incertain » n'est pas une option proposée, mais si la personne interrogée n'est pas d'accord avec une des réponses, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent toutefois être formés pour encourager les personnes interrogées à choisir une réponse de l'une des autres catégories. Remarquez que les questions doivent être inversées.

Les personnes dont le résultat moyen négatif est inférieur à zéro sont classées dans la catégorie « à faible risque perçu » et celles dont le résultat moyen positif est supérieur à zéro sont classées dans la catégorie « à risque perçu élevé ».

Pour calculer l'**indicateur de gravité**, (indicateur 8), un résultat moyen pour les questions 801 à 806 est calculé pour chaque individu (les questions 804 et 805 sont inversées). Les personnes dont le résultat moyen positif est supérieur à zéro sont classées dans la catégorie « gravité perçue élevée » et celles dont le résultat moyen négatif est inférieur à zéro sont classées dans la catégorie « gravité perçue faible ».

		FORTEMENT EN DÉSACCORD	ASSEZ EN DÉSACCORD	ASSEZ D'ACCORD	ENTIÈREMENT D'ACCORD	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
VULNÉRABILITÉ						
701 (Inv)	Pendant la saison des pluies, vous craignez presque tous les jours qu'un membre de votre famille contracte le paludisme	1	2	3	4	99
702	Les personnes de cette communauté ne contractent le paludisme que pendant la saison des pluies	1	2	3	4	99
703	Les personnes ne contractent le paludisme que lorsqu'il y a beaucoup de moustiques	1	2	3	4	99
704 (Inv)	Presque chaque année, une personne de cette communauté attrape un cas grave de paludisme	1	2	3	4	99
705	Vous ne vous souvenez pas de la dernière fois que quelqu'un que vous connaissez a contracté le paludisme	1	2	3	4	99
706 (Inv)	Lorsque votre enfant a de la fièvre, vous craignez presque toujours que ce soit le paludisme	1	2	3	4	99
GRAVITÉ						
801	Vous ne vous inquiétez pas du paludisme parce qu'il peut être facilement soigné	1	2	3	4	99
802	Vos enfants sont en si bonne santé qu'ils pourraient se remettre d'un cas de paludisme	1	2	3	4	99
803	Seuls les enfants faibles peuvent mourir du paludisme	1	2	3	4	99
804 Inv	Vous connaissez des personnes dont l'état de santé s'est dangereusement aggravé à cause du paludisme	1	2	3	4	99
805 (Inv)	Chaque cas de paludisme peut potentiellement entraîner la mort	1	2	3	4	99
806	Quand quelqu'un que vous connaissez contracte le paludisme, vous vous attendez généralement à ce qu'il se rétablisse complètement en quelques jours	1	2	3	4	99

9. Proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque

Pour calculer la proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque de paludisme (**efficacité de la réaction**), on calcule un résultat moyen. Pour cet indicateur, les échelles de Likert sont converties de telle sorte que « fortement en désaccord » est codé en tant que -2 et « fortement d'accord » est codé en tant que +2, et les réponses aux questions inverses (« INV ») sont codées en sens inverse. L'option « Ne sait pas/incertain » n'est pas proposée, mais si la personne interrogée n'est pas d'accord avec une des réponses, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent toutefois être formés pour encourager les personnes interrogées à choisir une réponse de l'une des autres catégories.

Un résultat moyen supérieur à zéro pour les questions portant sur l'IRS correspond à une personne qui perçoit l'IRS comme une protection contre le paludisme. De même, un résultat moyen supérieur à zéro pour les questions portant sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide signifie qu'une personne interrogée estime que les moustiquaires imprégnées d'insecticide la protègent du paludisme, et un résultat moyen supérieur à zéro pour les questions portant sur le traitement IPTp indique une croyance selon laquelle la thérapie préventive pendant la grossesse est efficace. Un résultat moyen supérieur à zéro pour les questions de diagnostic indique que la personne interrogée croit en l'efficacité du diagnostic. Enfin, un résultat moyen supérieur à zéro pour les questions portant sur le traitement représente une personne qui perçoit les ACT ou tout autre traitement pertinent comme efficace dans le traitement du paludisme.

	QUESTIONS SUR L'EFFICACITÉ DE LA RÉACTION	FORTEMENT EN DÉSACCORD	ASSEZ EN DÉSACCORD	ASSEZ D'ACCORD	ENTIÈREMENT D'ACCORD	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
PULVÉRISATION D'INSECTICIDES À EFFET RÉMANENT EN INTÉRIEUR (IRS)						
901	Je crois qu'il y a moins de moustiques dans les environs depuis que nos maisons ont bénéficié d'IRS	1	2	3	4	99
902 (Inv)	Le liquide utilisé pour pulvériser les murs est souvent trop dilué pour tuer un grand nombre de moustiques	1	2	3	4	99
903	Les personnes qui vivent dans des maisons qui ont été pulvérisées d'insecticides sont moins susceptibles de contracter le paludisme	1	2	3	4	99
UTILISATION DE MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE						
904 (Inv)	Mes chances de contracter le paludisme sont les mêmes, que je dorme ou non sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	1	2	3	4	99
905 (Inv)	De nombreuses personnes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide souffrent encore de paludisme	1	2	3	4	99
906	Je crois que ma famille tombe moins souvent malade depuis qu'on a commencé à dormir sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide	1	2	3	4	99
TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT DURANT LA GROSSESSE (IPTp)						
907	Le médicament donné aux femmes enceintes pour les empêcher de contracter le paludisme fonctionne bien et préserve la santé de la mère	1	2	3	4	99
908 (Inv)	Les femmes enceintes courent toujours un risque de contracter le paludisme même si elles prennent des médicaments destinés à les empêcher de le contracter	1	2	3	4	99
909	Le médicament donné aux femmes enceintes pour les empêcher de contracter le paludisme fonctionne bien et préserve la santé du bébé après sa naissance	1	2	3	4	99
DIAGNOSTIC						
910 (Inv)	Le prestataire de soins de santé est meilleur que le test de diagnostic du paludisme, donc je compte sur lui pour me dire si la fièvre est causée par le paludisme	1	2	3	4	99
911 (Inv)	Même si le test de dépistage du paludisme est négatif, je continuerai à chercher un traitement contre le paludisme auprès d'un prestataire de soins de santé parce que je ne crois pas au résultat	1	2	3	4	99
912	Les tests de dépistage du paludisme sont le seul moyen de savoir si quelqu'un a vraiment contracté le paludisme ou non.	1	2	3	4	99
TRAITEMENT						
913	Les ACT* agissent rapidement pour traiter le paludisme	1	2	3	4	99
914	Après la prise de l'entièreté du traitement, la maladie sera complètement guérie	1	2	3	4	99
915 (Inv)	Tous les médicaments antipaludiques font preuve de la même efficacité dans le traitement du paludisme	1	2	3	4	99

* Adapter au contexte national

10. Proportion de personnes confiantes en leur capacité d'adopter un comportement spécifique concernant le paludisme

Les échelles de Likert sont converties de manière à ce que « pourrait certainement » soit codé en tant que +2 et « ne pourrait certainement pas » soit codé en tant que -2. L'option « Ne sait pas/incertain » n'est pas proposée mais si la personne interrogée n'est pas d'accord avec une des réponses, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent toutefois être formés pour encourager les personnes interrogées à choisir une réponse de l'une des autres catégories.

Pour les différents éléments de l'indicateur dans son ensemble, un résultat moyen supérieur à zéro représente une autonomie perçue élevée tandis qu'un résultat moyen inférieur à zéro représente une autonomie perçue faible.

Je vais vous poser des questions sur une série de mesures que vous pourriez prendre, et j'aimerais que vous me disiez votre degré de confiance par rapport à la possibilité de réussir cette action. Pour chaque action, veuillez me dire si vous pensez que vous pourriez certainement, pourriez probablement, ne pourriez probablement pas ou ne pourriez certainement pas réaliser chaque action avec succès. ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE LA RÉPONSE « NE SAIT PAS »/« INCERTAIN » ET N'UTILISER QUE SI LA PERSONNE INTERROGÉE N'EST PAS EN MESURE DE FOURNIR UNE AUTRE RÉPONSE.

		NE POURRAIT CERTAINEMENT PAS	NE POURRAIT PROBABLEMENT PAS	POURRAIT PROBABLEMENT	POURRAIT CERTAINEMENT	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
PROTECTION DE SOI ET DE SA FAMILLE						
1001	Se protéger facilement contre le paludisme	1	2	3	4	99
1002	Protéger facilement vos enfants contre le paludisme	1	2	3	4	99
1003	Prendre facilement soin des membres de votre famille s'ils contractent le paludisme	1	2	3	4	99
UTILISATION DE MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE						
1004	Obtenir suffisamment de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour couvrir tous les espaces de couchage de votre foyer	1	2	3	4	99
1005	Dormir en dessous d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide toute la nuit quand il y a beaucoup de moustiques	1	2	3	4	99
1006	Dormir en dessous d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide toute la nuit quand il y a peu de moustiques	1	2	3	4	99
RECHERCHE DE DIAGNOSTIC						
1007	Savoir si la fièvre est un signe de paludisme ou d'autre chose	1	2	3	4	99
1008	Savoir si un enfant a un cas typique ou grave de paludisme	1	2	3	4	99
1009	Savoir si vous devez vous précipiter à la clinique ou non lorsque votre enfant est malade	1	2	3	4	99
1010	Demander un test de diagnostic à la clinique lorsque vous pensez que votre enfant pourrait avoir le paludisme	1	2	3	4	99
1011	Trouver de l'argent pour emmener l'enfant à la clinique en cas de suspicion de paludisme	1	2	3	4	99
1012	Trouver quelqu'un en qui vous avez confiance pour vous dire si votre enfant a contracté le paludisme	1	2	3	4	99
RECHERCHE D'UN TRAITEMENT						
1013	Obtenir le traitement approprié pour votre enfant lorsqu'il a contracté le paludisme	1	2	3	4	99
1014	Vérifier que votre enfant prend la dose complète du médicament qui lui a été prescrit	1	2	3	4	99
1015	Trouver des ressources pour accompagner votre enfant à la clinique dans les 24 heures lorsqu'il est très malade	1	2	3	4	99
RECHERCHE D'UNE THÉRAPIE PRÉVENTIVE						
1016	Vous rendre à une visite de soins prénataux dès que vous pensez être enceinte	1	2	3	4	99
1017	Vous rendre à au moins quatre* rendez-vous de soins prénataux à la clinique	1	2	3	4	99
1018	Prendre du SP à chacune de vos visites de soins prénataux	1	2	3	4	99
PULVÉRISATION D'INSECTICIDES À EFFET RÉMANENT EN INTÉRIEUR						
1019	Sortir tous vos meubles de votre maison pour la préparer à la pulvérisation d'insecticides	1	2	3	4	99
1020	Ne pas recrépir ou repeindre les murs après la pulvérisation d'insecticides, pendant 6 mois/un an**	1	2	3	4	99
1021	Continuer à utiliser votre moustiquaire imprégnée d'insecticide après avoir effectué une pulvérisation de la maison avec des insecticides	1	2	3	4	99

*en fonction de la politique nationale

** dépendra de l'insecticide utilisé

Attitudes

11. Proportion de personnes ayant une attitude favorable envers le produit, la pratique ou le service

Les recenseurs mesurent l'attitude en demandant aux personnes interrogées dans quelle mesure elles sont en accord ou en désaccord avec ces énoncés, habituellement en fonction de l'échelle à quatre points (de type Likert).

Les énoncés doivent tous correspondre au même comportement, produit ou problème. Les personnes interrogées expriment leurs valeurs en termes de résultats attendus du comportement, d'avantages ou de dommages escomptés, ou d'attributs positifs et négatifs du comportement ou du produit.

Pour calculer l'attitude d'une personne interrogée, on calcule un résultat moyen pour les questions de cette section pour cette personne interrogée. Les échelles de Likert sont converties telles que « fortement en désaccord » est codé en tant que -2 et « fortement d'accord » est codé en tant que +2. Les questions inversées sont codées en sens inverse. L'option « Ne sait pas/incertain » n'est pas proposée mais si la personne interrogée n'est pas d'accord avec une des réponses, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent toutefois être formés à ne pas parler de cette option et ne la sélectionner que si la personne interrogée ne veut pas répondre. Toutes les réponses « Ne sait pas » ne sont pas incluses dans le calcul de la moyenne.

Un résultat moyen inférieur à zéro serait classé comme ayant une attitude défavorable à l'égard du produit, de la pratique ou du service et un résultat moyen supérieur à zéro serait classé comme ayant une attitude favorable à l'égard du produit, de la pratique ou du service.

		FORTEMENT EN DÉSACCORD	ASSEZ EN DÉSACCORD	ASSEZ D'ACCORD	ENTIÈREMENT D'ACCORD	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (IPTp)						
1101	Dès qu'une femme pense être enceinte, elle doit consulter un prestataire de soins santé le plus tôt possible	1	2	3	4	98
1102 (Inv)	Les femmes enceintes se sentent souvent malades lorsqu'elles prennent des médicaments à jeun	1	2	3	4	99
1103 (Inv)	Même si une femme pense qu'elle est enceinte, elle doit attendre quelques mois avant de consulter un prestataire de soins de santé	1	2	3	4	99
1104	Les prestataires de soins ne donneront ce médicament à une femme enceinte que s'ils sont certains qu'il n'est pas nocif pour elle ou pour son bébé	1	2	3	4	99
1105 (Inv)	Une femme enceinte a besoin de la permission de son mari ou d'une autre famille pour se rendre à des soins prénataux	1	2	3	4	99
1106	Une femme enceinte doit demander plusieurs doses de médicament (SP) pour se protéger du paludisme pendant la grossesse	1	2	3	4	99
1107 (Inv)	Une femme enceinte n'est pas plus à risque de contracter le paludisme qu'un autre membre de la communauté	1	2	3	4	99
MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE						
1108 (Inv)	Les moustiquaires imprégnées d'insecticide plus coûteuses sont plus efficaces que les moustiquaires imprégnées d'insecticide moins coûteuses ou gratuites	1	2	3	4	99
1109 (Inv)	Les moustiquaires imprégnées d'insecticide n'empêchent les piqûres de moustiques que lorsqu'elles sont utilisées avec certains types de lits	1	2	3	4	99
1110 (Inv)	Il ne faut que quelques mois pour qu'une moustiquaire imprégnée d'insecticide présente trop de trous pour arrêter les moustiques	1	2	3	4	99
1111 (Inv)	L'insecticide dont sont aspergées les moustiquaires imprégnées d'insecticide peut être dangereux pour les personnes qui dorment sous ces moustiquaires	1	2	3	4	99
1112 (Inv)	Il est difficile de bien dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide quand il fait chaud	1	2	3	4	99
1113	Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide est un bon moyen de profiter d'un peu d'intimité dans une maison surpeuplée	1	2	3	4	99
1114 (Inv)	Vous ne dormirez pas sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide si vous n'aimez pas sa couleur	1	2	3	4	99
1115	Il est plus facile de passer une bonne nuit de sommeil lorsque vous dormez sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	1	2	3	4	99
1116	Vous utilisez principalement une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour éviter le paludisme	1	2	3	4	99

		FORTEMENT EN DÉSACCORD	ASSEZ EN DÉSACCORD	ASSEZ D'ACCORD	ENTIÈREMENT D'ACCORD	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
1117 (Inv)	Vous utilisez principalement des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour éviter d'être piqué pendant votre sommeil	1	2	3	4	99
1118	Il est bon que les personnes utilisent des moustiquaires imprégnées d'insecticide	1	2	3	4	99
1119	Les femmes enceintes doivent dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide tous les soirs	1	2	3	4	99
1120	Les enfants de moins de cinq ans doivent dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide tous les soirs	1	2	3	4	99
1121 (Inv)	Il est seulement nécessaire d'utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide pendant la saison des pluies	1	2	3	4	99
1122 (Inv)	Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide vous donne l'impression de suffoquer	1	2	3	4	99
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT						
1123	Le prestataire de soins de santé est toujours la meilleure personne à qui parler lorsque vous pensez que votre enfant/quelqu'un de votre famille pourrait avoir contracté le paludisme	1	2	3	4	99
1124 (Inv)	Il est facile de savoir si la fièvre est signe de paludisme ou non	1	2	3	4	99
1125	Une personne ne doit prendre un médicament antipaludique que si un prestataire de soins de santé dit qu'une fièvre est signe de paludisme	1	2	3	4	99
1126 (Inv)	Même si le test de dépistage est négatif, certains parents continuent de penser que leur enfant souffre de paludisme	1	2	3	4	99
1127 (Inv)	Vous vous adresserez à un deuxième prestataire de soins de santé pour recevoir des médicaments antipaludiques si le premier vous dit que la fièvre n'est pas due au paludisme	1	2	3	4	99
1128 (Inv)	Les personnes n'ont pas besoin de passer un test de dépistage pour savoir si elles ont contracté le paludisme	1	2	3	4	99
1129	Une structure sanitaire publique est le meilleur endroit pour demander un traitement antipaludique/des ACT pour les enfants de moins de cinq ans*	1	2	3	4	99
1130	Une clinique privée est le meilleur endroit pour demander un traitement contre la fièvre pour les enfants de moins de cinq ans	1	2	3	4	99
1131	Une ONG ou un centre de mission est le meilleur endroit pour demander un traitement contre la fièvre pour les enfants de moins de cinq ans	1	2	3	4	99
1132 (Inv)	Lorsque vous recevez des médicaments pour traiter le paludisme, vous gardez une partie des médicaments pour quelqu'un d'autre de la famille qui pourrait en avoir besoin	1	2	3	4	99
1133	Vous êtes convaincu que les médicaments que vous recevez vont guérir le paludisme	1	2	3	4	99
1134	Les prestataires de soins de santé connaissent les mesures pour traiter la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans	1	2	3	4	99
1135	Vous pensez que la médecine moderne fonctionne mieux que la médecine traditionnelle	1	2	3	4	99
1136 (Inv)	Vous n'êtes pas très satisfait des soins que vous avez reçus à l'endroit où vous avez demandé un traitement	1	2	3	4	99
PULVÉRISATION D'INSECTICIDES À EFFET RÉMANENT EN INTÉRIEUR						
1137	Une personne ne court aucun danger si elle touche les murs quelques heures après leur pulvérisation avec un insecticide	1	2	3	4	99
1138	Dès que les murs d'une maison sont pulvérisés avec un insecticide, l'odeur peut persister pendant plusieurs jours	1	2	3	4	99
1139	La plupart des familles disposent de tout le temps nécessaire pour évacuer leurs biens vers l'extérieur afin que les murs puissent être pulvérisés avec un insecticide	1	2	3	4	99

		FORTEMENT EN DÉSACCORD	ASSEZ EN DÉSACCORD	ASSEZ D'ACCORD	ENTIÈREMENT D'ACCORD	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
1140 (Inv)	Beaucoup de personnes développent des éruptions cutanées sur leur peau après la pulvérisation des murs intérieurs de leurs maisons avec un insecticide	1	2	3	4	99
1141 (Inv)	Le liquide utilisé pour pulvériser les murs est souvent trop dilué pour tuer un grand nombre de moustiques	1	2	3	4	99
1142 (Inv)	La plupart des familles seraient inquiètes de laisser tous leurs biens à l'extérieur de leur maison pendant la pulvérisation de leurs murs avec un insecticide	1	2	3	4	99
1143 (Inv)	Il peut être embarrassant de laisser tous vos biens à l'extérieur de votre maison où d'autres personnes de la communauté peuvent les regarder	1	2	3	4	99
1144	Pulvériser les murs intérieurs d'une maison avec un insecticide pour tuer les moustiques n'entraîne aucun problème de santé pour les personnes vivant dans la maison	1	2	3	4	99
1145	Le gouvernement ne ferait pas pulvériser un insecticide sur les murs intérieurs d'une maison si ce n'était pas un moyen efficace de prévenir le paludisme	1	2	3	4	99

* Dans les contextes où la gestion des cas à base communautaire intégrée est mise en œuvre, les éléments suivants doivent également être inclus comme option : « Le meilleur endroit pour demander un traitement contre la fièvre pour les enfants de moins de cinq ans est un lieu où il y a un agent de la santé communautaire ».

Normes

12. Proportion de personnes convaincues que la majorité de leurs amis et des membres de leur communauté appliquent le comportement

Ce concept est calculé en tant que proportion de personnes interrogées convaincues qu'« au moins la moitié » (codes 1, 2 et 3) de leur communauté applique actuellement le comportement en question. Les codes 1, 2 et 3 sont regroupés en une seule catégorie (« au moins la moitié »). Les codes 4 et 5 sont regroupés dans une autre catégorie (« moins de la moitié »). L'option « Ne sait pas/incertain » n'est pas proposée mais si la personne interrogée n'est pas d'accord avec une des réponses, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent toutefois être formés pour encourager les personnes interrogées à choisir une réponse de l'une des autres catégories.

N° de question	Question	Réponses	Code
1201	En général, dans combien de foyers de votre communauté les personnes dorment-elles sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?	TOUS LES FOYERS	1
		LA PLUPART DES FOYERS	2
		PLUS DE LA MOITIÉ	3
		MOINS DE LA MOITIÉ	4
		PRESQU'AUCUN FOYER	5
		NE SAIT PAS	99
1202	En général, combien de femmes de votre communauté profitent au moins de 4 contrôles* d'un prestataire de soins de santé lorsqu'elles sont enceintes ?	TOUTES LES FEMMES	1
		LA PLUPART DES FEMMES	2
		PLUS DE LA MOITIÉ DES FEMMES	3
		MOINS DE LA MOITIÉ DES FEMMES	4
		PRESQU'AUCUNE FEMME	5
		NE SAIT PAS	99
1203	En général, combien d'enfants de votre communauté consultent un prestataire de soins de santé le jour même où ils développent de la fièvre ?	TOUS LES ENFANTS	1
		LA PLUPART DES ENFANTS	2
		PLUS DE LA MOITIÉ DES ENFANTS	3
		MOINS DE LA MOITIÉ DES ENFANTS	4
		PRESQU'AUCUN ENFANT	5
		NE SAIT PAS	99

* Doit être adapté en fonction de la politique nationale en matière de traitement IPTp

Comportements

13. Proportion de personnes appliquant le comportement recommandé

Des informations détaillées et des questions d'enquête sur la mesure de la plupart des indicateurs sur les comportements, y compris les numérateurs et les dénominateurs, sont disponibles dans les **indicateurs des enquêtes effectuées au sein des foyers par rapport à la lutte contre le paludisme** du MERG.²⁶

- Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente
- (Indicateur supplémentaire 13.1) Rapport entre l'accès et l'utilisation : le numérateur correspond à la « proportion de la population qui a dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente ». Le dénominateur correspond à la « proportion de la population ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide au sein de son foyer »
- Proportion de femmes ayant reçu au moins trois doses d'IPTp²⁷ lors de leurs consultations de soins prénataux au cours de leur dernière grossesse
- Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines pour lesquels une consultation ou un traitement a été demandé le jour même de l'apparition de la fièvre ou le jour suivant
- Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui présentaient une trace de piqûre au doigt ou au talon
- Proportion d'enfants ayant reçu une ACT parmi les enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui ont reçu des médicaments antipaludiques

Certaines questions tirées de la MIS, de l'EDS et d'autres enquêtes KAP sont fournies ci-dessous à titre de référence. Les questions qui ne figurent pas dans les enquêtes EDS et MIS actuelles, mais qui peuvent être prises en compte pour les KAP ou d'autres enquêtes communautaires, sont mises en avant. Lorsque les pays adaptent les outils d'enquête, les questions doivent, dans la mesure du possible, refléter les recommandations nationales et les messages clés.

Les indicateurs de portée sur les comportements idéaux pour la gestion de cas et le traitement IPTp comportent tant un élément bénéficiaire que prestataire. Pour une gestion des cas, le bénéficiaire doit chercher à obtenir des soins contre la fièvre et le prestataire doit se conformer aux directives nationales en matière de dépistage et de traitement au lieu des soins. Pour le traitement IPTp, les femmes enceintes doivent se présenter à des soins prénataux au début et tout au long de leur grossesse et le prestataire de soins prénataux doit fournir un traitement IPTp tel qu'indiqué par les directives nationales. Quelques indicateurs supplémentaires mesurent plus directement le comportement des prestataires de soins de santé, mais les définitions n'ont pas encore été normalisées :

- Proportion de femmes enceintes au service de soins prénataux ayant reçu un traitement IPTp conformément aux recommandations nationales
- Proportion des cas de fièvre recevant un test de diagnostic du paludisme ou proportion des cas de paludisme diagnostiqués confirmés
- Proportion de cas dépistés traités/non traités selon les résultats du test de dépistage ou proportion de cas positifs confirmés recevant une ACT

La mesure de ces pratiques peut s'avérer complexe. Il n'existe actuellement aucune méthode normalisée, et les sources de données comme les enquêtes sur les SIGS et les structures sanitaires et les définitions des indicateurs varient considérablement d'un pays à l'autre. Pour le moment, nous suggérons que les programmes/évaluateurs utilisent des indicateurs de remplacement fondés sur des mesures d'enquête normalisées et validées auprès des foyers (EDS, MIS, MICS, d'autres enquêtes communautaires) définies ci-dessus.

Enfin, pour l'indicateur « Proportion de femmes enceintes ayant assisté à au moins une, deux ou trois visites de soins prénataux selon les directives nationales », des informations sur le calcul de cet indicateur sont à votre disposition dans le **Guide de statistiques EDS**.²⁸

N° de question	Question	Réponses	Code
Utilisation d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide			
1301	Demandez à la personne interrogée de vous montrer toutes les moustiquaires du foyer ¹	POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE : OBSERVÉ PAS OBSERVÉ	1 2
	Pour les questions suivantes, une réponse pour chaque moustiquaire		
1302	Votre foyer a reçu la moustiquaire il y a combien de mois ?	POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE _ _ MOIS _ _ ANNÉES PAS CERTAIN	1 2 99
1303	Observer ou demander la marque ou le type de moustiquaire.	POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE DE LONGUE DURÉE	1
	Si la marque est inconnue et que vous ne pouvez pas observer la moustiquaire, montrez des photos des types/marques de moustiquaires typiques à la personne interrogée	- MARQUE A	2
		- MARQUE B	3
		- AUTRE/NE CONNAÎT PAS LA MARQUE (Pour les options ci-dessus, passez à la question 606)	4
	AUTRE MARQUE NE CONNAÎT PAS LA MARQUE	5	

²⁶ MERG 2013

²⁷ Les directives de RBM 2013 sont basées sur les dernières directives de l'OMS à propos du traitement IPTp. Comme les politiques en matière de traitement IPTp diffèrent d'un pays à l'autre, cet indicateur peut être modifié pour refléter le contexte national.

²⁸ MESURE EDS, 2006

N° de question	Question	Réponses	Code
1304	Quelqu'un a-t-il dormi sous cette moustiquaire hier soir ?	OUI NON PAS CERTAIN	1 2 99
1305	Qui a dormi sous cette moustiquaire hier soir ? INSCRIRE LE NOM DE LA PERSONNE ET LE NUMÉRO DU CALENDRIER DU FOYER.	NOM NUMÉRO DE LIGNE	
1306	Pour ces enfants qui n'ont pas dormi sous la moustiquaire la nuit dernière, quelles étaient les raisons de ne pas dormir sous la moustiquaire ? ».	TROP CHAUD TROP FROID L'ENFANT PLEURE L'ENFANT A PEUR PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE MOUSTIQUAIRE PAS ACCROCHÉE UTILISÉE PAR DES ADULTES MOUSTIQUAIRE PAS UTILISÉE LORS DES DÉPLACEMENTS MOUSTIQUAIRE PAS EN BON ÉTAT MOUSTIQUAIRE MAUVAISE POUR LA SANTÉ DES ENFANTS TROP DE TROUS DANS LA MOUSTIQUAIRE AUTRE (PRÉCISER) :	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 88
1307*	Pour ces adultes qui n'ont pas dormi sous la moustiquaire la nuit dernière, quelles étaient les raisons de ne pas dormir sous la moustiquaire ? ».	TROP CHAUD TROP FROID MOUSTIQUAIRE PAS ACCROCHÉE MOUSTIQUAIRE PAS UTILISÉE LORS DES DÉPLACEMENTS MOUSTIQUAIRE PAS EN BON ÉTAT TROP DE TROUS DANS LA MOUSTIQUAIRE AUTRE (PRÉCISER) :	1 2 3 4 5 6 88
Pulvérisation d'insecticides à effet rémanent en intérieur (Indoor Residual Spraying)			
1308*	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un est entré dans votre logement pour pulvériser un insecticide contre les moustiques sur les murs intérieurs ? ²	OUI NON NE SAIT PAS	1 2 99
Traitement préventif intermittent durant la grossesse			
1309	Lorsque vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénataux pendant cette grossesse ?	OUI NON	1 2
1310	Combien de fois avez-vous reçu des soins prénataux pendant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS NE SAIT PAS	 99
1311	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris du SP/Fansidar pour éviter le paludisme ?	OUI NON NE SAIT PAS	1 2 99
1312	Combien de fois avez-vous pris du (SP/Fansidar) pendant cette grossesse ?	HEURE ___ __	
1313	Avez-vous reçu du SP/Fansidar pendant une visite de soins prénataux, pendant une visite dans une structure sanitaire ou d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIRE LA SOURCE LA PLUS ÉLEVÉE SUR LA LISTE.	VISITE DE SOINS PRÉNATAUX AUTRE VISITE DANS UNE STRUCTURE AUTRE SOURCE	1 2 3
Fièvre chez l'enfant			
1314	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines ?	OUI NON NE SAIT PAS	1 2 99
1315	Avez-vous consulté une source quelconque pour obtenir des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI NON	1 2

N° de question	Question	Réponses	Code
1316	Où vous êtes-vous rendu pour obtenir des conseils ou un traitement ? Ailleurs ? QUESTIONNER POUR IDENTIFIER CHAQUE TYPE DE SOURCE S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER SI LA SOURCE EST PUBLIQUE OU PRIVÉE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC CENTRE DE SANTÉ PUBLIC DISPENSARE PUBLIC CLINIQUE MOBILE AGENT DE TERRAIN AUTRE SECTEUR PUBLIC (SPÉCIFIER) : CENTRE MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ PHARMACIE MÉDECIN PRIVÉ CLINIQUE MOBILE AGENT DE TERRAIN AUTRE STRUCTURE MÉDICALE PRIVÉE (PRÉCISER) : AUTRE SOURCE MAGASIN PRATICIEN TRADITIONNEL MARCHÉ AUTRE (PRÉCISER) :	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 88
1317*	La microscopie était-elle disponible à l'endroit où vous avez demandé des conseils ou un traitement ?	POUR CHAQUE ENDROIT OÙ LA PERSONNE INTERROGÉE A DEMANDÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT OUI NON NE SAIT PAS	1 2 99
1318*	Les TDR étaient-ils disponibles à l'endroit où vous avez demandé des conseils ou un traitement ?	POUR CHAQUE ENDROIT OÙ LA PERSONNE INTERROGÉE A DEMANDÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT OUI NON NE SAIT PAS	1 2 99
1319	Combien de jours après le début de la fièvre avez-vous commencé à chercher un traitement pour (NOM) ?	LE JOUR MÊME LE JOUR SUIVANT DEUX JOURS APRÈS L'APPARITION DE LA FIÈVRE AU MOINS TROIS JOURS APRÈS L'APPARITION DE LA FIÈVRE NE SAIT PAS	1 2 3 4 99
1320*	Si la personne n'a pas fait de test de dépistage : Pourquoi n'avez-vous pas fait un test de dépistage pour (NOM) ?	CENTRE DE SANTÉ PUBLIC TROP LOINTAIN NE FAIT PAS CONFIANCE AU TEST DE DÉPISTAGE DU PALUDISME AUCUN TEST DE DÉPISTAGE DU PALUDISME AU CENTRE DE SANTÉ N'AIME PAS LE PERSONNEL DU CENTRE DE SANTÉ PAS D'ARGENT POUR LE TEST DE DÉPISTAGE TEST NON PROPOSÉ PAR LE PRESTATAIRE N'AVAIT PAS LE TEMPS D'ATTENDRE POUR PASSER UN TEST DE DÉPISTAGE AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 6 7 88 99
1321*	Dans votre foyer, qui prend habituellement les décisions d'acheter des médicaments lorsque votre enfant est atteint de paludisme ? » Vous, votre épouse, vous et votre épouse ou quelqu'un d'autre ?	PERSONNE INTERROGÉE ÉPOUSE DÉCISION COMMUNE QUELQU'UN D'AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	1 2 3 88 99

Remarques : Le fichier des moustiquaires du foyer peut être utilisé pour collecter des données sur les indicateurs mesurant l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Le fichier des foyers s'applique à tous les membres du foyer, aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. La présence d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide est généralement vérifiée au moment de l'entretien.

Annexe 4 : Études de cas par rapport au choix et à l'adaptation des indicateurs et des questions

Étude de cas 1 : Sélection des indicateurs en fonction du stade du programme

Problème de comportement : Une analyse des données récentes de l'EDS dans le pays X a révélé que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide chez les personnes ayant accès à une moustiquaire est la plus faible du pays, en particulier dans une province.

Stade de la recherche formative : L'équipe a effectué une analyse de la situation, en croisant les données de l'enquête EDS, du groupe de discussion et de l'enquête KAP. Les membres de l'équipe ont utilisé tous les indicateurs de ce guide, y compris, mais sans s'y limiter, le rapport entre l'accès et l'utilisation, les attitudes à l'égard des moustiquaires, en particulier les avantages et les inconvénients de l'utilisation d'une moustiquaire, la vulnérabilité perçue, les normes sociales et l'autonomie à utiliser une moustiquaire tout au long de l'année. Les discussions des groupes de discussion tenues dans la province ont révélé que les personnes n'accordaient pas beaucoup d'importance à l'utilisation des moustiquaires, surtout pendant la saison sèche. Elles croyaient que puisque les moustiques étaient peu nombreux, le paludisme n'était pas un problème. Beaucoup de personnes ne croyaient pas que leurs voisins utilisaient systématiquement des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Une enquête KAP a confirmé que les personnes estimaient que le paludisme n'était pas une menace pendant la saison sèche, lorsque les moustiques sont peu nombreux, et que les personnes croyaient que les voisins n'utilisaient pas les moustiquaires imprégnées d'insecticide de façon constante. De plus, les moustiquaires étaient considérées comme une source d'inconfort pendant la nuit.

Stade de la conception stratégique : Pendant le stade de conception, l'équipe a identifié des objectifs **spécifiques** pour sa campagne et a développé un plan de M&E **correspondant**.

Stratégie de CCSC	Indicateurs du plan de M&E
Objectif comportemental : Augmenter l'utilisation des moustiquaires disponibles de 60 % à 75 % au cours des deux années restantes du projet	Rapport entre l'accès et l'utilisation
Objectif de communication : Augmenter le risque perçu de paludisme , toute l'année, y compris pendant la saison sèche	Vulnérabilité perçue

Suivi des résultats : En raison de la lenteur du démarrage du projet, l'équipe a décidé de lancer des pièces de théâtre dans les communautés afin d'atteindre les objectifs fixés en matière de nombre de pièces de théâtre. Les rapports d'activités ont porté sur les indicateurs suivants :

- Quantité d'activités de CCSC (pièces de théâtre) réalisées
- Nombre de personnes atteintes

Suivi du public : Le programme a demandé à une agence d'études de marché d'ajouter quelques questions à son enquête omnibus trimestrielle. Elle a ajouté deux indicateurs :

- Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu des messages concernant le paludisme au cours des six derniers mois
- Proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme

Au cours des six mois suivants, la proportion de personnes qui se rappelait un message d'utilisation de moustiquaires est passée de 55 % à 82 %. Les taux de vulnérabilité perçue sont également passés de 64 % à 78 %. Encouragé par ces résultats, le donateur a prolongé le financement de la campagne d'un an.

Évaluation : Deux ans après le début de la campagne, une enquête KAP transversale représentative au niveau de la province a permis de recueillir des données. Le rapport entre l'accès et l'utilisation a augmenté pour atteindre 0,75 et l'utilisation de moustiquaires a été associée à l'exposition à la campagne. De même, les personnes exposées à la campagne étaient plus susceptibles de se sentir vulnérables au paludisme et donc plus susceptibles d'utiliser une moustiquaire. D'autres indicateurs mesurés à la fin incluaient :

- Proportion de personnes se souvenant avoir entendu ou vu des messages concernant le paludisme au cours des six derniers mois
- Proportion de personnes se souvenant du slogan de la campagne
- Proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme
- Proportion de la population utilisant des moustiquaires parmi les personnes ayant accès à une moustiquaire au sein de leur foyer

Le succès de la campagne a été attribué à plusieurs facteurs :

- L'équipe a gardé l'esprit ouvert et a examiné les résultats d'un grand nombre de facteurs/indicateurs motivants potentiels avant de choisir de changer un déterminant majeur.
- Le fait de mettre l'accent sur un facteur, la vulnérabilité perçue, a permis de garder le message clair, cohérent et marquant.
- L'utilisation des rapports d'activité et le fait de ne payer que pour deux questions dans l'enquête omnibus ont permis à la campagne de surveiller la façon dont elle atteignait le public.
- L'utilisation des résultats de l'enquête omnibus pour démontrer les changements enregistrés au niveau de la vulnérabilité perçue a incité à prolonger la campagne de 12 mois supplémentaires, ce qui donne encore plus de chances à la campagne d'atteindre son objectif.

Étude de cas 2 : Adaptation des indicateurs et des questions à la chimio-prévention saisonnière du paludisme

La chimio-prévention saisonnière du paludisme consiste à administrer jusqu'à quatre doses mensuelles de SP et d'amodiaquine à des enfants âgés de trois à 39 mois pendant la haute saison de transmission du paludisme. L'Organisation mondiale de la Santé appuie la SMC depuis 2012. La SMC peut empêcher jusqu'à 75 % des cas de paludisme simple et grave. Elle est efficace dans des régions où la saison du paludisme dure moins de quatre mois ou où la résistance au SP est faible, comme au Sahel.

Speak Up Africa (SUA) est une ONG internationale dont le siège se trouve à Dakar au Sénégal et à New York aux États-Unis. Les activités de CCSC de SUA visaient à : a) sensibiliser les foyers aux visites des bénévoles en santé communautaire qui administrent la première dose ; b) rappeler aux soignants d'administrer les deuxième, troisième et quatrième doses à domicile ; et c) conseiller les soignants à propos de ce qu'ils doivent faire en cas d'effets secondaires.

En 2015, après un an de mise en œuvre, SUA avait pour objectif de mesurer les niveaux de connaissances, d'attitudes et de pratiques de la population visée en matière de paludisme afin d'informer sur les programmes futurs. Les chercheurs ont adapté plusieurs indicateurs et questions du **Guide de référence des indicateurs de CCSC du RBM** pour informer sur la collecte de données qualitatives et quantitatives. L'étude a permis de recueillir des données sur les indicateurs présentés ci-dessous. Les mêmes outils de collecte de données ont été utilisés en Gambie, en Guinée, au Niger et au Mali.

Catégorie	Indicateurs utilisés dans les outils de collecte de données (les indicateurs spécifiques à la SMC apparaissent en gras)
Rappel	1. Proportion de personnes se souvenant des messages concernant la SMC
Connaissances	2. Proportion de personnes désignant les moustiques comme la cause du paludisme
	3. Proportion de personnes qui savent que le principal symptôme du paludisme est la fièvre
	4. Proportion de personnes qui connaissent le traitement contre le paludisme
	5. Proportion de personnes qui connaissent les mesures préventives contre le paludisme
	6. Proportion de personnes qui ont entendu parler de la SMC (questions posées à propos de son objectif, de sa population visée et de la durée du traitement)
Risque et efficacité	7. Proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme
	8. Proportion de personnes qui pensent que les conséquences du paludisme sont graves
	9. Proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque (SMC , moustiquaires imprégnées d'insecticide, traitement IPTp)
Normes	10. Proportion de personnes convaincues que la majorité de leurs amis et des membres de leur communauté pratiquent la SMC
Attitudes	11. Proportion de personnes ayant une attitude favorable envers le produit, la pratique ou le service (SMC moustiquaires imprégnées d'insecticide, traitement IPTp)
Comportement	10. Proportion de personnes appliquant le comportement recommandé :
	• Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit dernière
	• Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre au cours des deux dernières semaines pour lesquels des conseils ou un traitement a été demandé
	• Proportion de personnes qui ont terminé un traitement de SMC

L'étude a révélé un bon niveau de connaissances à propos du paludisme et des bonnes pratiques, telles que l'utilisation de moustiquaires. En outre, les connaissances au sujet de la SMC étaient solidement ancrées, tout comme l'acceptation des interventions de la SMC et de la couverture de la SMC. Pour de plus amples informations, veuillez prendre contact avec Fara Ndiaye en lui envoyant un courriel à l'adresse fara.ndiaye@speakupafrika.org.

Annexe 5 : Références

Ce document s'appuie sur diverses enquêtes réalisées dans différents pays par différents partenaires. Les documents consultés comprennent :

Questionnaires d'enquête

Enquêtes de population standard

1. MEASURE Evaluation. Demographic and Health Surveys. (www.dhsprogram.com)
2. Rutstein SO, Rojas G. Guide to DHS Statistics. Calverton, MD: ORC Macro, 2003; MEASURE DHS, 2003. (http://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_29Oct2012_DHSG1.pdf)
3. Partenariat Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey. (www.malariasurveys.org)
4. United National Children's Fund. Multiple Indicator Cluster Survey. (mics.unicef.org)

Enquêtes spécifiques au programme

1. Croix-Rouge du Liberia Programme de santé à base communautaire/de gestion des catastrophes Questionnaire de l'enquête de base sur la prévention du paludisme
5. PSI Madagascar. Questionnaires de Madagascar : Évaluation post-campagne des phases I et II de la campagne de distribution de masse de MILD sans couverture universelle.
6. Initiative MENTOR. Conservation, utilisation, état, préférence de moustiquaire et questionnaire d'enquête de l'IEC.
7. Population Services International. Enquête TRaC.
8. Johns Hopkins Center for Communication Programs and Malaria Consortium (Centre des programmes de communication de Johns Hopkins et Malaria Consortium). Évaluation post-campagne du Sénégal 2009-2010.
9. Programme national de lutte contre le paludisme en Sierra Leone et Croix-Rouge du Canada Évaluation sur neuf mois de la campagne intégrée contre la rougeole et le paludisme en Sierra Leone.
10. Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés. Couverture des moustiquaires et enquête de durabilité.
11. Johns Hopkins Center for Communication Programs. Enquêtes sur les CCSC concernant le paludisme au Nigeria, au Mali, à Madagascar et au Liberia.

Documents ressources

1. Partenariat Roll Back Malaria (RBM). 2013. Household Survey Indicators for Malaria Control. Geneva: RBM. (<http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf>)
12. MEASURE Evaluation. Family Planning and Reproductive Health Online Indicators Database. (https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators)

13. Analyzing Likert Scale/Type Data
 - a. St. Andrews University. Analyzing Likert Scale/html?id+5667c06264e9b23c618b457c&asset-Key+AS%3A304636539139074%401449640034699
 - b. Sullivan, G. M., and Artino Jr, A. R. 2013. Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. *Journal OF Graduate Medical Education*, 5: 541-542.
14. Échelle de désirabilité sociale de Crowne et Marlow
 - a. Versions complètes : Crowne D.P., and D. Marlowe. 1960. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology* 24(4): 34-9.
 - b. Versions résumés : Reynolds W.M. 1982. Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology* 38(1): 119-125.
15. Family Health International (FHI). 2004. **Module 6 : Monitoring and Evaluating Behavior Change Communication Programs. Surveillance des programmes de VIH/SIDA : A Facilitator's Training Guide.** Arlington, VA : FHI 360. ([https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Monitoring%20HIV-AIDS%20Programs%20\(Facilitator\)%20-%20Module%206.pdf](https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Monitoring%20HIV-AIDS%20Programs%20(Facilitator)%20-%20Module%206.pdf))
16. Figueroa M.E., D.L. Kincaid, M. Rani, and G. Lewis. 2002. **Communication pour le changement social : An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes.** Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. (www.communicationforsocialchange.org/pdf/socialchange.pdf)
17. Martin K. 2014. HC3 Research Primers Aid in SBCC Program Design. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. (<https://healthcommcapacity.org/hc3-research-primers-aid-in-sbcc-program-design/>)
18. Partenariat Roll Back Malaria (RBM). 2015. **Liste de vérification pour les reportages sur les évaluations des communications concernant le paludisme.** Geneva: RBM. (<http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/checklist-reporting-malaria-communication-evaluations>)
19. Koenker H., and A. Kilian. 2014. Recalculating the net use gap: a multi-country comparison of ITN use versus ITN access. *PLoS ONE* 9(5): e97496.
20. Koenker H., and E. Ricotta. 2016. **Rapport sur l'accès et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide.** Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs, VectorWorks. (www.vector-works.org/resources/itn-access-and-use/)
21. VectorWorks, NetWorks. 2015. **Série de formations en ligne sur la communication pour un changement social et de comportement dans la lutte contre le paludisme (CCSC) basée sur des données probantes** Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: (<http://www.vector-works.org/resources/online-training-on-evidence-based-malaria-social-and-behavior-change-communication-sbcc/>) (en anglais)
22. Partenariat Roll Back Malaria (RBM). 2014. **Guide to Developing M&E Plans for Malaria BCC Activities.** Geneva: RBM. Retrieved from: (<https://www.k4health.org/toolkits/networks-country-resources/guide-developing-me-plans-malaria-bcc-activities>)

Ressources spécifiques aux théories comportementales

Le prologue de ce manuel donne un aperçu de plusieurs théories de communication à propos de la santé :

- de Fossard E. 1996. **How to Write a Radio Serial Drama for Social Development: A Script Writer's Manual**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. <http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/how-write-radio-serial-drama-social-development-script-writers-manual>

Ces boîtes d'outils contiennent plusieurs ouvrages sur la théorie de la communication en santé :

- Knowledge for Health. Toolkits: Communication Theory Readings. **Tanzania ACE Mentoring Programme**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <https://www.k4health.org/toolkits/tanzania-ace/communication-theory-readings>
- Knowledge for Health. Toolkits: Communication theories and models. **Uganda Family Planning Communication Toolkit**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <http://www.k4health.org/toolkits/uganda-fpcommunication/communication-theories-and-models-0>
- VectorWorks, NetWorks. 2015. **Série de formations en ligne sur la communication pour un changement social et de comportement dans la lutte contre le paludisme (CCSC) basée sur des données probantes** Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <http://www.vector-works.org/resources/online-training-on-evidence-based-malaria-social-and-behavior-change-communication-sbcc/> (en anglais)

Modèle étendu des processus parallèles :

- Cho H., and K. Witte. 2005. Managing fear in public health campaigns: a theory-based formative evaluation process. **Health Promotion Practice** 6: 482-490.
- Douglas M. 1986. **Risk Acceptability According to the Social Sciences**. New York: Russell Sage Foundation.
- Rimal R.N., and K. Real. 2003. Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change. **Human Communication Research** 29: 370-399.
- Witte K. 1992. Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. **Communication Monographs** 59(4): 329-349.

Théorie de l'apprentissage social :

- Bandura A. 2004. Health promotion by social cognitive means. **Health Education Behavior** 31(2): 143-164.

Théorie du comportement planifié :

- Ajzen I. Theory of planned behavior. Retrieved from: <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.html>
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2014. **Theory of Planned Behavior: An HC3 Research Primer**. Baltimore : Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <https://healthcommcapacity.org/hc3resources/theory-of-planned-behavior-an-hc3-research-primer/>
- Fishbein M., and I. Ajzen. 1975. **Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research**. Reading, MA: Addison-Wesley.

Diffusion de la théorie de l'innovation :

- Knowledge for Health. Toolkits: Reading 6A: Chapter 1, "The miracle of Oryu Li" & Chapter 2, "The convergence model of communication and network analysis" from Communication Networks: Toward a New Paradigm for Research. **Tanzania ACE Mentoring Programme**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from:

<https://www.k4health.org/toolkits/tanzania-ace/reading-6a-chapter-1-%E2%80%9C-miracle-oryu-li%E2%80%9D-chapter-2-%E2%80%9C-convergence-model>

- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2014. **Diffusion des innovations : An HC3 Research Primer**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <https://healthcommcapacity.org/hc3resources/diffusion-of-innovations-an-hc3-research-primer/>

Modèle des croyances relatives à la santé

- Janz N., and M. Becker. 1984. The Health Belief Model: A Decade Later. **Health Behavior and Education**, 1, 1-47. Retrieved from: <http://heb.sagepub.com/content/11/1/1.short>
- Glanz K., B. Rimer, and K. Viswanath. 2008. **Health Behavior and Health Education**. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Modèle d'idéation
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2015. **Ideation: An HC3 Research Primer**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <http://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2015/02/Ideation.pdf>
- Krenn S., L. Cobb, S. Babalola, M. Odeku, and B. Kusemiju. 2014. Using behavior change communication to lead a comprehensive family planning program: the Nigerian Urban Reproductive Health Initiative. **Global Health: Science and Practice** 2(4): 427-443.

Documents cités

- Alaii J.A., W.A. Hawley, M.S. Kolczak, F.O. ter Kuile, J.E. Gimnig, J.M. Vulule, A. Odhacha, A.J. Oloo, B.L. Nahlen, and P.A. Phillips-Howard. 2003. Factors affecting use of permethrin-treated bed nets during a randomized controlled trial in western Kenya. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene** 68(suppl 4): 137-141.
- Atkinson J., A. Bobogare, L. Fitzgerald, L. Boaz, B. Appleyard, H. Toaliu, and A. Valley. 2009. A qualitative study on the acceptability and preference of three types of long-lasting insecticide-treated bed nets in Solomon Islands: implications for malaria elimination. **Malaria Journal** 8: 119.
- Bauch J.A., J.J. Gu, M. Msellem, A. Mårtensson, A.S. Ali, R. Gosling, and K.A. Baltzell. 2013. Perception of malaria risk in a setting of reduced malaria transmission: a qualitative study in Zanzibar. **Malaria Journal** 12: 75.
- Baume C.A., R. Reithinger, and S. Woldehanna. 2009. Factors associated with use and non-use of mosquito nets owned in Oromia and Amhara regional states, Ethiopia. **Malaria Journal** 8: 264.
- Beer N., A.S. Ali, H. Eskilsson, A. Jansson, F.M. Abdul-Kadir, G. Rotllant-Estelrich, A.K. Abass, F. Wabwire-Mangen, A. Björkman, and K. Källander. 2012. A qualitative study on caretakers' perceived need of bed-nets after reduced malaria transmission in Zanzibar, Tanzania. **BMC Public Health** 12: 606.
- Boulay M., M. Lynch, and H. Koenker. 2014. Comparing two approaches for estimating the causal effect of behaviour-change communication messages promoting insecticide-treated bed nets: an analysis of the 2010 Zambia malaria indicator survey. **Malaria Journal** 13: 342.
- Bowen H.L. 2013. Impact of a mass media campaign on bed net use in Cameroon. **Malaria Journal** 12: 36.
- Cundill B., H. Mbakilwa, C.I.R. Chandler, G. Mtove, F. Mtei, A. Willetts, E. Foster, F. Muro, R. Mwinyishehe, R. Mandike, R. Olomi, C.J.M. Whitty, and H. Reyburn. 2015. Prescriber and patient-oriented behavioural interventions to improve use of malaria rapid diagnostic tests in Tanzania: facility-based cluster randomised trial. **BMC Medicine** 13(1): 118.
- Gies S., S.O. Coulibaly, C. Ky, F.T. Ouattara, B.J. Brabin, and U. D'Alessandro. 2009. Community-based promotional campaign to improve uptake of intermittent preventive antimalarial treatment in pregnancy in Burkina Faso. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene** 80(3): 460-469.

- Hill J., J. Hoyt, A.M. van Eijk, L. D’Mello-Guyett, F.O. Ter Kuile, R. Steketee, H. Smith, and J. Webster. 2013. Factors affecting the delivery, access, and use of interventions to prevent malaria in pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 10(7): e1001488.
- Kaufman M.R., D. Rweyemamu, H. Koenker, and J. Macha. 2012. “My children and I will no longer suffer from malaria”: a qualitative study of the acceptance and rejection of indoor residual spraying to prevent malaria in Tanzania. *Malaria Journal* 11: 220.
- Keating J., P. Hutchinson, J.M. Miller, A. Bennett, D.A. Larsen, B. Hamainza, C. Changufu, N. Shiliya, and T.P. Eisele. 2012. A quasi-experimental evaluation of an interpersonal communication intervention to increase insecticide-treated net use among children in Zambia. *Malaria Journal* 11: 313.
- Kilian A., H. Lawford, C.N. Ujuju, T.A. Abeku, E. Nwokolo, F. Okoh, and E. Baba. 2016. The impact of behaviour change communication on the use of insecticide treated nets: a secondary analysis of ten post-campaign surveys from Nigeria. *Malaria Journal* 15: 422.
- Koenker H., A. Kilian, G. Hunter, A. Acosta, L. Scandurra, B. Fagbemi, E.O. Onyefunafua, M. Fotheringham, and M. Lynch. 2015. Impact of a behaviour change intervention on long-lasting insecticidal net care and repair behaviour and net condition in Nasarawa State, Nigeria. *Malaria Journal* 14: 18.
- Lover A.A., B.A. Sutton, A.J. Asy, and A. Wilder-Smith. 2011. An exploratory study of treated-bed nets in Timor-Leste: patterns of intended and alternative usage. *Malaria Journal* 10: 199.
- Panter-Brick C., S.E. Clarke, H. Lomas, M. Pinder, and S.W. Lindsay. 2006. Culturally compelling strategies for behaviour change: a social ecology model and case study in malaria prevention. *Social Science & Medicine* 62(11): 2810-2825.
- Pulford J., I. Mueller, P.M. Siba, and M.W. Hetzel. 2012. Malaria case management in Papua New Guinea prior to the introduction of a revised treatment protocol. *Malaria Journal* 11: 157.
- Russell C.L., A. Sallau, E. Emukah, P.M. Graves, G.S. Noland, J.M. Ngondi, M. Ozaki, L. Nwankwo, E. Miri, D.A. McFarland, F.O. Richards, and A.E. Patterson. 2015. Determinants of bed net use in Southeast Nigeria following mass distribution of LLINs: implications for social behavior change interventions. *PLoS ONE* 10(10): e0139447.
- Scandurra L., A. Acosta, H. Koenker, D.M. Kibuuka, and S. Harvey. 2014. “It is about how the net looks”: a qualitative study of perceptions and practices related to mosquito net care and repair in two districts in eastern Uganda. *Malaria Journal* 13: 504.
- Strachan C.E., A. Nuwa, D. Muhangi, A.P. Okui, M.E. Helinski, and J.K. Tibenderana. 2016. What drives the consistent use of long-lasting insecticidal nets over time? A multi-method qualitative study in mid-western Uganda. *Malaria Journal* 15: 44.
- Wijesinghe R.S., J.M. Atkinson, A. Bobogare, L. Wini, and M. Whittaker. 2011. Exploring provider and community responses to the new malaria diagnostic and treatment regime in Solomon Islands. *Malaria Journal* 10: 3.

Copyright © 2017 Roll Back Malaria Partnership

The Roll Back Malaria Partnership (RBM) is the global framework for coordinated action against malaria. Founded in 1998 by the United Nations Children's Fund (UNICEF), the World Health Organization (WHO), the United Nations Development Programme (UNDP), and the World Bank, and strengthened by the expertise, resources, and commitment of more than 500 partner organizations, RBM is a public-private partnership that facilitates the incubation of new ideas, lends support to innovative approaches, promotes high-level political commitment, and keeps malaria high on the global agenda by enabling, harmonizing, and amplifying partner-driven advocacy initiatives. RBM provides policy guidance and secures financial and technical support for control efforts in countries and monitors progress toward universal goals.

The geographical designations employed in this publication do not represent or imply any opinion or judgment on the part of RBM on the legal status of any country, territory, city, or area, on its governmental or state authorities, or on the delimitation of its frontiers. The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by RBM in preference to others of a similar nature that are not mentioned or represented. This document may be freely reviewed, quoted, reproduced, and translated, in part or in full, provided that the source is acknowledged.

The authors are grateful to the organizations and photographers who granted permission for their photos to be used in this publication. Photo credits are on the inside back cover. Permission to reproduce any of these photos can only be granted by the original owners. For questions and comments, contact: Angela Acosta (angela.acosta@jhu.edu), Jessica Butts (jbutts@cdc.gov), and Mariam Nabukenya Wamala (nabukem@yahoo.com).

Suggested citation: RBM Partnership to End Malaria. 2017. *Malaria Social and Behavior Change Communication Indicator Reference Guide: Second Edition*. Venier, Switzerland: RBM

Acknowledgements

This guide is a product of concerted collaboration among many malaria social and behavior change communication (SBCC) partners. Contributors to the first edition (February 2014) included Hannah Koenker, Jessica Butts, Angela Acosta, Martin Alilio, Marc Boulay, Debra Prosnitz, Hibist Astatke, Susan Zimicki, Joe Keating, and Janita Bhana.

The second edition was developed by Angela Acosta, Jessica Butts, Janita Bhana, Hannah Koenker, Marcy Erskine, Sandrine Martine, Stella Babalola, Andrew Tompsett, Grace Awantang, Matthew Okoh, Anisa Saleh, Anna McCartney-Melstad, Naira Kalra, and Farah Ndiaye.

We are extremely grateful to all the individuals who contributed valuable technical advice and feedback. They helped ensure that the guide reflects the community's current thinking. They represented:

- Abt Associates
- American Refugee Committee International
- Chemonics
- Family Health International 360
- ICF International
- International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies
- Johns Hopkins Center for Communication Programs
- Malaria Consortium
- Malaria No More
- Manoff Group
- Population Services International
- President's Malaria Initiative
- Society for Family Health
- Speak Up Africa
- Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine
- United Nations Children's Fund
- National malaria control program representatives from several countries, including Burkina Faso, Madagascar, Malawi, Nigeria, Sierra Leone, and Zambia.

This guide was made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID) and President's Malaria Initiative under the terms of USAID/Johns Hopkins University Cooperative Agreement No. GHS-A-00-09-00014-00 (NetWorks Project), AID-OAA-A-14-00057 (VectorWorks Project), and AID-OAA-A-12-00058 (Health Communication Capacity Collaborative Project). The contents are the responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of USAID, the United States government, or the Johns Hopkins University.

Contents

Acknowledgements.....	iii
Contents.....	iv
Acronyms.....	ix
Introduction.....	1
Summary List of Priority Indicators.....	4
Part 1: Guidance on Selecting and Monitoring Indicators.....	9
Framework for Monitoring and Evaluating Malaria SBCC Programs.....	10
Selecting and Adapting Indicators.....	12
Data Sources.....	17
Gender.....	23
Part 2: Priority Indicators.....	25
Indicator Reference Sheets.....	26
Recall.....	26
Knowledge.....	28
Risk and Efficacy.....	30
Norms.....	36
Attitudes.....	38
Behaviors.....	39
Program Outputs.....	44
Part 3: Annexes.....	50
Annex 1: Theories of Communication and Behavior Change.....	51
Annex 2: Checklist for Reporting on Malaria SBCC Evaluations.....	59
Annex 3: Survey Questions and Measurement Methods.....	60
Annex 4: Case Studies for Choosing and Adapting Indicators and Questions.....	84
Case Study 1: Selecting Indicators Based on the Program's Stage.....	84
Case Study 2: Adapting Indicators and Questions to Seasonal Malaria Chemoprevention.....	86
Annex 5: References.....	88

Acronyms

ACT	Artemisinin-based combination therapy
ANC	Antenatal care
CCP	Johns Hopkins Center for Communication Programs
DHS	Demographic and Health Survey
EPPM	Extended Parallel Processing Model
HMIS	Health management information system
IPTp	Intermittent preventive therapy of malaria in pregnancy
IRS	Indoor residual spraying
IST	Intermittent screening and treatment
ITN	Insecticide-treated net
KAP	Knowledge, attitudes, and practices
LMIS	logistics management information system
M&E	monitoring and evaluation
MDA	Mass drug administration
MERG	Monitoring and Evaluation Reference Group
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MIS	Malaria Indicator Survey
RBM	Roll Back Malaria Partnership
RDT	Rapid diagnostic test
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SBCC	Social and behavior change communication
SMC	Seasonal malaria chemoprevention
SP	Sulfadoxine-pyrimethamine
SPA	Service Provision Assessment
SUA	Speak Up Africa
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

Introduction

Malaria funding has increased exponentially over the past 15 years and many countries are rapidly scaling up malaria control activities to meet ambitious global objectives. Social and behavior change communication (SBCC) has been a critical component of effective malaria control strategies. Despite its important role, however, robust monitoring and evaluation (M&E) of SBCC programs has been challenging. One of the major barriers is a lack of clarity about appropriate indicators.

Background

In 2011, 15 organizations initiated the effort to develop standard malaria SBCC indicators by sharing their survey tools. In 2012, an expert committee grouped the indicators into themes and compared them to the SBCC indicators in the **Family Planning and Reproductive Health Online Indicators Database**¹ and the **Household Survey Indicators for Malaria Control**².

The RBM SBCC Working Group released the first edition of the **Malaria SBCC Indicator Reference Guide** in 2014. Over the next three years, the working group actively sought feedback on the guide from its members. Members conferred on changes during in-person meetings in Baltimore, Maryland, USA, and at the annual meeting in Dakar, Senegal, in 2016. The expert committee, which eventually became the M&E Task Force, drafted both editions of the indicator guide.

What's New in the Second Edition

The second edition offers:

- A more streamlined set of priority indicators with less emphasis on experimental indicators.
- Inclusion of health providers as a target audience.
- Consideration of data sources beyond national household surveys.
- Additional guidance on how to select and prioritize indicators for different purposes—specifically, programmatic design, implementation, and evaluation.
- Additional guidance and examples on data use and interpretation.
- A more user-friendly layout—key resources, such as survey questions and theories, are now in the annexes.

Objectives

This guide provides program staff, government personnel and donors with a set of priority indicators for tracking the results of malaria SBCC programs. It aims to:

- Compile indicators that stakeholders have found useful.
- Define these indicators so they can be used consistently.
- Facilitate SBCC M&E by making indicators and survey questions available in one place.
- Provide examples and suggestions for choosing indicators, tailoring them for local contexts, and using them at different stages of a program cycle.

Intended Audience

This guide was developed for several groups:

- SBCC and M&E officers at national malaria control programs.
- Managers and staff at organizations responsible for implementing SBCC activities.
- Researchers and M&E staff tasked with assessing the progress and achievements of SBCC programs.
- Representatives of donor agencies.

How to Use the Guide

Readers can use the guide to:

- Select indicators for M&E plans and funding proposals.
- Collect data to inform the development of an SBCC activity.
- Communicate the goals of an SBCC activity to stakeholders.
- Monitor intermediate outcomes in order to modify programs for maximum impact and share those results.
- Collect data to assess the outcomes of the program.
- Compare results over time and across programs.

Organization

The guide is organized in three parts:

- **Part 1** introduces the M&E Framework and provides broad guidance on selecting indicators and data sources, as well as gender considerations.
- **Part 2** provides details on each of the 17 priority indicators. The indicators fall into several categories: recall, knowledge, risk and efficacy, norms, attitudes, behaviors, and program outputs. Each indicator reference sheet contains detailed information on the indicator's purpose, definition (including numerator and denominator), disaggregation, data use and interpretation, and strengths and limitations. Like the RBM MERG's household survey indicators guide, this guide suggests additional indicators related to the priority indicators that may be of interest to programs. Results on these indicators can be obtained by conducting sub-analyses on the priority indicators or by collecting additional data.
- **Part 3** consists of annexes that include a discussion on how the selected indicators and theories of behavior change can be used to understand how SBCC activities work, a checklist for reporting on the quality of the malaria SBCC activity and its results, and survey questions that can be used to measure the indicators.

Limitations

This guide does not represent an exhaustive list of all malaria SBCC indicators. Instead, it recommends indicators that programs are likely to find most useful and suggests how these indicators can be adapted to specific interventions, such as seasonal malaria chemoprevention; audiences, such as seasonal workers; and epidemiological contexts, such as epidemics.

¹ MEASURE Evaluation 2017

² RBM Monitoring and Evaluation Reference Group 2013

There are other indicators that may be useful in planning or assessing an SBCC activity that this guide does not directly address. Specifically, the authors of this guide recognize that health provider behaviors—and factors that influence those behaviors—play a critical role in malaria prevention and treatment. While this guide considers health providers as a target audience for which behaviors and behavioral factors can be measured, further guidance is needed on the best approaches to measure health provider behaviors, namely for adherence to national guidelines for case management and prevention of malaria in pregnancy. Developing this health provider guidance is outside the scope of the current version of this document. Readers may wish to consult malaria health facility surveys (including the Service Provision Assessment [SPA], available on the Demographic and Health Survey (DHS) program website), the RBM SBCC M&E Task Force, or the RBM MERG for further guidance on this topic.

This guide does not include some indicators that may influence uptake of certain behaviors:

- Satisfaction with health services
- Availability of malaria commodities, such as drugs and tests and access, to services
- Media access and preferences
- Community participation, leadership, social cohesion, and collective self-efficacy

Since these measures may be important in understanding the target audience's behaviors, users are advised to triangulate data from other sources as much as possible.

Where to send comments or questions

We welcome your feedback on this document. Comments from users have made this a better resource for the malaria SBCC community. Please send thoughts and suggestions to the M&E task force co-chairs: Angela Acosta (angela.acosta@jhu.edu), Jessie Butts (jbutts@cdc.gov), and Mariam Nabukenya Wamala (nabukem@yahoo.com).

Summary List of Priority Indicators

This indicator guide contains 17 priority indicators divided into the following categories: recall, knowledge, risk and efficacy, norms, attitudes, behavior, and program outputs.

Some indicators include sub-indicators (called additional indicators below), which can be ascertained through additional questions or sub-analyses.

Recall

1. Proportion of people who recall hearing or seeing any malaria messages within the last six months

- Additional indicator 1.1. Proportion of people who recall hearing or seeing specific malaria messages
- Additional indicator 1.2. Proportion of people who recall hearing or seeing a message through communication channel "X" (reported by each specific communication channel)

Data sources

DHS, Malaria Indicator Survey (MIS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS); other community surveys; health facility surveys, if adapted to providers

Uses

Assess the reach of general SBCC activities or a specific campaign

Knowledge

2. Proportion of people who name mosquitoes as the cause of malaria

- Additional indicator 2.1. Proportion of people who name only mosquitoes as the cause of malaria

3. Proportion of people who know the main symptom of malaria is fever

- Additional indicator 3.1. Proportion of people who know the danger signs and symptoms of severe malaria

4. Proportion of providers who know the only way to accurately diagnose malaria is with a test (rapid diagnostic test [RDT] or microscopy)

5. Proportion of people who know the treatment for malaria

6. Proportion of people who know proven preventive measures for malaria

- Additional indicator 6.1. Proportion of people with misconceptions about effective malaria prevention practices
- Additional indicator 6.2. Proportion of people who are aware that IPTp is a way to protect a mother and her baby from malaria during pregnancy

- Additional indicator 6.3. Proportion of providers who know the national guidelines for IPTp dosing (timing and frequency)

Data sources

DHS, MIS, MICS; other community surveys for indicators 2, 3, 5, and 6; health facility surveys for indicator 4, and other indicators adapted to providers

Uses

- Formative research to inform the design of SBCC activities
- Audience monitoring and evaluation if knowledge was targeted for the intervention

The indicators in this section can be adapted to specific target audiences, such as pregnant women, as well as more specific types of knowledge, such as health provider knowledge of IPTp dosing schedule. The adaptation of indicators may require different data collection approaches.

Risk and Efficacy

7. Proportion of people who perceive they are at risk from malaria (perceived susceptibility)

8. Proportion of people who feel that consequences of malaria are serious (perceived severity)

9. Proportion of people who believe that the recommended practice or product will reduce their risk (response efficacy)

10. Proportion of people who are confident in their ability to perform a specific malaria-related behavior (self-efficacy)

Data sources

DHS, MIS, MICS (on a country-by-country basis); other community surveys; focus group discussions or other qualitative research; health facility surveys if adapted to providers

Uses

- Formative research to inform the design of SBCC activities may also help identify reasons for non-adoption of certain behaviors among the target population, such as barriers to net use or reasons for health providers not using RDTs
- Audience monitoring and evaluation if risk/efficacy were targeted for the intervention
- The indicators in this section can be adapted to specific target audiences, such as caregivers, and must be adapted to a specific product, service, or behavior.

Norms

11. Proportion of people who believe the majority of their friends and community members currently practice the behavior

Data sources

HS, MIS, MICS (on a country-by-country basis); other community surveys; focus group discussions or other qualitative research

Uses

- Formative research to inform the design of SBCC activities may also help identify reasons for non-adoption of certain behaviors among the target population
- Audience monitoring and evaluation if norms/attitudes were targeted for the intervention
- This indicator can be adapted to specific target audiences, such as health providers, and must be adapted to a specific product, service, or behavior.

Attitudes

12. Proportion of people with a favorable attitude toward the product, service, or behavior

Data sources

DHS, MIS, MICS (on a country-by-country basis); other community surveys; focus group discussions or other qualitative research

Uses

- Formative research to inform the design of SBCC activities may also help identify reasons for non-adoption of certain behaviors among the target population
- Audience monitoring and evaluation if norms and attitudes were targeted for the intervention

This indicator can be adapted to specific target audiences, such as health providers, and must be adapted to a specific product, service, or behavior.

Behavior

13. Proportion of people who practice the recommended behavior

Beneficiary behaviors

- Sleep under ITNs: Proportion of population that slept under an ITN the previous night
- Additional indicator 13.1. ITN use-to-access ratio. The proportion of the population using nets, among those people who have access to one within their household
- Attend antenatal care (ANC) early and throughout pregnancy: Proportion of women who attended at least one, two, and three ANC visits during last pregnancy
- Seek care for fever: Proportion of children under five years old with fever in the last two weeks for whom advice or treatment was sought the same or next day following the onset of fever

Data sources

DHS, MIS, MICS; other community surveys

Provider behaviors

- Provide IPTp per national guidelines: Proportion of pregnant women at ANC who received IPTp according to national guidelines
- Provide malaria case management per national guidelines (testing and treatment)
- Proportion of fever cases receiving a malaria diagnostic test
- Proportion of tested cases treated/not treated according to test results

Data sources

Health facility survey, ANC register review

Note: Proxy indicators for these provider behaviors may be obtained from household surveys such as the DHS, MIS, and MICS. These include:

- Proportion of women who received three or more doses of IPTp during ANC visits during their last pregnancy
- Proportion of children under five years old with fever in the last two weeks who had a finger or heel stick
- Proportion receiving an artemisinin-based combination therapy (ACT) among children under five years old with fever in the last two weeks who received any antimalarial drugs

Uses

- Formative research to identify the priority/problem behavior
- Evaluation to determine if SBCC activity contributed to measured change in behavior

It is important to triangulate this data with data measuring access to and availability of the product or service, such as net access or commodity availability.

Measuring beneficiary and health provider behaviors separately will help determine the extent to which low IPTp uptake, testing, and/or ACT treatment rates may be due to health provider performance compared to care-seeking behavior or availability of commodities.

Program Outputs

1. Number of materials produced
2. Number of people reached
3. Number of SBCC activities carried out
4. Number of people trained

Data sources

Activity reports, such as media monitoring reports, broadcast certificates, community mobilization activity reports, training reports, ICT reports, or dashboards

Uses

Informs managers whether activities are being completed as planned. This information in evaluation reports informs readers of the scale and intensity of the program, helping them gauge the quality of the intervention being assessed. Always report a target—for example, as a denominator—to provide context

Part 1: Guidance on Selecting and Monitoring Indicators

Framework for Monitoring and Evaluating Malaria SBCC Programs

Monitoring and evaluation frameworks summarize how programs are supposed to work. They are helpful for thinking through programmatic objectives and understanding whether the planned activities and strategies are the most appropriate ones to use.

The framework in Figure 1 illustrates how SBCC activities influence behavior change. It shows the pathways through which program outputs influence outcomes at multiple levels and can contribute to health impacts. Notably, the framework provides a list of indicators for each step in the process. This framework shows how effective SBCC requires that messages reach the target audience, that those messages influence how people think or feel about malaria, and, finally, that they adopt behaviors that will protect them from malaria. Using the framework language, we focus on SBCC activity outputs to realize intermediate outcomes; these in turn influence behavioral outcomes, which ultimately lead to health impact—decreased malaria burden.

The framework groups indicators by result levels:

- **Program Outputs.** These indicators reflect the number of SBCC activities completed. They indicate whether results are sufficient to reach and resonate with the target population.
- **Intermediate Outcomes.** The indicators at this level assess the direct effect of SBCC activities on audiences. Decades of research in HIV/AIDS, family planning, and malaria have shown that knowledge is not the only determinant of behavior. Perception of risk, response efficacy, self-efficacy, norms, and attitudes are also associated with an increased likelihood of behavior change.³
- **Behavioral Outcomes.** Over time, increased exposure to SBCC activities and changes in the intermediate outcomes may lead to a greater proportion of the population practicing the desired malaria-related behaviors.
- **Health Impact.** SBCC activities can contribute to a reduction in malaria-related morbidity and mortality by reaching general and target populations and influencing their knowledge, attitudes, and behaviors.
- An **Enabling Environment** is necessary to support SBCC activities. An enabling environment is characterized by policies promoting healthy malaria-related behaviors, the availability of and access to commodities, and a strong infrastructure for health service delivery. Programs should assess whether low uptake of a behavior is due to attitudinal factors, limited access to commodities, service delivery issues, or policy barriers. While this guide does not provide indicators for all of these issues, interested users can adapt indicators from the [Family Planning and Reproductive](#)

[Health Online Indicators Database.](#)

Selecting and Adapting Indicators

This guide provides a list of recommended SBCC indicators for malaria programs to consider when planning behavior change activities. The authors do not suggest that program planners automatically adopt all indicators; instead, program planners should choose the indicators and questions most relevant for their needs.

In this section, we present recommendations for selecting indicators for specific program needs, tips for adapting indicators for different contexts or behaviors, and suggestions for selecting questions for different data sources.

Selecting Indicators Based on Program Needs

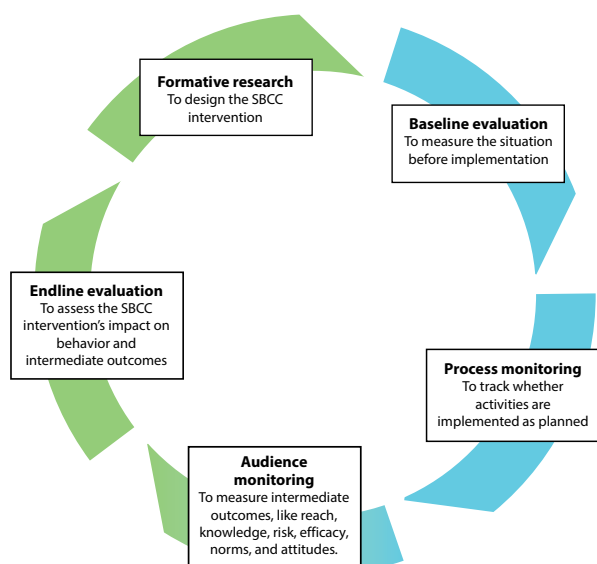
Figure 2 identifies and summarizes each of the different M&E stages during the life of a program. Certain indicators are more relevant at specific stages.

Formative research

In the initial stage of designing an SBCC activity, more data are needed for exploratory analyses than will be needed later for M&E of specific program activities. Relevant indicators include those measuring behaviors as well as those that measure potential influencers of behavior change: knowledge, perceived risk and severity, self-efficacy, response efficacy, norms, and attitudes.

If relevant, indicators for both beneficiaries and providers should be considered at this stage. Ideally, these indicators will be complemented by other data, such as access to services and commodities, demographic information about the target population, media habits, and qualitative data that could provide more in-depth information on why people behave or feel a certain way. Triangulating data on behaviors with data on access and availability of key commodities will help determine whether an SBCC activity is likely to have an impact on behavior change, or whether efforts to improve other aspects of the service delivery environment—such as commodity management or reporting—need to be part of the broader program as well.

³ Alaii 2003; Panter-Brick 2006; Baume 2009; Atkinson 2009; Gies 2009; Lover 2011; Wijesinghe 2011; Pulford 2012; Beer 2012; Keating 2012; Kaufman 2012; Bowen 2013; Koenker 2013; Bauch 2013; Hill 2013; Diala 2013; Boene 2014; Boulay 2014; Koenker 2013; Russell 2015; Cundill 2015; Strachan 2016; & Kilian 2016.

Figure 2. Monitoring and Evaluation Needs During the Life of a Program

Formative research should start with existing data sources and may include large household surveys, such as the DHS, MIS, and MICS; smaller community surveys; knowledge, attitudes, and practices (KAP) surveys; health facility surveys; and even routine health information systems (RHIS), including the health management information system (HMIS). Additional formative data collection activities may be needed to fill gaps in knowledge. For example, if care seeking for fever is identified as a “problem” behavior, but existing data sources do not address what the barriers are, a targeted household survey may be needed. Qualitative data, including focus group discussions and/or key informant interviews, can also be useful to complement quantitative data. Data on the availability of products and services may be available in household surveys, health facility surveys, program data, and logistics management information systems (LMIS).

Baseline evaluation

After gathering this wide range of information for formative research, programs can develop a strategy based on what they identify as the priority/problem behavior(s); the key behavioral determinants to be addressed by the program, such as knowledge, perceived risk and severity, self-efficacy, response efficacy, norms, and attitudes; and the most appropriate communication approaches to reach the intended audience. The resulting strategy will articulate the SBCC program’s behavioral objectives (the behavior targeted for SBCC), communication objectives (the behavioral factors identified as influencing behavior uptake), key messages, communication channels, and activities.

The behavioral and communication objectives then inform selection of the outcome indicators for evaluation. Baseline data may already be available from formative research. The outcome indicators chosen at this stage will be the same indicators used for endline evaluation. Data on recall should also be collected. Measuring recall at baseline can help explain why rates of certain behaviors are low, what other malaria SBCC activities being conducted by other partners in nearby areas, and to what extent self-reported behaviors are accurate, rather than desired or exaggerated (social desirability bias).

Data sources may include (alone or in combination): large national household surveys, smaller community surveys, health facility surveys, exit interviews, and potentially routine health information systems.

Process monitoring

Data should be collected and analyzed throughout program implementation to ensure activities are being implemented as planned, according to the strategy. Indicators relevant for process monitoring, also known as outputs, include the number of materials produced, number of people reached, number of SBCC activities carried out, and the number of people trained.

Data sources for process monitoring generally include project or activity reports, supervision reports, and media monitoring reports. Data should ideally be reviewed and discussed with the entire SBCC activity team at least every two or three months in order to address issues and adjust activities in a timely way.

While output-level data are useful for managing programs, they do not provide information on the effect of SBCC activities.

Audience monitoring

Since evaluations occur periodically, often every two to five years, audience monitoring can help managers see whether the desired changes are starting to occur in the target population. Audience monitoring, also known as outcome monitoring, allows programs to make a stronger case for the continuation of support for SBCC activities and provides evidence for adjustments and reprogramming, if necessary.

The most important audience-monitoring indicator is audience recall of malaria messages. Additional audience-monitoring indicators should include the target behaviors and the behavioral factors—knowledge, perceived risk and severity, self-efficacy, response efficacy, norms, and attitudes. These are the same indicators measured at baseline and endline. As with the process monitoring indicators, programs can use this information to adjust activities mid-stream.

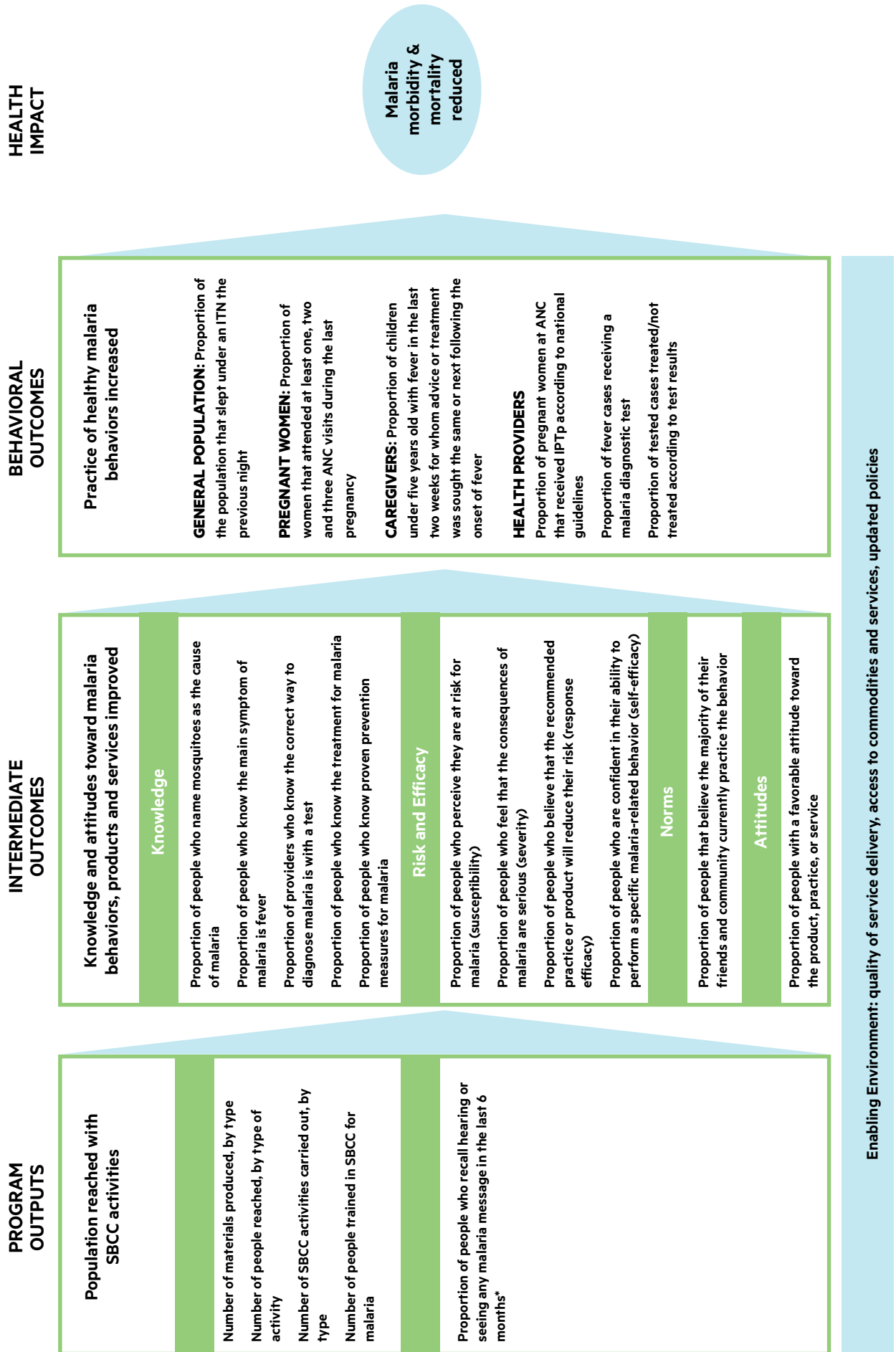
Rapid surveys, omnibus surveys, or exit interviews from, for example, an event or health facility visit, can provide data for audience monitoring. If sufficient data resources are available, a midline evaluation survey can also be implemented.

Endline evaluation

Indicators used for the baseline survey and audience monitoring, if applicable, should be used again for the endline survey. This allows evaluators to assess changes in behavior and behavioral factors—knowledge, perceived risk and severity, self-efficacy, response efficacy, norms, and attitudes—in the target audience (Box 1). Collecting data on recall is necessary to demonstrate that any measured changes may have been in response to SBCC activities.

The main data sources for endline evaluation should be consistent with baseline data collection and, again, may include large national household surveys, smaller community surveys, health facility surveys, exit interviews, and routine health information systems. Qualitative data collection, such as interviews and focus groups, will provide additional explanatory context to results—including why something may or may not have worked—and will help inform future interventions.

Figure 1. Framework Linking SBCC Activities to Behavioral Outcomes and Health Impact



Box 1. A note on evaluating impact:

While program managers want to definitively measure the impact of SBCC activities on identified behaviors, it is difficult to attribute specific SBCC activities to measurable changes in behavior. Changes in behavior may take time and the methods required to quantitatively isolate the effects of SBCC on behavior change often require a high level of statistical capacity as well as financial resources. This should not discourage programs, however. Instead, they should ensure that SBCC M&E plans include recall and intermediate outcomes—changes in knowledge, perceived risk and severity, self-efficacy, response efficacy, norms, and attitudes—as these outcomes can all be measured, both as intervention monitoring to gauge how SBCC activities are received and to adjust programs as needed, as well as to evaluate whether programs had the desired impact on the target population.

Process and audience monitoring data should be made available to evaluators. This allows them to track the sequence of results and identify weaknesses and strengths in the program. Including an appropriate control or comparison group in the evaluation design further strengthens evidence that SBCC contributed to measured changes.

Adapting Indicators

While this guide helps facilitate the standardization and comparison of indicators across countries, countries should adapt indicators to their specific context and needs rather than promoting a “one-size-fits all” approach.

As malaria epidemiology shifts in countries—due to gains in malaria control and environmental factors, among others—SBCC activities will need to adapt to these changing contexts. New interventions and behaviors will become relevant, target audiences may shift, and other behavioral factors, such as risk perception, may become more important. The indicators in this guide can be adapted to the following interventions:

- Seasonal malaria chemoprevention (SMC)
- Larviciding
- Intermittent screening and treatment (IST)
- Mass drug administration (MDA)—uptake and effectiveness
- Outbreak response
- Passive and active case detection
- Other ITN behaviors—outdoor sleeping, ITN care and repair, and ITN purchasing

If these interventions are pertinent to a country’s malaria context, the indicators in this guide can be adapted to measure the uptake of the relevant behaviors as well as the related behavioral factors, such as efficacy and attitudes.

Similarly, many of the indicators can be adapted to other audiences, such as health providers and mobile populations. Information on the determinants of provider’s behaviors can be obtained by adapting the indicators on risk, efficacy, norms, and attitudes.

Understanding for example, the extent to which providers believe that sulfadoxine-pyrimethamine (SP) is effective for malaria prevention in pregnant women, the presentation of certain symptoms is more accurate than an RDT in diagnosing malaria, or how malaria susceptibility and severity changes as an area transitions from high or medium to low transmission could be useful in developing SBCC activities targeting providers.

It is useful to assess how results from these SBCC indicators change over the years so that SBCC activities can be adjusted to best address changing behaviors and perceptions. For example, it is important to understand how risk perception changes as transmission declines and how this may impact behaviors like ITN use or malaria case management services provided by health providers.

For indicators that have been adapted, countries should document the revised indicator definitions and methods of measurement. This will help ensure the data is consistently collected and the results are correctly interpreted, particularly for comparisons with other countries or programs.

Generally, it is more useful to track the same locally specific indicators over time than to use identical, but hard to interpret, indicators across countries. Adapting indicators can also increase local ownership and capacity in the M&E of malaria SBCC.⁴

See Annex 4 for case studies on choosing or adapting indicators and questions based on the M&E stage and type of intervention.

Selecting Questions and Indicators for Specific Data Sources

See the next section on Selecting Data Sources for guidance on selecting indicators for DHS, MIS, MICS, KAP surveys, and other data sources.

Data Sources

The data used for measuring indicators in this guide can come from various sources, as summarized in the Summary List of Indicators. Each data source will be **more** or **less** relevant depending upon the behavior of interest and target audience, and each has its strengths and limitations.

This guide recommends using multiple data sources for a comprehensive understanding of malaria-related behaviors. Selection of appropriate sources is driven by:

- 1. Who and what you are measuring:** For example, if health providers are the target population, health facility-based data collection will be needed. If net-use behaviors are targeted, household- or community-based data collection is more relevant.
- 2. Geographic scope:** For a national or regional SBCC activity, adding questions to a national-level survey like the DHS or MIS may be ideal if the timing is right for baseline/endline. For interventions focused on a smaller geographic area, DHS or MIS surveys will likely not provide enough data for their target area for the results to have enough statistical power. More locally focused data sources will need to be used instead.

⁴ MEASURE Evaluation 2017.

- 3. Available resources:** If resources are limited, programs should consider using smaller rapid surveys, adding questions to existing surveys, or exploring use of routine data collection sources, such as HMIS.

Triangulating data sources is ideal and can provide programs with valuable context. For example, programs may wish to review survey results on SBCC indicators while at the same time looking at HMIS service delivery data and program activity reports. By examining them together, programs can better understand the context and factors that may have influenced the results seen.

Household Surveys: DHS, MIS, and MICS

The core modules for the DHS and MIS already measure recall and behaviors. There is one question for recall of any malaria SBCC messages, as well as a question on where the respondent saw or hear the message. There are also several questions to measure behaviors—net use, ANC attendance, IPTp, care seeking, testing, and treatment with ACTs. These indicators/results should be used for formative research and evaluation whenever they are available.

The ability to add SBCC indicators and questions to the MIS and DHS varies from country to country. Some countries are able to add many questions, while others can only add one or two, depending on the overall number of questions in the survey and the buy-in or interest in SBCC among stakeholders. If countries can add only one or two SBCC questions to the DHS or MIS, adding question 103 - what specific malaria messages the person recalled (net use, IPTp, or testing) - may be the useful option.

Including a question about exposure to specific malaria messages enables programs to assess the reach of recent efforts, which is the first prerequisite to demonstrating impact.

Each indicator for intermediate outcomes (perceptions of risk, norms, attitudes, and knowledge) require many questions, which makes it challenging for countries to include these indicators in MIS and DHS surveys. Although we conducted an analysis to see if the number of questions could be further reduced for this edition of the guide, the questions that were predictive of behavior change differed from country to country.

Therefore, choosing questions for intermediate outcome indicators for the DHS, MIS, and MICS should be made on a country-by-country basis using available evidence, such as from KAP surveys or qualitative research, on the most likely determinants of behavior and the survey questions that are the best measure for that determinant in that context. We encourage programs and countries to conduct a literature review before prioritizing additional questions for the DHS, MIS, and MICS. Collecting data on the remaining/full list of intermediate outcome indicator questions is usually more feasible with a KAP survey.

Advantages

Using large population-based household surveys to capture SBCC indicators offers countries the benefit of a standardized robust survey instrument that is nationally representative—and usually representative at the next subnational administrative unit, such as a region, state, or county. Household surveys provide valuable data on the status of most behaviors and on access to products and services, such as ITNs and ANC attendance. They are usually implemented

every two to three years so the timing of data collection is, for the most part, predictable.

Limitations

Although some of the indicators in this guide are already standard in these surveys, particularly recall and basic malaria-related behaviors, many, such as risk perception and self-efficacy, are not. Adding questions to large population-based household surveys requires early planning and negotiation, and related costs and logistics should be taken into consideration, such as increased sample size, special training of interviewers, and length of questionnaire.

Large national-level surveys typically cannot provide the subnational estimates required to measure outcomes of a specific SBCC activity targeted to a limited geographic area or to a specific target population. They are also limited in their ability to measure indicators on health service provision (e.g., health service provider knowledge, attitudes, and adherence to guidelines) and to assess the behaviors and behavioral factors among populations of special interest, such as mobile groups.

While it makes sense to take advantage of planned data collection activities like an MIS, they may not be flexible enough to meet all SBCC data needs. A literature review can clearly define these needs before advocating for inclusion of additional SBCC questions in these types of surveys.

Knowledge, Attitude, and Practice Surveys

Advantages

A community-based or household KAP survey will offer greater flexibility and control over what questions are asked and to whom. For example, KAP surveys allow programs to interview caregivers, pregnant women (and their partners and mothers-in-law), youth, minority groups, or a more general population in a given region. KAP surveys are typically designed to measure specific behaviors and behavioral factors for formative research or as part of a project evaluation. In fact, data collected from a KAP survey implemented as formative research may also be used for baseline data collection. KAP surveys can include questions for all SBCC indicators and more. Questions should cover recall and uptake of behaviors, and for each behavior of interest, questions for intermediate outcome indicators should be included.

Limitations

There is currently no standard global KAP survey; each country or program will need to craft or adapt questionnaires and methods for sampling, data collection, and analysis. For this reason, each KAP survey requires someone with expertise in sampling, questionnaire development, implementation, and analysis. Programs need to anticipate these needs and ensure availability of relevant human resource capacity. There may also be cost implications for implementing a separate household survey like a KAP. However, since programs can have more control over the survey instruments and methodology, these costs may be managed.

Health Facility Data Sources

Advantages

Health facility-based data collection activities have great potential for both formative research and SBCC evaluation, particularly for IPTp and case management, which are dependent on client (or caregiver) and health provider knowledge, attitudes, and behaviors. While household surveys can capture fever care seeking and ANC attendance, there are important limitations to what these surveys can tell us about patient-provider interactions; more specifically, they tell us nothing about health provider knowledge, beliefs, and attitudes related to service provision. Health facility data sources that could capture malaria SBCC indicators include health facility surveys such as the Service Available and Readiness (SARA) and Service Provision Assessment (SPA) surveys, register reviews, and HMIS.

A health facility survey is a broad term for a variety of methodologies that can capture different aspects of service provision. A health facility survey/assessment can use one or a combination of the following data collection methods:

- Patient observation
- Patient exit interviews
- Provider interviews

Health facility surveys can also provide valuable data on the availability of commodities and equipment needed for routine service provision, training and supervision of health providers, and staffing levels. An in-depth register review could be added to a health facility survey or conducted independently. Register reviews can reveal important information about how individual patients are managed at a facility; for example, ANC registers can provide details about provision of IPTp for pregnant women and routine distribution of nets.

Routine data or HMIS reports are other potential data sources that are typically accessible and readily available. Ideally, the reports will be used to complement other health facility-based data sources for formative research, monitoring, and even evaluation. Other types of routine data may include LMIS and Outreach Training and Support Supervision reports that may be useful for tracking the availability of commodities and delivery of IPTp and case management services.

Limitations

Methods for health facility surveys designed to assess health provider behaviors and the factors influencing those behaviors—such as knowledge, efficacy, and attitudes—are not currently standardized at a global level.

Provider adherence to malaria case management and IPTp guidelines may be difficult to measure due to observation bias during direct observation of treatment and recall bias during patient exit interviews. Provider interview questions designed to assess behavioral factors around knowledge, risk perception, efficacy, attitudes, and norms for health providers have not been validated to the extent that other questions included in this guide have been.

SPA is one type of health facility survey. Malaria services are sometimes included as a module in the survey, providing an opportunity to address behavioral factors related to service provision. However, SPA surveys are typically limited to formal health facilities and may not include pharmacies and individual doctors' offices.

Caution should be taken when interpreting results from patient exit interviews in health facility surveys because respondents will be community members with the inclination, ability, and opportunity to seek and access health services, and may not be representative of the population.

While an in-depth register review may require fewer resources and logistics than a health facility survey, it can only be used to gain insight into health provider behaviors; it cannot be used to understand related factors influencing behaviors, with the possible exception of commodity availability. Registers may not accurately reveal how a patient is managed, depending upon data-recording practices at a particular facility. In addition, registers may be incomplete, illegible, or missing, particularly if the registers are not stored carefully or for more than a couple years. Laboratory data may be recorded in a separate lab register and difficult to link to outpatient registers.

HMIS data will have similar limitations to register reviews, as they only provide aggregate data that may be of uncertain quality and likely more difficult to interpret. Additional discrepancies may accumulate as data are recorded and compiled across facilities and reported up to higher levels. Again, routine data from registers and HMIS reports may not provide definitive evidence on their own of health provider behaviors, but they can be used to indicate case management, health facility ITN distribution, and IPTp uptake issues, and be combined with other data sources for a more complete picture of patient-provider interactions.

Qualitative Data

Advantages

While the indicators presented in this guide are measured through quantitative data, qualitative data—obtained from key informant interviews, focus groups, and observations—also play an important role. Qualitative data provide rich contextual information investigating the what, when, and how. The data collected are often compelling to readers, help explain quantitative results, and inform future research. The indicators in this guide can be adapted as themes for qualitative questioning and analysis. Questions should be open-ended and worded carefully so they do not lead respondents to believe a specific answer is expected.

Qualitative data is heavily used for formative research; however, primarily quantitative M&E reports can also benefit from quotes and insights provided by qualitative methods.

Limitations

Qualitative methods collect data from a few individuals so the findings cannot be generalized to the population. Unlike quantitative data, they cannot provide accurate estimates of the frequency or prevalence of various perspectives in the population. Moreover, the quality of the research depends heavily on the skills of the researchers, so careful selection and training of data collectors and data analysts is vital.

Activity Reports

Advantages

Activity reports provide crucial information on how well SBCC activities are being implemented, allowing program managers to adjust activities when needed. These reports provide information on trainings and

community mobilization activities, tracking how many activities were conducted and how many people participate. A system should be created for collecting these forms regularly from implementers and checking to ensure they are filled out correctly. Mobile reporting, supervision visits, and data review meetings can further support these channels.

A media monitoring report is a type of activity report created by third-party agencies that track which radio or TV materials are being aired, at what time, and how often. This allows the program to negotiate “make goods” or airings to make up for under-broadcasting. When media monitoring services are not available, broadcast logs can be requested from stations. Station logs can be verified by having community-based listeners also listen to and log the dates and times of broadcasts.

Limitations

Activity reports can sometimes be delayed, incomplete, or of poor quality. Expectations around timeliness should be communicated to team members. Providing standard reporting templates improves completeness and quality.

Omnibus Surveys

Advantages

Omnibus surveys are regularly occurring large surveys conducted by marketing firms. Firms charge for each question added to the survey. Omnibus surveys are often used for audience monitoring to track exposure to key messages and attitudes over time. They occur frequently (quarterly or semiannually), questions are inexpensive, and national- or regional-level samples can be obtained.

Limitations

Omnibus surveys are often biased toward urban areas and their sampling methods are not as robust as household surveys.

Mobile Phone Surveys

Advantages

Surveys conducted via mobile phones can cost significantly less than household surveys. Data collection and analysis is rapid. It is easy to test incentives as well as different ways of phrasing or ordering questions.

Limitations

The usefulness of mobile phone surveys greatly depends on the audience’s access to a mobile phone and their time and inclination to answer a mobile phone survey. For example, although a 2017 nationwide mobile phone survey conducted in Ghana was able to reach its sampling targets for 18- to 30-year-olds and had good reach in both urban and rural areas, it fell far short of its sampling targets for pregnant women and caregivers of children under five.

While quick and flexible, mobile phone surveys are limited in the number of questions that can be asked, compared to a household survey. The quality of the responses may also be affected because an interviewer was not there to explain questions the respondent did not understand.

Media Content Analyses

Advantages

Media content analyses are used to track the level of discussion around a topic. For example, a malaria advocacy project might analyze TV, newspaper, and radio news to determine how often politicians are shown as engaged in malaria-related activities or making supportive statements about malaria funding. Such analyses are relatively inexpensive and do not require fieldwork.

Similarly, Facebook, WhatsApp, Twitter, and other social media comments can be quantified and analyzed for frequency and number of engaged users. Social media analysis can examine a wide range of topics, including discussion themes similar to the indicators in this guide.

Because it does not require fieldwork, content analysis is one of the easiest methods of research. It is useful for observing trends over time as part of audience monitoring.

Limitations

The quality and usefulness of media content analysis is limited by the amount of materials available to analyze. Emergencies or highly controversial issues are more likely to generate social media or news coverage compared to regular events. As a result, researchers may not be able to extract as much in-depth or nuanced information on audiences’ motivations and perceptions, so it may be helpful to supplement media content analysis with other data collection methods, such as interviews, focus groups, and observations.

Gender

Gender and Malaria SBCC

Gender refers to the socially constructed roles, behaviors, activities, and attributes that a given society considers appropriate for men and women, and the relationships between men and women in a given society. Gender may, therefore, contribute to making people more or less susceptible to malaria infection, may affect prevention and health-seeking behaviors, and likely contribute to different levels of access to SBCC activities. The behavioral factors included in this guide—knowledge, risk perception, efficacy, attitudes, and norms—are often influenced by gender.

Gender should be considered in the design of SBCC activities to ensure that interventions and programs have the greatest impact. Gender differences may require messages and materials to be tailored in order to effectively reach both men and women.

Collecting Data on Gender

Researchers should add questions to expand their understanding of the contribution of gender norms to SBCC exposure, knowledge, attitudes, norms, perceptions of risk and efficacy, and behaviors. At the formative research stage this helps to identify the appropriate target audience and the appropriate messages for that audience. In the later stages of implementation for monitoring and evaluation, gender considerations help measure progress among the target audience.

ITNs

Depending on the data collection tool used, a household schedule is often included at the beginning of household surveys to capture which people slept under the ITN—this schedule provides information on each household member's sex and age. Although only one respondent completes the survey, typically the head of the household, information is collected on all members of the household. This section of the questionnaire can be used to ascertain age and sex differences in net use.

Some of the questions in Annex 3 can be adapted to further explore the role of gender. For example, question 1201—“Generally, in how many households in your community do the members sleep under an ITN?”—looks at social norms and can be adapted to focus on men or women.

A similar approach can be used with question 1307—“For those adults who did not sleep under the mosquito net last night, what were the reasons for not sleeping under the mosquito net?”. Other gender considerations could include: “If there are not enough ITNs for every child in the house, boys should be given ITNs first,” or “The man of the house should decide who receives an ITN or treatment for malaria.”

Case management and malaria in pregnancy

This guide includes some questions that directly measure the role of gender norms around care seeking and ANC. For example, question 1105 is a true-or-false statement: “A pregnant woman needs permission from her husband or other family to go to ANC,” and question 1321 asks, “In your household, who usually makes decisions to purchase medicine when your child has malaria”? If men control decisions related to ANC or to seeking health care for a sick child, then messages targeted at men should be developed.

Questions can also be adapted or created to measure additional gender considerations, such as, “If my child is sick with a fever, I must consult my husband/partner before taking the child for testing and treatment,” and “It is more important for sons to be treated for malaria quickly than it is for daughters so that they (sons) can continue with school.”

Disaggregating Results by Sex

Results on the indicators presented in this guide should be disaggregated by sex—and age, when possible—so that any gender differences between boys and girls or women and men, can be ascertained. For example, disaggregation can provide information on differing attitudes and treatment-seeking behavior for men and women and youth or gender differences in ITN use within a household. Qualitative data around the themes represented by the indicators should also be analyzed by gender.

Part 2: Priority Indicators

Indicator Reference Sheets

The 17 priority indicators in this guide are organized by the following categories: recall, knowledge, self-efficacy, risk, norms, attitudes, and targeted behaviors. The indicator reference sheets describe the definition, purpose, use, interpretation, disaggregation, strengths, and limitations for each indicator. Additional optional indicators are also provided and can be ascertained through survey questions or through subanalyses. Measurement methods are described in Annex 3.

Recall

This indicator measures the reach of SBCC activities. It can be adapted to measure the proportion of people hearing a specific message and can also be modified to identify the channels through which people are receiving messages.

1. Proportion of people who recall hearing or seeing any malaria message within the last six months

- **Additional indicator 1.1:** Proportion of people who recall hearing or seeing specific malaria messages (reported by each specific message)
- **Additional indicator 1.2:** Proportion of people who recall hearing or seeing a message through communication channel “X” (reported by each specific communication channel)

Purpose

Exposure of the target population to SBCC activities is the primary outcome of SBCC. Exposure is the critical first step to increasing knowledge of the products, practices, or services that may influence an individual to adopt or change a behavior. The target populations’ ability to recall messages about malaria is an indicator of how widely SBCC activities have penetrated the target audience. Survey questions can then go further to ask about recall of specific messages and the channels through which the communications were received. This indicator is particularly useful after an SBCC activity has taken place to measure the reach and effectiveness of the messages. The additional indicators also provide information on the effectiveness of different communication channels—and can provide valuable input into the planning for the next SBCC activity.

Definition

This indicator is defined as the proportion of respondents who recall any malaria message that they have either seen or heard in the past six months. Respondents are asked about the type of messages they saw or heard, as well as about specific campaign messages. The additional indicators provide more precision—with regard to the specific messages seen or heard and the communication channel through which the message was transmitted.

Numerator

Number of respondents who recall hearing or seeing any malaria

message during the last six months

Denominator

Number of respondents surveyed

For the additional indicators, the denominator should be “Number of respondents who reporting hearing or seeing a malaria message in the last six months”.

Measurement method

See Annex 3

Disaggregation

This indicator can be disaggregated by various characteristics to provide program implementers with a clear idea of the reach of their program. Data may be disaggregated by, for example, age, sex, residence (rural/urban), geographical area (province/district or malaria endemicity), education levels, and wealth quintiles.

Data use and interpretation

This indicator provides a measure of the reach and penetration of general malaria communications in a target audience. The additional indicators provide information on the relative strength of specific messages in reaching the target audience and the most effective means through which the audience received messages. Results from this indicator can inform future SBCC activities, providing information about the strength of messages and communication channels.

Strengths

- Responses can be tailored to the campaigns and messages relevant to the local context. For example, schools can be added as an answer choice if schools were used as part of the intervention.
- Only a few questions are needed to construct indicators
- The complete-the-phrase and/or recognize-the-logo questions mitigate social desirability bias because they are more specific to actual campaigns

Limitations

- The results may be subject to bias/confounding because of the use of probing, as probing/prompting styles may not be uniform across interviewers.
- The results may be subject to recall bias with a six-month look-back period, and would not capture communication campaigns implemented prior to the past six-month period without risking further bias.
- The primary indicator—recall of any malaria message in last six months—does not provide sufficient detail to inform programmatic decisions, thus, additional indicators are required for more meaningful information.

Knowledge

The following indicators measure knowledge among target populations. These indicators can be measured separately or can be combined to create a composite indicator.

Purpose

These indicators identify knowledge gaps—surrounding the preventive measures, cause, symptoms, and treatment for malaria—in the population. Knowledge indicators are important to identify

in the formative research stages of the cycle, as they help provide explanations as to why certain behaviors may not be adopted and can guide the design and development of SBCC activities.

Better knowledge of malaria's cause, symptoms, treatment, and preventive measures is a foundational step toward changing behavior, such as increasing caregiver use of insecticide-treated nets or care-seeking practices. Members of the target population who know how to prevent getting malaria by avoiding the primary causes, can recognize the first signs of infection, and know how to treat cases, are generally more likely to engage in the behaviors that will protect themselves. Prompt and effective treatment is a key element in successful malaria control because of the rapid onset of illness and severe health outcomes related to *Plasmodium falciparum* malaria, especially among children and non-immune populations. While the use of ACTs has increased in many countries, chloroquine and other non-ACTs are still used in others.

Testing before treatment is very important, especially in an area where substantial SBCC activities are already in place. This indicator is particularly relevant for countries and regions in which malaria is declining and malaria-like symptoms are harder to recognize.

Definition

These indicators are defined by the proportion of people surveyed who know the cause, main symptom, treatment, and preventive measures for malaria. The indicators are broken down by aspect with the numerator measuring the various prevention and control components, while the denominator remains the number of people who were surveyed.

2. Proportion of people who name mosquitoes as the cause of malaria

- Additional indicator 2.1: Proportion of people who name only mosquitoes as the cause of malaria

Numerator

Number of respondents who name mosquitoes/mosquito bites as the cause of malaria

Denominator

Number of respondents surveyed

3. Proportion of people who know the main symptom of malaria is fever

- Additional indicator 3.1: Proportion of respondents who know the danger signs and symptoms of severe malaria

Numerator

Number of respondents who know that the main sign/symptom of malaria is fever

Denominator

Number of respondents surveyed

4. Proportion of providers who know the only way to accurately diagnose malaria is with a test

Numerator

Number of health providers who cite malaria tests (RDT and/or microscopy) as the only way to be certain that a child has malaria

Denominator

Number of health providers surveyed

Data use and interpretation

This indicator can be adapted to measure correct knowledge of malaria diagnosis among community members or caregivers. This indicator as written recognizes the primacy of providers in diagnosis, but it is also known that patients' demand for antimalarials or tests can also influence diagnostic practice. It is theorized that awareness about current diagnostic best practices, combined with perceptions about the reliability and accuracy of malaria tests (response efficacy) helps predict diagnosis and adherence.

5. Proportion of people who know the treatment for malaria

Numerator

Number of respondents who know that the appropriate treatment for malaria is ACTs⁵

Denominator

Number of respondents surveyed

6. Proportion of people who know proven preventive measures for malaria

- Additional Indicator 6.1: Proportion of people with misconceptions about effective malaria prevention practices (sub-analysis of indicator 5)
- Additional indicator 6.2: Proportion of people who are aware that IPTp is a way to protect a mother and her baby from malaria during pregnancy (sub-analysis of indicator 5)
- Additional indicator 6.3: Proportion of providers who know the national guidelines for IPTp dosing (timing and frequency)

Numerator

Number of respondents who know that the primary preventive measures for malaria include using ITNs, taking preventive medication during pregnancy, taking seasonal prophylaxis, or having their house sprayed with insecticide

Denominator

Number of respondents surveyed

Measurement method

See Annex 3

⁵ Depending on the country context

Disaggregation

These indicators can be disaggregated by various characteristics to provide program implementers a clear idea of the knowledge gaps in the population and can identify the particular populations to be targeted. Disaggregation categories can include age, sex, residence (rural/urban), geographical area (province/district or malaria endemicity), education levels, and wealth quintiles.

Data use and interpretation

This indicator provides a measure of the most basic knowledge of selected audience members about the cause, symptoms, treatment, and prevention of malaria. Based on the individual components of the indicators, a composite indicator can be constructed to measure the proportion of people who know the cause of, symptoms of, treatment for, or preventive measures for malaria.

Results from the individual indicators or from a composite indicator can be used for message development and/or prioritization. Based on the rural/urban disaggregation, useful information can also be obtained with regard to selection of communication channels, which may differ depending on the settings.

Strengths

- Relatively few questions are required to measure each knowledge indicator.
- Provides useful formative data to determine target audience's knowledge needs.

Limitations

- The indicator is subject to bias/confounding with use of probing, as probing/prompting styles may not be uniform across interviewers.
- Difficult to link knowledge to any specific SBCC activities without referencing actual messages.

Risk and Efficacy

The following indicators measure the perceived risk from malaria, perceived consequences of malaria, perceived effect of certain products and services in reducing risk, and perceived self-confidence in conducting a specific malaria-related behavior. This indicator category addresses a population's fears and confidence.

The fear component has two parts: severity and susceptibility. Severity refers to how serious people believe the threat (malaria) to be. Susceptibility refers to the belief that the disease or threat can actually happen to them.

The second component of the model is efficacy, or confidence, in one's ability to control or manage the threat or risk perceived. Efficacy is composed of three parts: response efficacy, self-efficacy, and barriers. Response efficacy refers to a perception that a proposed action or solution will actually control the threat. In the case of malaria, a person's belief that ITNs serve as good protection against malaria is an example of response efficacy. Self-efficacy is a measure of self-confidence that a person can perform an action to control the threat. Self-efficacy can refer to a person's confidence in correctly and consistently using an ITN to prevent malaria. The last part of efficacy, barriers, refers to perceptions of factors that may hinder someone from

practicing the behavior to reduce the threat (See Annex 1 for more details).

These indicators are the basis for fear-based appeals, or messages that pose malaria as a threat. Research has shown that individuals can have the knowledge, skills, positive beliefs, attitudes, and intentions toward a specific behavior, yet they avoid engaging in the recommended behavior. Thus, a trigger to motivate action is needed. Research has shown that perceived threat is a powerful trigger to action.⁶

However, too much fear-based messaging can paralyze people from taking action. They may resort to fatalism or attempt to manage their fear in less productive ways, such as through denial. Fear appeals can be balanced by messages that emphasize people's ability to take effective action. Evaluators can expect desirable behavioral responses when people have strong risk perceptions coupled with strong beliefs of self-efficacy toward the recommended response. (For more information, see Annex 1, Extended Parallel Processing Model.)

7. Proportion of people who perceive they are at risk from malaria

8. Proportion of people who feel that consequences of malaria are serious

Purpose

The purpose of these indicators is to measure the respondent's perceived risk of malaria. Perceived risk can be analyzed and interpreted in line with the respondent's behavior and future intentions. Risk perception is defined as a person's beliefs about the likelihood of experiencing negative or harmful consequences from malaria. This definition comprises two distinct dimensions: (a) **susceptibility** to a threat, and (b) **severity** of that threat. Douglas (1985) defines risk as the likelihood of a specific event occurring multiplied by the magnitude of consequences associated with that event.

Information about perceived susceptibility and severity can be useful when designing SBCC activities, as well as during the audience monitoring and evaluation stages, in order to discover whether the target group believes that they are at great risk of contracting malaria and that the consequences of malaria are serious.

Definition

Indicator 7 measures the perceived susceptibility to the threat of malaria, while Indicator 8 measures the respondents' perceived severity of the malaria. Susceptibility and severity are measured by a variety of questions, with the mean score indicating perceived risk and perceived consequences.

Indicator 7

Numerator

Number of respondents who perceive they are at high risk of malaria (people with a mean score of greater than zero)

⁶ Witte 1992

Denominator

Number of respondents surveyed

Indicator 8**Numerator**

Number of respondents who perceive the consequences of malaria are serious (people with a mean score of greater than zero)

Denominator

Number of respondents surveyed

Measurement method

See Annex 3

Disaggregation

These indicators can be disaggregated by various characteristics to provide program implementers information about the population's risk perception and perceptions about the severity of malaria. Disaggregation categories can include age, residence (rural/urban), profession, geographical area (province/district or malaria endemicity), education levels, and wealth quintiles.

Data use and interpretation

Ascertaining perceptions of risk and efficacy can provide important information to implementers regarding why certain behaviors are not being adopted or are being partially adopted. This information is collected during formative research to help highlight key areas on which to focus SBCC activities.

Evaluators may expect undesirable behavioral responses when people have strong risk perceptions but they doubt their ability to enact a recommended response, such as obtaining SP from the clinic during an ANC visit, and/or they doubt the recommended response will work to avert the perceived threat, such as strong rumors that IRS and/or ITNs reduce fertility. Therefore, evaluators must measure perceptions of efficacy when they assess perceptions of risk, so that program staff can devise the best SBCC messages to address the issue.

These indicators should be interpreted in conjunction with other indicators in this guide—in particular, indicators 8 and 9, which measure perceptions of efficacy and confidence in personal ability to perform a malaria-related behavior respectively.

Strengths

- Questions provided relate to indicators on both susceptibility and severity
- The use of reverse coded items will reduce bias by preventing respondents falling into a response pattern

Limitations

- Use of inversions may pose challenges during data analysis. Analysts should be clear which questions are to be inverted, and how the results are to be interpreted.

9. Proportion of people who believe that the recommended practice or product will reduce their risk**Purpose**

This indicator measures response efficacy—the belief that an intervention or solution will control the threat. Before behavior change can occur, people must first be knowledgeable about the change that needs to happen and believe that they will personally benefit from adopting the behavior. Response efficacy combined with self-efficacy (indicator 9) can be good predictors of behavior change.

During the formative research stage, response efficacy measures help programs understand why people are not adopting certain behaviors. If people do not believe a practice or product will reduce their risk, they will be unlikely to use it consistently. Information on response efficacy can be useful in designing SBCC activities as well as during the audience monitoring and evaluation stages, to ascertain whether the target group has been convinced that a certain practice or product will reduce their risk.

Other indicators, such as having a positive attitude toward a product, are also included in this guide since other attributes of a product, such as ease of use, may influence use.

Definition

This indicator is defined as the proportion of the target population surveyed who believe that the recommended practice or product will reduce their personal risk for adverse health outcomes. “Practice” refers to the desired behavior the program is trying to promote among members of the target population, such as complying with IRS spray team instructions, sleeping under an ITN, or attending ANC. Examples of recommended “products”—which accompany recommended practices—include SP for IPTp during pregnancy, ACTs for treating malaria, or ITNs.

Numerator

Number of respondents who believe a behavior or practice will reduce their risk of malaria

Denominator

Total number of respondents surveyed

Measurement method

See Annex 3

Disaggregation

This indicator can be disaggregated by various characteristics to provide information about the population's perceptions about certain products and practices. It may be useful to disaggregate the information by a number of categories, including age, sex, residence (rural/urban), profession, education levels, and wealth quintiles.

Data use and interpretation

The separation of questions into components related to IRS, ITN use, IPTp, diagnosis, and treatment enables researchers to compute a global mean for this indicator, while also maintaining the ability to analyze component-specific metrics. These component-specific metrics can provide more detail than a composite indicator, which may be more useful for adjusting and refining programmatic interventions.

Results from this indicator provide detailed information to program managers that can be used for SBCC activity development and prioritization. Interventions with low response efficacy can be prioritized in SBCC activities. Health providers aware of these results can also place greater emphasis on certain interventions, taking more time to explain the necessity and benefits.

Strengths

- Questions provided in the annex relate to components covering prevention (IRS, ITNs, IPTp), diagnosis, and treatment.
- The use of inversions will reduce bias by preventing respondents from falling into a response pattern.

Limitations

- Use of inversions may pose challenges during data analysis. Analysts should be clear which questions are to be inverted, and how the results are to be interpreted.

10. Proportion of people who are confident in their ability to perform a specific malaria-related behavior

Purpose

Self-efficacy is defined as an individual's self-confidence to perform a specific behavior. Self-efficacy beliefs are different than beliefs about the response efficacy of a particular type of prevention or treatment. However, these beliefs are related, since belief in the effectiveness of the action will encourage adoption of the behavior.

Key behavior change theories and models recognize the importance of perceived self-efficacy in the adoption and sustained practice of a behavior. Bandura (2004) noted that belief in personal efficacy play a central role in personal change. He asserted that self-efficacy is the foundation of human motivation and action.

Self-efficacy measures, like response efficacy above, are important during the formative research stage, to understand why people are not adopting certain behaviors. If people are not confident about their ability to perform a malaria-related behavior, they will be unlikely adopt the behavior. Information on self-efficacy can be useful for designing SBCC activities as well as during the audience monitoring and evaluation stages, to ascertain whether the target group has grown in their confidence in performing a malaria-related behavior.

Definition

This indicator measures perceived self-efficacy, which is the conviction that one can successfully accomplish the behavior required. This indicator measures self-confidence in various components, outlined in the table for measurement methods in the Annex.

Numerator

Number of respondents who cite being confident in their ability to perform a specific malaria-related behavior

Denominator

Total number of respondents surveyed

Measurement method

See Annex 3

Disaggregation

This indicator can be disaggregated by various characteristics to provide program implementers information about the population's confidence in performing malaria-related behaviors. It may be useful to disaggregate the information by a number of categories, including age, sex, residence (rural/urban), profession, education levels, and wealth quintiles.

Data use and interpretation

Questions about perceived self-efficacy should be precise and refer to specific circumstances. For example, perceived self-efficacy at finding resources to take a child with fever to the clinic may depend on the particular context. Therefore, a question that is not context-specific may be a poor measure of self-efficacy.

Information regarding self-efficacy is critical for development of SBCC activities that are appropriate for the audience and context. Disaggregation of this indicator according to sex, age, wealth quintiles, or residence will provide further information to program managers on appropriate messaging to address self-efficacy issues.

Strengths

- Questions provided relate to components covering prevention (IRS, ITNs, IPTp), diagnosis, and treatment.
- The indicator can be measured as a composite of all the components or separately, per component.
- Component-specific metrics can provide useful information on areas in which target populations feel less self-confident; this information could be useful to inform malaria SBCC activities.

Limitations

- Including several questions per component into an established household survey may be difficult. As such, implementers may be limited in the number of questions they can include to measure each component, thereby affecting the validity if analyzed by component.
- There is a risk of social desirability bias with regard to confidence, as the enumerator is not asking for proof of confidence. The respondent may be tempted to note that they are confident in their ability to perform the activity to please the enumerator.

Norms

Social norms—beliefs around common behaviors and expected practices in a group—play a significant role in public health behaviors. There is growing evidence that they may be relevant to malaria-related behaviors, such as net use and net care and repair.⁷

⁷ Russell 2015; Scandurra 2014

11. Proportion of people who believe the majority of their friends and community members currently practice the behavior

Purpose

Social Learning Theory states that people learn by observing what others do. People observe the consequences (either benefit or punishment) of others' actions, evaluate the relevance and importance of those consequences for their own lives, and then rehearse the behavior and attempt to reproduce the action themselves.

As individual behavior is strongly influenced by peers and the community at large, mass media campaigns are important for challenging deeply held beliefs and customs regarding certain health practices, and creating a need or demand for changes in health behavior. Mass media programs can begin to alter behaviors if they portray those behaviors as socially unacceptable, thereby modifying norms.

Even if real behavior change has not yet occurred, when program implementers influence the public's perception to believe change is occurring or has occurred, which in turn affects the attitude toward the practice, it creates the necessary momentum and supportive environment to impact actual change. This indicator measures the persuasiveness of SBCC strategies in influencing the perception that their friends, family, and other fellow community members are adopting the recommended behavior and that adherence to that behavior is increasing, decreasing, or staying the same.

Definition

"Believe" is defined as what the intended respondents understand, discern, or recognize to be true based largely on personal experience or anecdotal evidence.

"Behavior" refers to the desired result the program is trying to achieve among members of the target population. Examples include sleeping under an ITN, using first-line drugs for treating malaria, or going early to ANC.

Numerator

Number of respondents who believe that their friends and community members are practicing the recommended behavior

Denominator

Total number of respondents surveyed

Measurement method

See Annex 3

Disaggregation

It may be useful to disaggregate the information by a number of categories, including age, sex, residence (rural/urban), profession, education levels, and wealth quintiles.

Data use and interpretation

As much as SBCC practitioners take steps to avoid rumors, sometimes misconceptions and negative publicity develop and gain traction, sharply influencing the public's perception of a particular behavior and

possibly exaggerating it. Evaluators must be prepared to deal with this possible outcome and swiftly and efficiently implement a way to reverse public perception and attitudes.

The components on ITN use, IPTp, and health-seeking behavior for children with fever are to be interpreted as stand-alone components. This indicator can be useful in the formative research stages of the cycle—to ascertain a population's views about the popularity of a certain behavior. This information can feed into the development of SBCC activities, ensuring that they are targeted to the population in question. This indicator can also be useful at the audience monitoring and evaluation stages and can serve as a proxy of the success of an SBCC activities.

Strengths

- The components in this indicator can be measured individually and can also be compiled into an aggregate score to reflect how people perceive the health behaviors of people in the communities.
- Relatively few questions are required to measure this indicator.

Limitations

- This indicator is based on personal perceptions and may not reflect the reality of community practices. As such, the data should be interpreted in the context of the questions asked and should be triangulated with other findings from the survey that relate to actual ITN use, IPTp uptake, and health-seeking behavior.

Attitudes

12. Proportion of people with a favorable attitude toward the product, practice, or service

Attitudes refer to the judgments people make about a product, practice, or service. People who view a behavior, such as net use, or a malaria commodity, such as ITNs, favorably are more likely to adopt a behavior.

Purpose

People's actions are often based on beliefs about whether a behavior will lead to positive (or desirable) or negative (or undesirable) outcomes. SBCC activities often address the specific value judgments that encourage or discourage a behavior.⁸

The questions in the Annex provide guidance on how to gauge attitudes toward malaria-related components. Implementers are not expected to add all these questions to an existing survey; rather, they should choose the most relevant questions based on what the country or program has identified as potential barriers or determinants in other related research. Questions can be adapted to the country context or replaced with more appropriate questions.

Implementers with access to a statistician should consider constructing scales so that a predictive index can be developed.

⁸ Fishbein and Ajzen 1975

This indicator can be useful in the formative research stages of the cycle to ascertain a population's attitudes toward a product, practice, or service. This information will feed into the development of SBCC activities, ensuring that they target the population in question. This indicator can also be useful at the audience monitoring and evaluation stages, to assess the extent to which a population's attitudes have changed.

Definition

"Favorable attitude" is defined as a person's positive assessment of a behavior or related construct, such as a specific product or source of service. The assessment is expressed by statements from the respondent that relate the behavior with a positive value held by the respondent.

Numerator

The number of respondents with a mean score of greater than zero for a product, practice or service

Denominator

Total number of respondents surveyed

Measurement method

See Annex 3

Disaggregation

This indicator can be disaggregated by various characteristics to provide program implementers information about the population's attitude to product, practice or service. It may be useful to disaggregate the information by a number of categories, including age, sex, residence (rural/urban), profession, education levels, and wealth quintiles.

Data use and interpretation

The separation of questions into components related to IPTp, ITNs, diagnosis, treatment, and IRS enables researchers to compute a global mean for this indicator as well as component-specific metrics. These component-specific metrics can provide useful information on attitudes toward practices and products, which are important to program managers as they design or refine their interventions. Information regarding attitudes toward a product, practice, or service is critical for development of SBCC activities that are relevant and targeted. Disaggregation of this indicator according to sex, age, wealth quintiles, or residence will provide further information to program managers on appropriate audience targeting to address unfavorable attitudes toward certain products, practices, and services.

Strengths

- This indicator and corresponding questions allow countries to collect and analyze data to determine if useful findings emerge.
- Questions are broad and can be adapted to the country context.
- Countries can ask questions relating to all or some of the components outlined in this indicator description.

Limitations

- Attitudes represent value judgments and are difficult to measure in a standardized way.
- The questions in the Annex will have to undergo validation for each context to ensure they capture the required information.

Behaviors

13. Proportion of people who practice the recommended behavior

Purpose

These are the priority indicators for measuring malaria prevention and control behaviors. SBCC activities aim to influence activities such as ITN use, especially for children under five years of age and pregnant women; timely treatment for malaria, especially for children under five years of age with fever; attending ANC and completion of IPTp during pregnancy. Provider behaviors include appropriate case management with tests and ACTs as well as administration of IPTp.

Definition

Among those in the target population surveyed, the indicator is defined as the proportion of respondents who practice the recommended behavior. "Target population" is defined as the intended population for the program. "Behavior" refers to the desired result the program is trying to achieve among members of the target population.

Beneficiary behaviors

Sleeping under ITNs

Proportion of population that slept under an ITN⁹ the previous night (household members)

Data sources: DHS, MIS, MICS; other community surveys. See MERG 2013 document for detailed information on measuring this indicator, including the numerators and denominators.

Additional indicator 13.1. ITN use-to-access ratio: The proportion of the population using nets, among those people who have access to one within their household

This indicator controls for access to nets. It gives the estimate of the proportion of the population using nets, among those people who have access to one within their household. This indicator provides information on the true behavioral gap because it accounts for insufficient number of nets in the household. The **ITN Access and Use Report, 2017¹⁰** provides a summary of the use-to-access ratio across and within countries.

"ITN access" is based on the number of ITNs in the household and the number of household members. Over a large sample, it measures the proportion of people who should have access to an ITN. It cannot

⁹ The 2017 standard DHS surveys use the term ITN to refer to all treated nets. No data is being collected on nets that are being dipped in insecticides after manufacturing since insecticide retreatment kits are no longer being distributed or promoted.

¹⁰ Koenker and Ricotta 2017

be calculated on an individual basis. “Use” is the proportion of the population that slept under an ITN the night before the survey.

When the use-to-access ratio is high, consider switching to measuring ITN use maintenance—meaning, ITN use “most nights,” “every night,” “during both the rainy and dry seasons,” and “year-round,” or during each month of the year.

Malaria in pregnancy

Attend ANC early and throughout pregnancy: Proportion of women who attended at least one, two, and three ANC visits during last pregnancy

Data sources: DHS, MIS, MICS; other community surveys

Case management

Proportion of children under five years old with fever in the last two weeks for whom advice or treatment was sought the same or next day following the onset of fever

Some programs may also measure whether care was sought from an approved source, such as a community health worker or health facility.

Data sources: DHS, MIS, MICS; other community surveys. See MERG 2013 document for detailed information on measuring this indicator, including the numerators and denominators.

Health Providers

IPTp and case management involves action on the part of both pregnant women and providers. Provider behaviors can be measured directly via health facility assessments (observations and interviews) and HMIS reports. Due to the lack of standard indicators for health facility assessments and HMIS, proxy indicators from household surveys are often used as well. These proxy indicators are included below.

Malaria in Pregnancy

Proportion of pregnant women at ANC who received IPTp according to national guidelines

Data sources: Health facility survey, ANC register review
If available, observational data provide a precise way to assess whether pregnant women received IPTp and counseling on malaria prevention in pregnancy. When observational data is unavailable, a proxy measure for IPTp uptake can be found in the MIS or DHS, which uses interviews with women who were pregnant in the past two years (not health providers).

The following indicator may be used as a proxy:

Proportion of women who received three or more doses of IPTp¹¹ during ANC visits during their last pregnancy

Data sources: DHS, MIS, MICS; other community surveys. See MERG 2013 document for detailed information on measuring this indicator, including the numerators and denominators.

Case Management

Provide malaria case management per national guidelines

Proportion of fever cases receiving a malaria diagnostic test (or proportion of malaria cases diagnostically confirmed)²

Proportion of tested cases treated/not treated according to test results (or proportion of confirmed positive cases receiving ACT)²

Data sources: Health facility survey, register review, HMIS
If available, observational data provide high precision for assessing whether children with fever were tested and whether confirmed malaria cases were treated with ACTs. When observational data is unavailable, the MIS or DHS can be used to measure proxy indicators. These sources use interviews with caregivers of children under 5 years of age (not health providers).

The following indicators may be used as proxies:

Proportion of children under five years old with fever in the last two weeks who had a finger or heel stick

Proportion receiving an ACT among children under five years old with fever in the last two weeks who received any antimalarial drugs

Data sources: DHS, MIS, MICS; other community surveys. See MERG 2013 document for detailed information on measuring this indicator, including the numerators and denominators.

Indoor Residual Spraying

No behavioral indicators are included for IRS, as IRS does not need to be measured during SBCC assessments. This is because IRS is increasingly outside the control of individuals and households and more in the hands of governments or donors, due to increasing costs of insecticide, and IRS activities are contingent upon the consent of community leaders. As such, no individual-level behavioral indicators are included here or in the DHS and MIS surveys. However, IRS is mentioned in the annex of survey questions, as it is still an important intervention. These questions may be of particular interest to those who wish to better understand the reasons of the small proportion of households who refuse IRS.

Measurement method

See Annex 3

Disaggregation

These indicators can be disaggregated by various characteristics to provide program implementers information about the populations' practice of targeted behaviors. It may be useful to disaggregate the information by a number of categories, including age, sex, residence (rural/urban), malaria endemicity, profession, education levels, and wealth quintiles.

¹¹ As IPTp policies differ by country, this indicator may be modified to reflect the country context.

Data use and interpretation

Behavior change is a lengthy process and it may take several years of program implementation before actual changes occur. While responses can be triangulated against service statistics (for treatment seeking and IPTp) and observation (such as hanging of ITNs), beneficiary responses are subject to individual self-reporting. Responses may be influenced by response bias (when respondents are familiar with the behavior and respond in the “correct” way instead of responding according to their true actions).

These indicators are useful at two main stages of the program monitoring cycle: at the formative research stage and at the audience monitoring and evaluation stage. In the former, these indicators can highlight a priority area or problem behavior. Low rates show that the population is not engaging in adequate preventive and treatment measures. This finding is critical in designing an SBCC activity. At the latter stage, these indicators offer information on the effectiveness of SBCC campaigns and assess the extent to which behavior change has occurred.

Strengths

- The questions for the measurement of these indicators are versatile. They can be added to any large nationally representative surveys or smaller surveys that are representative of a subnational area, such as a region, district, or project area.

Limitations

Beneficiary behaviors

- ITNs
 - Some ITNs in the household can be too damaged to use, therefore providing an overestimate for the denominator.
 - ITN use may vary by season.
- Malaria in Pregnancy
 - Not all women may know they are pregnant. Others may not wish to report if they are pregnant, particularly if the survey visit took place during early pregnancy. For this reason, it is difficult to collect data on all pregnant women in the sample.
 - Women may not recall the name of the drug they took during pregnancy for prevention of malaria. At the time of publication, there were discussions that the MIS and DHS would be redesigned so that women would not be asked the name of the drug they took, and that the source of the dose would be removed.
- Care seeking
 - This indicator does not explain why advice or treatment was not sought for some children.
 - While seeking care within 24 to 48 hours is still important for preventing severe malaria, finding a consistent way to measure this has been challenging.

Provider behaviors

- Proxy indicators for IPTp and case management—These indicators do not collect data from the target audience (providers), but rather from women and caregivers who are the beneficiaries of provider behaviors. Health facility surveys are better way to measure provider behaviors.
- Proportion of children under five years old with fever in the last two weeks who had a finger or heel stick - A finger or heel stick may not have been used to diagnose malaria. For instance, it can be used to diagnose anemia or typhoid as

well. The respondent is not asked if the finger or heel stick was used to diagnose malaria because they may not know what disease was tested.

- Treatment according to test results —This is a measure of adherence to malaria test results. Reasons for non-adherence to negative test results, or over-prescription of ACTs, are not explored.
- Proportion receiving an ACT among children under five years old with fever in the last two weeks who received any antimalarial drugs—This indicator is limited to children who received antimalarials. There is no information on whether the child should have received the antimalarial according to recommendations. It simply measures whether the appropriate antimalarials, if any, were given.

Program Outputs

Process indicators reflect the steps necessary to successfully implement an activity. The reporting should specify the intervention's geographic coverage and information on the population targeted, including their age and sex, if appropriate.

14. Number of materials produced

Purpose

Malaria programs create messages and produce materials to promote social and behavioral change. The messages and materials produced are the first step toward influencing behavior change. This process indicator is meant to capture the creation of those messages and/or materials.

Definition

Each new SBCC activity, such as an advertisement, video, or educational book, counts as a “created” message. Materials or materials should demonstrate and provide information about malaria prevention and treatment strategies.

Numerator

Number of materials produced or messages created

Denominator

None

Measurement method

This indicator is measured through project records. Records should show how many materials were produced or how many messages. Verification against the budget for printing, for example, can also be useful.

Disaggregation

This indicator can be disaggregated by type of materials produced, such as posters, radio advertisements, or billboards; type of message created, such as malaria prevention or early treatment; or target audience.

Data use and interpretation

This indicator provides a measure of the outputs produced. The dissemination of the messages depends on the timing of production.

Delayed production of messages and materials can have a great impact on the success of a SBCC activity.

Strengths

- This indicator is relatively easy to measure.
- This indicator can be checked against the budget in cases where materials are to be printed or developed digitally.

Limitations

- The indicator does not show whether the materials and messages were clear and of high quality, or whether they reached the target audiences.
- This indicator does not provide information on whether the materials and/or messages were produced on time.
- This indicator does not provide information on whether the messages or materials were disseminated.

15. Number of people reached

Purpose

This indicator measures the volume of people who participate in program activities or use program services. The exact wording of the indicator will vary by type of program and the activities.

Staff can compile data on the number and characteristics of people who attend interpersonal communication activities. Getting an accurate count can be hard in large community gatherings, so staff should estimate the number of participants by visually breaking up the audience into separate sections (of about 25 to 35 people), count how many people are in that section, then multiply that by the number of “sections” that appear to be in the audience.

To estimate the reach of mass media programs, media monitoring agencies can use TV meters, media diaries from selected households, and panel surveys to estimate the number of people who listened to a broadcast.

In addition to the number and percent of people in the intended population served or reached by the program, managers should ascertain if the program reaches key sub-groups. For example, some SBCC activities will target health facility staff. Managers should ensure that the program is reaching the sub-groups of interest.

Definition

This indicator measures the number of people who have received program services, have participated in community mobilization activities, or who have been exposed to program mass media messages.

Numerator

Number of people served or exposed to the program

Denominator

None

Measurement method

This indicator is measured using program service statistics or comparable data indicating the number and characteristics of people served by the program. Responses to survey questions on exposure to or participation in program activities can also be used. Managers should compile statistics separately for each major type of activity.

Disaggregation

Managers should subdivide this indicator by the total number exposed by the type of activity, such as a community activity, school-based program, or clinical services. Participants can also be classified by relevant characteristics such as: age, gender, marital status, race/ethnicity, socio-economic status, and residence.

Data use and interpretation

This indicator provides insight on whether SBCC activities are reaching a large number of people.

Strengths

- This indicator can be triangulated with indicator 1—proportion of people who recall hearing or seeing any malaria message within the last six months—and additional related indicators.

Limitations

- This indicator does not provide information about the effectiveness of each channel in changing behavior.
- It may be very difficult to obtain an accurate count of the number of attendees at large community mobilization gatherings, therefore, program records must rely on best estimates.
- Double counting is inevitable at well-attended events occurring in the same or even nearby communities.
- This indicator does not measure the engagement of the community members, if the target audience was reached, or how well the objectives of the meeting or event were achieved.
- Media monitoring agencies with the capacity to monitor ratings use sophisticated technology and high technical capacity. Because of this, these agencies may not be easily accessible or prohibitively expensive.

16. Number of SBCC activities carried out

Purpose

This indicator measures the number of SBCC activities carried out. It provides information on whether activities are being carried out in accordance with work plans. This indicator also provides information on the frequency of the main types of SBCC activities, such as home visits, community demonstrations, and television or radio airings.

Definition

This indicator measures the number of activities carried out. SBCC activities could include home visits, community demonstrations, or television or radio broadcasts.

Numerator

Number of SBCC activities carried out

This indicator can be easily adapted to state the actual activities used. Potential adaptations include “Number of community dialogues” and “Number of times messages aired on radio or television in reference period [such as three months].” Once program evaluators have information on the number of times a message has aired, they can triangulate this information with data from the radio and television stations on approximate geographical coverage of their broadcasts, and census data in order to calculate a rough estimate of how many people were reached by the broadcasts.

Denominator

None

Measurement method

This indicator can be measured through program records that note the number activities carried out. Managers may wish to also gather data on characteristics of audience—such as age, sex, and location—to provide more contextual information to this indicator.

Disaggregation

This indicator is to be disaggregated by the type of SBCC activity. The type of activity will depend on the program design, but may include home visits, information sessions, community demonstrations, and television or radio airings.

Data use and interpretation

This indicator provides a measure of the implementation of a SBCC activity, by indicating the frequency of various activities carried out. This indicator can be used to ensure that a SBCC activity is on track according to the activity work plans. If SBCC activities are not taking place according to plan, then the expected behavior change is unlikely to occur.

Strengths

- Measuring the number of SBCC activities carried out can provide an indication as to progress of the program.
- This indicator is to be disaggregated by SBCC activity, providing managers with detailed information about implementation activities.

Limitations

- While the indicator measures the number of activities carried out, it provides no information about the quality of activities.
- This indicator cannot provide information on whether the activities occurred on time.

17. Number of people trained in SBCC for malaria**Purpose**

This indicator serves as a measure of SBCC training programs. Managers can use it to determine whether a program is meeting its training targets and/or for tracking progress from one year to the next. When aggregated, it also represents human resource potential of people who could help carry out malaria SBCC activities.

Definition

This output-level indicator measures the number of people who have completed a training course in malaria SBCC. An individual should only be counted after they have completed the training. Individuals that are mid-way through a training course should be counted in the next reporting period. Individuals attending more than one peer-education training course during a reporting period should be counted only once.

Numerator

Number of people who have completed a training course in malaria SBCC

Denominator

None

Measurement method**Disaggregation****Data use and interpretation**

This indicator provides a measure of the available human resources trained in malaria SBCC. The number of people trained provides an indication of the capacity of the program to carry out the intended SBCC activities.

Limitations

- This indicator does not capture the number of participants who become actively involved in malaria SBCC. A further step would be to measure the percentage of people were trained in malaria SBCC and who are active during a reference period.
- This indicator does not provide information on knowledge gained or the quality of the training.

Part 3: Annexes

Annex 1: Theories of Communication and Behavior Change

The indicators in this guide are based on previous research and theories about the determinants of behavior change for malaria, family planning, HIV, and other health areas. Data shows that improving knowledge alone is not enough to increase the uptake of desired behaviors. Other factors, such as audience attitudes and characteristics of the desired behavior should also be considered.

The word “theory” is used differently in everyday speech and science. While the vernacular use of the word “theory” implies speculation, social science and scientific theories—like the ones discussed in this section—instead, refer to “an explanation of some aspect of the natural world that has been substantiated through repeated experiments.”¹² Theories help us map where the audience is in the process of behavior change and how they will get to the desired change. Theories provide insights into the decisions, motives, barriers, and facilitators associated with change.

In this section are six commonly used behavior change and communication theories. While the theories share some similar elements, each emphasizes slightly different constructs and processes. In this annex, we provide an overview of each theory and how their constructs are reflected in the indicator guide. This information was adapted from the Online Training Series on Evidence-Based Malaria Social & Behavior Change Communication¹³ and a series of research primers on SBCC¹⁴.

Extended Parallel Processing Model

Indicators 6 through 9 measure the constructs of perception of risk, self-efficacy, and response efficacy, which have been associated with preventive behaviors.¹⁵ These constructs are based on the Extended Parallel Processing Model (EPPM)—also known as the Risk Perception Attitude Framework.¹⁶ The EPPM describes how reason and emotion interact during individual decision-making.

The model has two components: **fear or threat** (emotion) and **efficacy** (reason). Fear has two parts, severity and susceptibility, and efficacy—or confidence in one’s ability to control or manage the threat or risk perceived—is composed of three parts: response efficacy, self-efficacy, and barriers.

Fear or Threat

- **Susceptibility** refers to the belief that the disease or threat can actually happen to them. Indicator 7, proportion of people who perceive they are at risk from malaria, measures susceptibility.
- Severity refers to how serious people believe the threat (malaria) to be. This is reflected in indicator 8, proportion of people who feel that consequences of malaria are serious.

Efficacy

- **Response efficacy** refers to a perception that a proposed action or solution will actually control the threat. In the case of malaria, a person’s belief that ITNs serve as good protection against malaria is an example of response efficacy. Indicator 9, proportion of people who believe that the recommended practice or product will reduce their risk, measures response efficacy.
- Self-efficacy is a measure of self-confidence that a person can perform an action to control the threat. Self-efficacy can refer to a person’s confidence in correctly and consistently using ITNs to prevent malaria. Indicator 10, proportion of people who are confident in their ability to perform a specific malaria-related behavior, measures self-efficacy.
- The last part of efficacy, barriers, refers to perceptions of factors that may hinder someone from practicing the behavior. Research has shown that individuals can have the knowledge, skills, positive beliefs, attitudes, and intentions toward a specific behavior, yet they still do not engage in the recommended behavior. A trigger to motivate action is needed.

Putting it all together

Evaluators can expect desirable behavioral responses when people have strong risk/threat perceptions coupled with strong beliefs of efficacy toward the recommended response (Figure 1, top left box). When people experience significant fear, but have little belief that they can take action or that their actions will be effective, they will be more likely to deny the importance of the issue, act defensively, or avoid it (top right box). If the threat is perceived not to be serious but there are easy and effective measures available, individuals may be slightly motivated to act (bottom left box). If the threat is not serious and there are no feasible or effective actions that individuals can take, they will likely do nothing about the issue.

For example, people may feel that ITN use is easy but feel little fear about the risk of malaria infection during the dry season (bottom left box). SBCC activities may be designed to increase the perception that community members remain susceptible to malaria during the dry season and that its consequences can still be severe (top left box). Using the indicators provided, evaluators can measure the extent to which these programs affected perceptions of risk and efficacy, and whether these constructs were determinants of year-round ITN use.

¹² Ghose, Tia. “Just a Theory: 7 Misused Science Words,” *Scientific American*, April 2013. <https://www.scientificamerican.com/article/just-a-theory-7-misused-science-words/>

¹³ VectorWorks 2015.

¹⁴ Health Communication Capacity Collaborative 2014.

¹⁵ Boulay et al. 2014.

¹⁶ Rimal and Real 2008.

Figure 1. Extended Parallel Processing Model

	High Efficacy (Able to respond effectively)	Low Efficacy (Unable to respond effectively)
High Threat (Vulnerable to Serious Harm)	Highly motivated to take protective action	Denial, defensiveness, avoidance
Low Threat (Invulnerable, Trivial Threat)	Low motivation, may be some protective action	No Response

EFFICACY DETERMINES REACTION

Social Learning Theory

Social Learning Theory, also known as Social Cognitive Theory, emphasizes the importance of modeling and self-efficacy. According to this theory, people learn by:

1. Observing what other people do
2. Observing what happens to those people as a result of their behavioral choices
3. Evaluating the relevance and importance of those consequences for their own life
4. Attempting to reproduce the action themselves

Self-efficacy is an important part of this theory. According to Bandura, “perceived self-efficacy affects every stage of personal change. It determines whether people even consider changing the behavior, whether they can enlist the motivation...and how well they have maintained the changes.”¹⁷ Role-modeling should thus be oriented to build people’s skills and their belief in being able to exercise those skills.

The first step, observing what other people do, is reflected in indicator 11, proportion of people who believe the majority of their friends and community members currently practice the behavior. Even if real behavior change has not yet occurred, SBCC can increase the public’s perception that change is occurring or has occurred, creating the necessary momentum and supportive environment for actual change. This indicator measures the ability of SBCC strategies to persuade the intended audience that their friends, family, and fellow community members are adopting the recommended behavior, and that adherence to that behavior is increasing, decreasing, or staying the same.

The second step, observing what happens to those people as a result of their behavioral choices, is the basis for indicators 7 and 8: proportion of people who feel that consequences of malaria are serious and proportion of people who believe that the recommended practice or product reduce their risk, respectively. Individuals gauge the impact these behaviors have had on others—whether they are rewarded or punished socially, materially, or physically—as they reflect on the relevance and importance of these consequences on their own lives (step 3). Indicator 6, the proportion of people who believe they are at risk of malaria, is an indication of step 3.

Indicator 9, proportion of people who are confident in their ability to perform a specific malaria-related behavior, can be used to track changes in self-efficacy as a result of exposure to a campaign and how much self-efficacy has contributed to the desired behavior change.

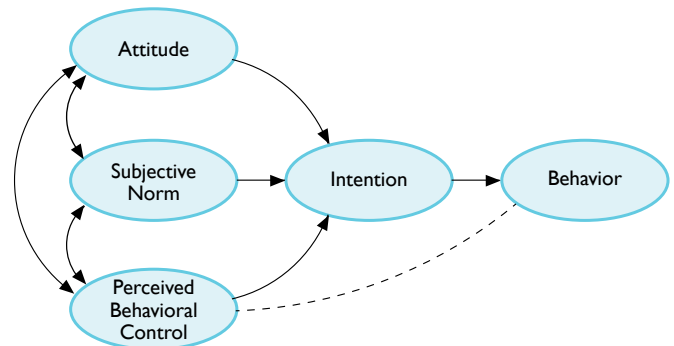
Putting it all together

Media campaigns based on the social learning theory use relatable figures—figures like the target audiences—to model the health issues and build life skills. This is most evident in long-running drama serials with family planning messages or a dramatic film addressing malaria in pregnancy. Social learning theory has also been used in individual or small group interventions where participants have the opportunity to observe their peers and support for practicing the behavior, such as condom use or partner communication, is provided.

Theory of Planned Behavior

According to the Theory of Planned Behavior, people base their intentions on three things: whether they think the behavior is bad or good, what they think they are expected to do, and the extent to which they can carry out the behavior. This section is drawn from an SBCC research primer on the Theory of Planned Behavior.¹⁸

Figure 2. Theory of Planned Behavior



- **Attitude**—Beliefs that the behavior is good or bad based on whether its outcomes are positive or negative. This construct is reflected in indicator 10, proportion of people with a favorable attitude toward the product, practice, or service, and indicator 8, proportion of people who believe that the recommended practice or product will reduce their risk.
- **Subjective norms**—Perceived social pressure and beliefs about what their peers expect them to do and whether they will be supported or ridiculed. This construct is reflected in indicator 11, proportion of people who believe the majority of their friends and community members currently practice the behavior.
- **Perceived behavioral control**—Beliefs about whether they have the necessary knowledge, tools, and ability to carry out the behaviors is reflected indicator 9, proportion of people who are confident in their ability to perform a specific malaria-related behavior.
- **Intention**—According to this theory, the stronger a person’s intention to practice a healthy behavior, the more likely that person will actually perform that behavior. **However**, it is important to remember that many outside factors and barriers can prevent an individual from performing a behavior, even when they have an intention to do so.

¹⁷ Bryant and Zillman, 2008.

¹⁸ Health Communication Capacity Collaborative 2014.

Intention is strongest when attitudes, subjective norms, and perceived behavioral control favor the behavior.

Putting it all together

A campaign in Tanzania sought to increase perceptions that ITNs are the socially accepted approach for avoiding malaria, foster people’s confidence in their ability to use ITNs every night, and improve the fatalistic attitude that malaria is an unavoidable and constant presence in people’s lives.

The program’s initial evaluation demonstrated that exposure to the activities improved the self-efficacy necessary to take action to prevent malaria. Nearly 77% of those exposed to the program put all their children under ITNs the previous night, as opposed to 34.6% of those unexposed to the program. Exposure to the campaign significantly increased the perception that ITNs are effective in stopping malaria and the belief that ITNs are useful and easy to use.

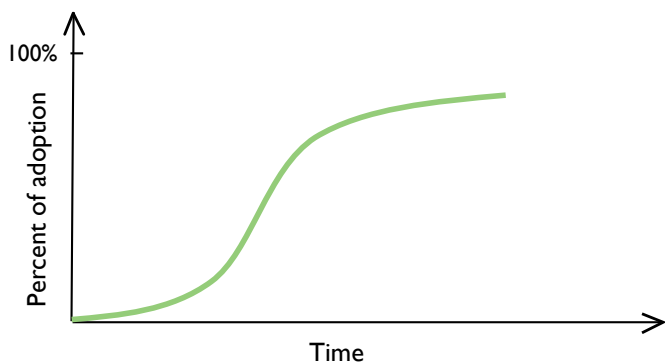
Social norms and the belief in one’s ability to use ITNs effectively were also significantly associated with ITN ownership. Thus, those exposed to the campaign activities shifted their attitudes and were more likely to act on their intention to own and use an ITN.

Diffusion of Innovations

This theory describes several factors that influence how quickly an idea or behavior is adopted. The diffusion depends on characteristics of the innovation, communication channels, period of time, and the social system. This section has been adapted from an SBCC research primer on the Diffusion of Innovations Theory.¹⁹

Figure 3 represents the diffusion S-curve. It illustrates how people are initially slow to adopt new behaviors, but as the behavior becomes better known and accepted, more people quickly start to practice it. Eventually the behavior becomes commonplace with fewer new adopters.

Figure 3. Diffusion S-Curve



Some innovations, such as mobile phones, quickly become popular, while others require more explanation and practice before they are adopted. Effective communication can help an innovation become more popular, making the curve steeper. Similarly, the characteristics of an innovation or health behavior will influence how rapidly it can be

adopted. Table 1 describes the main characteristics of an innovation as well as what they mean for program implementation. As people become more familiar with an innovation, they are more likely to adopt it.

Table 1. Characteristics of Innovations and Related Communication Interventions

Characteristic	Question	Explanation
Complexity	How simple?	These questions can be answered in social advertising and in community/radio discussions
Compatibility	Does it work for me?	
Observability	Can I see it?	Even if a person has never seen something, hearing a friend or a community leader speak positively about it could encourage them to use it.
Trialability	Can I try it?	A person may never be able to try something, but seeing someone else go through the experience on TV or in a community drama could have a similar effect

Putting it all together

Implementers can track the progress of their interventions by creating graphs like the S-curve as data on the program’s reach are evaluated. Ideally, program implementers seek to make the graph narrower and taller—reaching more people, quickly. Diffusion of Innovations approaches work best when applied to issues that can be influenced by prominent members of society or spread through traditional methods of communication. Indicator 13, proportion of people who have encouraged friends or relatives to adopt the specific practice, can help identify opinion leaders who may have influenced the behavior of people with regard to malaria interventions.

The Health Belief Model

This model illustrates the importance of beliefs about the risks, benefits, barriers, and self-efficacy in behavior change. According to this model, if individuals regard themselves as susceptible to malaria; believe that malaria would have potentially serious consequences; believe that ITN use, IPTp, testing, and treatment would be beneficial in either reducing their susceptibility to malaria or alleviating its severity; and believe the benefits of the behavior outweigh the barriers, they are likely to act to reduce their risks. The model also argues that a cue to action is needed to trigger preventive action. The model differs from the others in that it does not explicitly state the role of emotion (like fear, as in EPPM).

¹⁹ Health Communication Capacity Collaborative 2014.

Putting it all together

Descriptions of these constructs and their relationships to the indicators are described above. One example of a cue to action may be, “if your child has a fever, go to a health center immediately.” Implementers using the Health Belief Model should assess the relationship between these constructs and the desired behavior as well as evaluate the role of recall of the specific cue to action given in the campaign.

The Ideation Model

Ideation is a model for understanding how new ways of thinking, or behaviors, are diffused among individuals and groups through communication and social interaction. The model is crosscutting and incorporates many of the concepts found in the previously mentioned models. Ideation should be used when planners want to identify the psychological factors that predict behavior or try to causally attribute behavior change to SBCC activities. By creating a combined ideational index, researchers can show that individuals who have more ideational factors are more likely to adopt a given behavior. The likelihood of someone adopting and sustaining a new behavior is much higher when he or she:

- Has gained sufficient knowledge about it
- Has developed a positive attitude toward it
- Thinks others support and practice it
- Has talked to others about it
- Feels good about doing it
- It is also possible to identify which of these factors are the strongest predictors of behavior, providing guidance about what SBCC strategies should emphasize.

The model comprises three main categories of ideational factors: cognitive, emotional, and social. Cognitive factors address an individual's beliefs, values, and attitudes (such as risk perceptions), as well as how an individual perceives what others think should be done (subjective norms), what the individual thinks others are actually doing (social norms), and how the individual thinks about him/herself (self-image). Emotional factors include how an individual feels about the new behavior (positive or negative) as well as how confident a person feels that they can perform the behavior (self-efficacy). Social factors consist of interpersonal interactions (such as support or pressure from friends) that convince someone to behave in a certain way, as well as the effect on an individual's behavior from trying to persuade others to adopt the behavior as well (personal advocacy). Figure 5 suggests that communication can affect all of the ideational factors simultaneously.²⁰

²⁰ Health Communication Capacity Collaborative 2015.

Figure 4. The Health Belief Model²¹

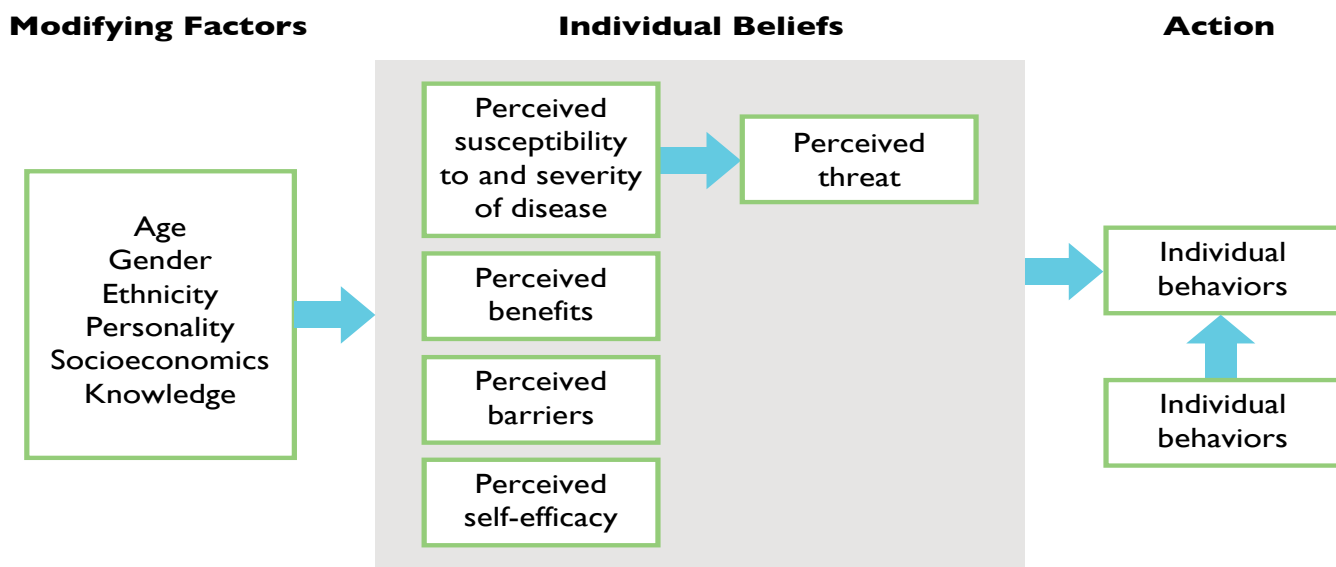
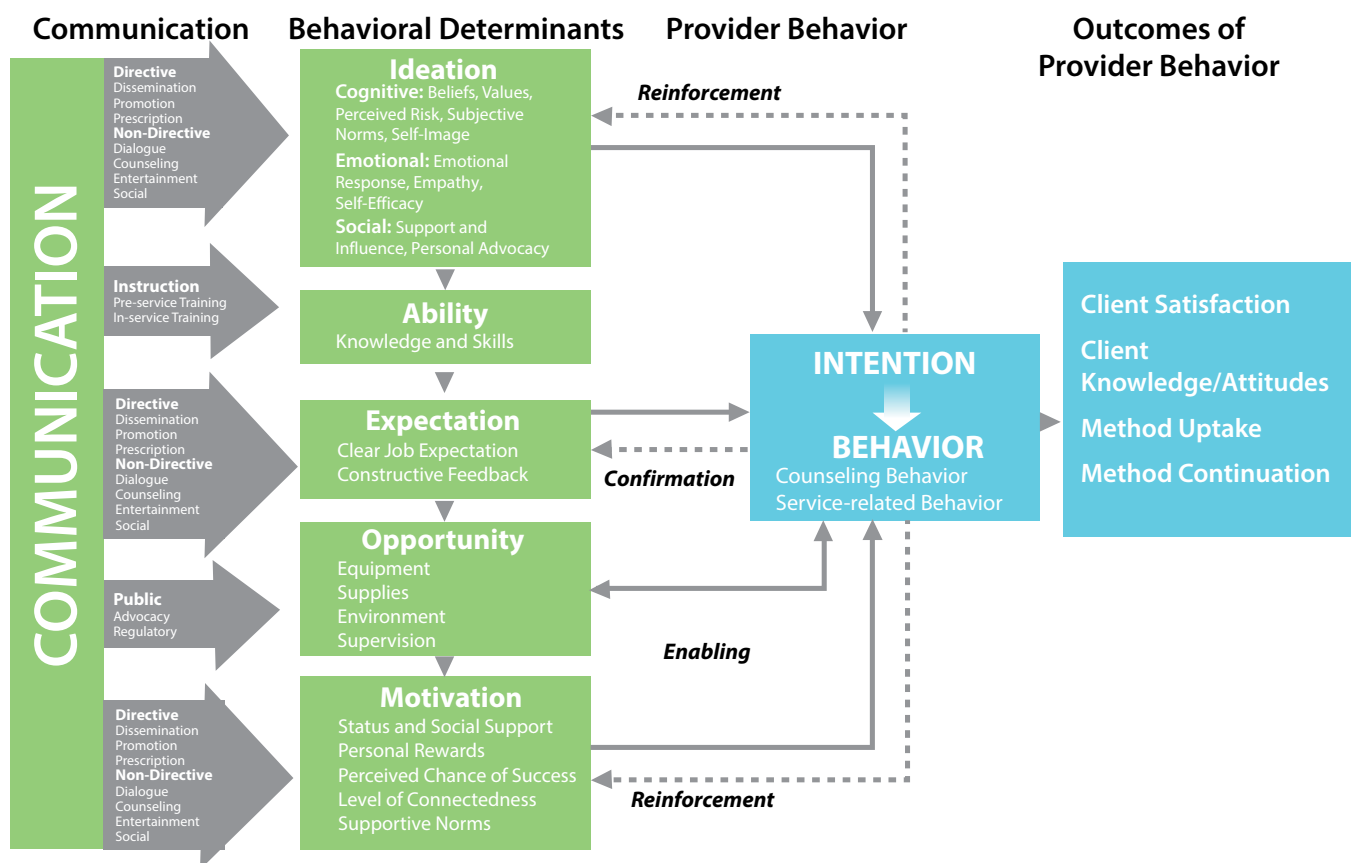


Figure 5. The Ideation Model



²¹ Glanz et al. 2008.

Annex 2: Checklist for Reporting on Malaria SBCC Evaluations

The checklist asks writers to describe the SBCC intervention; to provide a rationale for the strategy, choice of SBCC outcomes, and methods of creating comparisons; and to discuss the effects, casual mechanism, and generalizability of the results. It aims to improve transparency, increase efficiency during the publication process, and identify which SBCC approaches work best in different contexts.

✓	DOMAIN 1: INTERVENTION DESIGN How the intervention was designed and a description of the intervention
	1. What behavioral problem was the BCC intervention intended to address?
	2. What findings from formative research informed the intervention?
	3. What theories were used to develop the intervention or analysis? *
	4. Are target audiences described in a way that helps readers understand the behavioral context?
	5. Are messages, materials and activities described in terms of the program theory and intended audience? (Nice-to-have: A link to materials, resources and research from the program)
	6. Were messages and materials tested with target audiences prior to roll-out? How? **
	7. Was there a description of the duration, frequency and quantity of BCC activities? * What were the qualifications of those delivering the intervention? *Was there a monitoring mechanism to verify the reach or delivery of content?
	8. How did exposure to the intervention vary? Was there substantial variation in the reach of media and community partners? *
	9. If possible: Were the costs described? **Were any existing structures or resources leveraged by the intervention?
	DOMAIN 2: STUDY DESIGN Selection of outcomes and method of comparison
	10. How were units assigned to a study groups? If units were not randomized, what measures were taken to minimize the risk of selection bias? *
	11. If baseline information is available: Is there a comparison of baseline characteristics for sociodemographic characteristics and outcomes for each study group? What statistical methods were used to control for baseline differences? *
	12. If there was a comparison group, is there a description of the group? What messages, materials and activities did this group receive? What efforts were made to prevent contamination? *
	13. Did the authors use the recommended outcome indicators from the RBM malaria BCC indicators guide (exposure to the BCC intervention, changes in malaria behaviors, intermediate outcomes such as knowledge, norms, attitudes, risk and efficacy)? What were the effect sizes and confidence intervals?
	14. Were the selected outcomes theoretically plausible given the intervention design? **
	15. How soon after the BCC intervention was the data collected?
	DOMAIN 3: DISCUSSION Interpretation of the results, factoring in strengths, limitations or weaknesses of the study
	16. Are multiple criteria for causal attribution assessed?
	17. Is there a discussion on the mechanism or causal pathway? *
	18. To what extent are the findings consistent with previous research?
	19. Were alternative explanations given? * This can include issues such as access, the presence of other programs in the intervention environment, psychosocial variables, or contextual events.
	20. What factors facilitated or hindered the implementation of the intervention? *
	21. Is there a discussion on the extent to which the results of the study can be generalized? * Was there a discussion on cost-effectiveness, scalability and/or sustainability? **
	22. What are the implications for future research, BCC campaigns and policy?

* Adapted from TREND ** Adapted from commentaries on TREND

Annex 3: Survey Questions and Measurement Methods

Survey Design

Sample Size

For smaller surveys, implementers need to ensure an adequate sample size to provide enough power for disaggregated data analysis for specific target populations, such as pregnant women, if the sub-population is targeted. A large enough sample size is needed to draw meaningful interpretations from the data, and to that end, the incorporation of these questions into existing surveys should be discussed at the earliest stages of planning so that adequate resources are allocated to that activity.

Adapting/Tailoring Questions

Target audiences

In general, these indicators represent the measurement of individuals, not households. Even if questions are asked as part of the household questionnaire, the responses represent only the individual providing them—not any of the other household members. If the target audience is a sub-segment of the general population, such as pregnant women or children under five years of age, the survey questions must be asked of or about this specific sub-population, for example, “Did the child under five years of age sleep under an ITN last night?”

If the intended target group is health care providers, data will have to be collected via a health facility survey rather than a household survey. The questions in this annex have only been tested with households, and not with health providers. Additional information around the work environment and professional norms may be necessary to better understand provider motivations.

The data collection tools should be designed or modified to ensure that the correct skip patterns are in place so that people are not asked questions that do not apply to them.

“I” vs. “you”

Implementers should decide ahead of time, based on the context, whether the enumerators (data collection staff) use “I” or “you” when formulating the questions. The questionnaire should be adapted accordingly.

Local context

Data collection tools should be adapted generally for the country context. This includes the names of malaria and other drugs, health structures, and SBCC activities.

Social Desirability Bias

Social desirability bias can be a limitation to data collection if the respondents believe that enumerators wish to hear certain answers. In order to reduce or eliminate potential social desirability bias, the questionnaire could include some questions to assess social desirability. The Crowne and Marlow Social Desirability Scale²² or shorter versions of the scale, such as the one described by Reynolds,²³ are useful in assessing whether respondents are responding truthfully or are misrepresenting themselves in order to manage the enumerator’s perceptions of them.

The Social Desirability Scale can be adapted to specific country contexts. Data analysts can compare the Social Desirability Score and a key variable of interest, such as ITN use or correct health-seeking behavior. Analysts can then control for high social desirability in multivariate analyses.

Data Analysis, Use, and Interpretation

Creating control groups

Evaluations should categorize individuals as exposed to or unexposed to SBCC interventions. These groups should then be compared, controlling for potential confounding factors. Further details on analytical methods such as propensity score matching—to create statistically matched control groups—and mediation analysis, which allows researchers to test the extent to which specific changes in knowledge and attitudes can be mapped and linked to behavior change, can be found in the [Guide for Developing M&E Plans for Malaria BCC Activities](#).²⁴

Likert Scales

The Likert scale-type questions are typically scored such that “strongly disagree” is coded as -2 and “strongly agree” is coded as +2. Questions that require an inversion (INV) should be reverse-coded. In these instances, “strongly disagree” is coded as +2, “disagree” is coded as +1, “agree” is coded as -1, and “strongly agree” is coded as -2. Mean scores for each scale are then generated for each respondent.

²² Crowne 1960.

²³ Reynolds 1982.

²⁴ RBM 2014.

“Don’t know/Uncertain” is not offered as an option but if the respondent is conflicted about an answer, this option can be used. Enumerators should be trained, however, not to mention this as an option, and only select it if the respondent does not want to answer.

Data analysts can also report the percentage of people who agree with the statement by collapsing the categories “strongly agree” and “agree” into one measure.

Analysis of “Don’t Know” answers

The “don’t know” option is not presented to respondents—enumerators can use it in the rare event that a respondent cannot categorize their answer into one of the other categories. For the analysis, the “don’t know” can be recoded as missing when the questions are analyzed individually or coded as 0 (or the value in the middle of the range) when a score is being constructed so that the number of values remains the same. Alternatively, the “don’t know” answers can be dropped before constructing a score.

Interpretation

Data analysts should be sure that they are drawing valid conclusions from the data. Such conclusions depend on the sampling methodology and the analytical approach taken. Bias may play a role in the results obtained. Every effort should be taken to control for bias and confounding factors.

Triangulate Data Sources

As noted above, these indicators have to be interpreted taking into account other information. Standing alone, the indicators may not always be able to provide answers to the questions “why?” and “so what?” By triangulating the data from these indicators with other sources, researchers are able to provide context on matters, such as access to commodities and services or information about training of staff in health facilities. This information helps provide a comprehensive narrative and explanations for the results seen.

Disaggregation

The overall sample size will also affect the conclusions that can be drawn from data. If program managers disaggregate data by too many categories, the number of observations in each category may be too small and corresponding confidence intervals will be wide.

Presenting results

For questions that do not use a Likert Scale, data can be analyzed and presented in tables similar to those in the DHS or MIS reports. An example is provided in Table 1 below.

Alternatively, for each question in the data collection tool, a simple bar graph can depict the result for each question.

A third alternative is to conduct a full factor analysis and build the constructs for various concepts—such as self-efficacy or susceptibility—outlined in this document. See Annex 3 for details.

Table 1: Example of table for data analysis and presentation

Proportion of people who recall hearing or seeing any malaria message within the last 6 months				
Background characteristic	Women		Men	
	Recall malaria messages	Number	Recall malaria messages	Number
Age				
15-24				
15-19				
20-24				
25-29				
30-39				
40-49				
Residence				
Urban				
Rural				
Malaria Endemicity				
Highlands Endemic				
Lake Epidemic				
Semi-Arid Seasonal				
District				
A				
B				
C				
Education				
No education				
Primary education				
Primary complete				
Secondary				
More than secondary				
Other relevant characteristics				

Recall

1. Proportion of people who recall hearing or seeing any malaria message within the last six months

- Additional indicator 1.1: Proportion of people who recall hearing or seeing specific malaria messages (reported by each specific

message)

- Additional indicator 1.2: Proportion of people who recall hearing or seeing a message through communication channel “X”(reported by each specific communication channel)

The questions required for calculating these indicators have become a part of the standard household questionnaire module for the MIS. These data could also be collected in smaller subnational surveys, particularly in areas where SBCC activities were targeted.

The numerator is obtained by asking the respondent²⁵ if they had seen or heard any messages about malaria within the past six months. In cases where the survey is being conducted more than six months after the SBCC campaign, the time frame can be adjusted accordingly. Implementers must note, however, that an extended time frame between the SBCC campaign and the survey will likely introduce more recall bias into the measurement. In cases where the SBCC campaign has taken place within a time frame shorter than six months, the survey question can be altered accordingly.

The numerators for the additional indicators are obtained by asking follow-up questions to those respondents who replied in the affirmative that they had seen or heard a malaria message in the specified time period. The first follow-up question asks what specific messages the respondent had seen or heard and the second question asks where the message was seen or heard. To reduce or eliminate potential response bias, the survey enumerator should avoid asking: “Did you hear/see X message?” (Yes/No).

Alternatively, depending upon the content of the communication campaign, the survey can ask the respondent to complete a catch phrase or jingle associated with the campaign. This method works well for radio, television, or even community events. For more visual campaigns using billboards, posters, or other printed materials, the enumerator can ask respondents to identify a familiar logo or image associated with a campaign. The survey can include questions on as many specific messages as are applicable. Optimally, responses will be unprompted but the enumerator may ask a simple probe, “Is there anything else?”, to ensure the respondent has fully considered the question.

The denominator for all indicators is the total number of survey respondents. An alternative denominator for the additional indicators could be the “Number of respondents who recall hearing or seeing any malaria message,” if researchers want to know what message or channel resonated most with the target population that recalls hearing or seeing any message.

Additional questions can be included in the measurement tool to provide more details and contextual information, such as:

- Access to radio/television and frequency of use—Access to a radio and television are included in the MIS and DHS, but only the DHS Women’s Questionnaire includes questions about the frequency of radio and television use. Questions about mobile phone use and access should also be considered.
- Understanding of a specific message or jingle, such as if the message is about using ITNs, seeking prompt treatment for fever, or recognizing danger signs of malaria—this question should be asked in an open-ended, unprompted way.

The survey may also include a communication channel not used in SBCC activity to gauge the extent of social desirability bias inherent in the responses. Social desirability bias occurs when the respondent tries to give the socially correct answer or one s/he feels will please the interviewer, rather than a true response. This check is particularly useful in an environment with relatively few communication channels.

Note: These questions are provided for reference only. As far as possible, the questions and the response options should be adapted to fit the country context with respect to recent or ongoing key messages and slogans.

Question No	Question	Responses	Code
101	In the past six months, have you seen or heard any messages about malaria?	YES NO	1 2

²⁵ In this document, “respondents” refers to the people selected for participation in the survey. Respondents will be selected based on the survey sampling methodology and should be representative of the target population of the malaria program. “Target population” refers to the overall entities (individuals or social groups) for whom the intervention was intended, or the population of interest.

Question No	Question	Responses	Code
102	Where did you hear or see the messages or information?	GOVT CLINIC/HOSPITAL	1
		COMMUNITY HEALTH WORKER	2
		FRIENDS/FAMILY	3
	Anywhere else?	WORKPLACE	4
		DRAMA GROUPS	5
		PEER EDUCATORS	6
		POSTER/BILLBOARDS	7
		TELEVISION	8
		RADIO	9
		NEWSPAPER	10
		SCHOOL	11
	OTHER (SPECIFY):	88	
	DON'T KNOW	99	
103	What messages about malaria did you hear or see?	MALARIA IS DANGEROUS	1
		MALARIA CAN KILL	2
		MOSQUITOES SPREAD MALARIA	3
	Is there anything else?	SLEEPING UNDER AN ITN IS IMPORTANT	4
		WHO SHOULD SLEEP UNDER AN ITN	5
		SEEK TREATMENT FOR FEVER	6
		SEEK TREATMENT FOR FEVER PROMPTLY (WITHIN 24 HOURS)	7
		IMPORTANCE OF HOUSE SPRAYING	8
		NOT PLASTERING WALLS AFTER SPRAYING	9
		ENVIRONMENTAL SANITATION ACTIVITIES	10
		NOT ALL FEVERS ARE MALARIA	11
		USE A TEST BEFORE TAKING MALARIA TREATMENT	12
		GIVE MALARIA TREATMENT ONLY TO CONFIRMED CASES	13
	BASED ON TEST RESULTS	88	
	OTHER (SPECIFY):	99	
	DON'T KNOW		
104	Can you complete the following phrase: "Take cover under the ITN every...?"	YES	1
		NO	2
		DON'T KNOW	99
	[Respondent reply: "...day every night"]		
105	Where did you hear or see this phrase?	RADIO	1
		TELEVISION	2
		POSTER	3
		COMMUNITY EVENT	4
		HEALTH PROVIDER	5
		FRIEND/NEIGHBOR/FAMILY MEMBER	6
		OTHER (SPECIFY):	88
	DON'T KNOW	99	
106	Do you recognize any of these logos/pictures?	YES	1
		NO	2
	[Interviewer shows three images including the logo that has been used in the SBCC activity; the other two are made up]		
107	Where did you hear or see this image?	RADIO	1
		TELEVISION	2
		POSTER	3
		COMMUNITY EVENT	4
		HEALTH PROVIDER	5
		FRIEND/NEIGHBOR/FAMILY MEMBER	6
		SCHOOL	7
		OTHER (SPECIFY):	88
	DON'T KNOW	99	

Knowledge

2. Proportion of people who name mosquitoes as the cause of malaria

- Additional indicator 2.1: Proportion of people who name only mosquitoes as the cause of malaria

3. Proportion of people who know the main symptom of malaria is fever

- Additional indicator 3.1: Proportion of respondents who know the danger signs and symptoms of severe malaria

4. Proportion of providers who know the only way to accurately diagnose malaria is with a malaria test (RDT or microscopy)

5. Proportion of people who know the treatment for malaria

6. Proportion of people who know preventive measures for malaria

- Additional Indicator 6.1: Proportion of people with misconceptions about effective malaria prevention practices
- Additional indicator 6.2: Proportion of people who are aware that IPTp is a way to protect a mother and her baby from malaria during pregnancy (sub-analysis of Indicator 5)
- Additional indicator 6.3: Proportion of providers who know the national guidelines for IPTp dosing (timing and frequency) (survey question not provided)

The numerator for these indicators is obtained by asking respondents a series of questions about the causes, signs/symptoms, treatment, and preventive measures for malaria.

For indicator 2, “cause of malaria,” the respondent is asked about the causes of malaria and the enumerator marks the responses mentioned. The options in the questionnaire must include mosquitoes or mosquito bites. Other options should be context-specific common misunderstandings about the cause of malaria. The respondent is counted in the numerator if they mention mosquitoes or mosquito bites as the cause of malaria. With regard to additional indicator 2.1, recent analysis has shown that in some areas, respondents who believe that only mosquitoes cause malaria may be more likely to sleep under ITNs. For additional indicator 2.1, respondents are counted in the numerator if they cite **only** mosquitoes as the cause of malaria—and do not cite any incorrect causes of malaria. Implementers can measure additional indicator 2.1 if it is deemed useful for the program.

Question No	Question	Responses	Code
201	What do you think is the cause of malaria?	MOSQUITO BITES	1
		EATING IMMATURE SUGARCANE	2
	Anything else?	EATING COLD FOOD	3
		EATING OTHER DIRTY FOOD	4
	RECORD ALL MENTIONED	DRINKING DIRTY WATER	5
		GETTING SOAKED WITH RAIN	6
		COLD OR CHANGING WEATHER	7
		WITCHCRAFT	8
		OTHER (SPECIFY):	88
		DON'T KNOW	99

For indicator 3, “symptoms of malaria,” the respondent is asked to name the main signs or symptoms of malaria. Responses should be unprompted/spontaneous in order to minimize bias, but the interviewer should probe respondents to ensure they have the opportunity to provide multiple responses. A typical probe would be, “Is there anything else that is a sign of malaria?” To be counted in the numerator, the respondent must identify fever among their responses.

The numerator for additional indicator 3.1 would be obtained by asking the respondent to name danger signs for malaria. Respondents should only be counted if they are able to name at least one clinical feature based on the World Health Organization guidelines: impaired consciousness, prostration/extreme weakness, convulsions, respiratory distress, circulatory collapse/shock, acute kidney injury, clinical jaundice, and abnormal bleeding. Responses should be unprompted/spontaneous in order to minimize bias, but the interviewer should probe respondents to ensure they have the opportunity to provide multiple responses.

Question No	Question	Responses	Code
301	How do you know if you or someone in your household has malaria? RECORD ALL MENTIONED	SYMPTOMS	1
		HEALTH PROVIDER EXAMINATION	2
		BLOOD TEST (RDT OR SLIDE)	3
		OTHER	88
		DON'T KNOW	99
302	What signs or symptoms would lead you to think that a person has malaria? Anything else? RECORD ALL MENTIONED	FEVER	1
		FEELING COLD	2
		HEADACHE	3
		NAUSEA AND VOMITING	4
		DIARRHEA	5
		DIZZINESS	6
		LOSS OF APPETITE	7
		BODY ACHE OR JOINT PAIN	8
		PALE EYES	9
		SALTY TASTING PALMS	10
		FEELING WEAK	11
		REFUSING TO EAT OR DRINK	12
		OTHER (SPECIFY):	88
DON'T KNOW	99		
303	What are the main danger signs of malaria? Anything else? RECORD ALL MENTIONED	SEIZURE / CONVULSIONS	1
		FAINTING	2
		ANY FEVER	3
		HIGH FEVER	4
		STIFF NECK	5
		FEELING WEAK	6
		NOT ACTIVE	7
		CHILLS/SHIVERING	8
		NOT ABLE TO EAT	9
		VOMITING	10
		CRYING ALL THE TIME	11
		RESTLESS	12
		DIARRHOEA	13
OTHER (SPECIFY):	88		
DON'T KNOW	99		

The numerator for indicator 4 would be the number of health providers who cite malaria tests (RDT and/or microscopy) as the only way to be certain that a child has malaria. The denominator would be all the health providers surveyed. The data source for would be a health facility survey. This indicator is similar to response efficacy in that it touches on the respondent's perceptions on the effectiveness of malaria tests. However, it does not test the strength of that belief, nor does it specifically examine providers' beliefs around the accuracy of microscopy and RDTs in field conditions. In applying the framework, researchers believe that a provider's diagnostic knowledge and belief in the effectiveness of malaria tests (response efficacy) both influence diagnosis and prescribing behavior.

Question No	Question	Responses	Code
401 PROVIDERS	What makes you certain that a child has malaria? CHECK ALL RESPONSES MENTIONED. DO NOT PROMPT	MICROSCOPY OR RAPID DIAGNOSTIC TEST	1
		FEVER & OTHER SIGNS & SYMPTOMS OF MALARIA	2
		CLINICAL JUDGEMENT	
		OTHER (SPECIFY):	3
		DON'T KNOW	88 99

For indicator 5, "treatment for malaria," the respondent is asked to name the most effective medication used to treat malaria. Responses should be unprompted/spontaneous to minimize bias. Only one response is required of the respondent. The respondent is counted in the numerator if they cite ACTs as the most effective treatment, but country-specific context should be applied to this measure. For example, a local name for ACT is an acceptable response. Countries in which a substantial proportion of infections are caused by *Plasmodium vivax* should consider chloroquine or ACTs acceptable.

Question No	Question	Responses	Code
501	What is the most effective medication used to treat malaria?	SP/FANSIDAR	1
		CHLOROQUINE	2
		QUININE	3
		NEW MALARIA DRUG/ACT	4
		ASPIRIN, PANADOL, PARACETOMOL	5
	RECORD ALL MENTIONED	OTHER (SPECIFY):	88
		DON'T KNOW	99

For indicator 6, “prevention of malaria,” the respondent is asked to name one or more preventive measures for malaria. The options in the questionnaire must include the relevant preventive measures implemented in the community; these may include using ITNs, taking preventive medication during pregnancy, taking seasonal prophylaxis, or having the house sprayed with insecticide. If any of these preventive measures are not implemented in the target community, such as seasonal prophylaxis, it should not be included as an option. Other options should include false preventive measures for malaria including cutting grass, keeping the house surroundings clean, and avoiding drinking dirty water.

The respondent is only counted in the numerator if they name at least one of the relevant preventive interventions and none of the incorrect behaviors.

Indicator 6.1 is the inverse of indicator 6. Respondents count in the numerator if they cite any of the incorrect behaviors.

For indicator 6.2, the numerator is the number of respondents who selected “take preventive medication” for question 601 and the denominator is the number of respondents in the sample.

Question No	Question	Responses	Code
601	How can someone protect himself or herself against malaria?	SLEEP UNDER A MOSQUITO NET	1
		SLEEP UNDER A INSECTICIDE-TREATED MOSQUITO NET	2
	Anything else?	USE MOSQUITO REPELLANT	3
		AVOID MOSQUITO BITES	4
		TAKE PREVENTIVE MEDICATION DURING PREGNANCY	5
	RECORD ALL MENTIONED	SPRAY HOUSE WITH INSECTICIDE	
		USE MOSQUITO COILS	6
		CUT THE GRASS AROUND THE HOUSE	7
		FILL IN PUDDLES (STAGNANT WATER)	8
		KEEP HOUSE SURROUNDINGS CLEAN	9
		BURN LEAVES	10
		DON'T DRINK DIRTY WATER	11
		DON'T EAT BAD FOOD	12
		PUT MOSQUITO SCREENS ON THE WINDOWS	13
		DON'T GET SOAKED WITH RAIN	
OTHER (SPECIFY):	14		
DON'T KNOW	15		
	88		
	99		

For indicator 6.3, “provider knowledge on the national guidelines,” the numerator is the number of providers who correctly answered questions 601, 602, and 603 and the denominator is the total number of providers. The data source would be a provider survey (such as those conducted during a health facility assessment).

Question No	Question	Responses	Code
601 PROVIDER	What is the name of the medicine that is given to pregnant women to keep them from getting malaria?	FANSIDAR	1
		CHLOROQUINE	2
		METAKELFIN	3
		MEFLOQUINE	4
		ARTEMETHER/LUMEFANTRINE	5
	MULTIPLE RESPONSES POSSIBLE. CIRCLE ALL RESPONSES.	QUININE	6
		COARTEM	7
		HERBAL REMEDIES	8
		OTHER	88
		DON'T KNOW	99
PROBE ONCE: ANYTHING ELSE?			

Question No	Question	Responses	Code
602 PROVIDER	When should a pregnant woman start to take medicine to keep from getting malaria?	AS SOON AS SHE KNOWS SHE IS PREGNANT	1
		WHEN THE BABY FIRST MOVES	
		AT HER FIRST ANTENATAL CARE VISIT	2
		START OF 4TH MONTH OR 2ND TRIMESTER	3
		ANY TIME DURING PREGNANCY	4
		OTHER (SPECIFY)	
603 PROVIDER	How many doses of anti-malarial tablets should a pregnant woman take during a pregnancy to prevent her from getting malaria?	DON'T KNOW	5
			88
			99
		ONE	1
		TWO	2
	THREE	3	
	MORE THAN THREE	4	
	DON'T KNOW	99	

While no indicator is given for measuring caregiver knowledge about care-seeking guidelines, the following question may still be useful for programs:

Question No	Question	Responses	Code
	When should a mother bring a child to a health facility for fever? Note: where applicable, "health facility" can be replaced with "health facility or community health worker" Gender note: consider replacing "mother" with "parent"	SAME DAY	1
		NEXT DAY	2
		TWO DAYS AFTER FEVER	3
		THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER	4
		OTHER	88
		DON'T KNOW	99

Identifying respondents by their role in the household—such as mother, father, mother-in-law/grandmother to the child, etc.— and categorizing results along these lines would be helpful for assessing the level of knowledge among caregivers and other audiences who influence care-seeking decisions.

Risk and Efficacy

7. Proportion of people who perceive they are at risk from malaria

8. Proportion of people who feel that consequences of malaria are serious

The following questions can be adapted or dropped if the intervention focuses on a different sub-population, such as pregnant women, or does not focus on a sub-population, as in the case of an intervention that is aimed at all household members.

To calculate the **susceptibility indicator**, indicator 7, a mean score for questions 701 to 706 is calculated for each individual. The Likert Scales are converted such that "strongly disagree" is coded as +2, "somewhat disagree" is coded as +1, "somewhat agree" is coded as -1 and "strongly agree" is -2. Responses to the inverse questions (marked as "INV") should be coded in reverse." Don't know/uncertain" is not offered as an option, but if the respondent is conflicted about an answer, this option can be used. Enumerators should be trained, however, to encourage respondents to choose a response within one of the other categories. note that questions must be inverted.

Individuals with a negative mean score of less than zero are categorized as having "low perceived risk" and those with a positive mean score of greater than zero are categorized as having "high perceived risk." The total proportion of individuals that perceive they are at risk from malaria can then be easily obtained.

To calculate the **severity indicator** (indicator 8), a mean score for questions 801 to 806 is calculated for each individual (question 804 and 805 are inverted). Individuals with a positive mean score of greater than zero are categorized as having "high perceived severity" and those with a negative mean score of less than zero are categorized as having "low perceived severity." The total proportion of individuals that perceived malaria as serious can then be calculated.

		STRONGLY DISAGREE	SOMEWHAT DISAGREE	SOMEWHAT AGREE	STRONGLY AGREE	DON'T KNOW / UNCERTAIN
SUSCEPTIBILITY						
701 (Inv)	During the rainy season, you worry almost every day that someone in your family will get malaria	1	2	3	4	99
702	People in this community only get malaria during rainy season	1	2	3	4	99
703	People only get malaria when there are lots of mosquitoes	1	2	3	4	99
704 (Inv)	Nearly every year, someone in this community gets a serious case of malaria	1	2	3	4	99
705	You cannot remember the last time someone you know became sick with malaria	1	2	3	4	99
706 (Inv)	When your child has a fever, you almost always worry that it might be malaria	1	2	3	4	99
SEVERITY						
801	You don't worry about malaria because it can be easily treated	1	2	3	4	99
802	Your children are so healthy that they would be able to recover from a case of malaria	1	2	3	4	99
803	Only weak children can die from malaria	1	2	3	4	99
804 Inv	You know people who have become dangerously sick with malaria	1	2	3	4	99
805 (Inv)	Every case of malaria can potentially lead to death	1	2	3	4	99
806	When someone you know gets malaria, you usually expect them to completely recover in a few days	1	2	3	4	99

9. Proportion of people who believe that the recommended practice or product will reduce their risk

To calculate the proportion of people who believe a recommended practice or product will reduce their risk of malaria (**response efficacy**), a mean score is calculated. For this indicator, the Likert Scales are converted such that “strongly disagree” is coded as -2 and “strongly agree” is coded as +2, and responses to the inverse questions (“INV”) are reverse-coded. “Don’t know/uncertain” is not offered as an option, but if the respondent is conflicted about an answer, this option can be used. Enumerators should be trained, however, to encourage respondents to choose a response within one of the other categories.

A mean score greater than zero for the IRS questions represents someone who perceives IRS to be protective against malaria. Similarly, a mean score of greater than zero for the ITN questions signifies that a respondent feels ITNs protect him/her from malaria, and a mean score greater than zero for the IPTp questions indicates a belief that preventive therapy during pregnancy is effective. A mean score greater than zero for the diagnosis questions indicates that the respondent believes in the efficacy of diagnostics. Lastly, a mean score greater than zero for the treatment questions represents someone who perceives ACTs or other relevant treatment as efficacious in treating malaria.

	RESPONSE EFFICACY QUESTIONS	STRONGLY DISAGREE	SOMEWHAT DISAGREE	SOMEWHAT AGREE	STRONGLY AGREE	DON'T KNOW/ UNCERTAIN
INDOOR RESIDUAL SPRAYING (IRS)						
901	I believe there are fewer mosquitoes around since our homes were sprayed with IRS	1	2	3	4	99
902 (Inv)	The liquid used to spray the walls is often too diluted to kill many mosquitoes	1	2	3	4	99
903	People who live in houses that have been sprayed are less likely to get malaria	1	2	3	4	99
ITN USE						
904 (Inv)	My chances of getting malaria are the same whether or not I sleep under an ITN	1	2	3	4	99
905 (Inv)	Many people who sleep under an ITN still get malaria	1	2	3	4	99
906	I believe my family gets sick less often since we began sleeping under ITNs	1	2	3	4	99
INTERMITTENT PREVENTION THERAPY IN PREGNANCY (IPTp)						
907	The medicine given to pregnant women to prevent malaria works well to keep the mother healthy	1	2	3	4	99
908 (Inv)	Pregnant women are still at risk for malaria even if they take the medicine that is meant to keep them from getting malaria	1	2	3	4	99
909	The medicine given to pregnant women to prevent malaria works well to keep her baby healthy when it is born	1	2	3	4	99
DIAGNOSIS						
910 (Inv)	The health care provider is better than the test at diagnosing malaria, so I rely on the provider to tell me whether the fever is caused by malaria	1	2	3	4	99
911 (Inv)	Even if the malaria test is negative, I would still seek out malaria treatment from a health provider because I don't believe the result	1	2	3	4	99
912	The malaria tests are the only way to know if someone really has malaria or not.	1	2	3	4	99
TREATMENT						
913	ACTs* work quickly to treat malaria	1	2	3	4	99
914	When the entire course of malaria medicine is taken, the disease will be fully cured	1	2	3	4	99
915 (Inv)	All the malaria medicines work equally well at treating malaria	1	2	3	4	99

* Adjust according to country context

10. Proportion of people who are confident in their ability to perform a specific malaria-related behavior

The Likert Scales are converted such that “definitely could” is coded as +2 and “definitely could not” is coded as -2. “Don't know/uncertain” is not offered as an option but if the respondent is conflicted about an answer, this option can be used. Enumerators should be trained, however, to encourage respondents to choose a response within one of the other categories.

For the various components of the indicator as a whole, a mean score greater than zero represents high perceived self-efficacy while a mean score less than zero represents low perceived self-efficacy

I am going to ask you about a series of actions you could take, and I would like you to tell me how confident you are that you could actually do that action successfully. For each action, please tell me if you think you definitely could, probably could, probably could not or definitely could not do each action successfully. INTERVIEWER: DO NOT READ "DON'T KNOW" / "UNCERTAIN" RESPONSE AND ONLY USE IF RESPONDENT IS NOT ABLE TO PROVIDE ANOTHER ANSWER.

		DEFINITELY COULD NOT	PROBABLY COULD NOT	PROBABLY COULD	DEFINITELY COULD	DON'T KNOW/ UNCERTAIN
PROTECTION OF SELF AND FAMILY						
1001	Easily protect yourself from getting malaria	1	2	3	4	99
1002	Easily protect your children from getting malaria	1	2	3	4	99
1003	Easily take care of family members if they contract malaria	1	2	3	4	99
ITN USE						
1004	Obtain enough ITNs to cover all of the sleeping spaces in your household	1	2	3	4	99
1005	Sleep under an ITN for the entire night when there are lots of mosquitoes	1	2	3	4	99
1006	Sleep under an ITN for the entire night when there are few mosquitoes	1	2	3	4	99
SEEK DIAGNOSIS						
1007	Know if a fever is a sign of malaria or something else	1	2	3	4	99
1008	Know if a child has a typical or serious case of malaria	1	2	3	4	99
1009	Know if you need to rush to the clinic or not when your child is sick	1	2	3	4	99
1010	Request a diagnostic test at the clinic when you think your child might have malaria	1	2	3	4	99
1011	Find money to take the child to the clinic when malaria is suspected	1	2	3	4	99
1012	Find someone you trust to tell you whether your child has malaria	1	2	3	4	99
SEEK TREATMENT						
1013	Get the appropriate treatment for your child when s/he has malaria	1	2	3	4	99
1014	Make sure your child takes the full dose of medicine that s/he is prescribed	1	2	3	4	99
1015	Find resources to travel with your child to the clinic within 24 hours when he/she is very sick	1	2	3	4	99
SEEK PREVENTIVE THERAPY						
1016	Go to ANC visit as soon as you think you might be pregnant	1	2	3	4	99
1017	Go to at least four* ANC appointments at the clinic	1	2	3	4	99
1018	Take the SP at each of your ANC visits	1	2	3	4	99
INDOOR RESIDUAL SPRAYING						
1019	Move all your furniture out of your house to prepare the house for spraying	1	2	3	4	99
1020	Not replaster or repaint the walls after the spraying, for 6 months/one year**	1	2	3	4	99
1021	Continue to use your ITN after the house has been sprayed	1	2	3	4	99

*depending on the national policy

** will depend on insecticide used

Attitudes

11. Proportion of people with a favorable attitude toward the product, practice or service

Enumerators measure attitude by asking respondents how strongly they agree or disagree with these statements, usually in terms of the four-point (Likert-type) scale.

The statements must all correspond to the same behavior, product, or issue. Respondents express their values in terms of the expected outcome of the behavior, expected benefit or harm, or positive and negative attributes of the behavior or product.

To calculate a respondent's attitude, a mean score for the questions in this section is calculated for that respondent. The Likert Scales are converted such as "strongly disagree" is coded as -2 and "strongly agree" is coded as +2. Inverted questions are reverse-coded. "Don't know/uncertain" is not offered as an option but if the respondent is conflicted about an answer, this option can be used. Enumerators should be trained, however, not to mention this as an option, and only select it if the respondent does not want to answer. Any answer of "don't know" is not included in the calculation of the mean.

A mean score less than zero would be categorized as having an unfavorable attitude to the product, practice, or service and having a mean score greater than zero would be categorized as having a favorable attitude toward the product, practice, or service.

		STRONGLY DISAGREE	SOMEWHAT DISAGREE	SOMEWHAT AGREE	STRONGLY AGREE	DON'T KNOW/ UNCERTAIN
INTERMITTENT PREVENTIVE THERAPY (IPTp)						
1101	Once a woman thinks she may be pregnant, she should see a health provider as soon as possible	1	2	3	4	98
1102 (Inv)	Pregnant women often feel sick when they take medicine on an empty stomach	1	2	3	4	99
1103 (Inv)	Even if a woman thinks she may be pregnant, she should wait a few months to know for certain before she sees a health provider	1	2	3	4	99
1104	Health care providers will only give a pregnant woman medicine if they know for certain that it is not harmful to her or to her baby	1	2	3	4	99
1105 (Inv)	A pregnant woman needs permission from her husband or other family to go to ANC	1	2	3	4	99
1106	A pregnant women must seek several doses of medicine (SP) to protect herself from malaria during pregnancy	1	2	3	4	99
1107 (Inv)	A pregnant women is at no more risk of malaria than any other member of the community	1	2	3	4	99
ITNs						
1108 (Inv)	More expensive ITNs are more effective than less expensive or free ITNs	1	2	3	4	99
1109 (Inv)	ITNs only prevent mosquito bites when used with certain types of beds	1	2	3	4	99
1110 (Inv)	It only takes a few months for an ITN to get too many holes to stop mosquitoes	1	2	3	4	99
1111 (Inv)	The insecticide on ITNs can be dangerous to people who sleep under them	1	2	3	4	99
1112 (Inv)	It is difficult to sleep well under an ITN when the weather is warm	1	2	3	4	99
1113	Sleeping under an ITN is a good way to get privacy in a crowded house	1	2	3	4	99
1114 (Inv)	You would not sleep under an ITN if you don't like its color	1	2	3	4	99
1115	It is easier to get a good night's sleep when you sleep under an ITN	1	2	3	4	99
1116	You mainly use an ITN to avoid malaria	1	2	3	4	99

		STRONGLY DISAGREE	SOMEWHAT DISAGREE	SOMEWHAT AGREE	STRONGLY AGREE	DON'T KNOW/ UNCERTAIN
1117 (Inv)	You mainly use an ITN to avoid pests that can bite you while you sleep	1	2	3	4	99
1118	It is good that people use ITNs	1	2	3	4	99
1119	Pregnant women should sleep under an ITN every night	1	2	3	4	99
1120	Children under five years old should sleep under an ITN every night	1	2	3	4	99
1121 (Inv)	It is only necessary to use an ITN during rainy seasons	1	2	3	4	99
1122 (Inv)	To sleep under an ITN makes you feel like you are suffocating	1	2	3	4	99
DIAGNOSIS AND TREATMENT						
1123	The health provider is always the best person to talk to when you think your child/someone in your family may have malaria	1	2	3	4	99
1124 (Inv)	It is easy to tell whether a fever is malaria or not	1	2	3	4	99
1125	A person should only take malaria medicine if a health provider says that a fever really is malaria	1	2	3	4	99
1126 (Inv)	Even if the test is negative, some parents still feel their child has malaria	1	2	3	4	99
1127 (Inv)	You will go to a second health provider for malaria medicine if the first provider says that the fever is not due to malaria	1	2	3	4	99
1128 (Inv)	People don't need to get a test to know if they have malaria	1	2	3	4	99
1129	The best place to seek malaria treatment/ACTs for children under five years of age is in a public health facility*	1	2	3	4	99
1130	The best place to seek treatment for a fever in children under five years of age is in a private clinic	1	2	3	4	99
1131	The best place to seek treatment for a fever in children under five years of age is in NGO or mission facility	1	2	3	4	99
1132 (Inv)	When you get medicine to treat malaria, you save up some medicine for someone else in the family who might need it	1	2	3	4	99
1133	You trust that the medicines you receive will cure malaria	1	2	3	4	99
1134	To handle fever in children under five years of age, the health provider(s) are very knowledgeable	1	2	3	4	99
1135	You think modern medicine works better than traditional medicine	1	2	3	4	99
1136 (Inv)	You are not very satisfied with the care you received at the place you sought treatment	1	2	3	4	99
INDOOR RESIDUAL SPRAYING						
1137	It is not dangerous for someone to touch the walls a couple of hours after the walls have been sprayed	1	2	3	4	99
1138	Once a house's walls are sprayed, the odor from the spray can last many days.	1	2	3	4	99
1139	Most families have an easy time carrying their possessions outside so that the walls can be sprayed	1	2	3	4	99
1140 (Inv)	Many people develop rashes on their skin after the walls inside their houses are sprayed	1	2	3	4	99

		STRONGLY DISAGREE	SOMEWHAT DISAGREE	SOMEWHAT AGREE	STRONGLY AGREE	DON'T KNOW/ UNCERTAIN
1141 (Inv)	The liquid used to spray the walls is often too diluted to kill many mosquitoes	1	2	3	4	99
1142 (Inv)	Most families would be worried about leaving all of their possessions outside of their house while their walls are being sprayed	1	2	3	4	99
1143 (Inv)	It can be embarrassing to leave all of your possessions outside of your house where other people in the community can look at them	1	2	3	4	99
1144	Spraying the inside walls of a house to kill mosquitoes does not cause any health problems for the people living in the house	1	2	3	4	99
1145	The government would not spray the inside walls of a house if it was not an effective way to prevent malaria	1	2	3	4	99

* For contexts in which integrated community case management is being implemented, the following should also be included as an option: "The best place to seek treatment for a fever in children under five years of age is from a community health worker."

Norms

12. Proportion of people who believe the majority of their friends and community members currently practice the behavior

This indicator is calculated as the proportion of respondents who think that "at least half" or more (codes 1, 2, and 3) of their community practice the behavior in question. Codes 1, 2, and 3 are grouped into a single category ("at least half"). Codes 4 and 5 are grouped into another category ("less than half"). "Don't know/uncertain" is not offered as an option but if the respondent is conflicted about an answer, this option can be used. Enumerators should be trained, however, to encourage respondents to choose a response within one of the other categories.

Question No	Question	Responses	Code
1201	Generally, in how many households in your community do people sleep under an ITN	ALL HOUSEHOLDS	1
		MOST HOUSEHOLDS	2
		MORE THAN HALF	3
		FEWER THAN HALF	4
		HARDLY ANY HOUSEHOLDS	5
		DON'T KNOW	99
1202	Generally, how many women in your community receive at least 4 checkups* from a health provider when they are pregnant	ALL WOMEN	1
		MOST WOMEN	2
		MORE THAN HALF OF THE WOMEN	3
		FEWER THAN HALF OF THE WOMEN	4
		HARDLY ANY WOMEN	5
		DON'T KNOW	99
1203	Generally, how many children in your community visit a health provider on the same day that they develop a fever	ALL CHILDREN	1
		MOST CHILDREN	2
		MORE THAN HALF OF THE CHILDREN	3
		FEWER THAN HALF OF THE CHILDREN	4
		HARDLY ANY CHILDREN	5
		DON'T KNOW	99

* Should be adapted based on country IPTp policy

Behaviors

13. Proportion of people who practice the recommended behavior

Detailed information and survey questions on measuring most of the behavioral indicators, including the numerators and denominators, is available from the MERG's [Household Survey Indicators for Malaria Control](#).²⁶

- Proportion of population that slept under an ITN the previous night
- (Additional indicator 13.1) Use-to-access ratio: the numerator is the “proportion of population that slept under an ITN the previous night.” The denominator is the “proportion of the population with access to an ITN within their household.”
- Proportion of women who received three or more doses of IPTp²⁷ during ANC visits during their last pregnancy
- Proportion of children under five years old with fever in the last two weeks for whom advice or treatment was sought the same or next day following the onset of fever
- Proportion of children under five years old with fever in the last two weeks who had a finger or heel stick
- Proportion receiving an ACT among children under five years old with fever in the last two weeks who received any antimalarial drugs
-

Some questions from the MIS, DHS, and other KAP surveys are provided below for reference. Questions that are not in the current DHS or MIS surveys, but may be considered for KAPs or other community surveys, are starred. When countries adapt survey tools, the questions should, as far as possible, reflect national recommendations and key messages.

The ideal behavioral outcome indicators for case management and IPTp have both a beneficiary and provider component. For case management, the beneficiary must seek care for fever and the provider must adhere to national guidelines for testing and treatment at the point of care. For IPTp, pregnant women must attend ANC early and throughout their pregnancy and the ANC provider must provide IPTp as indicated by national guidelines. A few additional indicators measure health provider behavior more directly, but the definitions have not yet been standardized:

- Proportion of pregnant women at ANC that received IPTp according to national guidelines
- Proportion of fever cases receiving a malaria diagnostic test, or the proportion of malaria cases diagnostically confirmed
- Proportion of tested cases treated/not treated according to test results, or proportion of confirmed positive cases receiving ACT

Measuring these practices can be complex. There are currently no standard methods, and there is significant variation in data sources, such as HMIS and health facility surveys, and indicator definitions across countries. For the moment, we suggest that programs/evaluators use proxy indicators based on standardized and validated household survey measures—DHS, MIS, MICS, other community surveys—defined above. Lastly, for the indicator, “Proportion of pregnant women who attended at least one, two, or three ANC visits according to national guidelines,” information on the calculation of this indicator is available from the [Guide to DHS Statistics](#).²⁸

Question No	Question	Responses	Code
ITN use			
1301	Ask the respondent to show you all the nets in the household ¹ For the following questions—answer for each net	FOR EACH NET: OBSERVED NOT OBSERVED	1 2
1302	How many months ago did your household get the mosquito net?	FOR EACH NET __ MONTHS __ YEARS NOT SURE	1 2 99
1303	Observe or ask the brand/type of mosquito net. If brand is unknown and you cannot observe the net, show pictures of typical net types/brands to respondent	FOR EACH NET LONG-LASTING INSECTICIDE TREATED NET - BRAND A - BRAND B - OTHER/DON'T KNOW BRAND (For the options above, skip to question 606) OTHER BRAND DON'T KNOW BRAND	1 2 3 4 5

²⁶ [MERG 2013](#)

²⁷ The RBM 2013 guidance is based on the latest WHO guidance on IPTp. As IPTp policies differ by country, this indicator may be modified to reflect the country context.

²⁸ MEASURE DHS, 2006

Question No	Question	Responses	Code
1304	Did anyone sleep under this mosquito net last night?	YES NO NOT SURE	1 2 99
1305	Who slept under this mosquito net last night? RECORD THE PERSON'S NAME AND NUMBER FROM THE HOUSEHOLD SCHEDULE.	NAME LINE NUMBER	
1306	For those children who did not sleep under the mosquito net last night, what were the reasons for not sleeping under the mosquito net?	TOO HOT TOO COLD CHILD CRIES CHILD AFRAID NOT ENOUGH ITNs NET NOT HUNG UP USED BY ADULTS NET NOT USED WHEN TRAVELLING NET NOT IN GOOD CONDITION NET BAD FOR CHILDREN'S HEALTH NET HAS TOO MANY HOLES OTHER (SPECIFY):	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 88
1307*	For those adults who did not sleep under the mosquito net last night, what were the reasons for not sleeping under the mosquito net?	TOO HOT TOO COLD NET NOT HUNG UP NET NOT USED WHEN TRAVELLING NET NOT IN GOOD CONDITION NET HAS TOO MANY HOLES OTHER (SPECIFY):	1 2 3 4 5 6 88
Indoor Residual Spraying			
1308*	At any time in the past 12 months, has anyone come into your dwelling to spray the interior walls against mosquitoes? ²	YES NO DON'T KNOW	1 2 99
Pregnancy and Intermittent Preventive Therapy			
1309	When you were pregnant with (NAME), did you see anyone for antenatal care for this pregnancy?	YES NO	1 2
1310	How many times did you receive antenatal care during this pregnancy?	NUMBER OF TIMES DON'T KNOW	 99
1311	During this pregnancy, did you take SP/Fansidar in order to prevent you from getting malaria?	YES NO DON'T KNOW	1 2 99
1312	How many times did you take (SP/Fansidar) during this pregnancy?	TIMES __ __	
1313	Did you get the SP/Fansidar during any antenatal care visit, during another visit to a health facility or from another source? IF MORE THAN ONE SOURCE, RECORD THE HIGHEST SOURCE ON THE LIST.	ANTENATAL VISIT ANOTHER FACILITY VISIT OTHER SOURCE	1 2 3
Fever in Children			
1314	Has (NAME) been ill with a fever at any time in the last two weeks?	YES NO DON'T KNOW	1 2 99
1315	Did you seek advice or treatment for the illness from any source?	YES NO	1 2

Question No	Question	Responses	Code
1316	Where did you seek advice or treatment Anywhere else? PROBE TO IDENTIFY EACH TYPE OF SOURCE IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE	PUBLIC SECTOR GOVT HOSPITAL GOVT HEALTH CENTER GOVT HEALTH POST MOBILE CLINIC FIELDWORKER OTHER PUBLIC SECTOR (SPECIFY): PRIVATE MEDICAL CENTER PVT HOSPITAL/CLINIC PHARMACY PVT DOCTOR MOBILE CLINIC FIELDWORKER OTHER PVT MEDICAL (SPECIFY): OTHER SOURCE SHOP TRADITIONAL PRACTITIONER MARKET OTHER (SPECIFY):	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 88
1317*	Was microscopy available in the place you sought advice or treatment?	FOR EACH PLACE WHERE THE RESPONDENT SOUGHT ADVICE OR TREATMENT YES NO DON'T KNOW	1 2 99
1318*	Were RDTs available in the place you sought advice or treatment?	FOR EACH PLACE WHERE THE RESPONDENT SOUGHT ADVICE OR TREATMENT YES NO DON'T KNOW	1 2 99
1319	How many days after the fever began did you first seek treatment for (NAME)?	SAME DAY NEXT DAY TWO DAYS AFTER FEVER THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER DON'T KNOW	1 2 3 4 99
1320*	If didn't get tested: Why did you not get testing for (NAME)?	HEALTH CENTRE TOO FAR DO NOT TRUST THE MALARIA TEST NO MALARIA TESTS AT THE HEALTH CENTRE DO NOT LIKE THE HEALTH CENTRE STAFF NO MONEY FOR TEST TEST NOT OFFERED BY THE PROVIDER DIDN'T HAVE TIME TO GET WAIT TO GET TESTED OTHER (SPECIFY): DON'T KNOW	1 2 3 4 5 6 7 88 99
1321*	In your household, who usually makes decisions to purchase medicine when your child has malaria—you, your spouse, you and your spouse, or someone else?	RESPONDENT SPOUSE JOINT DECISION SOMEONE ELSE (SPECIFY) DON'T KNOW	1 2 3 88 99

Notes: The household net roster can be used to collect data for indicators measuring the use of ITNs. The household roster is applicable for all household members, pregnant women, and children under five years of age.

Presence of an ITN is typically verified at time of interview.

Annex 4: Case Studies for Choosing and Adapting Indicators and Questions

Case Study 1: Selecting Indicators Based on the Program's Stage

Behavioral problem: An analysis of recent DHS data in country X found that ITN use among those with access to a net is the lowest in the country, particularly in one province.

Formative research stage: The team conducted a situation analysis, triangulating DHS survey, focus group, and KAP survey data. Team members used all of the indicators in this guide, including, but not limited to the use-to-access ratio; attitudes toward nets, particularly on the benefits and disadvantages of using a net; perceived susceptibility; social norms; and self-efficacy to use a net throughout the year. Focus group discussions held in the province revealed that people did not place much importance on the use of nets, particularly in the dry season. They believed that since mosquitoes were not plentiful, malaria was not a problem. Many people did not believe their neighbors used ITNs consistently.

A KAP survey confirmed that people felt that malaria is not a threat in the dry season, when there are few mosquitoes, and that people believe that neighbors did not use ITNs consistently. Furthermore, bed nets were viewed as causing discomfort during the night.

Strategy design stage: During the design stage, the team identified *specific* objectives for their campaign and developed a *matching* M&E plan.

SBCC Strategy	M&E Plan Indicators
Behavioral objective: Increase the use of available nets from 60% to 75% during the two years remaining on the project	Use-to-access ratio
Communication objective: Increase perceived risk of malaria , all year round, including in dry season	Perceived susceptibility

Output monitoring: Due to a slow project start-up, the team decided to ramp up community dramas to meet targets for the number of dramas. Activity reports focused on the following indicators:

- Number of SBCC activities (dramas) carried out
- Number of people reached

Audience monitoring: The program asked a market research agency to add a few questions to their quarterly omnibus. They added two indicators:

- Proportion of people who recall hearing or seeing any malaria messages within the last six months
- Proportion of people who perceive they are at risk from malaria

Over the next six months, the proportion of people who recalled a net use message increased from 55% to 82%. Rates of perceived susceptibility also rose from 64% to 78%. Encouraged by this, the donor extended the funding for the campaign for one more year.

Evaluation: An evaluation—provincially representative cross-sectional KAP survey—collected data two years after the start of the campaign. The use-to-access ratio rose to 0.75, and net use was associated with exposure to the campaign. Similarly, people exposed to the campaign were more likely to feel susceptible to malaria and, thus, more likely to use a net. Other indicators measured at endline included:

- Proportion of people who recall hearing or seeing any malaria messages within the last six months
- Proportion of people who recall the campaign slogan
- Proportion of people who perceive they are at risk from malaria
- Proportion of the population using nets, among those people who have access to one within their household

The success of the campaign was attributed to several factors:

- The team kept an open mind and examined results from a broad number of potential motivating factors/indicators before choosing to change one major determinant.
- The focus of the campaign on one factor—perceive susceptibility—kept the message clear, consistent, and memorable.
- Using activity reports and paying for just two questions in the omnibus allowed the campaign to monitor how well they were reaching the audience.
- Their use of omnibus results to demonstrate changes in perceived susceptibility made the case for extending the campaign by another 12 months, further cementing the campaign's chances of fulfilling its objective.

Case Study 2: Adapting Indicators and Questions to Seasonal Malaria Chemoprevention

Seasonal malaria chemoprevention is the administration of up to four monthly doses of SP and amodiaquine to children aged three to 39 months during the high malaria transmission season. The World Health Organization has endorsed SMC since 2012. SMC can prevent up to 75% of uncomplicated and severe malaria cases. It is effective in areas where the malaria season is four months long or less or where the SP resistance is low, such as the Sahel.

Speak Up Africa (SUA) is an international NGO with headquarters in Dakar, Senegal, and New York, USA. SUA's SBCC activities sought to: a) sensitize households about visits from community health volunteers, who administer the first dose; b) remind caregivers to administer the second, third, and fourth doses at home; and c) advise caregivers on what to do in case of side effects.

In 2015, after one year of implementation, SUA aimed to measure the levels of malaria knowledge, attitudes, and practices of the target population to inform future programs. Researchers adapted several indicators and questions from the **RBM SBCC Indicator Reference Guide** to inform qualitative and quantitative data collection. The study collected data on the indicators highlighted below. The same data collection tools were used in The Gambia, Guinea, Niger, and Mali.

Category	Indicators Used in Data Collection Tools (SMC-specific indicators are in bold)
Recall	1. Proportion of people who recall messages about SMC
Knowledge	2. Proportion of people who name mosquitoes as the cause of malaria
	3. Proportion of people who know the main symptom of malaria is fever
	4. Proportion of people who know the treatment for malaria
	5. Proportion of people who know preventive measures for malaria
	6. Proportion of people who know about SMC (questions asked about its objective, target population, and treatment duration)
Risk and efficacy	7. Proportion of people who perceive they are at risk from malaria
	8. Proportion of people who feel that consequences of malaria are serious
	9. Proportion of people who believe that the recommended practice or product will reduce their risk (SMC , ITNs, IPTp)
Norms	10. Proportion of people who believe the majority of their friends and community members currently practice SMC
Attitudes	11. Proportion of people with a favorable attitude toward the product, practice or service (SMC , ITNs, IPTp)
Behavior	10. Proportion of people who practice the recommended behavior:
	• Proportion of population that slept under an ITN last night
	• Proportion of children under five years old with fever in the last two weeks for whom advice or treatment was sought
	• Proportion of people who completed SMC treatment

The study found a good level of knowledge regarding malaria and good practices, such as use of bed nets. Furthermore, knowledge about SMC was solid, as was acceptance of SMC interventions and coverage of SMC. For more information, contact Fara Ndiaye at fara.ndiaye@speakupafrika.org.

Annex 5: References

This document draws from a variety of surveys implemented in different countries by different partners. Documents consulted include:

Survey Questionnaires

Standard population-based surveys

1. MEASURE Evaluation. Demographic and Health Surveys. (www.dhsprogram.com)
2. Rutstein SO, Rojas G. Guide to DHS Statistics. Calverton, MD: ORC Macro, 2003; MEASURE DHSb, 2003. (http://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_29Oct2012_DHSG1.pdf)
3. Roll Back Malaria Partnership. Malaria Indicator Survey. (www.malariasurveys.org)
4. United National Children's Fund. Multiple Indicator Cluster Survey. (mics.unicef.org)

Program-specific surveys

1. Liberian Red Cross. Community Based Health/Disaster Management Program Malaria Prevention Baseline Survey Questionnaire.
5. PSI Madagascar. Madagascar Questionnaire: Post-Campaign Evaluation of Phase I and II of the Universal Coverage Free Mass LLIN Distribution Campaign.
6. MENTOR Initiative. Net retention, utilization, condition, preference and IEC survey questionnaire.
7. Population Services International. TRaC Survey.
8. Johns Hopkins Center for Communication Programs and Malaria Consortium. Senegal post campaign evaluation 2009-2010.
9. Sierra Leone National Malaria Control Programme, & Canadian Red Cross. Nine Month Evaluation of the Measles-Malaria Integrated Campaign in Sierra Leone.
10. United Nations High Commissioner for Refugees. Net Coverage and Durability Survey.
11. Johns Hopkins Center for Communication Programs. Malaria SBCC Surveys in Nigeria, Mali, Madagascar, and Liberia.

Resource Documents

1. Roll Back Malaria Partnership (RBM). 2013. Household Survey Indicators for Malaria Control. Geneva: RBM. <http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf>
12. MEASURE Evaluation. Family Planning and Reproductive Health Online Indicators Database. https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators
13. Analyzing Likert Scale/Type Data

- a. St. Andrews University. Analyzing Likert Scale/htm?id+5667c06264e9b23c618b457c&asset-Key+AS%3A304636539139074%401449640034699
 - b. Sullivan, G. M., and Artino Jr, A. R. 2013. Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. *Journal OF Graduate Medical Education*, 5: 541-542.
14. Crowne and Marlow Social Desirability Scale
 - a. Full versions: Crowne D.P., and D. Marlowe. 1960. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology* 24(4): 349.
 - b. Short versions: Reynolds W.M. 1982. Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology* 38(1): 119-125.
 15. Family Health International (FHI). 2004. **Module 6: Monitoring and Evaluating Behavior Change Communication Programs. Monitoring HIV/AIDS Programs: A Facilitator's Training Guide.** Arlington, VA: FHI 360. [https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Monitoring%20HIV-AIDS%20Programs%20\(Facilitator\)%20-%20Module%206.pdf](https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Monitoring%20HIV-AIDS%20Programs%20(Facilitator)%20-%20Module%206.pdf)
 16. Figueroa M.E., D.L. Kincaid, M. Rani, and G. Lewis. 2002. **Communication for Social Change: An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes.** Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. www.communicationforsocialchange.org/pdf/socialchange.pdf
 17. Martin K. 2014. HC3 Research Primers Aid in SBCC Program Design. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. <https://healthcommcapacity.org/hc3-research-primers-aid-in-sbcc-program-design/>
 18. Roll Back Malaria Partnership (RBM). 2015. **Checklist for Reporting on Malaria Communications Evaluations.** Geneva: RBM. <http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/checklist-reporting-malaria-communication-evaluations>
 19. Koenker H., and A. Kilian. 2014. Recalculating the net use gap: a multi-country comparison of ITN use versus ITN access. *PLoS ONE* 9(5): e97496.
 20. Koenker H., and E. Ricotta. 2016. **Insecticide-Treated Nets (ITN) Access and Use Report.** Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs, VectorWorks. www.vector-works.org/resources/itn-access-and-use/
 21. VectorWorks, NetWorks. 2015. **Online Training Series on Evidence-Based Malaria Social & Behavior Change Communication (SBCC).** Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <http://www.vector-works.org/resources/online-training-on-evidence-based-malaria-social-and-behavior-change-communication-sbcc/>
 22. Roll Back Malaria Partnership (RBM). 2014. Guide to Developing M&E Plans for Malaria BCC Activities. Geneva: RBM. Retrieved from: <https://www.k4health.org/toolkits/networks-country-resources/guide-developing-me-plans-malaria-bcc-activities>

Resources Specific to Behavioral Theories

The prologue of this manual provides an overview of several health communication theories:

- de Fossard E. 1996. **How to Write a Radio Serial Drama for Social Development: A Script Writer's Manual**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. <http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/how-write-radio-serial-drama-social-development-script-writers-manual>

These toolkits contains several readings on health communication theory:

- Knowledge for Health. Toolkits: Communication Theory Readings. **Tanzania ACE Mentoring Programme**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <https://www.k4health.org/toolkits/tanzania-ace/communication-theory-readings>
- Knowledge for Health. Toolkits: Communication theories and models. **Uganda Family Planning Communication Toolkit**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <http://www.k4health.org/toolkits/uganda-fpcommunication/communication-theories-and-models-0>
- VectorWorks, NetWorks. 2015. **Online Training Series on Evidence-Based Malaria Social & Behavior Change Communication (SBCC)**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <http://www.vector-works.org/resources/online-training-on-evidence-based-malaria-social-and-behavior-change-communication-sbcc/>

Extended Parallel Processing:

- Cho H., and K. Witte. 2005. Managing fear in public health campaigns: a theory-based formative evaluation process. **Health Promotion Practice** 6: 482-490.
- Douglas M. 1986. **Risk Acceptability According to the Social Sciences**. New York: Russell Sage Foundation.
- Rimal R.N., and K. Real. 2003. Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change. **Human Communication Research** 29: 370-399.
- Witte K. 1992. Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. **Communication Monographs** 59(4): 329-349.

Social Learning Theory:

- Bandura A. 2004. Health promotion by social cognitive means. **Health Education Behavior** 31(2): 143-164.

Theory of Planned Behavior:

- Ajzen I. Theory of planned behavior. Retrieved from: <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.html>
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2014. **Theory of Planned Behavior: An HC3 Research Primer**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <https://healthcommcapacity.org/hc3resources/theory-of-planned-behavior-an-hc3-research-primer/>
- Fishbein M., and I. Ajzen. 1975. **Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research**. Reading, MA: Addison-Wesley.

Diffusion of Innovations Theory:

- Knowledge for Health. Toolkits: Reading 6A: Chapter 1, "The miracle of Oryu Li" & Chapter 2, "The convergence model of communication and network analysis" from Communication Networks: Toward a New Paradigm for Research. **Tanzania ACE Mentoring Programme**. Baltimore: Johns Hopkins

Center for Communication Programs. Retrieved from: <https://www.k4health.org/toolkits/tanzania-ace/reading-6a-chapter-1-%E2%80%9C-miracle-oryu-li%E2%80%9D-chapter-2-%E2%80%9C-convergence-model>

- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2014. **Diffusion of Innovations: An HC3 Research Primer**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <https://healthcommcapacity.org/hc3resources/diffusion-of-innovations-an-hc3-research-primer/>

Health Belief Model

- Janz N., and M. Becker. 1984. The Health Belief Model: A Decade Later. **Health Behavior and Education**, 1, 1-47. Retrieved from: <http://heb.sagepub.com/content/11/1/1.short>
- Glanz K., B. Rimer, and K. Viswanath. 2008. **Health Behavior and Health Education**. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Ideation Model
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2015. **Ideation: An HC3 Research Primer**. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Retrieved from: <http://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2015/02/Ideation.pdf>
- Krenn S., L. Cobb, S. Babalola, M. Odeku, and B. Kusemiju. 2014. Using behavior change communication to lead a comprehensive family planning program: the Nigerian Urban Reproductive Health Initiative. **Global Health: Science and Practice** 2(4): 427-443.

Papers Cited

- Alaii J.A., W.A. Hawley, M.S. Kolczak, F.O. ter Kuile, J.E. Gimnig, J.M. Vulule, A. Odhacha, A.J. Oloo, B.L. Nahlen, and P.A. Phillips-Howard. 2003. Factors affecting use of permethrin-treated bed nets during a randomized controlled trial in western Kenya. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene** 68(supp 4): 137-141.
- Atkinson J., A. Bobogare, L. Fitzgerald, L. Boaz, B. Appleyard, H. Toaliu, and A. Vallely. 2009. A qualitative study on the acceptability and preference of three types of long-lasting insecticide-treated bed nets in Solomon Islands: implications for malaria elimination. **Malaria Journal** 8: 119.
- Bauch J.A., J.J. Gu, M. Msellem, A. Mårtensson, A.S. Ali, R. Gosling, and K.A. Baltzell. 2013. Perception of malaria risk in a setting of reduced malaria transmission: a qualitative study in Zanzibar. **Malaria Journal** 12: 75.
- Baume C.A., R. Reithinger, and S. Woldehanna. 2009. Factors associated with use and non-use of mosquito nets owned in Oromia and Amhara regional states, Ethiopia. **Malaria Journal** 8: 264.
- Beer N., A.S. Ali, H. Eskilsson, A. Jansson, F.M. Abdul-Kadir, G. Rotllant-Estelrich, A.K. Abass, F. Wabwire-Mangen, A. Björkman, and K. Källander. 2012. A qualitative study on caretakers' perceived need of bed-nets after reduced malaria transmission in Zanzibar, Tanzania. **BMC Public Health** 12: 606.
- Boulay M., M. Lynch, and H. Koenker. 2014. Comparing two approaches for estimating the causal effect of behaviour-change communication messages promoting insecticide-treated bed nets: an analysis of the 2010 Zambia malaria indicator survey. **Malaria Journal** 13: 342.
- Bowen H.L. 2013. Impact of a mass media campaign on bed net use in Cameroon. **Malaria Journal** 12: 36.
- Cundill B., H. Mbakilwa, C.I.R. Chandler, G. Mtove, F. Mtei, A. Willetts, E. Foster, F. Muro, R. Mwinishehe, R. Mandike, R. Olomi, C.J.M. Whitty, and H. Reyburn. 2015. Prescriber and patient-oriented behavioural interventions to improve use of malaria rapid diagnostic tests in Tanzania: facility-based cluster randomised trial. **BMC Medicine** 13(1): 118.

- Gies S., S.O. Coulibaly, C. Ky, F.T. Ouattara, B.J. Brabin, and U. D'Alessandro. 2009. Community-based promotional campaign to improve uptake of intermittent preventive antimalarial treatment in pregnancy in Burkina Faso. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 80(3): 460-469.
- Hill J., J. Hoyt, A.M. van Eijk, L. D'Mello-Guyett, F.O. Ter Kuile, R. Steketee, H. Smith, and J. Webster. 2013. Factors affecting the delivery, access, and use of interventions to prevent malaria in pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 10(7): e1001488.
- Kaufman M.R., D. Rweyemamu, H. Koenker, and J. Macha. 2012. "My children and I will no longer suffer from malaria": a qualitative study of the acceptance and rejection of indoor residual spraying to prevent malaria in Tanzania. *Malaria Journal* 11: 220.
- Keating J., P. Hutchinson, J.M. Miller, A. Bennett, D.A. Larsen, B. Hamainza, C. Changufu, N. Shiliya, and T.P. Eisele. 2012. A quasi-experimental evaluation of an interpersonal communication intervention to increase insecticide-treated net use among children in Zambia. *Malaria Journal* 11: 313.
- Kilian A., H. Lawford, C.N. Ujuju, T.A. Abeku, E. Nwokolo, F. Okoh, and E. Baba. 2016. The impact of behaviour change communication on the use of insecticide treated nets: a secondary analysis of ten post-campaign surveys from Nigeria. *Malaria Journal* 15: 422.
- Koenker H., A. Kilian, G. Hunter, A. Acosta, L. Scandurra, B. Fagbemi, E.O. Onyefunafua, M. Fotheringham, and M. Lynch. 2015. Impact of a behaviour change intervention on long-lasting insecticidal net care and repair behaviour and net condition in Nasarawa State, Nigeria. *Malaria Journal* 14: 18.
- Lover A.A., B.A. Sutton, A.J. Asy, and A. Wilder-Smith. 2011. An exploratory study of treated-bed nets in Timor-Leste: patterns of intended and alternative usage. *Malaria Journal* 10: 199.
- Panter-Brick C., S.E. Clarke, H. Lomas, M. Pinder, and S.W. Lindsay. 2006. Culturally compelling strategies for behaviour change: a social ecology model and case study in malaria prevention. *Social Science & Medicine* 62(11): 2810-2825.
- Pulford J., I. Mueller, P.M. Siba, and M.W. Hetzel. 2012. Malaria case management in Papua New Guinea prior to the introduction of a revised treatment protocol. *Malaria Journal* 11: 157.
- Russell C.L., A. Sallau, E. Emukah, P.M. Graves, G.S. Noland, J.M. Ngondi, M. Ozaki, L. Nwankwo, E. Miri, D.A. McFarland, F.O. Richards, and A.E. Patterson. 2015. Determinants of bed net use in Southeast Nigeria following mass distribution of LLINs: implications for social behavior change interventions. *PLoS ONE* 10(10): e0139447.
- Scandurra L., A. Acosta, H. Koenker, D.M. Kibuuka, and S. Harvey. 2014. "It is about how the net looks": a qualitative study of perceptions and practices related to mosquito net care and repair in two districts in eastern Uganda. *Malaria Journal* 13: 504.
- Strachan C.E., A. Nuwa, D. Muhangi, A.P. Okui, M.E. Helinski, and J.K. Tibenderana. 2016. What drives the consistent use of long-lasting insecticidal nets over time? A multi-method qualitative study in mid-western Uganda. *Malaria Journal* 15: 44.
- Wijesinghe R.S., J.M. Atkinson, A. Bobogare, L. Wini, and M. Whittaker. 2011. Exploring provider and community responses to the new malaria diagnostic and treatment regime in Solomon Islands. *Malaria Journal* 10: 3.

