



Partenariat
pour en finir avec
le paludisme

Guide de référence des indicateurs de changement social et comportemental lié au paludisme

Troisième édition
Août 2024

Remerciements

Ce guide est le fruit de la collaboration concertée de nombreux partenaires du changement social et comportemental dans le domaine du paludisme au fil des ans. Les rédacteurs de la troisième édition sont Angela Acosta et Michael Toso. Les anciens rédacteurs étaient Hannah Koenker, Jessica Butts et Janita Bhana.

Nous remercions vivement les personnes qui ont apporté un contenu précieux et qui ont pris le temps de le réviser et de fournir des commentaires utiles. La troisième édition comprend la participation de Shawn Kerry, Shelby Cash, Bridget Higginbotham, Caroline Kusi, April Monroe, Gabrielle Hunter, Kate Rodriguez et Andrew Tompsett. Parmi les contributeurs aux éditions précédentes figurent Martin Alilio, Marc Boulay, Debra Prosnitz, Hibist Astatke, Susan Zimicki, Joe Keating, Marcy Erskine, Sandrine Martine, Stella Babalola, Andrew Tompsett, Grace Awantang, Matthew Okoh, Anisa Saleh, Anna McCartney-Melstad, Naira Kalra et Farah Ndiaye. Ils représentaient, avec d'autres évaluateurs, les organisations suivantes : Abt Associates, American Refugee Committee International, Chemonics, FHI 360, ICF International, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Centre des Programmes de Communication Johns Hopkins, Malaria Consortium, Malaria No More, Manoff Group, Population Services International, Initiative Présidentielle Contre le Paludisme, Société pour la santé familiale, Speak Up Africa, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, Fonds des Nations unies pour l'enfance, et les 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 programme Breakthrough ACTION est financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et Initiative présidentielle des États-Unis contre le paludisme (PMI), conformément aux termes de l'accord de coopération N° AID-OAA-A-17-00017.

Droit d'auteur ©2024 RBM Partnership to End Malaria (Partenariat RBM Pour en finir avec le Paludisme)

Citation suggérée : Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme (2024). *Guide de référence des indicateurs de changement social et comportemental lié au paludisme : troisième édition*. RBM.

Table des matières

Remerciements.....	2
Table des matières.....	3
Acronymes.....	4
Introduction.....	5
Qu'est-ce que le changement social et comportemental ?	5
Que contient ce guide ?	5
Comment utiliser le guide de référence des indicateurs	6
Comment ce guide a été élaboré	6
Cadre pour le S&E des programmes de lutte contre le paludisme (CSC).....	7
Types d'indicateurs	7
Indicateurs illustratifs pour le CSC face au paludisme	8
Comment et quand utiliser les indicateurs	12
Questions fréquemment posées	12
Exemple de sélection et d'adaptation d'indicateurs de CSC face au paludisme	15
Sources de données	19
Sources de données relatives aux ménages et aux communautés	20
Sources de données relatives à la fourniture de services de santé	25
Sources de données relatives à la mise en œuvre des programmes	29
Annexe 1 : Théories du changement de comportement	32
Annexe 2. Fiches de référence des indicateurs : Guide pour la construction et l'interprétation d'indicateurs sélectionnés	38
Annexe 3 : Questions d'enquête, méthodes d'analyse et de présentation	55
Ressources et références	95

Acronymes

ASC	Agent de santé communautaire
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
CPS	Chimioprévention du paludisme saisonnier
CSC	Changement social et comportemental
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
ECP	Enquête sur le comportement face au paludisme
EDS	Enquête démographique et de santé
EIP	Enquête sur les indicateurs du paludisme
EPPM	Modèle étendu des processus parallèles
MICS	Enquête groupée à indicateurs multiples
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PID	Pulvérisation intra-domiciliaire
RBM	Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme
RVI	Réponse vocale interactive
S&E	Suivi et évaluation
SARA	Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services
SIGL	Système d'information de gestion logistique
SIGS	Système d'information pour la gestion sanitaire
SMS	Service de messages courts
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SPA	Évaluation de la prestation de services
SPN	Soins prénatals
TDR	Test de diagnostic rapide
TPIg	Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Introduction

Qu'est-ce que le changement social et comportemental ?

Le changement social et comportemental (CSC) est un processus systématique et intentionnel visant à comprendre et à faciliter le changement des comportements et des facteurs qui influencent ces comportements. Ces facteurs peuvent inclure l'exposition à un programme de CSC, les croyances ou attitudes personnelles, les interactions sociales, l'accès physique ou l'expérience d'un service de santé, entre autres. Le CSC cherche à donner aux individus, aux ménages et aux communautés les moyens d'adopter et de conserver des comportements positifs en matière de santé. Les programmes de CSC s'appuient sur diverses disciplines et approches telles que la psychologie sociale, les sciences de la communication, les sciences du comportement, la conception centrée sur l'homme, le marketing et l'engagement communautaire.

La communication pour le changement social et comportemental (CCSC) est un sous-ensemble de l'univers des programmes de CSC. Les activités de CSC peuvent prendre de multiples formes : campagnes de communication multicanaux, reconditionnement des médicaments contre le paludisme pour améliorer les taux d'achèvement des traitements, modification du flux de travail d'un établissement pour améliorer l'adhésion des prestataires aux directives de gestion des cas, mise en œuvre de plans d'action communautaires, création de boucles de retour d'information entre les établissements et les communautés, et bien d'autres encore. Cependant, la CCSC se réfère spécifiquement à l'utilisation d'approches de communication (telles que les dialogues communautaires, la radio et la télévision) pour changer les comportements.

Que contient ce guide ?

Ce guide contient une liste d'indicateurs recommandés pour les programmes de CSC liés au paludisme. Ces indicateurs ont été soigneusement sélectionnés afin de fournir un cadre complet et standardisé pour mesurer l'impact des programmes de CSC. Si les indicateurs constituent une feuille de route précieuse pour l'évaluation de l'efficacité des programmes, il est important de noter qu'il s'agit de recommandations et non d'exigences. Le groupe de travail CSC RBM reconnaît la nature diversifiée des programmes de CSC et que les contextes spécifiques présentent des nuances qui peuvent nécessiter l'utilisation d'indicateurs supplémentaires ou alternatifs. Ce guide vise à rationaliser le processus de sélection et d'utilisation des indicateurs, à économiser du temps et des ressources et à favoriser l'utilisation d'un langage commun pour communiquer les contributions des programmes de CSC. Ces recommandations sont conçues pour permettre aux organisations et aux individus d'adapter leurs approches de mesure à leurs besoins spécifiques tout en bénéficiant d'une base commune de points de données essentiels.

Outre les indicateurs, le guide contient des réponses aux questions fréquemment posées sur la manière de sélectionner et d'adapter les indicateurs, des sources de données potentielles, des fiches de référence décrivant la mesure, l'interprétation, les points forts et les limites des indicateurs, ainsi que des exemples de questions pour la collecte de données.



Crédit : USAID/RTI: StopPalu+

Une tante et sa nièce photographiées à l'extérieur après avoir reçu une chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) en Guinée.

Comment utiliser le guide de référence des indicateurs

Ce guide fournit au personnel chargé du CSC et du suivi et de l'évaluation (S&E), aux chercheurs, au personnel gouvernemental et aux donateurs des indicateurs et des sources de données permettant de suivre les résultats des programmes de CSC liés au paludisme. Il vise à :

- Compiler les indicateurs jugés utiles par les parties prenantes.
- Définir ces indicateurs afin qu'ils puissent être utilisés de manière cohérente.
- Identifier les sources de données pertinentes.
- Faciliter le S&E du CSC en mettant à disposition des indicateurs et des questions d'enquête en un seul endroit.
- Fournir des exemples et des suggestions pour choisir les indicateurs, les adapter aux contextes locaux et les utiliser pour le suivi et/ou l'évaluation.

Les lecteurs peuvent utiliser ce guide pour :

- Sélectionner les indicateurs et les sources de données pour les plans de S&E et les propositions de financement.
- Recueillir des données pour informer le développement d'une activité de CSC.
- Communiquer les objectifs d'une activité de CSC aux parties prenantes.
- Contrôler les résultats intermédiaires afin de modifier les programmes pour un impact maximal et partager ces résultats.
- Collecter des données pour évaluer les résultats du programme.
- Comparer les résultats dans le temps et entre les programmes.

Ce document peut être utilisé conjointement avec le document [Élaboration de plans de S&E pour les programmes de CSC en matière de paludisme : Un guide étape par étape](#), qui propose un modèle d'élaboration de plans de S&E pour le CSC.

Bien que ce guide fournisse des informations sur les indicateurs permettant de suivre les résultats des programmes de CSC, il ne couvre pas l'ensemble des besoins en données de CSC face au paludisme. D'autres indicateurs qui peuvent être utiles pour planifier ou évaluer une activité de CSC ne sont pas directement abordés dans ce guide. Plus précisément, les auteurs de ce guide reconnaissent que les comportements des prestataires de santé, et les facteurs qui influencent ces comportements, jouent un rôle essentiel dans la prévention et le traitement du paludisme. Ce guide considère les prestataires de santé comme un public cible pour lequel les comportements et les facteurs comportementaux peuvent être mesurés, mais des travaux supplémentaires sont nécessaires pour développer les meilleures approches pour mesurer les déterminants des comportements des prestataires de santé, y compris ceux qui influencent l'adhésion aux directives nationales pour la gestion des cas et la prévention du paludisme pendant la grossesse, les rapports, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, et ainsi de suite. La troisième partie contient des informations et des exemples sur la manière de sélectionner et d'adapter les indicateurs fournis aux prestataires.

Comment ce guide a été élaboré

En 2011, 15 organisations¹ ont commencé à développer des indicateurs standard de CCSC face au paludisme en partageant leurs outils d'enquête. En 2012, un comité d'experts a regroupé les indicateurs dans des concepts/thèmes fournis par la théorie sociale et comportementale et les a comparés aux indicateurs CCSC de la [base de données en ligne des indicateurs de planification familiale et de santé reproductive](#) et des [indicateurs d'enquête auprès des ménages pour la lutte contre le paludisme](#). Les indicateurs ont été sélectionnés sur la base de critères tels que l'évidence, l'alignement sur la théorie comportementale et l'utilité pour les programmes de CSC face au paludisme, et des conseils sur les définitions, la mesure et l'utilisation des indicateurs ont été élaborés. Suite à une révision du guide par les membres du groupe de travail CSC RBM, la première édition a été lancée en 2014. La deuxième édition a consolidé les indicateurs en supprimant la section sur les indicateurs expérimentaux, a présenté une liste d'indicateurs prioritaires, a ajouté des indicateurs de processus, a fourni des conseils pour hiérarchiser et adapter les indicateurs, et a ajouté une annexe sur la théorie. Il est prouvé que cet ensemble parcimonieux d'indicateurs reste efficace pour identifier les facteurs associés aux comportements liés au paludisme. Cette troisième édition reflète l'évolution du domaine de la CCSC au CSC, inclut une liste complète de sources de données, fournit des considérations concernant le changement de comportement des prestataires et l'impact du CSC sur l'environnement favorable, inclut des questions d'enquête mises à jour basées sur des tests de validation d'échelle multi-pays, et offre des conseils simplifiés pour hiérarchiser et adapter les indicateurs.

¹ Abt Associates, American Refugee Committee International, Chemonics, FHI 360, ICF International, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Centre des Programmes de Communication Johns Hopkins, Malaria Consortium, Malaria No More, Manoff Group, Population Services International, Initiative Présidentielle Contre le Paludisme, Société pour la santé familiale, Speak Up Africa, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, Fonds des Nations unies pour l'enfance, et les 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.

Cadre pour le S&E des programmes de lutte contre le paludisme (CSC)

Types d'indicateurs

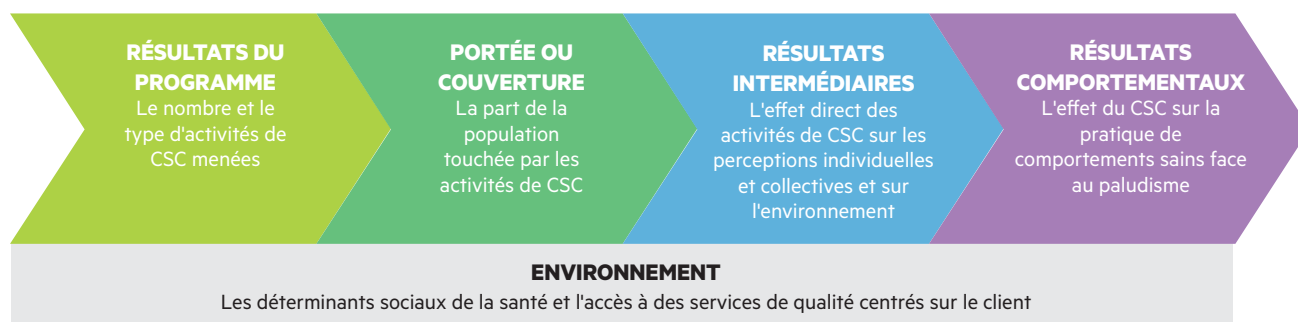
Cette section résume les indicateurs et montre comment ils sont liés les uns aux autres. Les cadres de S&E illustrent la manière dont les programmes sont censés fonctionner. Ils sont utiles pour réfléchir aux objectifs du programme et comprendre si les activités prévues sont les plus appropriées. Comme indiqué précédemment, les indicateurs ci-dessous ont été sélectionnés en raison de leur fondement sur la théorie du comportement (voir l'Annexe 1 pour des exemples). Il est fortement recommandé que toutes les activités et leurs cadres de S&E soient également fondés sur la théorie du comportement, car ces théories permettent de mieux comprendre les décisions, les raisons, les obstacles et les facilitateurs associés au changement.

Le graphique 1 résume les types d'indicateurs que les plans de S&E pour le CSC face au paludisme devraient inclure.

Le cadre regroupe les indicateurs par niveau de résultat :

- **Résultats du programme.** Ces indicateurs reflètent le nombre et le type d'activités de CSC réalisées. La documentation des résultats peut aider à déterminer si le nombre et les types d'activités menées ont permis d'atteindre un pourcentage suffisant de la population cible. Lorsque les données des résultats du programme sont accompagnées de descriptions qualitatives du processus de conception, des approches utilisées et des mesures d'assurance qualité déployées, les programmes de CSC peuvent démontrer la rigueur de la conception et de la mise en œuvre (voir [meilleures pratiques pour les rapports](#), dans [l'Élaboration des plans de S&E pour les programmes de CSC en matière de paludisme : Un guide étape par étape](#)).
- **Portée ou couverture.** La portée et la couverture représentent respectivement le pourcentage et le nombre de la population visée qui a reçu, participé, bénéficié ou été exposée aux activités du programme. Le nouvel indicateur de cette troisième édition reflète le fait que le CSC implique souvent des groupes communautaires, des installations, des prestataires et des individus dans l'amélioration de l'utilisation des services.
- **Résultats intermédiaires.** Les indicateurs du niveau intermédiaire évaluent l'effet direct des activités de CSC dans les domaines qui contribuent au changement de comportement. Ces indicateurs sont le plus souvent issus de la théorie du comportement. Ils peuvent inclure des résultats au niveau individuel (par exemple, l'auto-efficacité), collectif (par exemple, la dynamique communautaire et les normes sociales) et environnemental (par exemple, l'accès à des services équitables). Des décennies de recherche ont montré que la connaissance n'est pas le seul déterminant du comportement. La perception du risque, l'efficacité de la réponse, l'auto-efficacité, les normes sociales, les attitudes, la capacité de la communauté, l'intention et d'autres facteurs psychosociaux sont également associés à une plus grande probabilité de changement de comportement. Plus il y a de facteurs psychosociaux favorables au comportement, plus l'individu est susceptible de changer. Le CSC peut également influencer l'environnement favorable en aidant les groupes à mobiliser des ressources et à modifier les politiques et processus organisationnels afin d'accroître l'accès aux services ou d'en améliorer la qualité. C'est pourquoi les modifications de l'environnement favorable peuvent également être considérées comme des résultats intermédiaires du CSC et doivent être prises en compte si les activités de CSC sont conçues pour y répondre.
- **Résultats comportementaux.** Au fil du temps, l'exposition accrue aux activités de CSC et les changements dans les résultats intermédiaires peuvent encourager une plus grande proportion de la population à adopter les comportements souhaités liés au paludisme.
- **Environnement favorable.** Un environnement favorable est nécessaire pour qu'un changement de comportement se produise. Le CSC peut motiver les groupes et les individus à se défendre et à faire ce qu'ils peuvent pour créer un environnement favorable au comportement souhaité. Cependant, les politiques visant à promouvoir des comportements sains face au paludisme, la disponibilité et l'accès aux produits de base, ainsi qu'une infrastructure solide pour la fourniture de services de santé restent essentiels à l'adoption des comportements. Les déterminants sociaux

Graphique 1 : Types d'indicateurs pour les plans de suivi et d'évaluation



de la santé constituent un autre ensemble de facteurs importants. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ces déterminants sont "les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que l'ensemble plus large de forces et de systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne". Il s'agit notamment du revenu, de l'éducation, du logement et de la sécurité alimentaire, de la paix/des conflits, de l'inclusion et de la discrimination. Certains indicateurs, tels que le ratio utilisation/accès aux moustiquaires et la proximité des établissements de santé, sont couramment mesurés dans les évaluations des CSC. Les programmes de CSC peuvent également ventiler les données en fonction du statut socio-économique, de l'âge, du genre et d'autres facteurs, et utiliser des données qualitatives et locales sur le contexte pour mieux comprendre comment améliorer l'équité des services et lever les obstacles au maintien des comportements face au paludisme parmi les groupes économiquement ou socialement désavantagés.

Bien que l'impact sur la santé ne soit pas inclus dans ce cadre, il est important de reconnaître que le CSC peut y contribuer indirectement. Les programmes de CSC peuvent contribuer à réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme grâce à leur influence sur les comportements et l'environnement favorable. Cependant, toute attribution de l'impact du CSC sur les taux de paludisme doit tenir compte de la disponibilité de biens et de services de qualité ainsi que du contexte épidémiologique et entomologique.

Indicateurs illustratifs pour le CSC face au paludisme

Cette section fournit des indicateurs illustratifs pour chaque type décrit dans le Graphique 1. Des fiches de référence complètes sur les indicateurs, comprenant les définitions, les points forts, les limites et les interprétations pour la plupart des indicateurs illustratifs, sont fournies à l'Annexe 2 de ce guide. Des détails similaires sont fournis pour les autres indicateurs dans les notes de bas de page et la section Ressources. La page 19 contient un exemple de la manière dont nombre de ces indicateurs peuvent être adaptés aux prestataires.

INDICATEURS DES RÉSULTATS DU PROGRAMME

Les indicateurs de résultats du programme sont utilisés pour le suivi des résultats. Les sources de données sont indiquées entre parenthèses :

- Nombre de matériels ou d'approches CSC développés (rapports d'activité).
- Nombre d'activités de CSC réalisées (rapports d'activité).
- Nombre de personnes formées (registres de présence).
- Nombre de références effectuées, par type (formulaires de référence)

INDICATEURS DE PORTÉE ET DE COUVERTURE

Les indicateurs de portée sont utilisés pour le suivi des processus, tandis que la couverture reflète davantage le suivi des résultats, en raison de la présence d'un dénominateur (l'ensemble de la population cible). Les sources de données sont indiquées entre parenthèses :

- **Portée** : Nombre de personnes/établissements/groupes communautaires participant aux activités de CSC ou touchés par celles-ci (rapports d'activité).
- **Couverture** : Pourcentage de personnes se rappelant avoir entendu ou vu un message sur le paludisme au cours des six derniers mois (enquêtes, suivi communautaire, fiches d'évaluation/formulaires).

RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES AU NIVEAU INDIVIDUEL ET COMMUNAUTAIRE

L'objectif et l'utilisation des indicateurs de résultats intermédiaires comprennent la recherche formative, le suivi des résultats et l'évaluation. Les indicateurs s'appuient sur les sources de données suivantes : enquêtes, suivi communautaire/cartes de pointage, groupes de discussion et entretiens approfondis.

CONNAISSANCES

- Pourcentage de personnes qui citent uniquement les moustiques comme étant la cause du paludisme.
- Pourcentage de personnes connaissant des mesures de prévention recommandées contre le paludisme.
- Pourcentage de personnes sachant que le principal symptôme du paludisme est la fièvre.
- Pourcentage de personnes qui savent que la bonne façon de diagnostiquer le paludisme est d'effectuer un test.
- Proportion de personnes connaissant le traitement du paludisme.

PERCEPTION DU RISQUE ET DE L'EFFICACITÉ

- **Sensibilité perçue** : Pourcentage de personnes qui se sentent exposées à un risque de paludisme.
- **Gravité perçue** : Pourcentage de personnes qui estiment que les conséquences du paludisme sont graves.
- **Efficacité perçue de la réponse** : Pourcentage de personnes qui pensent que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque.
- **Auto-efficacité perçue** : Pourcentage de personnes qui ont confiance en leur capacité à adopter un comportement spécifique lié au paludisme.

ATTITUDES

- Pourcentage de personnes ayant une attitude favorable à l'égard du produit, de la pratique ou du service.

NORMES SOCIALES

- **Normes descriptives** : Pourcentage de personnes qui croient que la majorité de leurs amis et membres de la communauté pratiquent actuellement le comportement.
- **Normes injonctives** : Pourcentage de personnes qui pensent que la majorité de leurs amis et de leur communauté approuverait le comportement.

INTENTION

- Pourcentage de personnes qui ont l'intention de pratiquer le comportement spécifique lié au paludisme.

SCORE DE CAPACITÉ COMMUNAUTAIRE

- Pourcentage de personnes qui déclarent des scores plus élevés en matière de capacité communautaire.

Remarque : les scores de capacité communautaire comprennent de multiples domaines tels que l'efficacité collective, la participation communautaire, le leadership, la gestion des conflits et la cohésion sociale (Underwood et al., 2013).

NORMES DE GENRE

- Pourcentage de personnes ayant des normes d'équité de genre liées au paludisme.
- Une variante est appelée "pourcentage de personnes ayant des normes d'équité de genre liées au traitement du paludisme"^{1,2} suivi/fiches d'évaluation/formulaires).

¹ Les questions sur les normes d'équité de genre liées au paludisme figurent dans les questionnaires destinés aux hommes et aux femmes de l'enquête sur le comportement face au paludisme. Un lien vers ces outils se trouve dans la section Ressources de ce guide, sous "Enquêtes auprès des ménages et outils de collecte de données".

² La Malaria Matchbox invite les utilisateurs à identifier les problèmes d'équité de genre. Il s'agit souvent de sources qualitatives. Qu'ils soient quantifiés ou laissés à l'état d'indicateurs qualitatifs, les progrès réalisés sur les facteurs identifiés peuvent être suivis dans le temps. Un lien est disponible dans la section Ressources de ce guide sous "Indicateurs supplémentaires".

RÉSULTATS COMPORTEMENTAUX

La liste illustrative ci-dessous présente des indicateurs comportementaux qui sont régulièrement collectés par des sources de données courantes. Ils sont utilisés pour la recherche formative, le suivi des résultats et l'évaluation.

Pourcentage de personnes (clients, membres de la communauté ou du foyer) qui adoptent le comportement recommandé face au paludisme :

- Pourcentage de références réalisées, par type de service.
- Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'au moins une, deux ou trois, et quatre visites de soins prénatals ou plus au cours de la dernière grossesse.
- Pourcentage de femmes ayant bénéficié de soins prénatals au premier trimestre de leur dernière grossesse.
- **Ratio utilisation/accès de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) :** Le ratio des personnes qui ont utilisé une moustiquaire parmi celles qui y avaient accès au sein de leur ménage.
- **Utilisation de moustiquaire la nuit précédente:** Pourcentage de la population ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédente.
- **Utilisation régulière :** Pourcentage de la population ayant dormi sous une MII toutes les nuits de la semaine précédente.
- **Recherche rapide de soins :** Pourcentage d'enfants âgés de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et pour lesquels des conseils ou un traitement ont été demandés le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre
- **Recherche de soins appropriés :** Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et pour lesquels des conseils ou un traitement ont été demandés auprès d'une source appropriée.
- Pourcentage d'enfants ciblés ayant reçu une chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS), par cycle.
- Pourcentage d'enfants ayant reçu les trois doses quotidiennes complètes lors du dernier cycle (ou ayant reçu tous les cycles prévus).
- Pourcentage d'enfants éligibles ayant reçu le vaccin antipaludique, par dose.

Ces données peuvent être obtenues par le biais d'enquêtes auprès des ménages, d'entretiens avec les clients à la sortie, de cartes de référence et d'évaluations post-campagne.

Pourcentage de prestataires qui adoptent les comportements recommandés en matière de paludisme.

Comme les prestataires sont rarement l'unité étudiée, les indicateurs suivants sont souvent utilisés comme substituts du comportement des prestataires :

- Pourcentage de femmes enceintes aux soins prénatals ayant reçu un traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) conformément aux directives nationales.
- Pourcentage de cas de fièvre bénéficiant d'un test de diagnostic du paludisme.
- Pourcentage de cas traités/non traités selon les résultats des tests.
- Pourcentage de clients ou de soignants de soins prénatals qui ont fait état d'un traitement respectueux ou d'une expérience positive de la part des prestataires.

Les sources de données sur les indicateurs de comportement des prestataires comprennent les statistiques sur les services, telles que le système d'information sur la gestion de la santé (SIGS), les données administratives (campagnes MII et CPS), les registres des agents de santé communautaires (ASC) et les registres des établissements de santé ; l'évaluation de la prestation de services (SPA)/l'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (SARA)/les enquêtes sur les établissements, l'examen des registres, les entretiens avec les clients à la sortie de l'hôpital, les observations des clients et des prestataires, etc.

Remarque sur les comportements supplémentaires :

La liste des comportements liés au paludisme illustrés par les indicateurs ci-dessus est loin d'être exhaustive. Les comportements des prestataires et des clients/ménages peuvent être complexes et impliquer de multiples étapes et sous-comportements. De nombreuses sources de données, telles que l'enquête sur le comportement face au paludisme (ECP), les évaluations post-campagne, les enquêtes SPA/SARA/établissements de santé et la supervision de soutien, recueillent également des données sur des sous-comportements importants, tels que les taux d'accrochage des moustiquaires, l'entretien des moustiquaires, les conseils, le bon déroulement des tests, entre autres. Les programmes de CSC qui souhaitent recueillir des informations sur d'autres comportements doivent envisager de le faire lorsque c'est possible et lorsque le comportement est un objectif comportemental prioritaire du programme de CSC.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Les indicateurs suivants peuvent être suivis en tant que résultats intermédiaires si le programme de CSC est conçu pour les affecter. Ces indicateurs sont utilisés pour la recherche formative, le suivi des résultats et l'évaluation, sauf indication contraire.

Facteurs liés à l'accès des ménages/clients. Les sources de données comprennent des enquêtes, des fiches de suivi communautaire, des groupes de discussion et des entretiens approfondis. Pour les campagnes MII et CPS, des données administratives sont également utilisées.

- **Accès aux MII :** Pourcentage de la population ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans leur foyer¹.
- **Accès à la CPS :** Pourcentage de ménages ayant des enfants éligibles enregistrés².
- **Accès géographique aux services de lutte contre le paludisme :**
 - Pourcentage de ménages proches d'un établissement de santé ou d'un ASC (défini comme <5 km, 30 minutes à pied ou 10 minutes en voiture)³.
 - **Accès financier, géographique ou social :** Proportion des répondants qui ont cité la distance/le coût/l'autorisation/ comme raison de ne pas rechercher un traitement pour un enfant malade/de ne pas prendre de SP/de ne pas se rendre aux soins prénataux⁴.
- **Équité (quantitative) :** Indice de concentration absolue⁵ indique le degré de concentration d'un indicateur (tel que l'utilisation des services de lutte contre le paludisme) parmi les sous-groupes défavorisés ou favorisés (il est possible de ventiler par statut socio-économique, éducation, genre, âge et autres sous-groupes).
- **L'équité (qualitative) :** Outil Malaria Matchbox⁶.

Facteurs liés à la capacité du système de santé. Les sources de données comprennent les enquêtes SPA/SARA/établissements (qui comprennent des entretiens avec les prestataires, des entretiens avec les clients à la sortie, des observations, des inventaires d'établissements, etc.) La supervision de soutien, ainsi que le SIGS, les rapports de la chaîne d'approvisionnement et les formulaires de demande peuvent également être utilisés.

Dans les installations :

- **Charge de travail :** Rapport entre le nombre de clients et le nombre de prestataires au cours d'une période donnée.
- **Formation :** Pourcentage de prestataires ayant reçu une formation sur un service spécifique lié au paludisme.

- **Supervision :** Pourcentage de prestataires ayant bénéficié d'une supervision pour un service spécifique de lutte contre le paludisme au cours d'une période donnée.

Chaîne d'approvisionnement :

- Nombre de jours pendant lesquels l'établissement a été en rupture de stock de TDR, de SP, de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA), de vaccins ou de MII au cours d'une période donnée, ou
- Si l'établissement a connu une rupture de stock d'un produit spécifique pour le paludisme au cours d'une période donnée.

Les installations transversales :

- Pourcentage d'établissements fournissant des services de lutte contre le paludisme avec des éléments de traçage le jour de l'évaluation.
- Note : les éléments de traçage du SARA n'incluent pas les CTA, mais les lignes directrices, le personnel et la formation ; ces éléments peuvent être adaptés au contexte.
- Pourcentage d'établissements fournissant des services de soins curatifs en santé infantile qui disposent d'un CTA.
- Densité des installations pour 10 000 habitants.
- **Densité du personnel de santé :** Nombre d'agents de santé de base pour 10 000 habitants.

Autre (utilisé pour le suivi et l'évaluation des résultats). Les sources de données comprennent les fiches d'évaluation de la communauté, la cartographie des résultats et l'évaluation des contributions sur le marché (par exemple, les cartes de tarifs pour le temps d'antenne).

- **Mobilisation des ressources :** Valeur des ressources financières et des contributions en nature obtenues grâce aux activités de CSC.
- Description quantitative ou qualitative d'autres résultats de l'environnement favorable (par exemple, changements politiques, changements dans la culture ou les processus organisationnels, formation de partenariats).

¹ Des détails sur la mesure, les considérations, les limites et l'interprétation de cet indicateur figurent dans les ressources fournies pour l'enquête sur les indicateurs du paludisme énumérées à la section Ressources sous "Enquêtes auprès des ménages et outils de collecte de données".

² Des détails sur la définition opérationnelle, la source de données et les considérations relatives à cet indicateur sont disponibles à la section Ressources, sous "Indicateurs supplémentaires".

³ L'enquête sur le comportement face au paludisme et certaines enquêtes sur les ménages mesurent la distance objective des ménages par rapport aux installations à l'aide de coordonnées GPS.

⁴ Les perceptions subjectives de l'accès peuvent également être évaluées en posant des questions telles que "pour quelle(s) raison(s) ne vous êtes-vous pas rendu plus tôt à l'établissement de santé" (voir q. 307 de MBS women's questionnaire).

⁵ Des détails sur le calcul, la définition, l'interprétation et un exemple de l'ACI sont disponibles dans la boîte à outils pour l'évaluation de l'équité en santé, qui se trouve dans la section Ressources sous "Indicateurs supplémentaires".

⁶ Le module 2 de la boîte à outils Malaria Matchbox contient des conseils sur la manière de collecter des informations sur la façon dont les facteurs de risque, les obstacles à l'accès aux services et les goulets d'étranglement de la prestation de services affectent l'équité en matière de santé dans le contexte du paludisme.

Comment et quand utiliser les indicateurs

Questions fréquemment posées

Cette section comprend les questions les plus fréquemment posées sur la manière et le moment d'utiliser les indicateurs, la manière de les choisir et de les adapter.



À quels comportements ou publics du paludisme les indicateurs sont-ils adaptés ?

Les indicateurs peuvent être utilisés pour n'importe quel comportement lié au paludisme et n'importe quel public cible. Ce guide fournit des exemples liés à la CPS, aux MII, à la gestion des cas, aux soins prénataux et au TPIg avec des publics tels que les prestataires et les membres de la communauté. Au fil du temps, avec l'arrivée de nouvelles technologies et l'évolution des facteurs environnementaux, des données probantes et de l'épidémiologie du paludisme dans les pays, de nouveaux programmes et comportements peuvent devenir pertinents et les publics cibles peuvent changer. Ce guide propose principalement des exemples d'activités/comportements au niveau communautaire, mais les indicateurs ont été conçus pour pouvoir être adaptés à n'importe quel comportement lié au paludisme et à n'importe quel public.



À quel type d'activités de S&E ces indicateurs sont-ils destinés ?

Les indicateurs peuvent être utilisés pour la recherche formative, pour le suivi ou pour les évaluations de base, à mi-parcours et finales.

La recherche formative est utilisée pour éclairer la conception d'un programme de CSC et peut également servir à fournir des données de référence pour les évaluations. Les indicateurs pertinents comprennent ceux qui mesurent les comportements des ménages et des prestataires, ainsi que ceux qui mesurent les facteurs potentiels de changement de comportement, notamment les connaissances, la perception du risque et de la gravité, l'auto-efficacité, l'efficacité de la réponse, les normes et les attitudes. Idéalement, ces données seront complétées par d'autres données, telles que l'accès aux services et aux produits, les informations démographiques sur la population cible, les habitudes médiatiques et les données qualitatives qui pourraient fournir des informations plus approfondies sur les raisons pour lesquelles les gens se comportent ou se sentent d'une certaine manière. La triangulation des données sur les comportements avec les données sur l'accès et la disponibilité des produits clés permettra de déterminer si une activité de CSC est susceptible d'avoir un impact sur le changement de comportement ou si des efforts visant à améliorer d'autres aspects de l'environnement de prestation de services, tels que la gestion des produits ou l'établissement de rapports, doivent également faire partie du programme plus large.

Le suivi du processus vise à garantir que le programme de CSC est mis en œuvre comme prévu. Bien qu'importantes, ces informations ne suffisent pas à déterminer si le programme de CSC produit les résultats escomptés. Le suivi des processus comprend des indicateurs de résultats et de portée/couverture du programme, tels que le nombre d'activités de CSC réalisées, le nombre de matériels ou d'approches développés, le nombre de personnes formées et le nombre de personnes touchées.

Le suivi des résultats va plus loin dans le contrôle des processus et inclut le suivi des changements dans les résultats intermédiaires et comportementaux tels que les perceptions et les comportements du public cible au cours de la mise en œuvre du programme de CSC. Les publics cibles peuvent être des membres de la communauté et des prestataires de services. De nombreux programmes de CSC cherchent également à modifier l'environnement favorable (c'est-à-dire la disponibilité, l'accessibilité, le coût, la convivialité et d'autres aspects des services liés au paludisme). Ces types de résultats intermédiaires peuvent également faire l'objet d'un suivi (voir les exemples d'indicateurs ci-dessus). Lorsque la documentation montre que les résultats intermédiaires et comportementaux évoluent dans la direction souhaitée après le début d'un programme de CSC, il est probable que le programme de CSC ait contribué à ce changement. Lorsque seuls les changements de comportement sont documentés et que l'on ne dispose pas d'informations sur les changements de résultats intermédiaires tels que les connaissances et les perceptions, la contribution du CSC n'est pas claire. Dans ces situations, on pourrait affirmer que l'amélioration de l'accès seul a pu jouer un rôle plus important dans l'amélioration des performances d'un comportement. Le suivi des résultats permet de savoir si les changements souhaités se sont produits, de justifier la contribution du CSC et d'apporter des corrections à mi-parcours. Le suivi des résultats implique l'utilisation d'indicateurs pour les résultats du programme, la portée/couverture et les résultats intermédiaires et comportementaux.

Les évaluations ont pour but de déterminer si le programme a atteint ses objectifs et de fournir des indications pour les programmes futurs. Les évaluations requièrent la sélection d'un modèle de recherche et de méthodes permettant d'attribuer les changements de comportement au programme de CSC, et peuvent inclure la comparaison des données relatives à la portée ou à la couverture, ainsi que des indicateurs de résultats intermédiaires et comportementaux. Les données sur le rappel peuvent aider à démontrer que les changements mesurés dans les résultats comportementaux peuvent être attribués aux activités de CSC. Les rapports d'évaluation et les manuscrits peuvent décrire les résultats des programmes de CSC, mais ces données ne sont généralement pas prises en compte dans les analyses.



Les indicateurs concernent-ils uniquement les enquêtes auprès des ménages ?

Les indicateurs et leurs questions peuvent être utilisés pour de nombreux types de sources de données, y compris les enquêtes auprès des ménages. La sélection des sources de données appropriées est motivée par les éléments suivants :

Le type d'indicateur : Les indicateurs de résultats du programme reposent sur des données directement générées par le programme, telles que les rapports d'activité, les rapports de formation, les registres de diffusion des stations et les bons de livraison des imprimeurs. Les indicateurs qui ne sont pas générés par le programme nécessiteront des données collectées auprès des publics cibles, ce qui peut inclure des enquêtes auprès des ménages, des services de messages courts (SMS) ou des réponses vocales interactives (RVI), des omnibus, un suivi communautaire, des groupes de discussion, et ainsi de suite.

Les personnes dont le comportement est mesuré : Lorsque le comportement des prestataires de soins de santé est au centre de l'étude, des entretiens avec les prestataires seront probablement nécessaires. En général, des informations sur l'environnement de l'établissement ou du lieu de travail (telles que, mais sans s'y limiter, la formation, la supervision et la disponibilité des produits et des fournitures) et sur la rencontre avec le client doivent également être recueillies, car elles peuvent également être des facteurs influençant le comportement du prestataire. Si l'on s'intéresse aux comportements des ménages tels que le recours aux soins prénataux, la recherche de soins ou l'utilisation de moustiquaires, les sources de données basées sur les ménages ou la communauté sont plus pertinentes.

Champ d'application géographique : L'enquête sur les indicateurs du paludisme (EIP) fournit un module standard et facultatif de CSC avec un sous-ensemble d'indicateurs et de questions dans ce guide. Les indicateurs sont utiles pour suivre l'évolution des perceptions et de l'exposition aux messages du CSC sur plusieurs années. Pour une activité de CSC au niveau national ou régional, l'ajout de questions supplémentaires à une enquête nationale telle que l'enquête démographique et de santé (EDS) ou l'EIP peut s'avérer idéal si le calendrier correspond à la ligne de base ou à la ligne d'arrivée. Pour les programmes mis en œuvre dans une zone géographique plus restreinte, il est peu probable que l'EDS ou l'EIP aient une puissance statistique suffisante pour fournir des résultats au niveau du district. Dans ce cas, les données collectées localement peuvent être utilisées.

Ressources disponibles : Lorsque les ressources pour les études indépendantes sont limitées, les programmes devraient envisager d'ajouter des questions sur le CSC à d'autres enquêtes prévues, telles que les enquêtes de suivi de la durabilité, le cycle post-CPS ou les enquêtes post-campagne MII, en se concentrant sur des approches de suivi des résultats telles que les omnibus, les entretiens auto-administrés pour les prestataires alphabétisés, ou en utilisant des approches qualitatives telles que les groupes de discussion.

Disponibilité de sources de données complémentaires : La triangulation des données consiste à examiner deux sources de données ou plus pour mieux comprendre une situation. Lorsqu'il existe déjà des données sur les comportements liés au paludisme provenant de sources telles que le SIGS (pour l'utilisation des

services et l'adhésion au prestataire), les programmes de CSC peuvent se concentrer sur l'utilisation d'approches de suivi des résultats pour suivre l'exposition aux activités de CSC et l'évolution des perceptions.

Pour plus de détails, voir la section Sources de données.



Il semble y avoir de nombreux indicateurs. Comment choisir ceux que l'on veut utiliser ?

La plupart des indicateurs (et des ensembles d'indicateurs) ne montrent que certaines tranches de la réalité. En général, plusieurs tranches sont nécessaires pour obtenir une compréhension raisonnablement valable d'une situation. Essayez d'inclure tous les types d'indicateurs de chaque section du cadre, en particulier les indicateurs de résultats intermédiaires. Il est prouvé que la connaissance seule ne suffit pas à changer les comportements. Plus il y a de facteurs (représentés par des indicateurs de résultats intermédiaires) en faveur du comportement, plus le changement de comportement est probable.

Les pays et les programmes peuvent sélectionner des indicateurs sur la base des résultats d'analyses documentaires, de consultations d'experts ou de recherches formatives. La sélection des indicateurs sera également déterminée par les types de programmes mis en œuvre par un pays et par la question de savoir si les données sont collectées à des fins de recherche formative, de suivi, d'évaluation de base, d'évaluation intermédiaire ou d'évaluation finale. Toutefois, les données spécifiques au contexte font souvent défaut. Il est donc d'autant plus important d'utiliser tous les indicateurs de résultats intermédiaires. Il a été constaté que même lorsque le même ensemble d'indicateurs et de questions est utilisé, les facteurs qui influencent le comportement ont tendance à varier selon le contexte (Babalola et al., 2022 ; Olapeju et al., 2023). Le fait d'élargir le champ d'investigation, en s'appuyant sur la théorie du comportement, comme le font les indicateurs ci-dessus, permet aux programmes de CSC de s'appuyer sur des données de qualité et non sur des hypothèses. Compte tenu de la complexité de la psychologie humaine, les indicateurs présentés ci-dessus représentent un ensemble large mais parcimonieux qui peut aider à expliquer le comportement et à guider la programmation du CSC.

Il est toutefois possible de réduire le nombre de questions utilisées pour mesurer chaque indicateur. Certains indicateurs, tels que les normes et le rappel, peuvent ne nécessiter qu'une seule question. D'autres indicateurs liés au risque, à l'efficacité et aux attitudes peuvent ne nécessiter que trois questions. Les pays et les programmes peuvent choisir des questions basées sur l'examen d'experts et/ou les résultats de leurs analyses documentaires ou de leur recherche formative.

Certains indicateurs laissent clairement une marge d'adaptation. Comment les adapter à mon programme ?

Les paragraphes suivants expliquent comment chaque type d'indicateur peut être adapté. Des exemples sont également fournis ci-dessous.

Indicateurs de résultats du programme : Les indicateurs peuvent être conservés tels quels et les résultats doivent être ventilés en fonction des types d'activités spécifiques que le programme prévoit de mettre en œuvre. Par exemple, un programme peut décider de classer et de mesurer les résultats des médias de masse (tels que les spots radio ou les épisodes télévisés) différemment des résultats de la communication interpersonnelle (nombre de tableaux à feuilles mobiles, nombre de dialogues en petits groupes menés, etc.)

Portée/couverture : Des questions d'enquête sont fournies pour aider les programmes à mesurer les indicateurs. Certains indicateurs de portée/couverture permettent au programme d'inviter les personnes interrogées à se souvenir des messages, du slogan ou du logo spécifiques.

Résultats intermédiaires : La plupart de ces indicateurs doivent être adaptés à la population concernée (par exemple, le pourcentage de personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans, le pourcentage de prestataires, le pourcentage de BSC). Chaque comportement doit avoir son propre ensemble d'indicateurs de résultats intermédiaires.

- Choisissez uniquement des indicateurs de connaissance liés au(x) comportement(s) qui vous intéresse(nt). Par exemple, un programme de CSC visant à augmenter l'utilisation des moustiquaires n'a pas besoin d'indicateurs sur la connaissance du traitement du paludisme.
- Les indicateurs de risque (sensibilité perçue et gravité perçue) ne doivent pas être adaptés. Ils peuvent être utilisés tels quels pour n'importe quel comportement et n'ont pas besoin d'être répétés pour d'autres comportements.
- Les indicateurs relatifs à l'auto-efficacité, à l'efficacité de la réponse, aux attitudes et aux normes utilisent des termes génériques tels que "pratique ou produit". Ils peuvent simplement être reformulés en fonction du comportement spécifique (par exemple, "utilisation de moustiquaires" ou "test de dépistage du paludisme" s'il s'agit du comportement souhaité). Chaque comportement d'intérêt devrait avoir son propre ensemble d'indicateurs d'auto-efficacité, d'efficacité de la réponse, d'attitudes et de normes.

Résultats comportementaux: Sélectionnez uniquement les indicateurs liés au(x) comportement(s) qui vous intéresse(nt).

Documenter les définitions des indicateurs et les méthodes de mesure utilisées par un programme de CSC est une bonne pratique, en particulier si des ajouts ou des adaptations ont été effectués par rapport à ceux fournis dans ce guide. Cette pratique permettra de s'assurer que les données sont collectées de manière cohérente et que les résultats sont correctement interprétés, en particulier pour les comparaisons avec d'autres pays, d'autres programmes de CSC ou dans le temps.

Comment pouvons-nous développer et adapter des indicateurs pour les prestataires ?

Il existe peu de mesures validées des comportements des prestataires et des facteurs qui les influencent, en particulier pour le paludisme, bien que plusieurs efforts soient en cours dans ce domaine. Les indicateurs illustratifs ci-dessus, y compris les indicateurs de résultats intermédiaires, peuvent être utilisés et adaptés pour les prestataires. En outre, les programmes sont encouragés à développer leurs propres méthodes et questions de mesure.

Lors de l'adaptation et de la sélection des fournisseurs d'indicateurs, il est important d'utiliser des indicateurs pour chaque composante du cadre ci-dessus, y compris le processus, la portée, les résultats intermédiaires, les résultats comportementaux et l'environnement favorable. Cette approche facilite une compréhension globale du contexte et de l'efficacité d'un programme. Les évaluateurs omettent souvent les indicateurs de résultats intermédiaires. Cependant, les résultats intermédiaires tels que les normes parmi les prestataires (Cotterill et al. 2013), la confiance dans les TDR (Burchett et al., 2017), et la confiance en sa capacité d'une personne à pratiquer un comportement, tel que l'estimation de l'âge gestationnel pour évaluer l'éligibilité au TPIg (Malpass et al., 2023) ont été fréquemment impliqués dans les études qualitatives comme étant d'importants déterminants du comportement des prestataires. Les programmes de CSC devraient mener des recherches formatives, s'inspirer de la théorie du comportement et examiner la littérature afin d'identifier les facteurs potentiels à mesurer. Une bonne connaissance de la prestation de services en matière de paludisme améliorera les chances de mettre au point des méthodes et des questions de mesure précises et utiles.

Il convient de veiller à ne pas confondre les indicateurs, en faisant la distinction, par exemple, entre les connaissances d'un prestataire sur les directives nationales de prise en charge des cas (connaissances) et sa conviction quant à l'exactitude des tests de dépistage du paludisme (efficacité de la réponse). La compréhension des différences, guidée par la théorie du comportement, peut déboucher sur une programmation plus solide et plus efficace du CSC.

Par exemple, ces facteurs, issus de la recherche qualitative et de la théorie du comportement, peuvent être adaptés aux indicateurs de résultats intermédiaires ci-dessous :

- **Connaissances :** Proportion de prestataires capables de citer les critères d'éligibilité et les schémas posologiques du TPIg.
- **Connaissances :** Proportion de prestataires capables de citer les étapes de l'évaluation de l'âge gestationnel d'une femme enceinte.
- **Auto-efficacité :** Proportion de prestataires qui ont confiance en leur capacité à évaluer l'âge gestationnel d'une femme enceinte.
- **Normes sociales :** Pourcentage de prestataires qui pensent que la majorité de leurs collègues ne fournissent actuellement des CTA qu'aux clients dont le paludisme a été confirmé par un test.
- **Efficacité de la réponse :** Pourcentage de prestataires qui estiment que les TDR dont les résultats sont négatifs sont exacts.

Notez que ces types de facteurs sont également décrits dans la liste d'indicateurs fournie ci-dessus, bien que la formulation ait été adaptée aux prestataires et aux étapes spécifiques de la prestation de services liés au paludisme (plutôt qu'à un comportement général, tel que "l'adhésion aux directives").²

Devons-nous utiliser les mêmes indicateurs année après année ?

L'utilisation des mêmes indicateurs de CSC au fil du temps peut aider les pays et les programmes de CSC à identifier les domaines dans lesquels des efforts soutenus sont nécessaires et à identifier les tendances au fil du temps. Par exemple, les niveaux de connaissance sur la recherche de soins rapides et appropriés peuvent augmenter rapidement, mais le pourcentage de la population ayant des attitudes favorables à l'égard de ce comportement peut stagner, ce qui indique une direction potentielle pour les efforts futurs. En outre, il peut être important de comprendre comment les perceptions évoluent en fonction du contexte du paludisme. Par exemple, le suivi de la perception du risque et de son impact sur des comportements tels que l'utilisation de MII ou la prise en charge des cas peut être utile pour suivre le déclin de la transmission. De même, le suivi des perceptions de l'efficacité de la SP ou des CTA parmi les prestataires et/ou les clients peut s'avérer utile en cas d'émergence de souches résistantes aux médicaments. Enfin, comme mentionné précédemment, de nouveaux indicateurs peuvent être nécessaires pour refléter de nouveaux programmes de lutte contre le paludisme ou de nouveaux comportements, et les indicateurs du guide peuvent être adaptés à ces derniers.

Exemple de sélection et d'adaptation d'indicateurs de CSC face au paludisme

Cette section donne un exemple de la manière dont un programme de CSC peut sélectionner et adapter les indicateurs recommandés dans ce guide. Les indicateurs ont été choisis sur la base suivante :

- **Pertinence :** Les indicateurs s'alignent sur les objectifs et les activités du programme de CSC, tels qu'ils sont définis dans la théorie du changement et la stratégie du programme de CSC. L'indicateur de résultat comportemental (utilisation des MII par rapport à l'accès) a été préféré aux autres indicateurs d'utilisation des moustiquaires parce qu'il constitue une mesure plus précise du domaine spécifique dans lequel les programmes de CSC pourraient exercer le plus d'influence.
- **Faisabilité :** Le programme de CSC pourrait accéder à des sources de données pour mesurer les indicateurs liés à la portée/couverture (omnibus) et au comportement (EIP).
- **L'alignement du programme de CSC sur les enquêtes existantes auprès des ménages :** Dans ce cas, l'EIP avait une puissance statistique suffisante pour produire des résultats généralisables au niveau régional, et le programme de CSC couvrait l'ensemble de la région.
- **Complétude :** Tous les indicateurs prioritaires ont été utilisés pour montrer le lien entre les efforts du programme de CSC et les résultats.

Il convient de noter que les indicateurs recommandés dans ce guide peuvent être utilisés à la fois pour les activités de communication et de non-communication. Dans ce cas, le programme de CSC utilise l'engagement communautaire, les médias de masse et des incitations ciblées pour augmenter les taux d'utilisation de moustiquaires.



Mère et enfant sous une moustiquaire au Kenya.

Crédit : USAID

² L'étape suivante consiste à élaborer des questions relatives à ces indicateurs. L'élaboration de nouveaux éléments de questionnaire est un travail fastidieux et un questionnaire mal conçu peut compromettre la pertinence de l'interprétation. Pour un examen étape par étape des meilleures pratiques en matière d'élaboration de questionnaires pour la recherche sociale et comportementale, veuillez consulter Boateng et al. (2018). En bref, une bonne compréhension de chaque aspect théorique à mesurer est utile, de même que la consultation des parties prenantes et des prestataires, la collecte de données et la capacité à effectuer des tests statistiques de fiabilité et de validité.

L'exemple fourni ici englobe les indicateurs d'un programme de CSC conçu pour augmenter l'utilisation de moustiquaires.

Indicateurs répertoriés dans le guide de référence des indicateurs du CSC RBM	Indicateurs utilisés par le programme de CSC	Justification de la sélection et/ou de l'adaptation
Résultats du programme		
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de matériels produits, par type. • Nombre d'activités de CSC menées, par type. • Nombre de personnes formées au CSC face au paludisme. • Nombre de références effectuées, par type de service. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de matériels produits, par type . • Nombre d'activités de CSC menées, par type. • Nombre de personnes formées au CSC pour l'utilisation de moustiquaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme de CSC a révisé le langage générique pour le rendre spécifique aux moustiquaires. • Le programme de CSC n'a pas choisi l'indicateur d'orientation parce qu'il n'a pas mis en œuvre d'orientation. • Le programme de CSC a choisi les trois autres indicateurs parce qu'ils permettaient de rendre compte de ses efforts. Ils ont prévu d'utiliser les rapports d'activité et de formation pour produire ces données.
Portée et couverture		
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes/établissements/groupes communautaires participant aux activités de CSC ou touchés par celles-ci, par type de participant et d'activité. • Pourcentage de personnes qui se rappellent avoir entendu ou vu des messages sur le paludisme au cours des six derniers mois. • Pourcentage de références réalisées, par type de service. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes/établissements/groupes communautaires participant aux activités de CSC ou touchés par celles-ci, par type de participant et d'activité. • Pourcentage de personnes qui se souviennent avoir entendu ou vu des messages sur l'utilisation de moustiquaires au cours des six derniers mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme de CSC a révisé le langage générique pour le rendre spécifique aux moustiquaires. • Le programme de CSC n'a pas choisi l'indicateur d'orientation parce qu'il n'a pas mis en œuvre d'orientation. • Le premier indicateur était réalisable et approprié, car ils pouvaient compter le nombre de personnes, d'établissements et de groupes communautaires avec lesquels ils s'étaient volontairement engagés et qui avaient participé à l'engagement communautaire et au programme d'incitations ciblées en utilisant les rapports d'activité. • Le deuxième indicateur était réalisable parce qu'une enquête omnibus était disponible dans leurs zones de couverture. En outre, ils ont estimé qu'il serait utile de savoir combien de personnes de leur public cible ils atteignaient, afin de pouvoir identifier les domaines qui nécessitaient davantage d'activités de la part du CSC. Cela permettrait au programme d'allouer les ressources de manière stratégique et de concentrer les programmes là où ils sont le plus nécessaires.

Indicateurs répertoriés dans le guide de référence des indicateurs du CSC RBM	Indicateurs utilisés par le programme de CSC	Justification de la sélection et/ou de l'adaptation
Résultats intermédiaires : Le programme de CSC a choisi plusieurs indicateurs de résultats intermédiaires au-delà des connaissances pour s'aligner sur la théorie du changement du programme. Ils avaient l'intention d'utiliser une enquête omnibus pour suivre ces résultats.		
<p>Connaissances liées à la prévention : Proportion de personnes qui citent uniquement les moustiques comme étant la cause du paludisme.</p>	<p>Proportion de personnes qui citent uniquement les moustiques comme étant la cause du paludisme.</p>	<p>Des études antérieures menées dans le pays ont montré que la connaissance des moustiquaires en tant que méthode de prévention du paludisme est universelle (97 %). Cependant, si la quasi-totalité des personnes pensent à juste titre que les moustiques sont responsables du paludisme, nombreuses sont celles qui pensent que les mangues vertes et les environnements sales sont également responsables du paludisme. Lorsque les personnes ont des croyances erronées sur les causes du paludisme, elles sont moins susceptibles de pratiquer systématiquement l'utilisation des moustiquaires. Le programme de CSC s'est efforcé de corriger ces idées fausses et a souhaité mesurer si la réduction souhaitée avait lieu.</p> <p>Le programme de CSC n'a pas choisi d'indicateurs liés à la gestion des cas puisque son mandat ne couvrait que les MII.</p>
<p>Sensibilité perçue : Pourcentage de personnes qui se sentent exposées à un risque de paludisme.</p> <p>Gravité perçue : Pourcentage de personnes qui estiment que les conséquences du paludisme sont graves.</p>	<p>Sensibilité perçue : Pourcentage de personnes qui se sentent exposées à un risque de paludisme.</p> <p>Gravité perçue : Pourcentage de personnes qui estiment que les conséquences du paludisme sont graves.</p>	<p>Comme indiqué dans le guide de référence des indicateurs, le programme de CSC a conservé les deux indicateurs tels quels (sans les modifier) parce qu'ils sont conformes à la théorie du changement du programme.</p> <p>Selon plusieurs théories comportementales telles que le modèle des croyances en matière de santé (et d'autres répertoriées dans le Guide de référence des indicateurs), les individus sont plus enclins à prendre des mesures préventives s'ils pensent être exposés à une menace pour la santé (sensibilité perçue) et s'ils perçoivent les conséquences de la menace comme étant graves (gravité perçue).</p>
<p>Efficacité perçue de la réponse : Pourcentage de personnes qui pensent que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque.</p> <p>Auto-efficacité perçue : Pourcentage de personnes qui ont confiance en leur capacité à adopter un comportement spécifique lié au paludisme.</p>	<p>Efficacité perçue de la réponse : Pourcentage de personnes qui pensent que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque .</p> <p>Auto-efficacité perçue : Pourcentage de personnes qui ont confiance en leur capacité à adopter un comportement spécifique lié au paludisme.</p>	<p>Ces deux indicateurs ont été retenus parce qu'ils sont conformes à la théorie du changement du programme de CSC, qui reconnaît l'importance des croyances des individus dans l'efficacité des programmes et leur confiance dans l'exécution de chaque comportement d'intérêt.</p> <p>Le programme de CSC a révisé le langage générique pour le rendre spécifique aux moustiquaires.</p>
<p>Normes descriptives : Pourcentage de personnes qui pensent que la majorité de leurs amis et de leur communauté pratiquent actuellement le comportement.</p> <p>Normes injonctives : Pourcentage de personnes qui pensent que la majorité de leurs amis et de leur communauté approuverait le comportement.</p>	<p>Normes descriptives : Pourcentage de personnes qui pensent que la majorité de leurs amis et de leur communauté utilisent actuellement des moustiquaires tous les soirs.</p> <p>Normes injonctives : Pourcentage de personnes qui pensent que la majorité de leurs amis et de leur communauté approuverait l'utilisation de moustiquaires.</p>	<p>Ces deux indicateurs ont été retenus parce qu'ils sont conformes à la théorie du changement du programme de CSC, qui postule que l'influence sur les perceptions de ce qui est communément pratiqué (normes descriptives) et la promotion de l'approbation des réseaux sociaux (normes injonctives) sont essentielles pour stimuler les taux d'utilisation des moustiquaires.</p> <p>Le programme de CSC a révisé le langage générique pour le rendre spécifique aux moustiquaires.</p>

Indicateurs répertoriés dans le guide de référence des indicateurs du CSC RBM	Indicateurs utilisés par le programme de CSC	Justification de la sélection et/ou de l'adaptation
<p>Attitudes : Pourcentage de personnes ayant une attitude favorable à l'égard du produit, de la pratique ou du service.</p>	<p>Pourcentage de personnes ayant une attitude favorable à l'égard de l'utilisation de moustiquaires.</p>	<p>L'indicateur a été retenu parce qu'il est conforme à la théorie du changement du programme de CSC, qui stipule que la promotion d'une attitude favorable à l'utilisation des moustiquaires est un déterminant crucial du changement de comportement.</p> <p>Le programme de CSC a révisé le langage générique pour le rendre spécifique aux moustiquaires.</p>
<p>Résultats comportementaux</p>		
<p>Proportion de personnes qui adoptent le comportement recommandé (pour les moustiquaires, le ratio utilisation/accès aux MII est recommandé).</p>	<p>Ratio utilisation/accès aux MII.</p>	<p>L'utilisation de moustiquaires peut augmenter simplement lorsque les personnes possèdent plus de moustiquaires, même sans un CSC. Le ratio utilisation/accès aux MII permet aux programmes de CSC de mesurer le sous-ensemble des personnes interrogées qui n'ont pas utilisé de moustiquaire alors qu'elles auraient pu le faire. Ainsi, le ratio utilisation/accès aux MII constitue une mesure plus précise du domaine spécifique dans lequel les programmes de CSC pourraient exercer le plus d'influence.</p> <p>L'indicateur "% de personnes utilisant une moustiquaire la veille au soir" est plus adapté aux stratégies nationales de lutte contre le paludisme, car il s'agit d'une mesure simple de l'utilisation globale des moustiquaires dans la population, ce qui est l'objectif ultime du programme national de lutte contre le paludisme. Des mesures complémentaires relatives à l'utilisation et à la possession de moustiquaires ou à l'accès à celles-ci sont nécessaires pour déterminer comment améliorer les résultats de cet indicateur.</p> <p>Le programme de CSC ne prévoyait pas de mettre en œuvre une enquête indépendante, mais souhaitait utiliser l'EIP pour mesurer le ratio utilisation/accès aux MII. Cette EIP avait une puissance statistique permettant d'obtenir des résultats généralisables au niveau régional et était approprié pour ce programme de CSC dont les activités couvraient l'ensemble de la région. Cela n'aurait pas été le cas pour les programmes de CSC qui ne couvrent que certains districts. Dans ce cas, une enquête auprès des ménages, des communautés ou des clients dans les zones couvertes peut s'avérer idéale. Bien que le module CCSC de l'EIP puisse fournir des données pour la plupart des indicateurs de résultats intermédiaires, il n'inclut pas d'indicateurs pour les normes d'injonction, et il a lieu trop rarement pour permettre à ce programme de CSC d'ajuster ses activités.</p>

Sources de données

Cette section fournit des détails sur les sources de données qui pourraient être utilisées pour développer, adapter et rendre compte des programmes de CSC liés au paludisme.

Note : Les liens vers les sources citées et les outils de collecte de données sont inclus dans la section Ressources à la fin de ce guide.

Les sources de données décrites sont liées aux communautés/ménages, aux prestataires et aux programmes de CSC. Bien que cette liste soit exhaustive, le CSC et le paludisme sont des domaines dynamiques, de nouvelles sources apparaissant souvent. L'ensemble des sources de données utilisées par un programme doit être sélectionné en fonction de leur capacité à fournir des informations sur tous les types d'indicateurs de CSC discutés ci-dessus (résultats du programme, portée et couverture, résultats intermédiaires et résultats comportementaux) ainsi que de leur faisabilité. Si la plupart des programmes de CSC continueront à collecter de nouvelles données par le biais d'activités de suivi et/ou de recherche, nombre d'entre eux jugeront utile et rentable d'exploiter les sources de données existantes.

De nombreux endroits abritent aujourd'hui une multitude de données sur les services de lutte contre le paludisme, les produits de base, les perceptions du public cible et d'autres aspects du contexte programmatique, épidémiologique et entomologique.

La triangulation des données est le processus qui consiste à examiner deux ou plusieurs sources de données afin de mieux comprendre une situation. Au stade de la recherche formative, la triangulation des données peut permettre de mieux comprendre le comportement humain et le contexte qui l'influence. Au cours du suivi, la triangulation des données peut aider les gestionnaires de programme à interpréter les tendances observées et à atténuer les risques potentiels. Enfin, au cours de la phase d'évaluation, la comparaison des tendances observées dans les

données du programme avec celles provenant d'autres sources de données peut aider les gestionnaires du programme et les évaluateurs à valider leurs conclusions.

Par exemple, les données provenant d'enquêtes auprès des ménages, d'enquêtes auprès des établissements de santé et d'études de suivi de la durabilité peuvent être triangulées avec des données qualitatives provenant de groupes de discussion, d'entretiens avec des informateurs clés, de consultations d'experts techniques et d'analyses de contenu des médias sociaux (écoute sociale) afin d'obtenir des informations plus approfondies sur les raisons qui sous-tendent les perceptions et les comportements rapportés et d'informer le développement de programmes de CSC. Un autre exemple de triangulation est l'utilisation des données SIGS pour contrôler l'utilisation des services, la qualité de la prestation de services et la disponibilité des produits, ainsi que l'utilisation des données du programme de CSC pour suivre les activités de CSC, la portée du public et les références. Les programmes de CSC peuvent utiliser ces informations pour suivre leur impact sur l'utilisation des services et identifier les facteurs liés à l'établissement qui menacent l'efficacité du programme.

Chaque cas de collecte et d'utilisation de données, et de triangulation des données, en particulier, peut faire l'objet d'une collaboration avec d'autres acteurs du paludisme et du système de santé. Les données et rapports existants peuvent être utilisés tels quels, des analyses secondaires peuvent être effectuées et, lorsque cela est prudent, certaines questions peuvent être ajoutées aux activités d'évaluation planifiées et de collecte de données de routine afin de combler les lacunes dans la compréhension des programmes de CSC concernant le comportement des ménages et des prestataires. Enfin, la planification conjointe des programmes, le partage et l'examen des données peuvent améliorer l'alignement et la complémentarité entre les efforts de lutte contre le paludisme et les programmes de CSC.



CSC pour l'utilisation de MII à Madagascar".

Crédit : Initiative du président des États-Unis contre le paludisme



Sources de données relatives aux ménages et aux communautés

Les sources de données suivantes fournissent des informations sur le public des ménages et des communautés. Les données quantitatives et qualitatives sont complémentaires et, dans la mesure du possible, les deux types de données doivent être collectés.

Les données quantitatives englobent les mesures numériques des comportements, des connaissances, des perceptions et des normes dans une population donnée.

- Les enquêtes de routine auprès des ménages comprennent l'EIP, l'EDS, l'enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) et l'ECP.
- Les enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) sont adaptées à des populations spécifiques (par exemple, les groupes mobiles, les leaders d'opinion) et à des questions de recherche spécifiques.
- Les enquêtes omnibus sont fréquemment proposées par les sociétés d'études de marché et se déroulent selon un calendrier régulier (par exemple, trimestriel). Plusieurs clients, y compris des entités à but non lucratif et à but lucratif, partagent le coût de l'enquête et peuvent contribuer à un nombre limité de questions.
- Les enquêtes d'interception sont des questionnaires courts et structurés conçus pour recueillir rapidement et immédiatement des informations et des réactions auprès des membres du public cible au cours d'interactions ou d'événements clés. Ils peuvent être auto-administrés (par exemple, un répondant remplit un formulaire mobile, web ou papier) ou administrés par un enquêteur.
- Les enquêtes téléphoniques sont des questionnaires courts généralement administrés par des messages textuels ou vocaux préenregistrés, mais elles peuvent également être administrées par un enquêteur.

Utilisations : Les cinq méthodes peuvent être utilisées pour la recherche formative, le suivi des résultats et l'évaluation. Les enquêtes d'interception sont également utilisées pour les pré-tests et constituent une méthode sous-utilisée pour la collecte de données intermédiaires et de résultats comportementaux.

Les données qualitatives fournissent de riches détails sur les opinions, les expériences et les pratiques d'une population, obtenus par le biais de :

- Entretiens semi-structurés avec des représentants des publics cibles et des parties prenantes.
- Discussions de groupe avec les publics cibles et les parties prenantes.
- Observations des interactions des publics cibles avec les services ou produits liés au paludisme.
- Analyse du contenu du web, de la radio, de la télévision, des médias sociaux ou de la presse écrite et/ou de l'engagement du public.
- L'écoute communautaire consiste à recueillir des informations auprès de membres de la communauté en qui l'on a confiance, comme les dirigeants locaux ou les agents de santé communautaires, afin de recueillir leurs observations ou leurs commentaires.

Utilisations : Les quatre méthodes peuvent être utilisées pour la recherche formative, les pré-tests, le suivi des résultats et l'évaluation. Des approches telles que les **écoute de la communauté** et la **cartographie des résultats** avec des groupes de parties prenantes sont similaires aux groupes de discussion qui peuvent être utilisés pour suivre les résultats de manière prospective. Des entretiens semi-structurés, des groupes de discussion et des observations sont également utilisés pour les pré-tests.

Données quantitatives

Enquêtes de routine auprès des ménages

Les EIP, EDS, MICS et ECP comprennent des questions qui mesurent les comportements, c'est-à-dire l'utilisation de moustiquaires, la fréquentation des soins prénataux, de TPIg, la recherche de soins, le dépistage et le traitement par CTA. Ces résultats devraient être utilisés pour la recherche formative ou les évaluations de base lorsqu'ils sont disponibles. Les enquêtes auprès des ménages sont limitées dans leur capacité à mesurer les indicateurs relatifs à la prestation de services de santé (par exemple, les connaissances, les attitudes et le respect des directives par les prestataires de services de santé) et à évaluer les comportements et les facteurs comportementaux au sein de publics présentant un intérêt particulier, tels que les populations mobiles ou migrantes. Les enquêtes transversales sur les ménages, en particulier, ne sont pas conçues pour établir des relations de cause à effet, mais seulement des associations potentielles. Même lorsque des changements sont observés au fil du temps, des méthodes statistiques robustes doivent être utilisées pour identifier les facteurs associés à ces changements.

Enquête sur les indicateurs du paludisme

Avantages : L'EIP est menée tous les trois à cinq ans et, par conséquent, les programmes nationaux de lutte contre le paludisme espèrent pouvoir s'appuyer sur la continuité de l'EIP en tant que source de données. Il fournit également des données historiques permettant d'observer les tendances. Depuis 2019, l'EIP comprend un [module CCSC facultatif](#) qui n'est administré qu'aux femmes. Les 14 questions du module mesurent l'exposition au CSC et les facteurs psychosociaux tels que les connaissances, les perceptions du risque et de l'efficacité, les normes et les attitudes. Les tableaux de résultats du module peuvent fournir des indications précieuses pour concentrer les efforts de CSC, par exemple sur les populations à cibler pour les activités de CSC et sur la manière de formuler les messages de CSC et de sélectionner les différents canaux. S'ils sont réalisés dans les six mois suivant une campagne de CSC, les résultats du module de CSC de l'EIP peuvent également être utilisés pour étudier le souvenir qu'a la population générale des messages de CSC

pertinents et, lorsqu'ils sont combinés à une analyse secondaire, pour mesurer l'influence de la campagne sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de paludisme. Les données du module de CSC issues de plusieurs cycles de l'EIP pourraient être utilisées pour comprendre les tendances nationales des perceptions liées au paludisme au fil du temps.

Limites : En raison du nombre limité de questions, le module seul sera rarement suffisant pour développer un programme de CSC à partir de zéro. Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation des résultats. Par exemple, en raison de la limitation des ressources ou de la faible pénétration des médias, de nombreuses activités de CSC ne sont mises en œuvre que dans des communautés ou des districts spécifiques, alors que l'EIP est souvent conçue pour produire des résultats précis uniquement au niveau national ou régional. Si les tendances positives au niveau national ou régional peuvent suggérer que les efforts du CSC au niveau du district et du sous-district font la différence, toute amélioration observée semblera, au mieux, progressive. Les évaluations ciblées menées dans les domaines réels du programme donneront une image plus précise des changements survenus et de l'ampleur de l'impact obtenu, ainsi que des découvertes clés sur les approches spécifiques les plus efficaces. Toutefois, la réalisation d'évaluations ciblées nécessitera des ressources supplémentaires et ne sera peut-être pas réalisable pour de nombreux programmes.

Enquêtes démographiques et de santé

Avantages : L'EDS est également réalisée tous les trois à cinq ans et les programmes nationaux de lutte contre le paludisme espèrent donc pouvoir s'appuyer sur la continuité de cette enquête en tant que source de données. Il fournit également des données historiques permettant d'observer les tendances. L'EDS couvre plusieurs domaines de la santé et comprend des entretiens avec des hommes et des femmes. L'EDS dispose déjà de deux questions standard conçues pour mesurer l'exposition à un programme de CCSC.

Limites : Bien que certains pays puissent souhaiter utiliser le [module de CCSC](#) dans l'EDS pour recueillir les perceptions des hommes, les coûts peuvent rendre la chose difficile (l'EDS est plus longue que l'EIP). En outre, l'EIP contient une multitude d'autres indicateurs liés aux programmes de lutte contre le paludisme qui fournissent un contexte utile aux données recueillies par le module de CSC. S'il est recommandé d'inclure systématiquement le module de CCSC dans l'EIP, la décision de l'ajouter ou non à l'EDS dépendra de la portée, de la durée et des coûts des enquêtes prévues, au cas par cas et à l'issue de discussions avec le Ministère de la Santé, le programme d'EDS et d'autres parties prenantes.

Enquêtes groupée à indicateurs multiples

Avantages : Le MICS est une enquête sur les ménages conçue et mise en œuvre par l'UNICEF. La MICS la plus récente comprend 130 indicateurs qui évaluent la santé des enfants, des femmes et des hommes dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la protection de l'enfance. Tous les MICS sont basés sur des échantillons représentatifs, sélectionnés à l'aide d'échantillons probabilistes et aléatoires. Si la plupart des MICS ne collectent pas de biomarqueurs tels que la parasitémie du paludisme, certains le font à la demande des gouvernements. Les MICS menés dans les pays où le paludisme est endémique comprennent trois modules sur le paludisme : MII dans le questionnaire destiné aux ménages, TPIg dans le questionnaire destiné aux femmes, et recherche de soins et traitement dans le questionnaire destiné aux enfants de moins de cinq ans. Outre les questions spécifiques au paludisme,

les MICS contiennent des questions sur les soins prénataux dans le questionnaire destiné aux femmes.

Limites : Si de nombreuses MICS sont représentatives au niveau national, certaines ne couvrent que des groupes de population spécifiques dans un pays ou seulement certaines zones géographiques. Les MICS sont souvent répétées, mais pas avec la même fréquence que les EIP ou les EDS dans la plupart des pays.

Enquête sur le comportement face au paludisme

Avantages : L'ECP est une enquête transversale avec des questionnaires structurés administrés à un échantillon aléatoire de femmes et d'hommes en âge de procréer et de chefs de famille. Comme l'EIP, l'ECP est mis en place pendant la saison des pluies ou peu après. Il s'agit en fait d'une enquête de CAP qui fournit de nombreuses informations sur de multiples déterminants du comportement, y compris tous ceux énumérés dans ce guide, ainsi que d'autres, tels que la perception des agents de santé. Les questions de l'EIP et de l'ECP sont fondées sur des théories et des données d'enquête provenant de plusieurs pays. En revanche, de nombreuses enquêtes de CAP ne sont pas normalisées et peuvent reposer sur des questions et des outils d'enquête non validés, ce qui complique l'interprétation et l'utilisation des données. Bien que l'ECP complète l'EIP et recueille également des données sur les comportements liés au paludisme, l'objectif principal et la valeur ajoutée de l'ECP sont la compréhension des facteurs psychosociaux associés aux comportements liés au paludisme qui sont mesurés.

L'un des principaux avantages de l'ECP est l'utilisation de régressions logistiques, soit des analyses qui mesurent la force d'une association entre les déterminants et les comportements, tout en contrôlant les facteurs de confusion tels que le statut socio-économique. Ce niveau de rigueur dans l'analyse des données permet aux planificateurs de programmes d'identifier en toute confiance les déterminants qu'un programme de CSC devrait essayer d'influencer.

Limites : Afin de gérer les coûts, l'ECP est alimenté de manière à ne rendre compte qu'au niveau zonal ou national, ce qui signifie que les différences au niveau de la province ou du district ne sont pas présentées. Comme les autres enquêtes auprès des ménages, ce questionnaire est long. Les recommandations indiquent qu'il devrait être mis en place tous les cinq ans environ, ce qui peut correspondre ou non au calendrier des programmes de CSC.

Enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques

Avantages : Une enquête de CAP au niveau de la communauté ou des ménages offre une grande flexibilité et un contrôle sur les questions posées et sur les personnes auxquelles elles s'adressent. Par exemple, les enquêtes de CAP permettent aux programmes d'interroger les soignants, les femmes enceintes (et leurs partenaires et belles-mères), les jeunes, les groupes minoritaires ou une population plus générale dans une région donnée. Les enquêtes de CAP sont généralement conçues pour mesurer des comportements et des facteurs comportementaux spécifiques à la recherche formative ou dans le cadre de l'évaluation d'un projet. En fait, les données collectées à partir d'une enquête de CAP réalisée dans le cadre d'une recherche formative peuvent également être utilisées pour la collecte de données de référence. Lorsqu'elles sont mises en œuvre de manière standardisée sur deux ou plusieurs périodes, les données de CAP peuvent être utilisées pour le suivi des résultats. Les enquêtes de CAP peuvent inclure des questions relatives à tous

les indicateurs de CSC et plus encore. Les questions doivent porter sur le rappel et l'adoption des comportements, et pour chaque comportement d'intérêt, des questions sur les indicateurs de résultats intermédiaires doivent être incluses.

Limites : Étant donné que le sujet et les publics cibles des enquêtes de CAP peuvent varier considérablement, chaque enquête de CAP nécessite une personne experte en matière d'échantillonnage, d'élaboration de questionnaires, de mise en œuvre et d'analyse. Les programmes doivent anticiper ces besoins et s'assurer de la disponibilité des ressources humaines pertinentes. En outre, la mise en œuvre d'une enquête distincte auprès des ménages, telle qu'une enquête de CAP, a des implications financières.

Enquêtes omnibus

Avantages : Des enquêtes omnibus sont régulièrement menées par des grandes entreprises de marketing. Les entreprises facturent pour chaque question ajoutée à l'enquête. Les enquêtes omnibus peuvent être utilisées pour suivre l'exposition aux messages et aux attitudes clés au fil du temps. Comme elles sont fréquentes (trimestrielles ou semestrielles), que les questions sont peu coûteuses et qu'il est possible d'obtenir des échantillons au niveau national ou régional, ces enquêtes constituent un moyen rentable de contrôler les résultats intermédiaires.

Limites : Malheureusement, elles sont souvent biaisées à l'égard des zones urbaines et leurs méthodes d'échantillonnage ne sont pas aussi solides que celles des enquêtes auprès des ménages. Le niveau de surveillance et de contrôle que les programmes de CSC peuvent avoir sur la collecte des données est également limité puisque le travail est confié à des sociétés d'études de marché qui doivent jongler avec les intérêts de multiples clients qui posent des questions aux omnibus.

Enquêtes d'interception

Avantages : Les enquêtes d'interception sont des questionnaires courts et structurés conçus pour recueillir rapidement et immédiatement des informations et un retour d'information de la part des membres du public cible lors d'interactions ou d'événements clés. Elles peuvent être auto-administrées (par exemple, un répondant remplit un formulaire mobile, web ou papier, ou appelle un numéro pour une enquête par SMS ou RVI), ou elles peuvent être administrées par un enquêteur.

Les enquêtes d'interception peuvent fournir des informations en temps réel ou presque. Par exemple, immédiatement après avoir fourni un service, un ASC peut demander à un client d'appeler un numéro pour répondre à une enquête. L'enquête peut inclure des questions sur la perception du risque de paludisme, ainsi que des questions sur l'expérience du client avec les services des ASC.

Les enquêtes d'interception auto-administrées peuvent être une option pour les publics alphabétisés. Lors d'activités récurrentes (mensuelles, trimestrielles ou semestrielles), le personnel des établissements de santé, les décideurs politiques, le personnel des agences collaboratrices ou les journalistes, par exemple, peuvent être invités à remplir des formulaires anonymes en ligne afin d'évaluer l'évolution des résultats intermédiaires au fil du temps. Des versions papier peuvent être mises à disposition si la connexion internet n'est pas fiable. Une autre variante consiste à ce qu'un enquêteur lise les questions à haute voix à un groupe de répondants qui remplissent leurs propres formulaires individuellement en ligne ou sur papier. Ce format réduit le risque que les questions soient mal comprises, tout en permettant aux enquêteurs de recueillir des données auprès de plusieurs personnes en même temps.

Limites : Une limite importante est le risque de biais d'échantillonnage, car seules les personnes présentes sur le lieu de l'enquête sont prises en compte, ce qui peut ne pas représenter la population dans son ensemble. Un biais de désirabilité sociale est également possible, la proximité avec le personnel représentant le programme CSC pouvant conduire les répondants à fournir des réponses qu'ils perçoivent comme "bonnes" ou souhaitées au détriment de l'honnêteté. Enfin, les taux de résultats intermédiaires ou comportementaux observés juste après une activité de CSC peuvent être plus élevés que ceux observés plusieurs jours, semaines ou mois après l'exposition.

Enquêtes téléphoniques

Avantages : Les enquêtes téléphoniques permettent une collecte efficace des données, car elles peuvent composer des milliers de numéros en même temps, un avantage par rapport à la collecte de données en personne. Les questions RVI utilisent des pistes audio préenregistrées plutôt que des questions par SMS ou par texte, ce qui est utile pour les populations ayant un faible taux d'alphabétisation.

Limites : Par rapport aux enquêtes auprès des ménages, les enquêtes téléphoniques sont limitées dans le nombre de questions qui peuvent être posées. Les taux de réponse peuvent être inférieurs à ceux d'autres méthodes d'enquête, et les répondants peuvent être plus susceptibles de raccrocher ou de refuser de participer. La qualité des réponses peut également être affectée par le fait qu'un enquêteur n'était pas disponible pour expliquer les questions que le répondant ne comprenait pas. Comme pour les registres d'appels ou l'analyse des SMS (ci-dessous), les personnes interrogées dans le cadre d'enquêtes téléphoniques peuvent ne pas être représentatives de la population cible, car l'utilisation dépend du téléphone et de l'accès au réseau. Dans de nombreux pays où des programmes de CSC face au paludisme sont mis en œuvre, cela peut signifier que les femmes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées, les personnes vivant en milieu rural et les femmes enceintes sont sous-représentées.

Données qualitatives :

Si les indicateurs présentés dans ce guide sont mesurés à l'aide de données quantitatives, les données qualitatives, obtenues à partir d'entretiens avec des informateurs clés, de groupes de discussion, d'études de cas et d'observations, jouent également un rôle important. Les données qualitatives décrivent le contexte (qui, quoi, où et comment), permettent une exploration approfondie des idées et des indicateurs, aident à expliquer les résultats quantitatifs et éclairent les recherches futures. Cependant, les données et les résultats qualitatifs ne sont pas toujours généralisables à l'ensemble de la population. En outre, la qualité de la recherche dépend fortement des compétences des chercheurs. Il est donc essentiel de sélectionner et de former avec soin les personnes chargées de la collecte des données, les animateurs et les analystes de données.

Les indicateurs de ce guide peuvent être adaptés en tant que thèmes pour des questions et des analyses qualitatives. Les questions devraient être ouvertes et formulées avec soin afin de ne pas laisser croire aux répondants qu'une réponse spécifique est attendue. Lors de l'analyse, les résultats peuvent être organisés par thèmes sur la base des indicateurs. Enfin, lors de l'établissement des rapports, les résultats peuvent être présentés en suivant la progression des résultats dans le cadre (produits, résultats intermédiaires, comportement et environnement favorable ; Graphique 1).

Entretiens semi-structurés

Avantages : Les entretiens semi-structurés avec des représentants des publics cibles et des parties prenantes permettent d'explorer en profondeur les perspectives, les expériences et les comportements des individus en matière de prévention et de traitement du paludisme. Les enquêteurs peuvent demander des informations détaillées, ce qui permet de mieux comprendre les nuances des croyances, des attitudes et des pratiques au sein de la population cible. En outre, ces entretiens permettent d'établir une relation, ce qui permet aux participants de se sentir à l'aise pour partager ouvertement leurs pensées et leurs expériences.

Limites : L'une des limites des entretiens semi-structurés est le risque de partialité de l'enquêteur, c'est-à-dire que ses croyances personnelles ou ses idées préconçues peuvent influencer l'orientation de la conversation ou l'interprétation des réponses. En outre, la réalisation d'entretiens peut prendre du temps et nécessiter des ressources importantes, en particulier lorsque l'objectif est de disposer d'un échantillon représentatif de différents milieux. Enfin, l'interprétation et l'analyse des données qualitatives issues des entretiens peuvent être subjectives et nécessitent une prise en compte attentive du contexte et des points de vue de l'intervieweur et de la personne interrogée.

Groupes de discussion

Avantages : Les groupes de discussion avec les publics cibles et les parties prenantes sont utiles pour explorer les différents points de vue. Ils permettent une interaction entre les participants, favorisant les discussions et les débats qui peuvent mettre en évidence des normes, des attitudes et des influences culturelles partagées. En outre, les groupes de discussion peuvent révéler des expériences collectives et des dynamiques sociales qui ne ressortent pas nécessairement des entretiens individuels.

Limites : L'une des limites des groupes de discussion est la possibilité que la pensée de groupe ou les personnalités dominantes influencent la conversation, ce qui conduit à des points de vue biaisés ou limités. Certaines personnes peuvent se sentir mal à l'aise lorsqu'elles expriment des opinions divergentes au sein d'un groupe. Enfin, l'analyse des données issues des groupes de discussion nécessite une attention particulière à la dynamique des interactions au sein du groupe.

Observations

Avantages : Les méthodes d'observation permettent de comprendre directement comment les publics cibles utilisent les services ou les produits liés au paludisme dans un contexte réel. En observant les comportements, les interactions et les contextes environnementaux, les chercheurs peuvent découvrir des modèles, des obstacles et des facteurs facilitant la prévention et le traitement du paludisme. Parmi les exemples d'utilisation des observations pour le CSC face au paludisme, citons la compréhension des schémas d'utilisation des moustiquaires au cours de la nuit, les interactions client-fournisseur et la prestation de services liés au paludisme.

Limites : L'une des limites des données d'observation est le risque de biais de l'observateur, c'est-à-dire que les interprétations du chercheur peuvent être influencées par ses propres hypothèses,

ses antécédents et son point de vue. L'effet Hawthorne, qui se produit lorsque les gens modifient leur comportement lorsqu'ils savent qu'ils sont observés, peut également entrer en ligne de compte. En outre, les études d'observation peuvent ne pas saisir l'ensemble des facteurs influençant le comportement, car elles se concentrent principalement sur ce qui est observable plutôt que sur les motivations ou les croyances sous-jacentes. Les observations nécessitent également une planification minutieuse afin de garantir une collecte de données précise. Il se peut que les outils doivent être développés et testés de manière itérative au fur et à mesure que les chercheurs acquièrent une meilleure compréhension du contexte et des comportements observés.

Analyse du contenu

Avantages : L'analyse du contenu des médias et de l'engagement du public (également connue sous le nom d'écoute sociale) consiste à analyser systématiquement le contenu textuel, visuel ou audio de divers canaux de communication afin de comprendre les perceptions, les attitudes et les comportements du public à l'égard du paludisme. L'écoute sociale est une variante qui se concentre spécifiquement sur l'analyse des médias sociaux. Cette méthode offre une approche structurée de l'examen du contenu des médias et des interactions avec le public, ce qui permet d'identifier les thèmes, les tendances et les récits dominants dans les sources médiatiques, souvent au fur et à mesure que les événements se déroulent. Comme les autres méthodes qualitatives susmentionnées, elle peut être utile pour identifier les lacunes ou les idées fausses dans la compréhension du public et est parfois utilisée pour le suivi des rumeurs. Des services tiers sont souvent disponibles pour fournir ces données sous forme quantitative également ; ils peuvent mettre en place des alertes en temps réel pour des mots clés ou des combinaisons de mots afin de surveiller la portée et les réactions des utilisateurs (suivi des résultats).

Limites : Cette méthode dépend de la profondeur des détails fournis par les fournisseurs de contenu ou les publics afin de comprendre les nuances et le contexte entourant les thèmes identifiés. Le support spécifique peut ne pas être la source d'information la plus représentative, car seul un sous-ensemble du public cible peut l'utiliser et seul un sous-ensemble encore plus restreint peut s'intéresser au contenu de manière approfondie. Dernier point, mais non des moindres, l'analyse de contenu peut ne pas saisir les réactions ou l'engagement du public au-delà du contenu lui-même, ce qui limite la compréhension des perceptions et des comportements du public.

Écoute de la communauté

Avantages : L'écoute communautaire consiste à recueillir des informations directement auprès des membres de la communauté par le biais d'interactions en personne (en organisant des réunions ou des groupes de discussion avec des échantillons représentatifs de la communauté) ou d'informateurs clés de confiance, tels que les dirigeants locaux et les agents de santé communautaires. Cette méthode a été utilisée pour surveiller les rumeurs pendant les campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Il est possible de demander aux informateurs clés de signaler les rumeurs via WhatsApp, SMS ou un formulaire en ligne. Ils peuvent également les signaler à une personne désignée qui peut enregistrer la rumeur et la mettre

en relation avec une ressource disposant d'informations exactes. L'écoute communautaire peut être rapide et nécessite moins de ressources que les études conventionnelles. Elle favorise la collaboration et le partage des responsabilités dans la lutte contre les problèmes de santé publique et renforce la capacité des acteurs de la communauté à lutter contre la désinformation.

Limites : L'écoute communautaire peut être sujette à des biais, car les informateurs peuvent rapporter des rumeurs de manière sélective sur la base de leurs propres perceptions ou de leurs relations au sein de la communauté. Pour réduire les biais, il est généralement recommandé de combiner les sources sur le terrain (écoute communautaire) avec le suivi des sources en ligne ou des médias sociaux (écoute sociale), ainsi que de consulter plusieurs informateurs clés de la localité.

Suivi mené par la communauté

Avantages : Le suivi mené par la communauté fait référence à des approches dans lesquelles les utilisateurs de services ou les communautés affectées conçoivent et réalisent la collecte et l'analyse de données de routine. Cette approche permet souvent d'étayer les efforts de sensibilisation, de promouvoir les discussions entre pairs sur les questions de santé et de favoriser

l'appropriation par la communauté de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des solutions. Une variante courante du suivi mené par la communauté est le « suivi à base communautaire », dans le cadre duquel les agents de santé communautaires, les prestataires de soins et d'autres représentants proches de la communauté collectent des données et partagent les résultats avec la communauté. Des outils tels que les tableaux de bord communautaires sont fréquemment utilisés pour faciliter ce processus et fournir des informations exploitables.

Limites : Les groupes communautaires peuvent avoir leurs propres objectifs qui peuvent ne pas être parfaitement alignés sur le programme SBC et des compromis peuvent être nécessaires. Enfin, la motivation et la capacité à mettre en œuvre les plans d'action varieront d'un groupe communautaire à l'autre ; une sélection et une formation minutieuses seront importantes, tout comme l'introduction progressive de plans d'action de plus en plus complexes. Le suivi communautaire risque d'être biaisé si les membres de la communauté se sentent obligés de faire état de résultats favorables ou si les déséquilibres de pouvoir au niveau local influencent les rapports. Il peut également être gourmand en ressources, nécessitant des investissements continus dans la formation, les outils et la supervision, ce qui peut nuire à la durabilité.



Credit: Samy Rakotonaiaina/MSH

Un agent de santé communautaire utilise son smartphone avec l'application CommCare pendant la gestion d'un cas de paludisme à Vatomantry, Madagascar (2017). L'ajout de questions sur le suivi des comportements ou des résultats intermédiaires aux outils numériques des ASC comme celui-ci peut rationaliser la collecte et l'analyse des données issues des brèves enquêtes d'interception.



Sources de données liées à la fourniture de services de santé

Si les enquêtes auprès des ménages permettent d'évaluer la recherche de soins en cas de fièvre et la fréquentation de soins prénatals, il existe d'importantes limites à ce que ces enquêtes peuvent nous apprendre. Plus précisément, elles ne révèlent rien sur les connaissances, les croyances et les attitudes des prestataires de santé en ce qui concerne la prestation de services, et elles indiquent peu de choses sur l'interaction entre le patient et le prestataire de services. Vous trouverez ci-dessous des sources primaires de données concernant la fourniture de services de santé. Étant donné que la prestation de services, y compris le comportement du prestataire, est influencée par des facteurs à plusieurs niveaux (client, prestataire, lieu de travail/établissement et système de santé), la collecte ou la triangulation de données provenant de sources multiples est une bonne pratique.

Données sur les installations pour comprendre la qualité de la prestation de services et l'environnement des services :

- Données SIGS, telles que les rapports mensuels sur les services fournis et les clients rencontrés.
- Examen des documents et des registres de l'établissement, tels que les registres des consultations externes, des soins prénatals, des vaccinations, des MII et des laboratoires ; les formulaires de rapport et de demande de la chaîne d'approvisionnement ; les cartes de contrôle des stocks, les registres des ASC et les cartes/graphiques des clients.
- Inventaire des équipements, du personnel et des fournitures de l'établissement.

Utilisations : Recherche formative, suivi des résultats et évaluation.

Données sur les clients pour comprendre le comportement des clients, les déterminants de ce comportement et la perception des services par les clients :

- Enquêtes auprès des ménages et enquêtes de CAP. Voir les sources de données relatives aux publics des ménages et des communautés : données quantitatives ci-dessus.
- Les formulaires de référence peuvent être utilisés pour contrôler combien de personnes ont été orientées vers des services et combien d'entre elles ont eu recours à ces services.
- Les visites de clients mystères impliquent que des collecteurs de données formés se fassent passer pour des clients afin d'évaluer la qualité du service.
- L'observation des interactions entre le prestataire et le client ou de l'environnement de prestation de services permet de documenter de manière structurée ce qui a été vu et entendu.
- Les entretiens avec les clients à la sortie permettent de recueillir les commentaires des clients à la fin du service ou au moment de leur départ.
- Les formulaires de retour d'information ou les discussions avec les clients permettent de recueillir leurs avis, leurs suggestions ou leurs plaintes en vue d'améliorer le service.

Utilisations : Toutes ces méthodes peuvent être utilisées pour la recherche formative, le suivi des résultats et l'évaluation. Les trois derniers sont fréquemment utilisés pour pré-tester le matériel et les approches du CSC.

Données sur les prestataires de santé : pour comprendre le comportement, les perceptions et les caractéristiques des prestataires.

- Les enquêtes permettent de collecter des données sur les caractéristiques, les perceptions et les comportements déclarés des prestataires.
- Les entretiens semi-structurés fournissent de nombreux détails sur les opinions, les expériences et les pratiques des individus.
- Les discussions de groupe sont des conversations en petits groupes visant à identifier les points communs et les différences de points de vue.
- Observations sur les interactions entre le prestataire et le client ou sur d'autres activités du prestataire (par exemple, la rédaction d'un rapport). Voir **Sources de données relatives aux publics des ménages et de la communauté : données qualitatives**, ci-dessus.
- Les registres des établissements et les rapports SIGS documentent le comportement des prestataires, mais au niveau de l'établissement et non au niveau du prestataire individuel.

Utilisations : Toutes ces méthodes peuvent être utilisées pour la recherche formative, le suivi des résultats et l'évaluation. Les trois derniers sont fréquemment utilisés pour pré-tester le matériel et les approches du CSC.

Les approches de collecte de données telles que les **enquêtes sur les établissements de santé, supervision de soutien** et la **les approches d'audit et de rétroaction** utilisent une combinaison de ces sources (souvent des inventaires d'établissements, des examens de registres, des observations, des entretiens avec les prestataires et des entretiens avec les clients à la sortie de l'hôpital). De nombreux pays ont leur propre version des enquêtes sur les établissements de santé ; il existe également des enquêtes normalisées telles que les évaluations SPA et SARA.

Les enquêtes sur les établissements et la supervision de soutien ont tendance à se concentrer sur la collecte de données sur les services fournis, la qualité de la prestation de services, la disponibilité du personnel, des produits et de l'équipement, ainsi que sur les formations et la supervision reçues. Elles explorent rarement les connaissances, les perceptions et la dynamique sociale du lieu de travail des prestataires, qui peuvent avoir une incidence sur la prestation de services. Toutefois, des questions relatives à ces sujets peuvent être ajoutées aux questionnaires d'entretien avec les prestataires, comme décrit plus en détail ci-dessous. L'[outil d'évaluation de la prestation des services de lutte contre le paludisme \(Examining Malaria Service Delivery Assessment Tool\)](#) associe des entretiens avec les prestataires, l'examen des registres et des documents de l'établissement et des observations de l'établissement afin d'obtenir une compréhension globale de la prestation des services au niveau du prestataire et de l'établissement. Cette approche qualitative peut être utilisée pour compléter les enquêtes sur les établissements et la supervision de soutien, qui ont tendance à utiliser des mesures quantitatives.

Les réunions d'amélioration de la qualité et d'autres discussions de groupe entre les prestataires peuvent être utilisées comme des groupes de discussion pour comprendre les processus de l'établissement, les normes et l'expérience collective des prestataires. Ces approches peuvent également être considérées comme des méthodes mixtes puisqu'elles comprennent souvent un examen des données relatives aux établissements afin de suivre les tendances en matière de qualité du service. Les données relatives à la supervision de soutien peuvent fournir des informations détaillées sur des étapes spécifiques de la prestation de services qui ne sont pas saisies dans le système SIGS, et les outils numériques peuvent rendre les données rapidement exploitables. Cependant, l'amélioration de la qualité et la supervision de soutien ne concernent qu'un nombre limité d'établissements, sont peu fréquentes et ciblent les établissements peu performants. Pour cette raison, les données issues des programmes de supervision de soutien et d'amélioration de la qualité peuvent ne pas être représentatives de l'ensemble des établissements ; cependant, elles sont utiles lorsque l'établissement participe à un programme de CSC ou de changement de comportement du prestataire. Dernier point, mais non des moindres, les activités de supervision et d'amélioration de la qualité sont souvent menées par des superviseurs et non par une partie indépendante ; les superviseurs peuvent être enclins à démontrer des améliorations dans les performances de l'établissement et les prestataires peuvent modifier leurs actions en raison de la présence d'un superviseur. En outre, les prestataires peuvent hésiter à signaler des lacunes ou des difficultés s'ils craignent des conséquences négatives ou si la relation entre le superviseur et le prestataire n'est pas ouverte et empreinte de confiance. Pour minimiser ces risques, les programmes doivent veiller à ce que les activités de supervision et d'amélioration de la qualité soient menées d'une manière encourageante et non punitive, en mettant l'accent sur la collaboration, l'apprentissage et l'amélioration continue.

Les approches d'audit et de rétroaction combinent plusieurs des éléments susmentionnés. Elles constituent une source de données ainsi qu'un type d'intervention visant à améliorer la prestation de services. Les données provenant des registres des établissements, des

observations et des entretiens avec les clients et les prestataires sont collectées, puis comparées à des repères établis ou aux meilleures pratiques. Les approches d'audit et de retour d'information sont couramment utilisées dans les programmes de santé pour identifier les lacunes, renforcer les bonnes pratiques et motiver les prestataires ou les membres de la communauté à prendre des mesures correctives. Le retour d'information est généralement présenté sous la forme de rapports, de fiches d'évaluation ou de tableaux de bord et peut être partagé lors de réunions, de séances de formation ou d'examen individuels. La supervision de soutien et les réunions d'amélioration de la qualité sont des types d'approches d'audit et de retour d'information.

Données sur l'établissement

Système d'information pour la gestion sanitaire

Avantages : Les établissements de santé collectent régulièrement des données du SIGS pour rendre compte des services fournis, de la charge de morbidité et de la disponibilité des produits. De nombreux pays disposent déjà de systèmes de collecte de données du SIGS et du système d'information de la gestion logistique (SIGL), ce qui rend l'obtention de ces données moins coûteuse. Les données peuvent être utiles pour suivre l'utilisation des services, tels que le TPIg, le dépistage, le traitement et la fourniture de vaccins et de MII au niveau de l'établissement ou de la communauté. Certains pays disposent d'indicateurs du nombre ou du pourcentage de patients bénéficiant de services de conseil en planification familiale ou VIH ; ou du nombre de séances d'éducation à la santé sur un sujet donné ; des indicateurs similaires peuvent être adoptés pour le paludisme. Ces indicateurs issus du SIGS peuvent être utilisés comme indicateurs du comportement des prestataires et de l'utilisation des services par les clients.

Limites : Les ensembles de données du SIGS peuvent être incomplets ou incorrects. Il peut également être difficile d'attribuer les améliorations de la prestation de services aux programmes de CSC. Par exemple, de nombreux clients peuvent provenir des communautés environnantes et pas seulement de celles qui sont desservies par un programme de CSC. En outre, les changements dans les cas de paludisme peuvent être dus à de nombreux facteurs tels que la saisonnalité et la présence d'autres programmes de lutte contre le paludisme. Enfin, les données du SIGS ne contiennent généralement pas d'informations sur les résultats intermédiaires tels que les changements de perception.

Examen des documents et des registres de l'établissement

Avantages : Les formulaires ou registres de données primaires de l'établissement, tels que les registres des consultations externes, des soins prénatals, des vaccinations, des MII et des laboratoires ; les formulaires de rapport et de demande de la chaîne d'approvisionnement ; les cartes de contrôle des stocks ; les registres des ASC et les cartes/graphiques des clients, sont censés être la source de données pour les rapports mensuels de synthèse du SIGS. Dans les endroits où les rapports du SIGS sont médiocres, l'utilisation de cette source de données peut conduire à des estimations plus précises de la prestation de services, qui servent souvent à mesurer le comportement des prestataires et l'utilisation des services par les clients. La comparaison de données provenant de sources multiples au sein d'un établissement peut permettre de mieux comprendre les procédures et les pratiques de l'établissement, y compris celles qui sont normalement déclarées dans le SIGS et d'autres, telles que les rapports, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, etc.

Limites : L'examen des formulaires ou des registres de données des installations primaires prend beaucoup de temps, principalement parce qu'ils sont pour la plupart sur papier. En outre, ils peuvent être incomplets ou remplis de manière incohérente. Ce qui est rap-

porté à un endroit peut ne pas correspondre à ce qui est rapporté à un autre endroit, ce qui entraîne davantage de questions et de discussions avec le personnel de l'établissement.

Inventaire des équipements, du personnel et des fournitures de l'établissement

Avantages : Les inventaires des équipements, du personnel et des fournitures de l'établissement fournissent des informations précieuses sur la disponibilité des ressources au sein des établissements. Les enquêtes sur les établissements de santé, y compris les évaluations SPA et SARA, utilisent des inventaires pour identifier les lacunes en matière de médicaments essentiels, d'équipement, de fournitures consommables, de personnel et d'outils de soutien clinique tels que les directives ou les aides à l'emploi.

Limites : Ces informations ont tendance à être transversales et ne sont pas utiles pour comprendre les causes des ruptures de stock ; elles indiquent simplement que les ruptures de stock existent.

Données du client

Enquêtes auprès des ménages et enquêtes de CAP

Veillez vous référer à la section **Sources de données relatives aux ménages et aux communautés** pour une description des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes de CAP.

Formulaires de référence

Avantages : Les formulaires de référence permettent de contrôler l'efficacité des systèmes de référence en indiquant combien de personnes ont été orientées vers des services et combien d'entre elles ont eu recours à ces services. Les formulaires peuvent être utilisés pour obtenir des données précieuses sur les sources d'orientation efficaces. L'achèvement documenté d'une référence d'un programme de CSC est un moyen efficace de démontrer que le programme a pu contribuer à l'utilisation des services.

Limites : Les formulaires de référence peuvent présenter une documentation incomplète ou inexacte, car toutes les références ou actions de suivi ne sont pas nécessairement enregistrées. En outre, ils peuvent ne pas saisir les raisons pour lesquelles les personnes n'ont pas cherché à obtenir les services recommandés, ce qui limite la possibilité de s'attaquer efficacement aux obstacles à l'accès. Cependant, le personnel communautaire peut utiliser les données de référence pour suivre les clients orientés, fournir un soutien supplémentaire à ceux qui n'ont pas pu obtenir le service et collecter des données sur les raisons de l'inachèvement.

Visites de clients mystères

Avantages : Les visites de clients mystères impliquent que des collecteurs de données formés se fassent passer pour des clients afin d'évaluer la qualité du service. Les visites de clients mystères permettent d'obtenir des informations de première main sur la qualité du service en simulant l'expérience d'un client réel. Des collecteurs de données formés jouent le rôle de clients pour évaluer divers aspects de la prestation de services, notamment le comportement du personnel, la propreté des locaux et le respect des directives cliniques. Cette méthode permet d'identifier les lacunes dans la prestation de services et les domaines à améliorer.

Limites : Les clients mystères représentant des clients réels et les personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans peuvent

avoir des difficultés à décrire ou à imiter les symptômes. Une formation importante est nécessaire. C'est pourquoi les visites de clients mystères peuvent être plus appropriées pour les services préventifs de routine tels que le TPIg ou la fourniture de vaccins contre le paludisme et moins appropriées pour le traitement du paludisme. Cette méthode peut ne pas tenir compte de l'ensemble des facteurs contribuant à la qualité des services, y compris la disponibilité des ressources ou les perceptions des prestataires.

Observations des interactions entre le client et le prestataire

Avantages : Les observations des interactions entre le prestataire et le client impliquent une documentation structurée par un tiers (observateur) de ce qui a été vu et entendu au cours des rencontres cliniques. Cette méthode fournit des données objectives sur les modes de communication, les pratiques cliniques et les soins centrés sur le patient.

Limites : Les données d'observation peuvent être influencées par la présence d'observateurs, ce qui peut modifier le comportement du prestataire ou les réponses du patient. En outre, cette méthode peut ne pas tenir compte des aspects subjectifs des soins, tels que les perceptions ou les émotions du patient ou du prestataire.

Entretiens de sortie des clients

Avantages : Les entretiens de sortie avec les clients permettent de recueillir les commentaires des clients à la fin du service ou au moment de leur départ, ce qui donne des indications précieuses sur leur expérience, leur niveau de satisfaction et leurs suggestions d'amélioration. Cette méthode permet aux clients d'exprimer directement leurs opinions et leurs préoccupations, ce qui contribue à identifier les domaines d'amélioration de la qualité et à renforcer les soins centrés sur le patient.

Limites : Les entretiens de sortie des clients peuvent être biaisés si les clients se sentent obligés de donner des informations positives ou hésitent à exprimer leurs expériences négatives. En outre, les clients ne sont pas toujours disposés ou disponibles pour participer aux entretiens, ce qui peut entraîner un biais de sélection. Enfin, les clients qui ont la volonté, la capacité et la possibilité de rechercher et d'accéder aux services de santé ne sont pas nécessairement représentatifs de la population générale.

(Voir également **Enquêtes d'interception** et **Formulaires de retour d'information ou discussions avec les clients.**)

Formulaires de retour d'information ou discussions avec les clients

Avantages : Les formulaires de retour d'information ou les discussions avec les clients recueillent leurs opinions, leurs suggestions ou leurs plaintes. Ils peuvent servir de mécanisme de responsabilisation et contribuer à l'amélioration des services. Les formulaires papier peuvent être faciles d'accès pour les clients car ils se trouvent généralement au point de service. Les enquêtes en ligne ou mobiles permettent d'atteindre les clients qui ne sont pas en mesure de donner leur avis en personne. Les discussions individuelles ou de groupe en face à face offrent une approche plus interactive et personnalisée, permettant d'explorer plus en profondeur les expériences et les préoccupations des clients.

Limites : Les clients peuvent ne pas savoir qu'il existe des méthodes de retour d'information, et ceux qui le savent peuvent hésiter à fournir un retour d'information négatif, en particulier s'ils craignent des réper-

cussions ou s'ils pensent que leur retour d'information ne conduira pas à un changement significatif. Les formulaires papier peuvent être mal compris, et d'autres types de retour d'information peuvent nécessiter des ressources telles que du temps et une connectivité réseau qui ne sont pas forcément à la portée de nombreux clients.

Données sur les prestataires de santé

Entretiens avec les prestataires de santé

Avantages : Ces dernières années, il a été de plus en plus reconnu que les perceptions, l'expérience vécue et les caractéristiques des prestataires peuvent influencer la manière dont ils fournissent les soins. De nombreuses enquêtes sur les établissements de santé et visites de supervision de soutien ont tendance à inclure des entretiens avec les prestataires, à qui l'on pose des questions sur leur connaissance des directives, leur accès aux directives, leur formation et leur supervision. Des questions relatives aux normes, aux attitudes, à la perception du risque et de l'efficacité, et à d'autres facteurs peuvent être ajoutées à ces entretiens. Des travaux sont actuellement menés pour développer et valider ce type de questions.³ En plus d'ajouter des questions aux entretiens avec les prestataires lors des enquêtes prévues dans les établissements de santé et des visites de supervision de soutien, les programmes peuvent utiliser des **enquêtes d'interception** pour collecter des données auprès des prestataires lors des activités de changement de comportement.

Limites : Les enquêtes auprès des prestataires peuvent souffrir d'un biais de réponse, c'est-à-dire que les personnes interrogées peuvent

fournir des réponses qu'elles estiment attendues ou socialement souhaitables. En outre, ces enquêtes s'appuient sur des données autodéclarées, qui peuvent différer de la pratique réelle. Enfin, il peut être difficile d'établir un lien entre l'effet ou la contribution des prestataires individuels et les données relatives aux établissements. Souvent, les registres et autres sources de données des établissements n'indiquent pas quels prestataires ont vu quels patients et quels services ils ont fournis. Dans de telles situations, les données provenant de plusieurs prestataires doivent être regroupées et les résultats doivent être interprétés à la lumière de ces données, par exemple, "Les établissements ayant des scores de groupe faibles pour les normes avaient des taux de dépistage du paludisme plus faibles".

Autres sources

Entretiens semi-structurés avec des prestataires de santé. Voir **entretiens semi-structurés** (p. 24). Voir également l'outil Examen de la prestation de services en matière de paludisme (p. 25).

Discussions de groupe avec des prestataires de santé. Voir **discussions de groupe** (p. 24).

Observations dans les établissements de santé. Voir **observations** (p. 32). Voir également **observations des interactions entre clients et prestataires** (p. 26) et l'outil d'évaluation de la prestation de services pour le paludisme (p. 25).



Un producteur de radio interviewe des membres de la communauté pour une émission sur le paludisme.

³ Pour plus d'informations, veuillez contacter l'équipe chargée du changement social et comportemental de l'initiative présidentielle américaine contre le paludisme.



Sources de données relatives à la mise en œuvre des programmes

Les sources de données suivantes peuvent être générées directement par des activités de CSC indépendantes ou des activités de lutte contre le paludisme comportant des composantes de CSC.

Données du programme de CSC :

- Les formulaires et rapports d'activité comprennent des résumés des activités menées, du matériel développé et du nombre de participants.
- Les registres de présence répertorient les participants aux formations, réunions et autres rencontres. Lorsqu'il n'est pas possible d'établir des registres de présence, des estimations sont présentées dans les rapports d'activité ou les rapports de formation.
- Les rapports d'observation des médias permettent de savoir combien de fois un média est diffusé, quand il est diffusé et qui le diffuse. Lorsqu'elles sont disponibles, les données d'audience permettent d'estimer le pourcentage de l'audience de la télévision ou de la radio qui a écouté une émission.
- Les formulaires de supervision comprennent souvent des listes de contrôle pour surveiller la qualité du travail effectué par les responsables de la mise en œuvre. Les chiffres relatifs à la fréquence et à la couverture des activités de supervision peuvent donner une idée de la qualité de la programmation du CSC.
- Les registres d'appels et l'analyse des SMS permettent de collecter le nombre d'appels, les sujets et le type d'appelants des lignes d'assistance. De même, l'analyse des SMS permet de savoir combien de messages SMS sont envoyés, délivrés, ouverts et pris en compte.
- Données d'analyse et d'écoute des médias sociaux : Voir **analyse de contenu**, ci-dessus.
- Les formulaires de référence permettent de savoir combien de personnes ont été orientées vers des services et combien d'entre elles ont eu recours à ces services.

Utilisations : Ces sources peuvent être utilisées pour contrôler les résultats et la portée/couverture.

D'autres sources de données sur le CSC sont souvent imbriquées dans d'autres programmes de lutte contre le paludisme

- Les données d'inscription permettent de dénombrer la population éligible à une activité, ce qui constitue un véritable recensement. Il peut inclure des données sur le nombre d'hommes, de femmes, de femmes enceintes et d'enfants qui peuvent être utilisées comme dénominateur pour les objectifs du programme de CSC.
- Les registres des établissements de santé ou les feuilles de pointage sont utilisés par le personnel pour suivre la distribution et les contacts interpersonnels avec les ménages. Les registres des ASC peuvent contenir des données sur les caractéristiques d'un client, les caractéristiques d'un épisode de maladie, les types de services fournis, les conseils donnés, les références, et ainsi de suite.
- Les enquêtes post-campagne sont des enquêtes auprès des ménages utilisées pour mesurer la couverture d'une activité à l'échelle de la communauté, telle que la CPS ou la distribution de MII. Les enquêtes peuvent comprendre des questions sur les connaissances, les attitudes et les pratiques, ainsi que sur l'exposition au CSC.
- Les enquêtes de suivi de la durabilité des MII contiennent parfois des questions visant à mesurer les attitudes et les pratiques liées à l'utilisation et à l'entretien des moustiquaires. Vous trouverez plus d'informations dans le [suivi de la durabilité des MII](#).

Voir également **Sources de données liées à la fourniture de services de santé**.

Utilisations : Ces sources peuvent être utilisées pour contrôler les résultats et la portée/couverture. Lorsque des questions sur le comportement et les perceptions des ménages ou des clients sont incluses, ces sources peuvent également être utilisées pour la recherche formative et le suivi des résultats intermédiaires et comportementaux.

Données d'activité

Rapports d'activité

Avantages : Les rapports d'activité fournissent des informations cruciales sur le nombre d'activités de CSC mises en œuvre, ce qui permet aux gestionnaires du programme d'ajuster les activités si nécessaire. Ces rapports fournissent d'importantes données sur les résultats du programme et sur la couverture/la portée, telles que des informations sur le nombre d'activités menées et le nombre de personnes qui y ont participé. Des champs qualitatifs peuvent être ajoutés pour apporter des nuances, par exemple par des citations et des récits d'impact ou de difficultés.

Limites : La nature autodéclarée des rapports d'activité peut entraîner des inexactitudes. Un système doit être mis en place pour collecter régulièrement ces formulaires auprès des responsables de la mise en œuvre et vérifier qu'ils sont correctement remplis. Les formulaires de rapport numériques en temps réel et les réunions d'examen des données peuvent améliorer la rapidité et la qualité des données.

Registres de présence

Avantages : Les registres de présence constituent un moyen systématique de suivre la participation aux activités de CSC, telles que les formations et les réunions. Lorsque les participants remplissent eux-mêmes les registres, ceux-ci permettent de valider le nombre de participants indiqué dans les rapports d'activité. Remplir des registres de présence est considéré comme une activité de routine et ne constitue pas une charge pour les participants. Les registres peuvent également fournir des informations qualitatives utiles sur les participants, les groupes ou organisations qu'ils représentent et le rôle qu'ils jouent dans ces organisations. Ces informations peuvent être utilisées pour évaluer si les publics prioritaires et les parties prenantes ont été atteints par l'activité.

Limites : Les registres de présence ne permettent pas de connaître le niveau d'engagement des participants ni de savoir si chaque participant est resté pendant toute la durée de l'activité.

Rapports de suivi des médias

Avantages : Les rapports de suivi des médias sont créés par des organismes tiers qui suivent de près les émissions de radio ou de télévision diffusées, à quelle heure et à quelle fréquence. Ce suivi permet au programme de négocier des « make goods » (produits de fabrication) ou des émissions pour compenser la sous-diffusion. Lorsque les services de suivi des médias ne sont pas disponibles, des journaux de diffusion peuvent être demandés aux stations. Les journaux des stations peuvent être vérifiés en demandant aux auditeurs communautaires d'écouter et de consigner les dates et heures des émissions.

Limites : Les rapports de suivi des médias ne permettent pas d'évaluer la profondeur de l'engagement ou de la compréhension du public, ni la part du public cible qui a été impliquée. Dans la plupart des contextes où les programmes de CSC face au paludisme fonctionnent, ils ne fournissent pas d'informations sur la part de téléspectateurs/auditeurs touchée par les activités des médias. Il est préférable d'effectuer ce suivi par le biais d'enquêtes auprès des ménages, d'omnibus ou d'enquêtes auprès de publics ciblés.

Formulaires de supervision

Avantages : Les rapports de supervision fournissent des informations sur la fréquence et le nombre d'activités supervisées, et les tendances de la qualité de la mise en œuvre peuvent être suivies dans le temps. Le processus de supervision lui-même est souvent utilisé pour collecter et vérifier les rapports d'activité. Certaines activités de supervision comprennent également des contrôles croisés (ou "contrôles a posteriori") au cours desquels les superviseurs rendent visite aux ménages pour vérifier si les activités de CSC ont été menées comme indiqué.

Limites : Les données de supervision ne constituent pas une source définitive de données sur la portée/couverture ou les résultats intermédiaires, bien qu'elles puissent être utilisées pour vérifier certaines des données rapportées par d'autres sources telles que les rapports d'activité et les formulaires de référence. Les données de supervision sont généralement autodéclarées ; elles ne garantissent pas que la supervision a été bien effectuée ou que les problèmes identifiés ont été correctement traités.

Registres d'appels et analyse des SMS

Avantages : Les programmes de CSC utilisent parfois des SMS, des lignes directes ou des numéros gratuits pour mettre les clients en contact avec des services et des informations. Les registres d'appels contiennent des informations sur les appels téléphoniques passés à une ligne d'assistance. Ces registres fournissent généralement des données quantitatives sur le nombre d'appels reçus, la durée de chaque appel, le nombre d'appels interrompus prématurément, le nombre d'appels terminés et les sujets abordés. Les registres d'appels peuvent également contenir des informations démographiques sur les appelants (par exemple, l'âge, le sexe et la localisation), les perceptions des appelants et la satisfaction à l'égard du service d'assistance téléphonique, en particulier lorsque le service d'assistance téléphonique utilise des moyens automatisés tels que des enquêtes mobiles ou des réponses vocales interactives pour collecter ces informations. Les registres d'appels et les analyses de SMS, qui peuvent être consultés en temps réel, permettent de tester facilement les incitations à la participation au service d'assistance téléphonique.

Limites : Les utilisateurs du service d'assistance téléphonique peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble du public cible, étant donné que l'utilisation du service d'assistance téléphonique peut dépendre des personnes qui ont accès aux téléphones et aux réseaux téléphoniques. En outre, les registres d'appels peuvent ne pas indiquer les raisons pour lesquelles les appels sont interrompus prématurément ou fournir des informations détaillées sur l'expérience des appelants ou sur les résultats au-delà des mesures de base.

Voir également **Analyse de contenu** (qui comprend l'écoute sociale pour le suivi des médias sociaux) ci-dessus.

Formulaires de référence

Avantages : Les personnes chargées de la mise en œuvre au niveau communautaire (telles que les ASC, les "mères modèles" ou les chefs religieux et traditionnels) peuvent délivrer des cartes de recommandation à certains clients, tels que les femmes enceintes ou les personnes fiévreuses. Du point de vue du CSC, les cartes de référence ou recommandation peuvent servir d'incitation tangible à l'action. Les clients peuvent alors apporter la carte à l'établissement, et le programme de CSC peut collecter les cartes périodiquement. De cette manière, les programmes de CSC peuvent suivre le nombre de références effectuées et le nombre de celles qui ont abouti. Les programmes de CSC peuvent examiner les données relatives à l'orientation des patients et aux établissements de santé afin de documenter leur contribution aux taux d'utilisation des services.

Limites : Les clients ne présentent pas toujours les cartes de recommandation et le personnel de l'établissement ne collecte ou ne conserve pas toujours les cartes, ce qui entraîne une sous-estimation du nombre réel d'orientations réalisées. Les systèmes de suivi manuels, qui nécessitent de se rendre dans un établissement pour récupérer les cartes de référence, peuvent entraîner des erreurs ou des retards dans la collecte des données, ce qui empêche l'analyse en temps voulu des tendances en matière d'orientation. Les données d'orientation elles-mêmes peuvent ne pas donner d'indications sur les raisons des références incomplètes ou sur la qualité des services reçus ; ces informations devront être collectées par le biais d'interactions avec les agents de référence, les clients et les prestataires.

D'autres sources de données sur le CSC sont souvent imbriquées dans d'autres programmes de lutte contre le paludisme

Données d'enregistrement

Avantages : Avant la distribution massive de produits ou de services liés au paludisme (MII, CPS, pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent [PID], campagnes de vaccination, etc.), les programmes de lutte contre le paludisme se rendent fréquemment dans les foyers pour quantifier la population éligible et l'inscrire au programme. Les données d'enregistrement peuvent inclure des données sur le nombre d'hommes, de femmes, de femmes enceintes et d'enfants au sein de communautés spécifiques, ce qui constitue une information précieuse pour la planification des programmes de CSC au niveau communautaire. Ces chiffres peuvent également servir de population cible pour les activités de CSC. Le processus d'enregistrement comporte généralement une composante CSC dans la mesure où les ménages contactés peuvent recevoir des informations sur la valeur du programme de lutte contre le paludisme et sur la manière d'y accéder. Les données d'enregistrement peuvent donc être utilisées comme une approximation temporaire de la portée ou de la couverture des activités de CSC menées pendant la phase d'enregistrement, à vérifier ultérieurement (si possible) par le biais d'enquêtes.

Limites : Certains groupes ou ménages peuvent être sous-représentés dans les données d'enregistrement, en particulier s'ils ne sont pas visités par les équipes d'enregistrement ou s'il existe d'autres obstacles à la participation au processus d'enregistrement (par exemple, le fait d'être absent du domicile pour des raisons professionnelles au moment de la visite de l'équipe d'enregistrement).

Registres de distribution, tels que les registres papier ou numériques ou les feuilles de pointage

Avantages : Le processus de distribution des produits et services liés au paludisme (tels que les moustiquaires) s'accompagne généralement d'une documentation sur les registres ou les feuilles de pointage. Les registres de distribution peuvent servir d'indicateur de l'utilisation des services par les clients, un type de résultat comportemental (par exemple, 80 % des ménages enregistrés ont obtenu une moustiquaire). Les activités de CSC telles que le conseil sont souvent censées accompagner l'émission ou la distribution, et les registres de distribution peuvent donc servir de substitut temporaire pour mesurer le *potentiel* nombre de clients conseillés sur les comportements sains à adopter face au paludisme. Ces informations, que l'on peut trouver dans les rapports de campagne et les dossiers des établissements de santé, peuvent être vérifiées par des entretiens de sortie, des enquêtes d'interception et des enquêtes auprès des ménages.

Limites : Les registres de distribution ne garantissent pas qu'un client a été conseillé, pas plus qu'ils ne donnent d'indications sur la qualité des conseils prodigués ou sur les activités de CSC (ou d'autres facteurs) qui ont favorisé l'utilisation des services.

Enquêtes post-campagne

Avantages : Les enquêtes post-campagne sont des enquêtes auprès des ménages utilisées pour mesurer la couverture des programmes de lutte contre le paludisme. Elles peuvent inclure des questions sur les connaissances, les attitudes et les pratiques, ainsi que sur l'exposition au CSC. Pour économiser de l'argent, de nombreuses distributions massives de MII s'appuient sur des enquêtes planifiées telles que les EIP, EDS et MICS pour atteindre ces objectifs. L'ECP peut également recueillir des données sur la portée des PID et des CPS, bien qu'il ne soit pas alimenté pour avoir des données représentatives sur les résultats de la couverture. Certains programmes choisissent également de mettre en œuvre des enquêtes indépendantes ou des évaluations rapides pour compléter les enquêtes planifiées afin de permettre des adaptations rapides et opportunes des activités du programme. Par exemple, le suivi final des campagnes de distribution de MII ou de vaccination permet d'identifier les ménages ou les communautés dont les taux de couverture et d'utilisation sont faibles et qui pourraient avoir besoin d'être ciblés pour des activités supplémentaires de CSC dans les mois qui suivent immédiatement la distribution des moustiquaires.

Limites : Le calendrier des enquêtes de routine auprès des ménages peut être trop éloigné de l'achèvement du programme pour permettre des adaptations rapides de celui-ci. Il peut également être difficile d'ajouter des questions spécifiques au programme de lutte contre le paludisme. Une enquête indépendante peut être plus opportune et mieux adaptée au programme, mais elle représente également un coût supplémentaire. Certaines enquêtes utilisent une approche d'échantillonnage d'assurance qualité pour déterminer si un objectif de couverture a été atteint dans une communauté ou une grappe spécifique. Elle peut être moins coûteuse et fournir des données à des niveaux utiles pour les programmes, mais elle ne permet pas d'obtenir une estimation précise. Par exemple, elle peut seulement indiquer si la communauté ou la grappe a une couverture d'au moins 70 %.

Enquêtes de suivi de la durabilité

Avantages : Les enquêtes de suivi de la durabilité sont une série d'enquêtes menées après les distributions de MII sur une période de trois ans afin d'évaluer la résistance des moustiquaires à l'insecticide et leur intégrité physique au fil du temps. Ces informations sont utilisées pour comprendre la qualité des produits et guider les décisions relatives à l'achat et à la distribution des MII ou aux approches de remplacement. Les enquêtes de suivi de la durabilité contiennent parfois des questions visant à mesurer les attitudes et les pratiques liées à l'utilisation et à l'entretien des moustiquaires, en particulier au début de l'enquête.

Limites : Comparées aux enquêtes sur les ménages, les enquêtes de suivi de la durabilité ont des échantillons de petite taille et sont mises en œuvre dans un nombre beaucoup plus restreint de régions d'un pays. Les questions se limitent également à l'utilisation et à l'entretien des moustiquaires. Pour ces raisons, les enquêtes de suivi de la durabilité peuvent ne pas être totalement représentatives du public cible ; cependant, elles peuvent apporter des informations utiles sur l'utilisation des moustiquaires et les pratiques de soins, ainsi que sur leurs déterminants.

Annexe 1 : Théories du changement de comportement

Les indicateurs de ce guide ont pour base des recherches et des théories antérieures concernant les déterminants du changement de comportement face au paludisme, le planning familial, le VIH et d'autres domaines de la santé. Il est donc fortement recommandé que tous les programmes de CSC soient fondés sur la théorie du comportement ou sur un modèle ou un cadre théorique spécifique. **Les données montrent qu'il ne suffit pas d'améliorer les connaissances pour que les comportements souhaités soient adoptés.** D'autres facteurs, tels que les attitudes du public et les caractéristiques du comportement souhaité, doivent également être pris en compte.

Le mot "théorie" est utilisé différemment dans le langage courant et dans la science. Alors que l'utilisation vernaculaire du mot implique la spéculation, les sciences sociales et les théories scientifiques, telles que celles discutées dans cette section, se réfèrent à "une explication de certains aspects du monde naturel qui a été corroborée par des expériences répétées" (Ghose, 2013).

Les théories nous aident à déterminer où se trouve le public dans le processus de changement de comportement et comment il parviendra au changement souhaité. Les théories permettent de comprendre les décisions, les motifs, les obstacles et les facilitateurs associés au changement.

Cette section décrit plusieurs théories couramment utilisées en matière de changement de comportement et de communication. Bien que ces 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 manière dont leurs concepts sont reflétés dans le guide des indicateurs.

Modèle étendu des processus parallèles

Les indicateurs de risque et d'efficacité présentés dans ce guide ont pour base le modèle étendu des processus parallèles (EPPM), également connu sous le nom de cadre de perception du risque et d'attitude. L'EPPM décrit l'interaction entre la raison et l'émotion lors de la prise de décision individuelle.

Le modèle comporte deux composantes : **la peur ou la menace** (émotion) et **l'efficacité** (raison). La peur se divise en deux parties : la gravité et la sensibilité. L'efficacité, ou la confiance en sa capacité à contrôler ou à gérer la menace ou le risque perçu, se divise en trois parties : l'efficacité de la réponse, l'auto-efficacité et les obstacles.

Peur ou menace

La sensibilité perçue fait référence à la croyance que la maladie ou la menace peut réellement toucher une personne.

La gravité perçue fait référence à la gravité que les gens accordent à la menace (paludisme).

Efficacité

Efficacité de la réponse fait référence à la perception qu'une action ou une solution proposée permettra réellement de contrôler la menace. Dans le cas du paludisme, la conviction d'une personne que les MII constituent une bonne protection contre le paludisme est un exemple d'efficacité de la réponse.

L'auto-efficacité est une mesure de la confiance en soi qu'une personne peut accomplir une action pour contrôler la menace.

La mise en place de l'ensemble

Les évaluateurs peuvent s'attendre à des réponses comportementales souhaitables lorsque les personnes ont une forte perception du risque/de la menace associée à de fortes convictions d'efficacité vis-à-vis de la réponse recommandée (Graphique 1-1, encadré en haut à gauche). Lorsqu'une personne éprouve une peur significative mais ne croit guère qu'elle peut agir ou que ses actions seront efficaces, elle sera plus susceptible de nier l'importance du problème, d'agir sur la défensive ou de l'éviter (encadré en haut à droite). Si la menace est perçue comme peu sérieuse mais que les mesures disponibles sont faciles et efficaces, les individus peuvent être légèrement motivés pour agir (encadré en bas à gauche). Si la menace n'est pas sérieuse et qu'il n'y a pas d'actions réalisables ou efficaces que les individus peuvent prendre, il est probable qu'ils ne feront rien à ce sujet.

Par exemple, une personne peut estimer qu'il est facile d'utiliser une MII mais ne pas craindre le risque d'infection par le paludisme pendant la saison sèche (encadré en bas à gauche). Les activités de CSC peuvent être conçues pour renforcer la perception que les membres de la communauté restent sensibles au paludisme pendant la saison sèche et que ses conséquences peuvent encore être graves (encadré en haut à gauche). En utilisant les indicateurs fournis, les évaluateurs peuvent déterminer dans quelle mesure ces programmes ont affecté les perceptions du risque et de l'efficacité, et si ces concepts ont été des déterminants de l'utilisation des MII tout au long de l'année.

Graphique 1-1 : Modèle étendu des processus parallèles

	Efficacité élevée (capacité à réagir efficacement)	Faible efficacité (incapacité à réagir efficacement)
Menace élevée (vulnérable à des dommages graves)	Très motivés pour prendre des mesures de protection	Déni, attitude défensive, évitement
Faible menace (invulnérable, menace négligeable)	Faible motivation, peut-être une action de protection	Aucune réponse

L'EFFICACITÉ DÉTERMINE LA RÉACTION

Théorie sociale cognitive

La théorie sociale cognitive, également connue sous le nom de théorie de l'apprentissage social, souligne l'importance de la modélisation et de l'auto-efficacité. Selon cette théorie, les gens apprennent en :

1. Observant ce que font les autres.
2. Observant ce qui arrive à ces personnes à la suite de leurs choix comportementaux.
3. Évaluant la pertinence et l'importance de ces conséquences pour leur propre vie.
4. Essayant de reproduire l'action eux-mêmes.

L'auto-efficacité est un élément important de cette théorie. Selon Bandura (2004), "l'auto-efficacité perçue affecte chaque étape du changement personnel. Cela détermine si les gens envisagent de changer de comportement, s'ils peuvent se motiver... et dans quelle mesure ils ont maintenu les changements". La modélisation des rôles devrait donc être orientée vers le développement des compétences des personnes et de leur conviction d'être capables d'exercer ces compétences.

La première étape, qui consiste à observer ce que font les autres, est reflétée dans l'indicateur des normes (proportion de personnes qui pensent que la majorité de leurs amis et des membres de leur communauté pratiquent actuellement le comportement en question). Même si un véritable changement de comportement n'a pas encore eu lieu, le CSC peut renforcer la perception du public selon laquelle un changement est en train de se produire ou s'est produit, créant ainsi l'élan nécessaire et l'environnement favorable à un changement réel. Cet indicateur mesure la capacité des stratégies de CSC à persuader le public visé que ses amis, sa famille et les autres membres de la communauté adoptent le comportement recommandé, et que l'adhésion à ce comportement augmente, diminue ou reste inchangée.

La seconde étape, qui consiste à observer ce qui arrive à ces personnes suite à leurs choix comportementaux, est à la base des indicateurs de gravité perçue (proportion de personnes estimant que les conséquences du paludisme sont graves) et d'efficacité perçue de la réponse (proportion de personnes estimant que la pratique ou le produit recommandé réduit leur risque), respectivement. Les individus évaluent l'impact de ces comportements sur les autres, qu'ils soient récompensés ou punis socialement, matériellement ou physiquement, tout en réfléchissant à la pertinence et à l'importance de ces conséquences sur leur propre vie (étape 3). L'indicateur de sensibilité perçue (la proportion de personnes qui se sentent exposées au risque de paludisme) est une indication de l'étape 3. L'indicateur d'auto-efficacité (la proportion de personnes qui ont confiance en leur capacité à adopter un comportement spécifique lié au paludisme) peut être utilisé pour suivre l'évolution de l'auto-efficacité à la suite de l'exposition à une campagne et pour déterminer dans quelle mesure l'auto-efficacité a contribué au changement de comportement souhaité.

La mise en place de l'ensemble

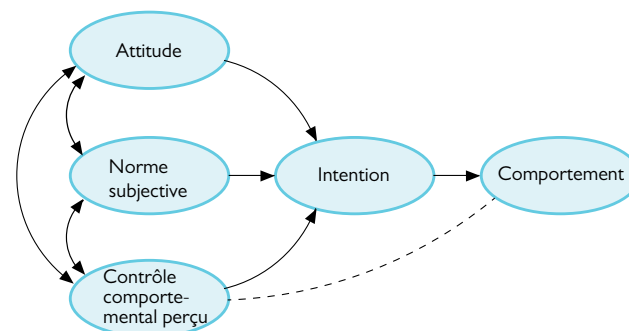
Les programmes de CSC basés sur la théorie de l'apprentissage social font appel à des graphiques racontables, soit des graphiques comme les publics cibles, pour modéliser les problèmes de santé et développer des compétences de vie. Les exemples dans le domaine du paludisme incluent le recours à des modèles ou mères chefs de file et à des villages zéro paludisme.

La théorie de l'apprentissage social a également été utilisée dans le cadre d'activités individuelles ou en petits groupes, dans lesquelles les participants ont la possibilité d'observer leurs pairs et d'être soutenus dans la mise en pratique du comportement.

Théorie du comportement planifié

Selon la théorie du comportement planifié, les gens fondent leurs intentions sur trois éléments : s'ils pensent que le comportement est bon ou mauvais, ce qu'ils pensent qu'on attend d'eux et la mesure dans laquelle ils peuvent mettre en œuvre le comportement.

Graphique 1-2 : Théorie du comportement planifié



Attitude- Croyance que le comportement est bon ou mauvais selon que ses résultats sont positifs ou négatifs. Ce concept se reflète dans les indicateurs relatifs aux attitudes et à l'efficacité perçue de la réponse (proportion de personnes qui pensent que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque).

Normes subjectives-Pression sociale perçue et croyances sur ce que les pairs d'un individu attendent de lui et sur le fait qu'il sera soutenu ou ridiculisé. La première partie de ce concept est reflétée dans l'indicateur des normes (proportion de personnes qui pensent que la majorité de leurs amis et des membres de leur communauté pratiquent actuellement le comportement).

Contrôle comportemental perçu-L'indicateur d'auto-efficacité reflète la conviction qu'un individu possède les connaissances, les outils et les capacités nécessaires pour adopter un comportement.

Intention- Selon cette théorie, plus l'intention d'un individu d'adopter un comportement sain est forte, plus il est probable que cet individu adopte effectivement ce comportement. Cependant, il est important de se rappeler que de nombreux facteurs et obstacles extérieurs peuvent empêcher un individu d'adopter un comportement, même s'il en a l'intention. L'intention est plus forte lorsque les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu favorisent le comportement.

La mise en place de l'ensemble

La campagne Malaria Haikubaliki (le paludisme est inacceptable) menée en Tanzanie visait à mieux faire comprendre que les MII sont la méthode socialement acceptée pour éviter le paludisme, à renforcer la confiance des gens dans leur capacité à utiliser des MII chaque nuit et à améliorer l'attitude fataliste selon laquelle le paludisme est une présence inévitable et constante dans la vie des gens (Communication Initiative, 2011).

Tableau 1-1 : Caractéristiques des innovations et des activités de communication connexes

Caractéristique	Question	Explication
Complexité	Est-ce simple à faire ?	Toutes les formes de médias et de communication permettent de répondre à ces questions.
Compatibilité	Est-ce que cela fonctionne 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 dirigeant de la communauté en parler de manière positive peut l'encourager à l'utiliser.
Possibilité d'essai	Puis-je l'essayer ?	Il se peut qu'une personne ne soit jamais en mesure d'essayer quelque chose, mais le fait de voir quelqu'un d'autre vivre l'expérience à la télévision ou dans une pièce de théâtre communautaire peut avoir un effet similaire.

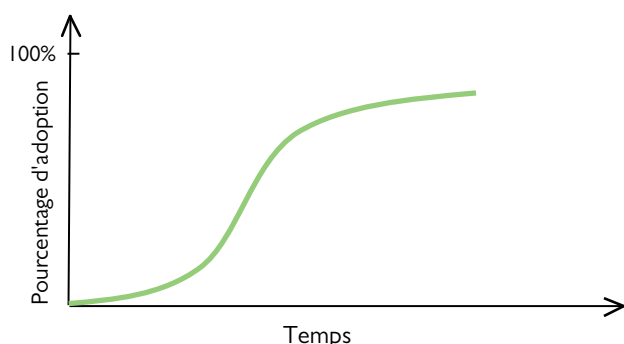
L'évaluation initiale du programme a démontré que l'exposition aux activités améliorerait l'efficacité personnelle nécessaire pour agir afin de prévenir le paludisme. Près de 77 % des personnes exposées au programme ont placé tous leurs enfants sous des MII la veille au soir, contre 34,6 % des personnes non exposées au programme. L'exposition à la campagne a considérablement augmenté la perception de l'efficacité des MII dans la lutte contre le paludisme et la conviction que les MII sont utiles et faciles à utiliser.

Les normes sociales et la conviction d'être capable d'utiliser efficacement les MII ont également été associées de manière significative à la possession de MII. Ainsi, les personnes exposées aux activités de la campagne ont changé d'attitude et ont été plus enclines à concrétiser leur intention d'utiliser une MII.

Diffusion des innovations

La théorie de la diffusion des innovations 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 de temps et du système social.

Le graphique 1-3 représente la courbe en S de la diffusion. Il illustre la lenteur avec laquelle les personnes adoptent de nouveaux comportements, mais au fur et à mesure que le comportement est mieux connu et accepté, de plus en plus de personnes commencent à le mettre en pratique. Le comportement finit par se banaliser et les nouveaux adeptes se font plus rares.

Graphique 1-3 : Courbe en S de la diffusion

Certaines innovations, comme les téléphones portables, deviennent rapidement populaires, tandis que d'autres nécessitent davantage d'explications et de pratique avant d'être adoptées. Une communication efficace peut aider une innovation à devenir plus populaire, ce qui rend la courbe plus raide. De même, les caractéristiques d'une innovation ou d'un comportement en matière de santé influencent la rapidité de son adoption. Le tableau 1-1 décrit les principales caractéristiques d'une innovation et ce qu'elles signifient pour la mise en œuvre du programme. Plus les gens se familiarisent avec une innovation, plus ils sont susceptibles de l'adopter.

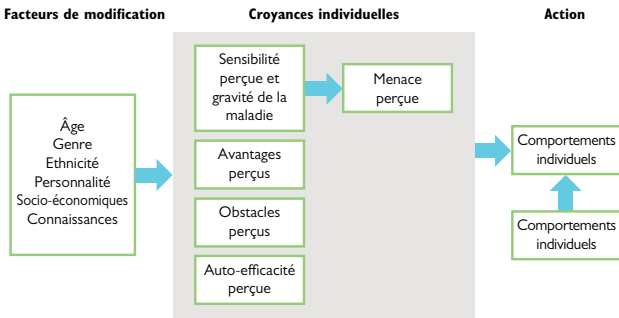
La mise en place de l'ensemble

Les programmes de CSC peuvent utiliser le modèle de diffusion des innovations pour développer des messages et des approches. Les indicateurs d'auto-efficacité et d'attitude sont similaires aux caractéristiques de complexité et de compatibilité. Il est possible de créer des approches de CSC qui créent des conditions d'observabilité et de testabilité. Un exemple est l'utilisation de démonstrations pour encourager l'accrochage des moustiquaires lorsque l'on dort à l'extérieur. Ces activités ont aidé les membres de la communauté à comprendre comment des matériaux ménagers ordinaires pouvaient être utilisés pour suspendre une moustiquaire à l'extérieur, et les membres de la communauté ont eu l'occasion de le mettre en pratique.

Le modèle de croyance en matière de santé

Ce modèle illustre l'importance des croyances concernant les risques, les avantages, les obstacles et l'auto-efficacité dans le changement de comportement. Selon ce modèle, les individus sont susceptibles d'agir pour réduire leurs risques s'ils se considèrent comme vulnérables au paludisme, s'ils pensent que le paludisme aurait des conséquences potentiellement graves, s'ils pensent que l'utilisation de MII, le TPIg, le dépistage et le traitement seraient bénéfiques pour réduire leur sensibilité au paludisme ou en atténuer la gravité, et s'ils pensent que les avantages du comportement l'emportent sur les obstacles. Le modèle affirme également qu'un indice d'action est nécessaire pour déclencher une action préventive (Glanz et al., 2008). Ce modèle diffère des autres en ce sens qu'il ne mentionne pas explicitement le rôle des émotions (comme la peur, comme dans le modèle EPPM).

Graphique 1-4 : Le modèle de croyance en matière de santé (Glanz et al., 2008)



planificateurs souhaitent identifier les facteurs psychologiques qui prédisent le comportement ou tentent d'attribuer le changement de comportement aux activités de CSC. 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 maintienne un nouveau comportement est beaucoup plus élevée lorsque cette personne :

- a acquis des connaissances et des compétences suffisantes à ce sujet.
- a développé une attitude positive à son égard.
- pense que les autres le soutiennent et le pratiquent.
- en a parlé à d'autres personnes.
- se sent bien de le faire.

La mise en place de l'ensemble

Le modèle des croyances en matière de santé peut être utilisé pour guider les programmes de CSC afin d'évaluer et de traiter intentionnellement les perceptions susmentionnées qui influencent le comportement. Un exemple d'incitation à l'action peut être : "Si votre enfant a de la fièvre, rendez-vous immédiatement dans un centre de santé". Les responsables de la mise en œuvre du modèle de croyances en matière de santé doivent évaluer le rôle du rappel de l'incitation spécifique à l'action donnée dans la campagne.

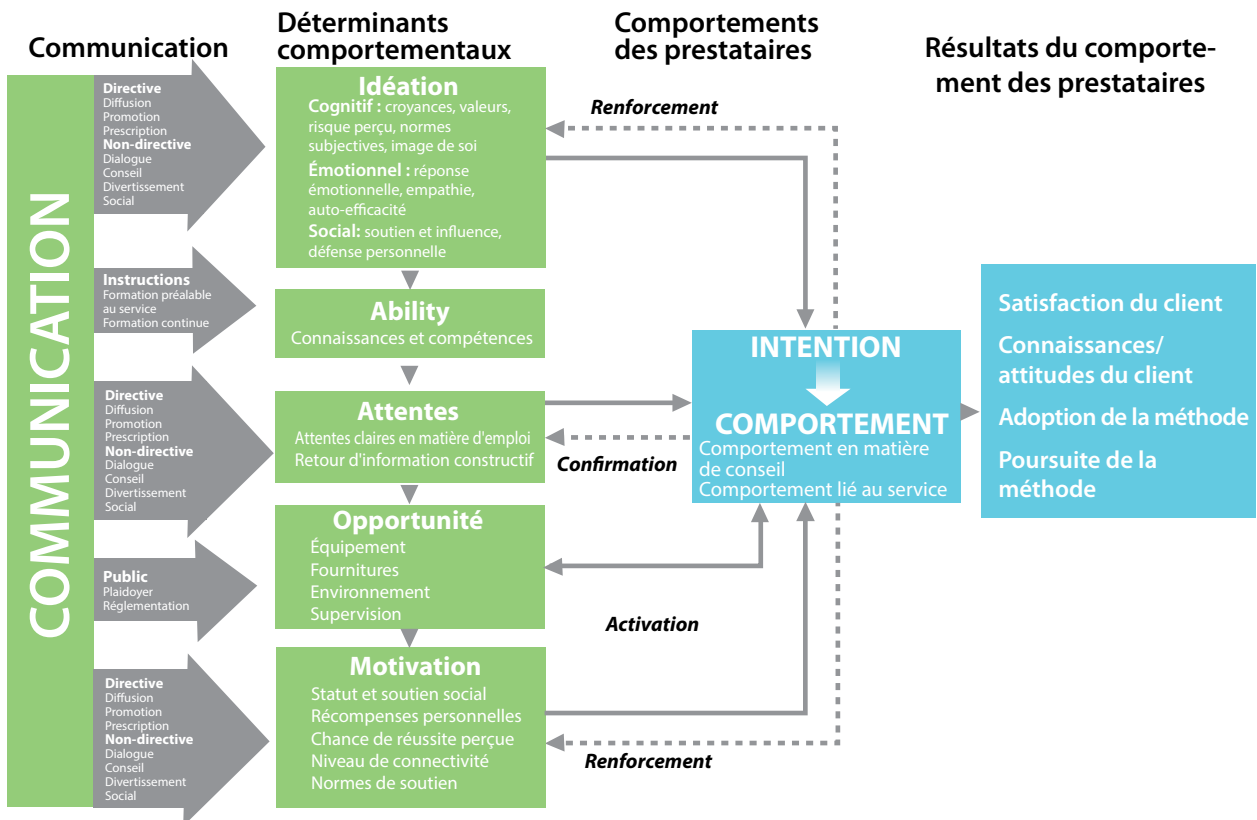
La mise en place de l'ensemble

Le Graphique 1-5 suggère que le CSC peut affecter simultanément tous les facteurs idéationnels. Les analyses statistiques permettent d'identifier quels sont les facteurs qui prédisent le mieux le comportement, fournissant ainsi des indications sur les stratégies de CSC à privilégier. Si le graphique illustre l'influence de la communication, les approches autres que la communication peuvent également avoir cet effet. Par exemple, un programme de soins prénataux en groupe crée un environnement favorable pour que les femmes enceintes aillent jusqu'au bout de leurs visites de soins prénataux, influençant leur perception des normes sociales, des connaissances, de l'auto-efficacité et des risques.

Le modèle d'idéation

L'idéation est un modèle qui permet de comprendre comment de nouvelles façons de penser, ou de nouveaux comportements, sont diffusés parmi les individus et les groupes par le biais de la communication et de l'interaction sociale. Le modèle est transversal et incorpore de nombreux concepts présents dans les modèles mentionnés précédemment. L'idéation doit être utilisée lorsque les

Graphique 1-5. Le modèle d'idéation



Économie comportementale

L'économie comportementale, également connue sous le nom de science du comportement, est l'étude des décisions et des actions humaines (Graphique 1-7). Bien qu'elle reconnaisse de nombreux facteurs comportementaux identifiés dans les autres théories comportementales énumérées ci-dessus, l'économie comportementale est unique en ce sens qu'elle explique comment le contexte et la psychologie humaine peuvent avoir un effet étonnamment puissant sur notre comportement. Selon l'économie comportementale, le cerveau humain prend des raccourcis pour traiter les informations et prendre des décisions en raison de contraintes de temps et d'énergie. Ces raccourcis sont appelés heuristiques ou biais cognitifs. S'ils permettent de gagner du temps et de l'énergie, ils n'aident pas forcément à prendre des décisions optimales (ou rationnelles). Plus de 200 biais cognitifs ont été identifiés à ce jour. Les enseignements de l'économie comportementale nous permettent de prévoir et de prendre en compte ces effets sur le comportement lors de la conception de produits, de programmes et de politiques.

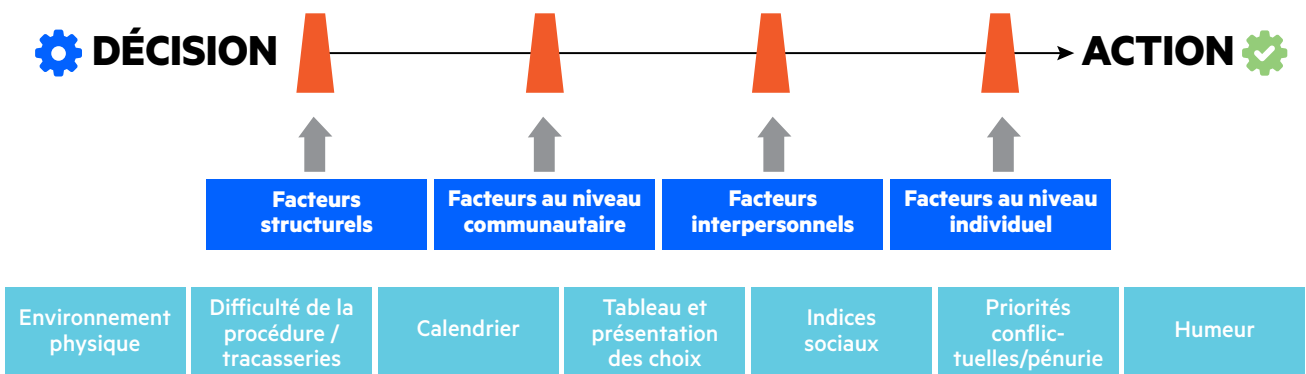
La théorie du double processus, également connue sous le nom de Réflexion sur les systèmes 1 et 2, est un terme qui décrit deux types de traitement de l'information par le cerveau humain (Graphique 1-7). Le système 1 est rapide, intuitif et émotionnel, tandis que le système 2 est plus lent, délibéré et exigeant. Les humains utilisent les deux dans une certaine mesure pour la plupart des décisions, bien que la pensée du système 1 soit dominante en raison de la quantité de temps et d'efforts qu'il faudrait déployer si le système 2 contrôlait chaque action. Les deux sont également sujets à des biais cognitifs, bien que les humains puissent utiliser la pensée du système 2 pour (a) ralentir et essayer

consciemment et avec effort d'identifier les biais qui influencent leur comportement ou (b) choisir une "règle empirique" pour naviguer dans une situation (par exemple, chercher une croix verte lorsqu'on cherche un établissement de santé dans une rue très fréquentée).

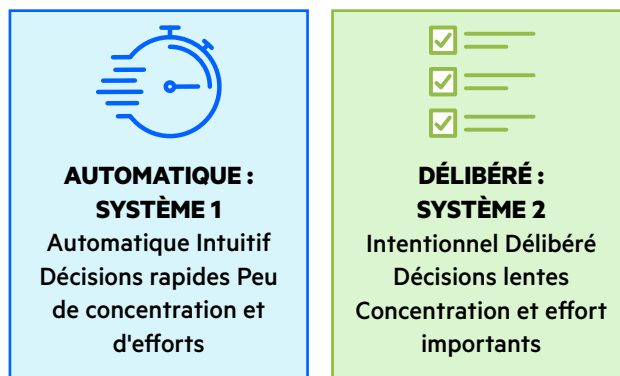
La mise en place de l'ensemble

La recherche formative a montré que les prestataires de soins prescrivent par défaut des CTA plutôt que d'exiger des tests ou d'en suivre les résultats lorsqu'ils sont confrontés à des contraintes de temps et de charge de travail. Prescrire ou administrer un test et attendre les résultats ajoutent des étapes supplémentaires et du temps à l'interaction entre le prestataire et le client, temps dont les prestataires peuvent ne pas disposer. Une [approche d'économie comportementale](#) (Haqqi et al. 2022) consiste à simplifier les processus de prestation de services liés au paludisme afin que les patients ayant des antécédents de fièvre soient testés avant de rencontrer le prestataire de soins prescripteur. Le prescripteur reçoit alors les résultats du test de dépistage du paludisme dès sa première rencontre avec le patient et peut prescrire en conséquence. En plus de réduire la charge de travail des prestataires, le programme prévoit des discussions de groupe avec les prestataires afin d'aborder les préjugés courants sur les tests de dépistage du paludisme et de renforcer les normes et les attentes parmi les prestataires dans les établissements. Les résultats intermédiaires pertinents comprennent l'auto-efficacité, les normes, les connaissances et l'efficacité de la réponse, et pour les résultats comportementaux, le dépistage et le traitement par le prestataire.

Graphique 1-6 : L'économie comportementale reconnaît les influences structurelles, sociales et cognitives sur le comportement humain.



Graphique 1-7 : Réflexion sur les systèmes 1 et 2

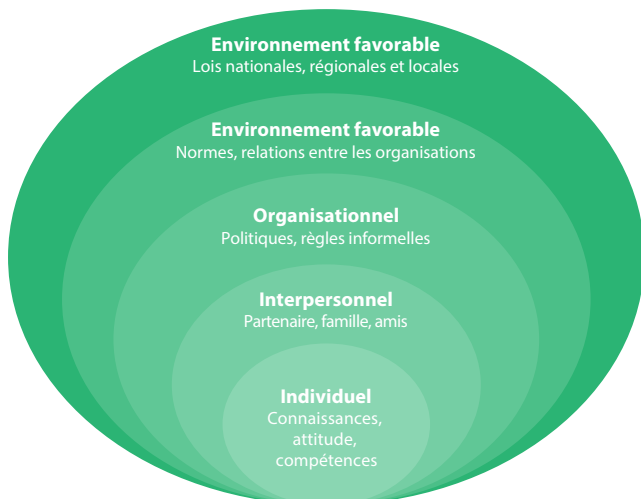


Modèle socio-écologique

Dans le modèle socio-écologique, le changement de comportement est envisagé dans le contexte de plusieurs niveaux, notamment le niveau individuel ; le niveau interpersonnel ou les relations avec les partenaires, les familles, les clients et les amis ; le niveau organisationnel ; le niveau communautaire et l'environnement favorable.

Ces dernières années, ce modèle a fait l'objet d'une plus grande attention en raison de sa pertinence pour les comportements des prestataires, étant donné que le contexte du lieu de travail peut avoir un effet prononcé sur la prestation de services.

Graphique 1-8 : Cadre socio-écologique pour le CSC ; adapté de McLeroy et al. (1988)

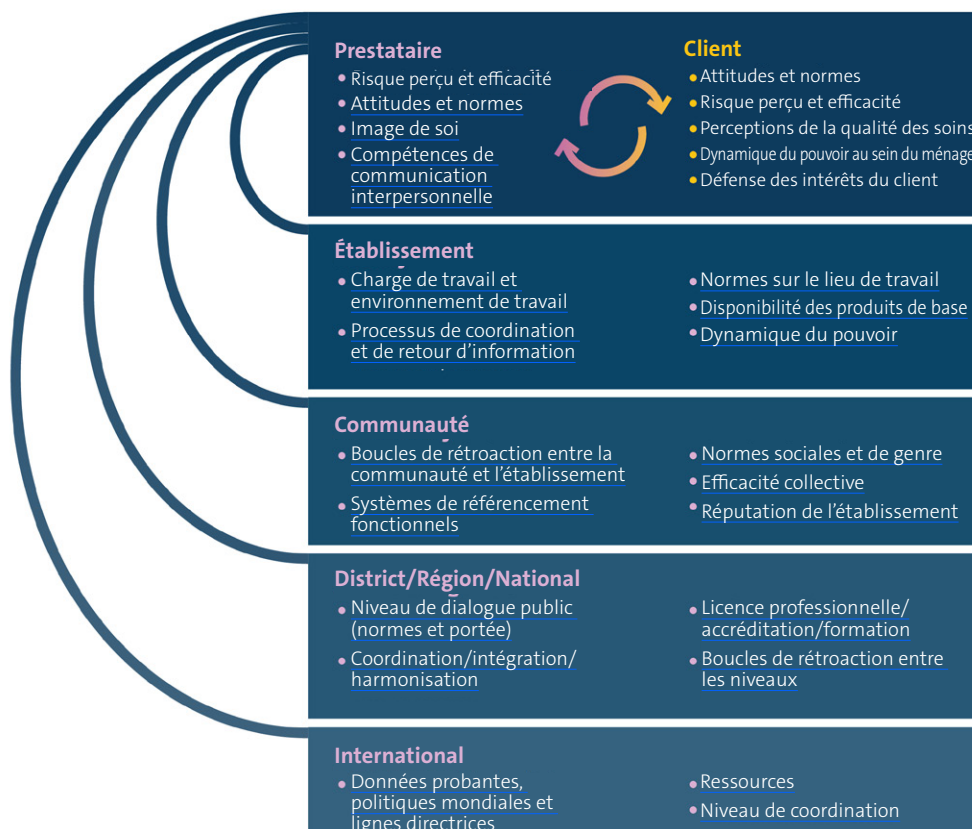


La mise en place de l'ensemble

La plupart des indicateurs de résultats intermédiaires de ce guide se situent principalement aux niveaux individuel et interpersonnel/communautaire. Les connaissances, les perceptions du risque et de l'efficacité, ainsi que les attitudes, tendent à refléter des facteurs individuels, tandis que les normes se réfèrent à des perceptions liées au niveau interpersonnel ou communautaire. Les indicateurs de portée ou de couverture reflètent le niveau communautaire en évaluant la mesure dans laquelle les programmes de CSC ont pénétré et engagé la population cible dans une zone géographique spécifique. Comme indiqué ci-dessus, les indicateurs relatifs à l'environnement favorable nécessitent principalement la triangulation de plusieurs sources de données. Ces dernières années, des efforts ont été déployés pour évaluer les facteurs influençant le comportement des prestataires dans une optique socio-écologique ; il s'agit notamment d'enquêtes sur les établissements de santé qui comprennent une combinaison de sources telles que des entretiens avec les clients, des entretiens avec les prestataires et des audits d'établissements, ainsi que des outils qualitatifs qui examinent l'environnement de l'établissement, la dynamique du lieu de travail et les perceptions des prestataires.

Les programmes de CSC qui utilisent une approche socio-écologique tentent généralement d'améliorer les attitudes des individus/prestataires et les interactions entre les prestataires et les clients (par exemple, par le biais de conseils et de communications interpersonnelles), de modifier les normes sociales et de renforcer les relations entre les communautés et les établissements. Ils cherchent également à modifier les processus et les normes de l'établissement qui entravent le respect des directives par les prestataires et/ou l'accès des clients aux soins.

Graphique 1-9 : Un écosystème de services liés au paludisme, de "Plan directeur pour l'application des connaissances comportementales à la prestation des services de lutte contre le paludisme" (Breakthrough ACTION et Impact Malaria, 2020). Une autre variante, l'écosystème du comportement du prestataire, est présentée dans la section Ressources.



Annexe 2. Fiches de référence des indicateurs : Guide pour la construction et l'interprétation d'indicateurs sélectionnés

Les indicateurs de cette annexe sont organisés selon les catégories suivantes : résultats du programme, portée/couverture, résultats intermédiaires et résultats comportementaux. Cette section contient des fiches de référence sur les indicateurs qui décrivent la raison d'être, la définition, le numérateur, le dénominateur, la mesure, l'utilisation et l'interprétation, la ventilation, les points forts ou forces et les limites de plusieurs indicateurs. D'autres indicateurs optionnels sont également fournis et peuvent être obtenus par le biais de questions d'enquête ou de sous-analyses. Les questions de l'enquête et d'autres considérations relatives à l'évaluation sont décrites à l'Annexe 3. Veuillez consulter les pages 8 à 11 et la section Ressources pour obtenir des informations supplémentaires sur les indicateurs qui ne figurent pas dans la présente annexe.



Indicateurs des résultats du programme

Les indicateurs de résultats du programme reflètent le nombre et le type d'activités de CSC menées à bien. Le fait de les documenter peut aider à déterminer si les quantités et les types d'activités menées ont été suffisants pour atteindre la population cible.

Nombre de matériels ou d'approches développés

Justification. Le matériel de CSC produit est la première étape pour influencer le changement de comportement. Le matériel de communication peut comprendre des spots radio, des bannières ou des aides au conseil. Des approches de communication et de non-communication peuvent être utilisées. Des exemples d'approches non communicatives incluent les changements de processus ou de placement (voir **Économie comportementale**, à l'annexe 1). Même les programmes de CSC qui ne sont pas axés sur la communication peuvent nécessiter la création de matériel pour tester des approches, orienter le personnel ou encourager les utilisateurs (par exemple, des prototypes, des panneaux, des tableaux de retour d'information et des formations). Cet indicateur de résultat du programme est destiné à saisir la création de ces messages et/ou matériels.

Définition. Chaque nouvelle activité de CSC, telle qu'un spot radio, un prototype ou une formation, compte comme un type de matériel ou d'approche. Le matériel et les approches doivent inclure des informations sur la prévention et le traitement du paludisme.

Numérateur. Nombre de matériels ou d'approches développés, par type.

Dénominateur. Aucun.

Méthode de mesure. Cet indicateur est mesuré à l'aide des dossiers du projet, tels que les rapports d'activité ou les factures et bons de livraison des fournisseurs. Les dossiers doivent indiquer la quantité de matériaux produits.

Ventilation. Cet indicateur peut être ventilé par type de matériel produit, comme les affiches, les publicités radiophoniques ou les panneaux d'affichage. Ils peuvent également être ventilés par thème (comme la prévention du paludisme ou le traitement précoce) ou par public cible.

Utilisation et interprétation des données. Cet indicateur fournit un moyen quantifiable de mesurer l'effort, en particulier le nombre de matériels ou d'approches développés ; cependant, il n'est pas identique à la diffusion. Le retard ou l'insuffisance de

la production de matériaux peut avoir un impact important sur le succès d'une activité de CSC. La comparaison de cet indicateur avec les objectifs intermédiaires peut aider les gestionnaires à comprendre s'il s'agit d'un risque.

Forces. Cet indicateur est facile à mesurer.

Limites. L'indicateur ne permet pas de savoir si le matériel et les messages étaient de bonne qualité.

Nombre d'activités de CSC réalisées

Justification. Cet indicateur permet de savoir si les activités de CSC sont mises en œuvre comme prévu.

Définition. Cet indicateur mesure le nombre d'activités réalisées. Parmi les exemples d'activités de CSC, citons les visites à domicile, les démonstrations communautaires ou les émissions de télévision ou de radio.

Numérateur. Nombre d'activités de CSC réalisées. Note : Cet indicateur peut être facilement adapté pour indiquer les activités réelles utilisées. Les adaptations possibles sont "Nombre de dialogues communautaires" et "Nombre de fois où des messages ont été diffusés à la radio ou à la télévision en [période, par exemple, trois mois]".

Dénominateur. Aucun.

Méthode de mesure. Cet indicateur peut être mesuré à l'aide des registres du programme qui indiquent le nombre d'activités réalisées. Les programmes de CSC peuvent également souhaiter recueillir des données sur les caractéristiques des participants au programme, telles que l'âge, le sexe et le lieu de résidence, afin de fournir des informations plus contextuelles à cet indicateur.

Ventilation. Cet indicateur devrait être ventilé par type d'activité de CSC.

Utilisation et interprétation des données. Cet indicateur permet de mesurer la mise en œuvre d'une activité de CSC, en indiquant le nombre d'activités diverses menées au cours d'une période de référence donnée. Cet indicateur peut être

utilisé pour s'assurer qu'une activité de CSC est en bonne voie conformément aux plans de travail de l'activité. Si les activités de CSC ne se déroulent pas comme prévu, il est peu probable que le changement de comportement attendu se produise.

Pour les médias de masse, une fois que les évaluateurs de programmes disposent d'informations sur le nombre de fois qu'un message ou un matériel a été diffusé, ils peuvent trianguler ces informations avec les données des stations de radio et de télévision sur la couverture géographique approximative de leurs émissions, ainsi qu'avec les données de recensement pour calculer une estimation approximative du nombre de personnes touchées par les émissions.

Forces. La mesure du nombre d'activités de CSC réalisées peut fournir une indication sur l'état d'avancement du programme. Cet indicateur devrait être ventilé par activité de CSC, afin de fournir aux gestionnaires des informations détaillées sur les activités de mise en œuvre.

Limites. Si l'indicateur mesure le nombre d'activités menées, il ne fournit aucune information sur la qualité des activités. En outre, cet indicateur ne permet pas de savoir si les activités ont eu lieu à temps.

Nombre de personnes formées au CSC face au paludisme

Justification. Cet indicateur sert à mesurer les résultats de la formation au CSC. Les gestionnaires peuvent l'utiliser pour déterminer si un programme atteint ses objectifs de formation et/ou pour suivre les progrès d'une année à l'autre. Lorsqu'il est agrégé, il représente également le potentiel de ressources humaines des personnes qui pourraient contribuer à la mise en œuvre des activités de CSC face au paludisme.

Définition. Cet indicateur de résultat mesure le nombre de personnes ayant suivi une formation au CSC face au paludisme. Une personne ne doit être comptabilisée qu'après avoir suivi la formation. Les personnes qui sont à mi-parcours d'un cours de formation doivent être comptées dans la période de rapport suivante. Les personnes qui participent à plus d'une formation dispensée par le programme de CSC au cours d'une période de référence ne doivent être comptées qu'une seule fois.

Numérateur. Nombre de personnes ayant suivi une formation en CSC face au paludisme.

Dénominateur. Aucun.

Méthode de mesure. Le nombre de personnes formées est basé sur la liste finale des noms des participants, pour une éventuelle vérification de la présence et du thème de la formation. Les sources de données pour cet indicateur comprennent les feuilles d'émargement, les rapports de formation et les rapports de programme.

Ventilation. Les données peuvent être ventilées par type de formation, âge, sexe et zone géographique.

Utilisation et interprétation des données. Cet indicateur permet de mesurer les ressources humaines disponibles formées au CSC face au paludisme. Le nombre de personnes formées

donne une indication de la capacité du programme à mener à bien les activités de CSC prévues.

Forces. En tant que simple comptage, cet indicateur est facile et peu coûteux à fournir pour les programmes.

Limites. Cet indicateur ne tient pas compte du nombre de participants qui s'impliquent activement dans le CSC face au paludisme. Une étape supplémentaire consisterait à mesurer le pourcentage de personnes formées au CSC face au paludisme et actives pendant une certaine période. Cet indicateur ne fournit pas d'informations sur les connaissances acquises ou la qualité de la formation.

Nombre de références effectuées, par type de service

Justification. Cet indicateur documente les efforts du programme de CSC pour connecter les publics cibles aux services de lutte contre le paludisme.

Définition. Il s'agit du nombre quantitatif de références initiées par le programme de CSC, classées par type de service (par exemple, soins prénataux, gestion de cas, vaccins et, dans certains cas, CPS).

Numérateur. Nombre de références effectuées par le programme de CSC, classées par type de services recommandés.

Dénominateur. Aucun.

Méthode de mesure. Les références sont mesurées en enregistrant et en comptabilisant systématiquement le nombre de références effectuées pour chaque type de service. Il peut s'agir de tenir des registres de référence, des bases de données ou des systèmes numériques pour suivre les détails de chaque orientation. L'indicateur est calculé en calculant le nombre total de références dans l'ensemble des catégories et par catégorie.

Ventilation. Les données de cet indicateur peuvent être ventilées en fonction du type de service de lutte contre le paludisme, des facteurs démographiques ou du type de client, de la situation géographique et des périodes.

Utilisation et interprétation des données. Les données peuvent être utilisées pour évaluer la portée du programme et identifier les tendances en matière de référence. Par exemple, il est possible d'identifier les périodes, les populations et les services pour lesquels le nombre de références est le plus élevé et le moins élevé.

Forces. En tant que simple comptage, l'indicateur est un moyen relativement facile de démontrer les efforts déployés par les programmes de CSC pour connecter les personnes aux services.

Limites. Cet indicateur ne mesure pas la qualité du processus de référence et n'évalue pas non plus si les personnes ont accédé avec succès aux services recommandés. En tant que mesure autodéclarée, elle peut également être sujette à des biais ; les sources de données primaires (par exemple, les parties conservées des fiches de référence) et secondaires (par exemple, les registres et les décomptes) doivent être comparées pour valider les données.



Indicateurs de portée ou de couverture

Les indicateurs de portée et de couverture indiquent le nombre de personnes ayant eu un contact direct ou indirect avec le programme de CSC. Ces indicateurs sont recommandés parce que les programmes de CSC visent généralement à atteindre une masse critique de la population cible pour provoquer un changement.

Nombre de personnes/établissements/ groupes communautaires participant aux activités de CSC ou touchés par celles-ci

Justification. Cet indicateur mesure le nombre de personnes, d'installations ou de groupes communautaires qui participent aux activités du programme de CSC ou qui utilisent les services du programme.

Définition. Cet indicateur mesure le nombre de personnes, de prestataires, d'établissements ou de groupes communautaires qui ont bénéficié des services du programme, qui ont participé à des activités de mobilisation communautaire ou qui ont été exposés aux émissions des médias de masse du programme.

Le terme "personnes" peut désigner la population générale ou des publics cibles tels que les femmes enceintes, les jeunes âgés de 19 à 25 ans, les personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans ou les prestataires.

Les "activités de CSC" comprennent les activités de communication et de non-communication. Par exemple, les établissements et les prestataires participants peuvent organiser des discussions sur la santé, rénover les établissements, modifier les procédures ou mettre en place des processus d'assurance de la qualité.

Numérateur. Nombre de personnes ayant participé à une activité du programme.

Dénominateur. Aucun.

Méthode de mesure. Cet indicateur est mesuré à l'aide des données du programme ou de données comparables indiquant le nombre et les caractéristiques des personnes, des groupes communautaires ou des établissements desservis par le programme. Les réponses aux questions de l'enquête sur l'exposition ou la participation aux activités du programme peuvent également être utilisées. Les responsables doivent compiler des statistiques séparément pour chaque grand type d'activité.

Le personnel peut compiler des données sur le nombre et les caractéristiques des personnes qui participent à des activités de communication interpersonnelle. Il peut être difficile d'obtenir un décompte précis lors de grands rassemblements communautaires, c'est pourquoi le personnel doit estimer le nombre de participants en divisant visuellement le public en sections distinctes (d'environ 25 à 35 personnes), en comptant le nombre de personnes dans chaque section, puis en multipliant ce chiffre par le nombre de "sections" qui semblent être dans le public.

Pour estimer la portée des programmes des médias de masse, les agences de surveillance des médias peuvent utiliser des compteurs TV et des enquêtes par panel pour estimer le nombre de personnes qui ont écouté une émission.

Les outils d'analyse des médias sociaux peuvent fournir ces données. Il faut veiller à ne pas confondre "impressions" avec "portée" ou "engagement". La portée fait référence au nombre de spectateurs uniques, qui est l'indicateur décrit dans le présent document, tandis que le nombre d'impressions fait référence

au nombre de fois qu'une publication sur les médias sociaux a été vue, et l'engagement fait référence aux interactions telles que le fait d'aimer ou de commenter une publication. Certaines personnes verront un message ou s'y intéresseront plusieurs fois, c'est pourquoi le nombre de visiteurs uniques (ou portée) sera inférieur aux impressions et à l'engagement.

Ventilation. Les responsables doivent subdiviser cet indicateur en fonction du nombre total de personnes exposées et du type d'activité, par exemple une activité communautaire, un programme scolaire ou des services cliniques. Une autre façon de ventiler les données est de les classer par type de participation (par exemple, type d'établissement, type de groupe). Les participants individuels peuvent également être classés en fonction de caractéristiques telles que l'âge, le sexe, l'état civil, le type de public cible (par exemple, les femmes enceintes, les personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans, les prestataires) et la situation géographique de l'activité.

Utilisation et interprétation des données. Cet indicateur peut être utilisé de plusieurs manières. Premièrement, il permet de savoir si les activités de CSC touchent un grand nombre de personnes, ce qui peut s'avérer utile lorsqu'il s'agit de plaider en faveur du CSC ou de comptabiliser les ressources qui lui sont consacrées. Deuxièmement, les responsables du programme de CSC doivent s'assurer que le programme atteigne le nombre de personnes ciblées, et en particulier les sous-groupes clés. Par exemple, si les activités actuelles de CSC ne parviennent pas à mobiliser ou à atteindre le nombre ciblé de personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans, il peut être nécessaire d'adopter des approches différentes. Enfin, cet indicateur peut être triangulé avec l'indicateur "nombre d'activités de CSC réalisées" et les données relatives aux coûts pour voir si la portée moyenne de chaque activité est conforme aux attentes et quelles activités semblent en valoir le coût.

Forces. Cet indicateur est relativement facile à fournir pour les activités de communication interpersonnelle à petite échelle et les statistiques sur les services.

Limites. Cet indicateur ne fournit pas d'informations sur l'efficacité de chaque canal à modifier les comportements. Il ne mesure pas l'engagement des membres de la communauté, ni si le public cible a été atteint, ni dans quelle mesure les objectifs de la réunion ou de l'événement ont été atteints.

Il peut être très difficile d'obtenir un décompte précis du nombre de participants aux grands rassemblements de mobilisation communautaire ; par conséquent, les dossiers du programme doivent s'appuyer sur les meilleures estimations. Le double comptage est inévitable lors d'événements très fréquentés se déroulant dans la même communauté ou même dans des communautés voisines.

Les agences de surveillance des médias qui ont la capacité de surveiller l'audimat utilisent des technologies sophistiquées et de hautes capacités techniques. De ce fait, ces agences peuvent être extrêmement coûteuses ou ne pas être en mesure de proposer des mesures d'audience pour les stations de radio ou de télévision communautaires.

Pourcentage de personnes qui se rappellent avoir entendu ou vu des messages sur le paludisme au cours des six derniers mois

- **Indicateur optionnel supplémentaire :** Pourcentage de personnes qui se souviennent avoir entendu ou vu des messages spécifiques sur le paludisme (rapporté par chaque message spécifique).
- **Indicateur optionnel supplémentaire :** Pourcentage de personnes qui se souviennent avoir entendu ou vu un message par le canal de communication « X » (rapporté par chaque canal de communication spécifique).

Objectif. L'exposition de la population cible aux activités de CSC est le principal résultat du CSC. L'exposition est la première étape essentielle pour accroître la connaissance des produits, des pratiques ou des services susceptibles d'inciter un individu à adopter ou à modifier un comportement. La capacité des populations cibles à se souvenir des messages sur le paludisme est un indicateur du degré de pénétration des activités de CSC au sein du public cible. Les répondants peuvent ensuite être interrogés sur le souvenir de messages spécifiques et sur les canaux par lesquels les communications ont été reçues.

Cet indicateur est particulièrement utile après une activité de CSC pour mesurer la portée et l'efficacité des messages. Les indicateurs optionnels supplémentaires fournissent également des informations sur l'efficacité des différents canaux de communication et peuvent apporter une contribution précieuse à la planification de la prochaine activité de CSC.

Définition. Cet indicateur est défini comme le pourcentage de personnes interrogées qui se souviennent d'un message sur le paludisme qu'elles ont vu ou entendu au cours des six derniers mois. Les répondants sont interrogés sur le type de messages qu'ils ont vus ou entendus, ainsi que sur les messages spécifiques de la campagne. Les indicateurs optionnels supplémentaires permettent de préciser les messages spécifiques vus ou entendus et le canal de communication par lequel le message a été transmis.

Numérateur. Nombre de répondants qui se rappellent avoir entendu ou vu des messages sur le paludisme au cours des six derniers mois.

Dénominateur. Nombre de répondants interrogés. Pour les indicateurs optionnels supplémentaires, le dénominateur doit être "Nombre de personnes interrogées ayant déclaré avoir entendu ou vu un message sur le paludisme au cours des six derniers mois".

Méthode de mesure. Voir les questions de l'enquête à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS). Lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'une étude qualitative, les résultats peuvent rester quantifiés (par exemple, "7 participants sur 10 au groupe de discussion ont entendu X"), et les personnes interrogées peuvent en outre être invitées à partager leurs souvenirs des thèmes ou des messages qu'elles ont entendus et par quels moyens.

Ventilation. Cet indicateur peut être ventilé en fonction de diverses caractéristiques afin de donner aux responsables de la mise en œuvre du programme une idée précise 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 endémicité du paludisme), le niveau d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. Cet indicateur permet de mesurer la portée et la pénétration des programmes de CSC auprès d'un public cible. Les indicateurs optionnels supplémentaires fournissent des informations sur la force relative des messages spécifiques pour atteindre le public cible et sur les moyens les plus efficaces par lesquels le public a reçu les messages. Les résultats de cet indicateur peuvent permettre de déterminer dans quelle mesure et dans quels domaines les futures activités de CSC devraient être intensifiées.

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 du programme de CSC.

Seules quelques questions sont nécessaires pour élaborer les indicateurs

Les questions "complétez la phrase" et/ou "reconnaissez le logo" atténuent le biais de désirabilité sociale parce qu'elles sont plus spécifiques aux campagnes réelles.

Limites. Les résultats peuvent être sujets à des biais/confusions en raison de l'utilisation de sondages, car les styles de sondage/d'incitation peuvent ne pas être uniformes d'un enquêteur à l'autre.

Les résultats peuvent être sujets à un biais de mémorisation avec une période de six mois et ne pourraient pas prendre en compte les campagnes de communication mises en œuvre avant la période de six mois écoulée sans risquer d'autres biais.

L'indicateur principal, le rappel d'un message sur le paludisme au cours des six derniers mois, ne fournit pas suffisamment de détails pour éclairer les décisions programmatiques ; des indicateurs supplémentaires sont donc nécessaires pour obtenir des informations pertinentes.

Pourcentage de références réalisées, par type de service

Objectif. Évaluer l'efficacité des systèmes de référence. Cet indicateur permet de savoir dans quelle mesure les personnes recherchent les services recommandés.

Définition. Le pourcentage de personnes qui ont été orientées avec succès vers les services spécifiques recommandés par le programme de CSC.

Ventilation. Les données peuvent être ventilées par type de service (par exemple, SP, gestion des cas, vaccination) ou par prestataire ou membre du personnel référent.

Numérateur. Le nombre de références effectuées, par type de service.

Dénominateur. Le nombre de renvois références, par type de service.

Méthode de mesure. Le numérateur est généralement obtenu à partir des parties conservées des fiches de référence retenues par le personnel du programme de CSC et est résumé dans les rapports d'activité. Les clients sont invités à apporter l'autre partie de la fiche de référence à un établissement participant. Le dénominateur est généralement obtenu en collectant les fiches de référence des établissements participants, qui sont ensuite résumées dans les rapports d'activité. Lorsque des références

numériques sont utilisées, elles sont généralement liées à un identifiant tel que le numéro de téléphone du client, et l'information sur le taux d'achèvement est fournie par la base de données.

Utilisation et interprétation des données. Un pourcentage élevé indique que le processus de référence a été couronné de succès, ce qui suggère que les individus accèdent aux services qui leur sont proposés et les complètent. Un faible pourcentage peut être le signe d'obstacles ou de difficultés dans le processus de référence qui nécessitent une attention particulière. Les programmes de CSC peuvent utiliser cet indicateur pour affiner leurs stratégies, lever les obstacles et améliorer l'impact global de leurs références.

Lorsqu'il est ventilé par type de service et/ou de patient, le programme de CSC peut avoir une meilleure idée des services et/ou des groupes qui doivent faire l'objet d'un suivi supplémentaire.

Le suivi des taux d'achèvement des références dans le temps peut également être utile pour comprendre les variations saisonnières, les défis émergents ou les améliorations de la performance du système de référence.

Les changements dans les taux d'achèvement peuvent être fonction du dénominateur (nombre de références effectuées). Une diminution des références peut augmenter le taux d'achèvement, et une augmentation des références peut avoir l'effet inverse. Il est également judicieux de comparer l'évolution du nombre de références effectuées.

Forces. Combiné aux données de l'établissement sur les tendances de la prestation de services dans le temps, cet indicateur aide à démontrer l'impact qu'un programme de CSC peut avoir sur l'utilisation des services.

Limites. Cet indicateur n'indique pas les raisons pour lesquelles les références n'ont pas été menées à terme. Le numérateur dépend des prestataires qui collectent des informations de référence auprès des clients. C'est pourquoi l'indicateur est susceptible d'être sous-estimé lorsque les prestataires ne collectent pas et ne conservent pas les données de référence des clients ou lorsque les clients obtiennent le service auprès d'un prestataire hors réseau.

Indicateurs de résultats intermédiaires



Les indicateurs de résultats intermédiaires aident les programmes de CSC à suivre l'évolution des perceptions. Ils aident les programmes de CSC à comprendre ce que les gens pensent et ressentent à propos du comportement, du produit ou du service lié au paludisme. Ce sont des précurseurs essentiels au changement de comportement.

Lorsque les perceptions favorisent les comportements liés au paludisme, mais que ceux-ci ne changent pas, d'autres facteurs tels que l'accès peuvent être les principaux obstacles à l'adoption des comportements. Les indicateurs prioritaires recommandés comprennent plusieurs types d'indicateurs de résultats intermédiaires : connaissance, gravité perçue, sensibilité perçue, auto-efficacité perçue et efficacité perçue de la réponse.

Connaissances

Les indicateurs de cette section identifient les lacunes dans les connaissances relatives à la prévention et au traitement du paludisme au sein de la population. Il est particulièrement important d'identifier les lacunes en matière de connaissances lors des phases de recherche formative du cycle, car elles permettent d'expliquer pourquoi certains comportements ne sont pas adoptés et peuvent guider la conception et l'élaboration des programmes de CSC. Ces indicateurs peuvent être mesurés séparément ou combinés pour créer un indicateur composite.

Pourcentage de personnes qui citent uniquement les moustiques comme étant la cause du paludisme

- **Indicateur optionnel supplémentaire :** Pourcentage de personnes qui citent uniquement les moustiques comme étant la cause du paludisme.
- **Justification.** Cet indicateur aide un programme de CSC à évaluer les lacunes en matière de connaissances sur les causes du paludisme dans la population cible. Les indicateurs optionnels supplémentaires aident spécifiquement à identifier quel pourcentage de la population désigne uniquement les moustiques comme étant la cause du paludisme et quelle proportion pense que d'autres facteurs (tels que les mangues vertes), en plus ou à la place des moustiques, causent le paludisme. Les membres de la population cible qui connaissent les causes du paludisme, et en particulier ceux qui n'ont pas d'idées fausses sur les causes du paludisme, sont généralement plus enclins à prendre des mesures préventives appropriées.

Définition. Proportion de personnes interrogées qui connaissent la cause du paludisme.

Numérateur. Nombre de personnes interrogées qui citent les moustiques/les piqûres de moustiques comme étant la cause du paludisme.

Dénominateur. Nombre de répondants interrogés.

Méthode de mesure. Voir les questions de l'enquête à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS). Dans le cadre d'une étude qualitative, l'utilisation de cet indicateur peut prendre la forme d'une discussion sur ce que les membres de la communauté pensent être la cause du paludisme, comment la maladie se développe, quelles sont les mesures préventives appropriées et si ces perceptions ont changé depuis le début du programme de CSC.

Ventilation. Ces indicateurs peuvent être ventilés en fonction de diverses caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la zone géographique (province/district ou endémicité du paludisme), le niveau d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. La collecte de données sur cet indicateur sur plusieurs périodes peut aider à évaluer l'évolution des connaissances au sein de la communauté. Une proportion élevée de personnes désignant correctement les moustiques (en particulier les seuls moustiques) comme cause du paludisme suggère qu'une partie importante de la population comprend le lien entre les moustiques et la transmission du paludisme. Les informations ventilées peuvent aider les programmes de CSC à identifier les poches

spécifiques des populations où ces connaissances ne sont pas répandues et qui devraient être ciblées. Lorsque les niveaux de ce type de connaissances sont élevés mais que des lacunes comportementales subsistent, il convient d'accorder de l'attention à d'autres indicateurs de résultats. Cependant, les programmes de CSC devraient chercher à maintenir des niveaux élevés de ce type de connaissances, car des idées fausses peuvent émerger. Lorsqu'elles sont suivies dans le temps, ces informations peuvent être utilisées pour vérifier si les connaissances de la population sur les causes du paludisme se sont améliorées.

Forces. Cet indicateur fournit des données formatives utiles pour déterminer les besoins en connaissances du public cible. Par ailleurs, peu de questions sont nécessaires pour mesurer chaque indicateur de connaissance.

Limites. L'indicateur est sujet à un biais/confusion avec l'utilisation de sondages, car les styles de sondage peuvent ne pas être uniformes d'un enquêteur à l'autre. Il est également difficile de relier les connaissances à des activités spécifiques du CSC sans faire référence à des messages réels. Bien que les connaissances ne suffisent pas à elles seules à modifier les comportements, elles constituent un antécédent important du comportement et de nombreux autres facteurs comportementaux décrits dans le présent document.

Pourcentage de personnes sachant que le principal symptôme du paludisme est la fièvre

- **Indicateur optionnel supplémentaire :** Pourcentage de personnes interrogées connaissant les signes de danger et les symptômes du paludisme grave.

Justification. Cet indicateur vise à déterminer si les personnes sont informées de l'un des symptômes les plus courants et les plus reconnaissables du paludisme, à savoir la fièvre. La reconnaissance du principal symptôme du paludisme, associée à la connaissance des mesures de traitement recommandées, peut les inciter à prendre des mesures immédiates, telles que la recherche de soins médicaux, la réalisation de tests de diagnostic et l'instauration d'un traitement approprié.

Définition. Proportion de personnes interrogées qui connaissent le principal symptôme du paludisme.

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

Dénominateur. Nombre de répondants interrogés.

Méthode de mesure. Voir les questions de l'enquête à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS). Dans le cadre d'une étude qualitative, l'utilisation de cet indicateur peut prendre la forme d'une discussion sur ce que les membres de la communauté considèrent comme les principaux signes et symptômes du paludisme, et sur la mesure dans laquelle ces perceptions ont changé depuis le lancement du programme de CSC.

Ventilation. Ces indicateurs peuvent être ventilés en fonction de diverses caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la zone géographique (province/district ou endémicité du paludisme), le niveau d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. Les données de cet indicateur peuvent être utilisées pour concevoir des programmes de CSC axés sur la sensibilisation au premier symptôme du paludisme. Les informations ventilées peuvent aider les programmes de CSC à identifier les populations particulières à cibler. Lorsqu'elles sont

suivies dans le temps, ces informations peuvent être utilisées pour évaluer si les connaissances de la population sur la fièvre en tant que symptôme du paludisme se sont améliorées.

Forces. Cet indicateur fournit des données formatives utiles pour déterminer les besoins en connaissances du public cible. Par ailleurs, peu de questions sont nécessaires pour mesurer chaque indicateur de connaissance.

Limites. L'indicateur est sujet à un biais/confusion avec l'utilisation de sondages, car les styles de sondage peuvent ne pas être uniformes d'un enquêteur à l'autre. Il est également difficile de relier les connaissances à des activités spécifiques du CSC sans faire référence à des messages réels.

Pourcentage de personnes qui savent que la bonne façon de diagnostiquer le paludisme est d'effectuer un test

Justification. Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes qui comprennent que la méthode recommandée pour le diagnostic du paludisme, selon les directives nationales, est le test. La connaissance de la méthode de diagnostic recommandée est importante pour améliorer la recherche de soins rapides et appropriés, la gestion des cas suspects de paludisme et la surveillance. Il est utile de l'évaluer à la fois chez les prestataires et chez les soignants/clients.

Définition. Pourcentage des personnes interrogées qui savent que les tests sont le moyen recommandé pour diagnostiquer avec précision le paludisme.

Numérateur. Nombre de personnes interrogées qui citent les tests de dépistage du paludisme (TDR et/ou microscopie) comme le seul moyen d'être certain qu'un enfant est atteint de paludisme

Dénominateur. Nombre de répondants interrogés.

Méthode de mesure. Les entretiens avec les ménages, les entretiens avec les prestataires (dans le cadre d'une enquête sur les établissements de santé) ou les discussions de groupe avec les prestataires sont quelques-unes des façons dont cet indicateur a été mesuré. Des questions telles que "Selon les directives nationales, comment doit-on diagnostiquer le paludisme ?" peuvent être posées. Dans le cadre d'une étude qualitative, les connaissances sur le diagnostic du paludisme peuvent prendre la forme d'une discussion sur la manière dont les personnes ou les prestataires de leur établissement savent qu'une personne est atteinte du paludisme.

Ventilation. Cet indicateur peut être ventilé en fonction de diverses caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la zone géographique (province/district ou endémicité du paludisme), le type de prestataire et le type d'établissement.

Utilisation et interprétation des données. Les données de cet indicateur peuvent servir de base à des programmes de formation et d'assurance qualité pour les prestataires de soins de santé. Si la proportion est faible, des séances de formation ciblées peuvent être organisées pour s'assurer que les prestataires sont conscients du rôle essentiel des tests dans le diagnostic du paludisme. De même, les données de cet indicateur peuvent servir de base à des activités de CSC au sein de la population générale et parmi les personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans. Les personnes qui ne disposent pas de ces informations peuvent être moins enclines à rechercher des soins auprès d'un prestataire approprié, plus enclines à l'automédication et à retarder la recherche de soins.

Lorsqu'elles sont suivies dans le temps, ces informations peuvent être utilisées pour évaluer si les connaissances des prestataires et des populations en matière de diagnostic du paludisme se sont améliorées.

Cet indicateur peut être adapté pour mesurer la connaissance correcte du diagnostic du paludisme parmi les membres de la communauté ou les soignants. Tel qu'il est rédigé, cet indicateur reconnaît la primauté des prestataires en matière de diagnostic, mais il reconnaît également que la demande d'antipaludiques ou de tests par les patients peut influencer la pratique diagnostique. La théorie veut que la connaissance des meilleures pratiques diagnostiques actuelles, combinée à la perception de la fiabilité et de la précision des tests de dépistage du paludisme (efficacité de la réponse), aide à prédire le diagnostic et l'adhésion.

Forces. Cet indicateur fournit des données formatives utiles pour déterminer les besoins en connaissances du public cible. Par ailleurs, peu de questions sont nécessaires pour mesurer chaque indicateur de connaissance.

Limites. L'indicateur est sujet à un biais/confusion avec l'utilisation de sondages, car les styles de sondage peuvent ne pas être uniformes d'un enquêteur à l'autre. Il est également difficile de relier les connaissances à des activités spécifiques du CSC sans faire référence à des messages réels.

Cet indicateur semble similaire à l'efficacité de la réponse dans la mesure où il concerne les perceptions des personnes interrogées sur l'efficacité des tests de dépistage du paludisme. Cependant, elle ne vérifie pas la solidité de cette croyance et n'examine pas spécifiquement les croyances des prestataires concernant la précision de la microscopie et des TDR dans les conditions de terrain.

Pourcentage de personnes connaissant le traitement du paludisme

Justification. Cet indicateur aide les programmes de CSC à déterminer le pourcentage de personnes (demandeurs de soins potentiels) qui sont informées du traitement approprié pour le paludisme. Cela peut être utile dans les contextes où plusieurs types de médicaments, qu'ils soient recommandés et non recommandés, sont disponibles et souvent utilisés.

Définition. Proportion de personnes connaissant le traitement du paludisme

Numérateur. Nombre de personnes interrogées qui savent que le traitement approprié pour le paludisme est la CTA (en fonction du contexte du pays).

Dénominateur. Nombre de répondants interrogés.

Méthode de mesure. Voir les questions de l'enquête à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS). Dans le cadre d'une étude qualitative, les connaissances sur les traitements appropriés peuvent prendre la forme d'une discussion sur ce que les membres de la communauté considèrent comme les traitements appropriés contre le paludisme, et sur l'évolution de ces perceptions depuis le lancement du programme de CSC.

Ventilation. Ces indicateurs peuvent être ventilés en fonction de diverses caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la zone géographique (province/district ou endémicité du paludisme), le niveau d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. Les données de cet indicateur peuvent contribuer à la conception et au ciblage des programmes de CSC. Si la proportion est faible, des activités adaptées peuvent être développées pour améliorer les connaissances sur les options de traitement du paludisme. Lorsqu'elles sont suivies dans le temps, ces informations peuvent être utilisées pour évaluer si les connaissances de la population en matière de traitement approprié du paludisme se sont améliorées.

Forces. Cet indicateur fournit des données formatives utiles pour déterminer les besoins en connaissances du public cible. Par ailleurs, peu de questions sont nécessaires pour mesurer chaque indicateur de connaissance.

Limites. L'indicateur est sujet à un biais/confusion avec l'utilisation de sondages, car les styles de sondage peuvent ne pas être uniformes d'un enquêteur à l'autre. Il est également difficile de relier les connaissances à des activités spécifiques du CSC sans faire référence à des messages réels.

Pourcentage de personnes connaissant des mesures de prévention recommandées contre le paludisme

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de personnes ayant des idées fausses sur les pratiques efficaces de prévention du paludisme (sous-analyse).

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de personnes sachant que le TPIg est un moyen de protéger une mère et son bébé contre le paludisme pendant la grossesse (sous-analyse).

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de personnes connaissant les directives relatives au calendrier et à la fréquence des soins prénataux/TPIg

Justification. Cet indicateur décrit la proportion d'individus (par exemple, les femmes ou les prestataires) qui sont informés des mesures recommandées pour prévenir le paludisme. Les programmes de CSC utilisent ces informations pour identifier les lacunes en matière de connaissances et les sous-populations spécifiques que les programmes de CSC doivent cibler avec des messages sur la prévention du paludisme.

Définition. Proportion de personnes interrogées connaissant les mesures préventives recommandées contre le paludisme.

Numérateur. Nombre de personnes interrogées qui savent que les principales mesures de prévention du paludisme comprennent l'utilisation de MII, la prise de médicaments préventifs pendant la grossesse, la prophylaxie saisonnière ou la pulvérisation d'insecticide dans leur maison. Cette liste d'activités peut varier selon le pays ou le contexte du programme.

Dénominateur. Nombre de répondants interrogés.

Méthode de mesure. Voir les questions de l'enquête à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS). Dans le cadre d'une étude qualitative, la connaissance des mesures préventives peut prendre la forme d'une discussion sur ce que les membres de la communauté considèrent comme les mesures préventives recommandées pour le paludisme et sur l'évolution de ces perceptions depuis le lancement du programme de CSC.

Les indicateurs optionnels supplémentaires reflètent les sous-analyses qui peuvent être entreprises pour explorer les lacunes spécifiques dans les connaissances en matière de prévention, telles que le TPIg, ou la mesure pour laquelle il existe des idées

fausses sur les mesures non recommandées, telles que les stérilets. L'analyse devrait être adaptée à l'ensemble spécifique des méthodes de prévention recommandées pour le contexte.

Ventilation. Les catégories de ventilation peuvent inclure l'âge, le sexe, la résidence (rurale/urbaine), la zone géographique (province/district ou endémicité du paludisme), les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. Les données de cet indicateur peuvent contribuer à la conception et au ciblage des programmes de CSC. Si la connaissance des mesures recommandées est faible ou s'il existe des idées fausses très répandues sur les types de mesures recommandées, des activités sur mesure peuvent être développées pour améliorer les connaissances de la population. De même, il est possible d'identifier et de cibler des sous-ensembles spécifiques de la population présentant de telles lacunes en matière de connaissances. Lorsqu'elles sont suivies dans le temps, ces informations peuvent être utilisées pour évaluer si les connaissances de la population sur les mesures préventives recommandées contre le paludisme se sont améliorées.

Forces. Cet indicateur fournit des données formatives utiles pour déterminer les besoins en connaissances du public cible. Par ailleurs, peu de questions sont nécessaires pour mesurer chaque indicateur de connaissance.

Limites. L'indicateur est sujet à un biais/confusion avec l'utilisation de sondages, car les styles de sondage peuvent ne pas être uniformes d'un enquêteur à l'autre. Il est également difficile de relier les connaissances à des activités spécifiques du CSC sans faire référence à des messages réels.

Risque et efficacité

Cette catégorie d'indicateurs porte sur les craintes et la confiance de la population. Ces indicateurs constituent la base des appels fondés sur la peur, ou des messages qui présentent le paludisme comme une menace. La recherche a montré que les 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 peuvent quand même éviter d'adopter le comportement recommandé. Il faut donc un élément déclencheur pour motiver l'action. La recherche a montré que la menace perçue est un puissant déclencheur d'action (Witte, 1992).

Cependant, trop de messages basés sur la peur peuvent paralyser les gens et les empêcher d'agir. Ils peuvent avoir recours au fatalisme ou tenter de gérer leur peur de manière moins productive, par exemple en la niant. Les appels à la peur peuvent être contrebalancés par des messages qui mettent l'accent sur la capacité des gens à prendre des mesures efficaces (auto-efficacité perçue) et sur la perception que l'action sera efficace pour réduire le risque (efficacité perçue de la réponse). Les évaluateurs peuvent s'attendre à des réponses comportementales souhaitables lorsque les personnes ont une forte perception du risque associée à une forte croyance en l'efficacité personnelle de la réponse recommandée. (Pour plus d'informations, voir **Modèle étendu des processus parallèles** à l'Annexe 1).

Pourcentage de personnes qui estiment être exposées au risque de paludisme (sensibilité perçue)

Justification. Cet indicateur décrit la proportion de la population cible qui estime être exposée au risque de contracter le paludisme. Selon l'EPPM, la perception du risque joue un rôle important dans le

comportement. Lorsque les gens perçoivent qu'eux-mêmes ou leurs proches sont en danger et qu'ils subiront de graves répercussions, ils sont plus enclins à adopter le comportement souhaité, à condition que celui-ci soit réalisable et considéré comme efficace.

Définition. Proportion de personnes qui perçoivent qu'elles sont à risque de contracter le paludisme

Numérateur. Nombre de personnes qui estiment être exposées au risque de paludisme.

Dénominateur. Nombre de répondants interrogés.

Méthode de mesure. La sensibilité perçue est mesurée à l'aide de plusieurs questions. Un score moyen est calculé pour chaque répondant, et les répondants dont le score moyen est supérieur à zéro sont considérés comme ayant une sensibilité perçue. Ensuite, le nombre de répondants ayant une sensibilité perçue est comparé au nombre total de répondants pour obtenir l'indicateur. Pour plus de détails, voir les questions de l'enquête et les instructions de notation à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS).

Dans le cadre d'une recherche qualitative, la compréhension de la sensibilité perçue au sein d'une population peut prendre la forme d'une discussion sur la probabilité que les participants pensent qu'eux-mêmes et leur famille contracteront le paludisme, sur les facteurs qui augmentent ou diminuent le risque de contracter le paludisme et sur l'évolution de ces perceptions depuis le début du programme de CSC.

Ventilation. Les catégories de ventilation peuvent inclure l'âge, le sexe, la résidence (rurale/urbaine), la zone géographique (province/district ou endémicité du paludisme), les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. Les résultats de cet indicateur doivent être examinés conjointement avec les indicateurs de gravité perçue, d'efficacité de la réponse et d'auto-efficacité. Ces informations sont collectées au cours de la recherche formative afin de mettre en évidence les domaines clés sur lesquels les programmes de CSC doivent être axés. Les évaluateurs peuvent s'attendre à des réponses comportementales indésirables lorsque les personnes ont une forte perception du risque mais doutent de leur capacité à mettre en œuvre une réponse recommandée, telle que l'obtention de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) à la clinique lors d'une visite de soins prénataux, et/ou qu'elles doutent que la réponse recommandée permette d'éviter la menace perçue, telle que les fortes rumeurs selon lesquelles les PID ou les MII réduisent la fécondité. Par conséquent, les activités de S&E doivent mesurer les perceptions de l'efficacité lorsqu'elles évaluent les perceptions du risque, afin que les programmes de CSC puissent concevoir les meilleurs moyens d'aborder le problème.

La sensibilité perçue peut varier en fonction des variations saisonnières de la transmission du paludisme. Le module du CSC de l'EIP et l'ECP sont généralement mis en place pendant ou juste après la saison des pluies afin d'évaluer la façon dont les individus perçoivent leur vulnérabilité (et documentent leur comportement) lorsque le risque réel est le plus élevé. Certaines questions décrivent les variations saisonnières potentielles en posant des questions sur le risque perçu de contracter le paludisme au cours de chaque saison. Ces informations sont ensuite utilisées pour élaborer les messages de CSC pour les différentes périodes de l'année, en particulier pour promouvoir les comportements de prévention tout au long de l'année.

Les informations sur la sensibilité perçue peuvent également être utilisées au cours du S&E pour vérifier si la population cible a été convaincue qu'elle était exposée au risque de contracter le paludisme.

Forces. Comme l'intelligence, la sensibilité perçue est un concept latent, un phénomène qui ne peut être directement observé ou mesuré, mais qui est supposé exister sur la base de comportements ou de réponses observables. Cet indicateur utilise plusieurs questions appelées échelle pour mesurer les différents aspects de cette perception.

Les échelles sont généralement utilisées pour mesurer une perception qui peut avoir plusieurs dimensions et qui ne peut donc pas être mesurée par une seule question. Les échelles sont largement utilisées dans la recherche en psychologie sociale et en comportement de santé, car elles permettent d'obtenir des résultats plus précis (Boateng et al., 2018). Certaines des questions fournies utilisent des codes inversés ; leur inclusion réduit les biais en empêchant les répondants de tomber dans un schéma de réponse.

Limites. L'insertion de plusieurs questions sur la sensibilité perçue dans des enquêtes ou des collectes de données qui n'ont pas pour objectif principal le CSC (comme une enquête après la distribution de MII) peut s'avérer difficile pour des raisons de longueur et de coût. L'utilisation d'échelles peut ne pas être très familière aux parties prenantes et aux analystes de données, et ils peuvent avoir besoin d'une certaine orientation pour se sentir à l'aise avec cette approche. De même, l'utilisation d'éléments codés à l'envers peut poser des problèmes lors de l'analyse des données. Les plans d'analyse doivent indiquer clairement quelles questions doivent être codées à l'envers et comment les résultats doivent être interprétés.

Une autre limite est que les participants aux enquêtes ou aux entretiens peuvent donner des réponses qu'ils jugent socialement souhaitables, ce qui peut conduire à une surestimation de la gravité perçue.

Pourcentage de personnes qui estiment que les conséquences du paludisme sont graves (gravité perçue)

Justification. L'objectif de cet indicateur est de déterminer dans quelle mesure la population cible estime que les conséquences du paludisme sont graves. Selon l'EPPM, la gravité perçue est essentielle pour stimuler l'action. Lorsque les gens perçoivent que la menace est élevée et qu'eux-mêmes ou leurs proches sont en danger, ils sont plus enclins à adopter le comportement, pour autant que celui-ci soit réalisable et considéré comme efficace.

Définition. Proportion de personnes qui estiment que les conséquences du paludisme sont graves.

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

Dénominateur. Nombre de répondants interrogés.

Méthode de mesure. La gravité perçue est mesurée à l'aide de plusieurs questions. Un score moyen est calculé pour chaque répondant, et les répondants dont le score moyen est supérieur à zéro sont considérés comme ayant perçu la gravité. Ensuite, le nombre de répondants ayant perçu la gravité est comparé au nombre total de répondants pour obtenir l'indicateur. Pour plus

de détails, voir les questions de l'enquête et les instructions de notation à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS).

Dans le cadre d'une étude qualitative, la compréhension de la gravité perçue par une population peut prendre la forme d'une discussion sur ce que les répondants pensent qu'il arrive aux personnes atteintes de paludisme, sur la gravité de ces conséquences et sur l'évolution de ces perceptions depuis le lancement du programme de CSC.

Ventilation. Les catégories de ventilation peuvent inclure l'âge, le sexe, la résidence (rurale/urbaine), la zone géographique (province/district ou endémicité du paludisme), les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. Les résultats de cet indicateur doivent être examinés conjointement avec les indicateurs de sensibilité perçue, d'efficacité de la réponse et d'auto-efficacité. Ces informations sont collectées au cours de la recherche formative afin de mettre en évidence les domaines clés sur lesquels les programmes de CSC doivent être axés. Les évaluateurs peuvent s'attendre à des réactions comportementales indésirables lorsque les gens ont une forte perception du risque mais doutent de leur capacité à mettre en œuvre une réponse recommandée, telle que l'obtention de SP à la clinique lors d'une visite de soins prénataux, et/ou qu'ils doutent que la réponse recommandée permette d'éviter la menace perçue, telle que les fortes rumeurs selon lesquelles les PID ou les MII réduisent la fécondité. Par conséquent, les activités de S&E doivent mesurer les perceptions de l'efficacité lorsqu'elles évaluent les perceptions du risque, afin que les programmes de CSC puissent concevoir les meilleurs moyens d'aborder le problème.

Les informations sur la gravité perçue peuvent également être utilisées au cours du S&E pour vérifier si la population cible a été convaincue que le paludisme peut avoir des conséquences graves.

Forces. Comme la sensibilité perçue, la gravité perçue est un concept latent, un phénomène qui ne peut être directement observé ou mesuré, mais qui est supposé exister sur la base de comportements ou de réponses observables. Cet indicateur utilise plusieurs questions, appelées échelle, pour mesurer différents aspects de cette perception.

Les échelles sont généralement utilisées pour mesurer une perception qui peut avoir plusieurs dimensions et qui ne peut donc pas être mesurée par une seule question. Les échelles sont largement utilisées dans la recherche en psychologie sociale et en comportement de santé, car elles permettent d'obtenir des résultats plus précis (Boateng et al., 2018). Certaines des questions fournies utilisent des codes inversés ; leur inclusion réduit les biais en empêchant les répondants de tomber dans un schéma de réponse.

Limites. L'insertion de plusieurs questions sur la gravité perçue dans des enquêtes ou des activités de collecte de données dont l'objectif principal n'est pas le CSC (telles qu'une enquête sur la distribution de MII) peut s'avérer difficile pour des raisons de longueur et de coût. L'utilisation d'échelles peut ne pas être très familière aux parties prenantes et aux analystes de données, et ils peuvent avoir besoin d'une certaine orientation pour se sentir à l'aise avec cette approche. De même, l'utilisation d'éléments codés à l'envers peut poser des problèmes lors de l'analyse des données. Les plans d'analyse doivent indiquer clairement quelles questions doivent être codées à l'envers et comment les résultats doivent être interprétés.

Une autre limite est que les participants aux enquêtes ou aux entretiens peuvent donner des réponses qu'ils jugent socialement souhaitables, ce qui peut conduire à une surestimation de la gravité perçue.

Pourcentage de personnes qui pensent que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque (efficacité perçue de la réponse)

Justification. Cet indicateur mesure l'efficacité de la réponse, c'est-à-dire la conviction qu'une activité ou une solution permettra de contrôler la menace. Avant qu'un changement de comportement puisse se produire, les personnes doivent d'abord être informées du changement qui doit se produire et croire qu'elles tireront un bénéfice personnel de l'adoption de ce comportement.

Définition. Cet indicateur est défini comme la proportion de la population cible interrogée qui pense que la pratique ou le produit recommandé réduira son risque personnel d'effets néfastes sur la santé.

Les indicateurs d'auto-efficacité, d'efficacité de la réponse, de normes et d'attitudes utilisent des termes génériques tels que "comportement/pratique ou produit". Ces phrases doivent être révisées pour correspondre au comportement en question.

La "pratique" fait référence au comportement souhaité que le programme tente de promouvoir parmi les membres de la population cible, comme dormir sous une MII ou se rendre aux consultations de soins prénataux. Parmi les exemples de "produits" recommandés, qui accompagnent les pratiques recommandées, figurent les SP pour le TPIg pendant la grossesse, les CTA pour le traitement du paludisme, les TDR ou les MII.

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

Dénominateur. Nombre total de répondants interrogés.

Méthode de mesure. Les questions relatives à l'auto-efficacité, à l'efficacité de la réponse, aux attitudes et aux normes utilisent des formulations génériques telles que "pratique ou produit". Ces phrases doivent être révisées pour correspondre au comportement en question. Chaque comportement d'intérêt devrait avoir son propre ensemble de questions sur l'efficacité de la réponse et, par conséquent, son propre score d'efficacité de la réponse. Lorsque plusieurs comportements sont évalués, un score global d'auto-efficacité peut être calculé.

L'efficacité perçue de la réponse est mesurée à l'aide de plusieurs questions. Un score moyen est calculé pour chaque répondant, et les répondants dont le score moyen est supérieur à zéro sont considérées comme ayant perçu l'efficacité de la réponse. Ensuite, le nombre de répondants ayant perçu l'efficacité de la réponse est comparé au nombre total de répondants pour obtenir l'indicateur. Pour plus de détails, voir les questions de l'enquête et les instructions de notation à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS).

Dans le cadre d'une recherche qualitative, la compréhension de l'efficacité perçue de la réponse au sein d'une population peut prendre la forme d'une discussion sur ce que les répondants pensent des programmes spécifiques de lutte contre le paludisme, sur leur efficacité et sur l'évolution de ces perceptions depuis le lancement du programme de CSC.

Ventilation. Cet indicateur peut être ventilé en fonction de diverses caractéristiques afin de fournir des informations sur les perceptions de la population à l'égard de certains produits et pratiques. Il peut être utile de ventiler les informations selon un certain nombre de catégories, notamment l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), la profession, le niveau d'éducation et le quintile de richesses.

Utilisation et interprétation des données. Les résultats de cet indicateur fournissent des informations qui peuvent être utilisées pour l'élaboration des programmes de CSC. Si les personnes ne croient pas qu'une pratique ou un produit réduira leur risque, il est peu probable qu'elles l'utilisent systématiquement. Les comportements liés au paludisme dont l'efficacité perçue de la réponse est faible peuvent être prioritaires dans les programmes de CSC. Les informations sur l'efficacité perçue de la réponse peuvent également être utilisées au cours du S&E pour vérifier si la population cible a été convaincue qu'une certaine pratique ou un certain produit réduira ses risques.

Les données sur l'efficacité de la réponse qui sont spécifiques à un comportement sont plus utiles pour informer les programmes de CSC qu'un score global pour tous les comportements. Un score global d'efficacité de la réponse serait principalement utile pour suivre les tendances des perceptions générales du paludisme au fil du temps, alors que les données d'efficacité de la réponse spécifiques au comportement sont plus facilement traduites en messages et en approches.

Forces. Tout comme la sensibilité perçue, l'efficacité perçue de la réponse est un concept latent, un phénomène qui ne peut être directement observé ou mesuré, mais qui est supposé exister sur la base de comportements ou de réponses observables. Cet indicateur utilise plusieurs questions, appelées échelle, pour mesurer différents aspects de cette perception.

Les échelles sont généralement utilisées pour mesurer une perception qui peut avoir plusieurs dimensions et qui ne peut donc pas être mesurée par une seule question. Les échelles sont largement utilisées dans la recherche en psychologie sociale et en comportement de santé, car elles permettent d'obtenir des résultats plus précis (Boateng et al., 2018). Certaines des questions fournies utilisent des codes inversés ; leur inclusion réduit les biais en empêchant les répondants de tomber dans un schéma de réponse.

Limites. L'insertion de plusieurs questions sur l'efficacité des réponses dans des enquêtes ou des activités de collecte de données qui n'ont pas pour objectif principal le CSC (comme une enquête après la distribution de MII) peut s'avérer difficile pour des raisons telles que la longueur et le coût. L'utilisation d'échelles peut ne pas être très familière aux parties prenantes et aux analystes de données, et ils peuvent avoir besoin d'une certaine orientation pour se sentir à l'aise avec cette approche. De même, l'utilisation d'éléments codés à l'envers peut poser des problèmes lors de l'analyse des données. Les plans d'analyse doivent indiquer clairement quelles questions doivent être codées à l'envers et comment les résultats doivent être interprétés.

Une autre limite est que les participants aux enquêtes ou aux entretiens peuvent fournir des réponses qu'ils jugent socialement souhaitables, ce qui peut conduire à une surestimation de l'efficacité perçue de la réponse.

Pourcentage de personnes qui ont confiance en leur capacité à adopter un comportement spécifique lié au paludisme

Justification. L'objectif de cet indicateur est de mesurer la proportion de la population qui se sent capable d'adopter un certain comportement face au paludisme. Selon plusieurs théories sur le changement de comportement, notamment la théorie sociale cognitive, lorsque les personnes n'ont pas confiance en leur capacité à adopter un comportement lié au paludisme, il est peu probable qu'elles adoptent ce comportement.

Définition. Cet indicateur mesure le pourcentage de la population qui se sent capable d'accomplir ce comportement avec succès. L'auto-efficacité perçue est différente de l'efficacité perçue de la réponse (ci-dessus). Cependant, ces croyances sont liées, puisque la croyance en l'efficacité de l'action encouragera également l'adoption du comportement.

Les indicateurs d'auto-efficacité, d'efficacité de la réponse, de normes et d'attitudes utilisent des termes génériques tels que "comportement/pratique ou produit". Ces phrases doivent être révisées pour correspondre au comportement en question. Le "comportement" fait référence au résultat souhaité que le programme tente d'obtenir parmi les membres de la population visée. Parmi les exemples de comportement, on peut citer le fait de dormir sous une MII, d'administrer des doses de CPS aux enfants éligibles ou de commencer les visites de soins prénataux au cours du premier trimestre.

Numérateur. Pourcentage de répondants qui déclarent avoir confiance en leur capacité à adopter un comportement spécifique lié au paludisme.

Dénominateur. Nombre total de répondants interrogés.

Méthode de mesure. Les questions d'auto-efficacité, d'efficacité de la réponse, d'attitudes et de normes utilisent des formulations génériques telles que "comportement/pratique ou produit". Ces phrases doivent être révisées pour correspondre au comportement en question. Chaque comportement d'intérêt devrait avoir sa propre série de questions sur l'auto-efficacité et, par conséquent, son propre score d'auto-efficacité. Lorsque plusieurs comportements sont évalués, un score global d'auto-efficacité peut être calculé.

L'auto-efficacité perçue est mesurée à l'aide de plusieurs questions. Un score moyen est calculé pour chaque répondant, et les répondants dont le score moyen est supérieur à zéro sont considérés comme ayant perçu l'auto-efficacité. Ensuite, le nombre de répondants ayant perçu l'auto-efficacité est comparé au nombre total de répondants pour obtenir l'indicateur. Pour plus de détails, voir les questions de l'enquête et les instructions de notation à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS).

Dans le cadre d'une étude qualitative, la compréhension de l'auto-efficacité perçue peut prendre la forme d'une discussion sur la façon dont les gens se sentent capables d'adopter certains comportements liés au paludisme, sur les facteurs qui facilitent ou entravent leur capacité à le faire et sur l'évolution de ces perceptions depuis le début du programme de CSC.

Ventilation. Cet indicateur peut être ventilé en fonction de diverses caractéristiques afin de fournir aux responsables de la mise en œuvre du programme des informations sur la confiance de la population dans l'adoption de comportements liés au

paludisme. Il peut être utile de ventiler les informations selon un certain nombre de catégories, notamment l'âge, le sexe, la résidence (rurale/urbaine), la profession, les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. Les informations sur l'auto-efficacité peuvent être utiles pour concevoir des programmes de CSC (recherche formative) ainsi que lors des étapes de S&E de l'audience, afin de vérifier si le groupe cible a gagné en confiance dans l'exécution d'un comportement lié au paludisme. Les données sur l'auto-efficacité qui sont spécifiques à un comportement sont plus utiles pour informer les programmes de CSC qu'un score global d'auto-efficacité pour tous les comportements. Un score global d'auto-efficacité serait principalement utile pour suivre les tendances des perceptions générales du paludisme au fil du temps, alors que les données d'auto-efficacité spécifiques au comportement sont plus facilement traduites en messages et en approches. Les programmes de CSC qui visent à renforcer la perception d'efficacité personnelle se concentrent sur les compétences des personnes et sur leur conviction d'être en mesure d'exercer ces compétences.

Forces. Comme pour les autres indicateurs de risque et d'efficacité, l'auto-efficacité perçue est un concept latent, un phénomène qui ne peut être directement observé ou mesuré, mais dont on suppose l'existence sur la base de comportements ou de réponses observables. Cet indicateur utilise plusieurs questions, appelées échelle, pour mesurer différents aspects de cette perception.

Les échelles sont généralement utilisées pour mesurer une perception qui peut avoir plusieurs dimensions et qui ne peut donc pas être mesurée par une seule question. Les échelles sont largement utilisées dans la recherche en psychologie sociale et en comportement de santé, car elles permettent d'obtenir des résultats plus précis (Boateng et al., 2018). Certaines des questions fournies utilisent des codes inversés ; leur inclusion réduit les biais en empêchant les répondants de tomber dans un schéma de réponse.

Limites. L'insertion de plusieurs questions sur l'auto-efficacité dans des enquêtes ou des activités de collecte de données dont l'objectif principal n'est pas le CSC (comme une enquête après la distribution de MII) peut s'avérer difficile pour des raisons telles que la longueur et le coût. L'utilisation d'échelles peut ne pas être très familière aux parties prenantes et aux analystes de données, et ils peuvent avoir besoin d'une certaine orientation pour se sentir à l'aise avec cette approche. De même, l'utilisation d'éléments codés à l'envers peut poser des problèmes lors de l'analyse des données. Les plans d'analyse doivent indiquer clairement quelles questions doivent être codées à l'envers et comment les résultats doivent être interprétés.

Une autre limite est que les participants aux enquêtes ou aux entretiens peuvent donner des réponses qu'ils jugent socialement souhaitables, ce qui peut conduire à une surestimation de l'auto-efficacité perçue.

Normes

Les normes sociales, c'est-à-dire les croyances concernant les comportements communs et les pratiques attendues au sein d'un groupe, jouent un rôle important dans les comportements en matière de santé publique. La théorie de l'apprentissage social stipule que les gens apprennent en observant ce que font les autres. Les gens observent les conséquences (bénéfice ou punition) 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.

Normes descriptives : Pourcentage de personnes qui croient que la majorité de leurs amis et membres de la communauté pratiquent actuellement le comportement

Normes injonctives : Pourcentage de personnes qui pensent que la majorité de leurs amis et de leur communauté approuverait le comportement

Justification. De plus en plus de preuves montrent que les normes sont pertinentes pour les comportements liés au paludisme, tels que l'utilisation de moustiquaires, l'entretien et la réparation de moustiquaires, l'adhésion du prestataire, la recherche de soins et le TPIg (Davlatans, et al., 2019 ; Awantang et al., 2018 ; Do et al., 2018 ; Olapeju et al., 2020 ; Phok et al., 2022 ; Scandurra, 2014 ;).

Définition. Les *normes descriptives* sont des perceptions de la prévalence ou de la fréquence d'un comportement dans l'environnement immédiat ou la communauté d'une personne. Les *normes injonctives* sont la perception que l'on est censé suivre une norme donnée et que l'on s'attend à ce que les autres la suivent dans une situation donnée, indépendamment de la manière dont on agit habituellement. Les normes injonctives aident un individu à déterminer ce qui est un comportement social acceptable ou inacceptable.

Le terme "croire" ou "penser" est défini comme ce que les répondants comprennent, discernent ou reconnaissent comme étant vrai, en se basant en grande partie sur leur expérience personnelle ou sur des preuves anecdotiques.

Les indicateurs d'auto-efficacité, d'efficacité de la réponse, de normes et d'attitudes utilisent des termes génériques tels que "comportement/pratique ou produit". Ces phrases doivent être révisées pour correspondre au comportement en question. Le "comportement" fait référence au résultat souhaité que le programme tente d'obtenir parmi les membres de la population visée. Parmi les exemples de comportement, on peut citer le fait de dormir sous une MII, d'administrer des doses de CPS aux enfants éligibles ou de commencer les visites de soins prénataux au cours du premier trimestre.

Numérateur. Les *normes descriptives* sont le nombre de répondants qui pensent que leurs amis et les membres de la communauté adoptent le comportement recommandé. Les *normes injonctives* sont le nombre de personnes interrogées qui pensent que la majorité de leurs amis et de leur communauté approuverait le comportement.

Dénominateur. Nombre total de répondants interrogés.

Méthodes de mesure. Chaque indicateur est mesuré à l'aide d'une question. Chaque comportement d'intérêt doit faire l'objet d'une question normative distincte.

Pour plus de détails, voir les questions de l'enquête et les instructions de notation à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS).

Dans le cadre d'une étude qualitative, la compréhension des normes peut prendre la forme d'une discussion sur les comportements ou les actions considérés comme répandus ou rares dans le contexte des répondants, sur les comportements considérés comme acceptables ou inacceptables, sur l'évolution de ces perceptions depuis le début du programme de CSC, sur les personnes considérées comme influentes dans leur contexte et sur la manière dont se manifeste la pression pour se conformer aux normes.

Ventilation. Il peut être utile de ventiler les informations selon un certain nombre de catégories, notamment l'âge, le sexe, la

résidence (rurale/urbaine), la profession, les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. Ces indicateurs peuvent être utiles pour la recherche formative et le S&E. Lorsque les normes sont faibles, les programmes de CSC doivent présenter les comportements liés au paludisme comme socialement souhaitables et courants afin de créer l'élan nécessaire et un environnement favorable au changement. Les programmes de CSC peuvent influencer les comportements s'ils présentent certains comportements comme socialement inacceptables ou socialement désirables. Lorsque les normes sont élevées, on peut supposer que les programmes de CSC réussissent à créer une masse critique qui conduira finalement à un changement de comportement. Le suivi peut montrer si le comportement est perçu comme de plus en plus ou de moins en moins banal ou acceptable, et les évaluations peuvent indiquer si le CSC a joué un rôle dans le changement des normes.

Comme pour les autres facteurs comportementaux, cela ne signifie pas que les messages/approches liés aux normes sociales doivent cesser ; au contraire, certaines approches liées aux normes sociales doivent être poursuivies, mais l'accent doit être mis sur d'autres facteurs comportementaux. Si l'adoption d'un comportement est supérieure aux normes perçues, il peut être utile d'informer les gens que leur perception de la norme est en désaccord avec la pratique réelle.

Forces. Une seule question par comportement est nécessaire pour mesurer chaque indicateur de normes.

Limites. Cet indicateur est basé sur des perceptions personnelles et peut ne pas refléter la réalité des pratiques communautaires. À ce titre, les données doivent être interprétées dans le contexte des questions posées et doivent être triangulées avec d'autres résultats liés à l'utilisation réelle des MII, à l'adoption du TPIg et au comportement de recherche de soins. Une autre limite est que les participants aux enquêtes ou aux entretiens peuvent donner des réponses qu'ils jugent socialement souhaitables, ce qui peut conduire à une surestimation des normes sociales.

Attitudes

Même si les praticiens de CSC prennent des mesures pour éviter les rumeurs, il arrive que des idées fausses et une publicité négative se développent et gagnent du terrain, influençant fortement la perception qu'a le public d'un comportement particulier, voire en l'exagérant. Les évaluateurs doivent être prêts à faire face à cette éventualité et à mettre en œuvre rapidement et efficacement un moyen de renverser la perception et l'attitude du public.

Pourcentage de personnes ayant une attitude favorable à l'égard du produit, de la pratique ou du service

Justification. Les actions des individus sont souvent basées sur des croyances selon lesquelles un comportement conduira à des résultats ou expériences positifs (ou souhaitables) ou négatifs (ou indésirables). Cet indicateur permet aux programmes de CSC d'évaluer le pourcentage de la population cible qui considère favorablement un comportement, un produit ou un service lié au paludisme. Selon plusieurs théories du changement de comportement, en particulier la théorie du comportement planifié (Annexe 1), les personnes qui perçoivent favorablement un comportement ou un produit, comme l'utilisation de moustiquaires ou de MII, sont plus susceptibles d'adopter un comportement (Fishbein & Ajzen, 1975).

Définition. "L'attitude favorable" est définie comme l'évaluation positive d'une personne à l'égard d'un comportement, d'un produit ou d'un service. L'attitude est différente de l'efficacité perçue de la réponse ; l'efficacité perçue de la réponse consiste à savoir si le comportement est efficace pour réduire le risque de paludisme. Cependant, les attitudes font référence à d'autres attributs tels que l'attrait, le confort, le plaisir, et ainsi de suite.

Numérateur. Nombre de répondants ayant une attitude moyenne supérieure à zéro à l'égard d'un produit, d'une pratique ou d'un service.

Dénominateur. Nombre total de répondants interrogés.

Méthode de mesure. Les questions d'auto-efficacité, d'efficacité de la réponse, d'attitudes et de normes utilisent des formulations génériques telles que "comportement/pratique ou produit". Ces phrases doivent être révisées pour correspondre au comportement en question.

Les attitudes favorables sont mesurées à l'aide de plusieurs questions. Chaque comportement d'intérêt devrait avoir sa propre série de questions sur les attitudes et, par conséquent, son propre score d'attitudes. Lorsque plusieurs comportements sont évalués, un score global d'attitude peut être calculé.

Un score moyen d'attitudes est calculé pour chaque répondant, et les répondants dont le score moyen est supérieur à zéro sont considérées comme ayant des attitudes favorables. Ensuite, le nombre de répondants ayant des attitudes favorables est comparé au nombre total de répondants pour obtenir l'indicateur. Pour plus de détails, voir les questions de l'enquête et les instructions de notation à l'Annexe 3. Ces questions peuvent être utilisées pour les enquêtes auprès des ménages ainsi que pour d'autres types d'enquêtes et de sources de données (par exemple, RVI, SMS).

Dans le cadre d'une étude qualitative, la compréhension des attitudes peut prendre la forme d'une discussion sur les aspects des comportements, des produits ou des services liés au paludisme qui attirent ou n'attirent pas les gens, sur les raisons de cet attrait et sur l'évolution de ces perceptions depuis le lancement du programme de CSC.

Ventilation. Il peut être utile de ventiler les informations selon un certain nombre de catégories, notamment l'âge, le sexe, la résidence (rurale/urbaine), la profession, les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. Les informations sur les attitudes peuvent être utiles pour concevoir des programmes de CSC (recherche formative) ainsi que lors des étapes de S&E de l'audience pour vérifier si le groupe cible a développé des attitudes plus positives à l'égard d'un comportement, d'un produit ou d'un service de lutte contre le paludisme. Les données attitudinales spécifiques à un comportement sont plus utiles pour informer les programmes de CSC qu'un score attitudinal global pour tous les comportements. Un score global serait principalement utile pour suivre l'évolution des perceptions générales du paludisme dans le temps, alors que les données sur les attitudes spécifiques au comportement sont plus facilement traduites en messages et en approches. Lorsque le pourcentage de répondants ayant une attitude favorable est faible, les programmes de CSC peuvent mettre l'accent sur les attributs positifs (c.-à-d. attractivité, confort, plaisir, etc.) des comportements, produits ou services liés au paludisme afin d'améliorer cet indicateur. La ventilation des résultats permettra également d'orienter les ressources du CSC vers les populations qui ont le plus de possibilités d'amélioration.

Forces. Cet indicateur peut être flexible. Les questions proposées sont générales et peuvent être adaptées au contexte du pays. Les pays peuvent choisir de n'utiliser que les questions qui leur semblent pertinentes.

Comme pour les indicateurs de risque et d'efficacité, le fait d'avoir des attitudes favorables est un concept latent, un phénomène qui ne peut pas être directement observé ou mesuré, mais qui est supposé exister sur la base de comportements ou de réponses observables. Cet indicateur utilise plusieurs questions, appelées échelle, pour mesurer différents aspects de cette perception. Les échelles sont généralement utilisées pour mesurer une perception qui peut avoir plusieurs dimensions et qui ne peut donc pas être mesurée par une seule question. Les échelles sont largement utilisées dans la recherche en psychologie sociale et en comportement de santé, car elles permettent d'obtenir des résultats plus précis (Boateng et al., 2018). Certaines des questions fournies utilisent des codes inversés ; leur inclusion réduit les biais en empêchant les répondants de tomber dans un schéma de réponse.

Limites. L'insertion de plusieurs questions attitudinales dans des enquêtes ou des activités de collecte de données dont l'objectif principal n'est pas le CSC (par exemple, une enquête après la distribution de MII) peut s'avérer difficile pour des raisons de longueur et de coût. L'utilisation d'échelles peut ne pas être très familière aux parties prenantes et aux analystes de données, et ils peuvent avoir besoin d'une certaine orientation pour se sentir à l'aise avec cette approche. De même, l'utilisation d'éléments codés à l'envers peut poser des problèmes lors de l'analyse des données. Les plans d'analyse doivent indiquer clairement quelles questions doivent être codées à l'envers et comment les résultats doivent être interprétés.

Une autre limite est que les participants aux enquêtes ou aux entretiens peuvent donner des réponses qu'ils jugent socialement souhaitables, ce qui peut conduire à une surestimation de l'auto-efficacité perçue.

Intention

L'intention reflète la volonté d'un individu de s'engager dans un comportement particulier et est souvent un prédicteur important des actions futures. Cependant, l'intention seule ne garantit pas un changement de comportement, car des obstacles externes ou des priorités concurrentes peuvent intervenir. La compréhension de l'intention fournit aux programmes de CSC des indications précieuses sur la motivation des personnes à agir et sur les domaines dans lesquels un soutien supplémentaire peut être nécessaire pour combler le fossé entre l'intention et l'action.

Pourcentage de personnes ayant l'intention d'adopter le comportement spécifique lié au paludisme

Justification. Selon les théories comportementales telles que la théorie du comportement planifié, l'intention est le déterminant le plus proche de la décision d'un individu d'adopter ou non un comportement particulier. Cet indicateur saisit la volonté ou la motivation à agir, et suppose que ceux qui sont motivés à agir seront plus susceptibles de mettre en œuvre le comportement en question.

Définition. Cet indicateur mesure la proportion de personnes qui expriment le désir, la volonté, la motivation ou l'engagement d'adopter à l'avenir un comportement spécifique lié au paludisme.

Numérateur. Nombre de personnes qui déclarent avoir l'intention d'adopter le comportement spécifié à l'égard du paludisme.

Dénominateur. Nombre total de personnes interrogées qui sont éligibles pour pratiquer le comportement (ex : ceux dont l'enfant a de la fièvre au cours des 2 dernières semaines, ceux qui vivent dans des zones où la PID ou la CPS sont menées).

Méthode de mesure. Les répondants sont interrogés sur leur intention d'adopter le comportement spécifié dans un délai donné (par exemple, se rendre à la consultation prénatale lors de leur prochaine grossesse). D'autres détails sur les sous-comportements connexes (tels que les soins prénataux précoces) peuvent être demandés de manière plus ouverte afin de minimiser les biais (ex : à quel mois iriez-vous pour votre première visite ?).

Ventilation. Il peut être utile de ventiler les informations par catégories telles que l'âge, le sexe, la résidence (rurale/urbaine), l'endémicité du paludisme, la profession, les niveaux d'éducation et les quintiles de richesse.

Utilisation et interprétation des données. Les informations sur l'intention peuvent être utiles pour concevoir des programmes de CSC (recherche formative) ainsi que lors du suivi des résultats pour vérifier si une plus grande proportion de la population cible a l'intention d'adopter le comportement recommandé face au paludisme. La théorie comportementale suggère que lorsque le pourcentage de la population qui a l'intention de pratiquer le comportement est faible, le fait d'aborder des facteurs tels que les connaissances, la perception du risque, l'efficacité, les attitudes et les normes, peut augmenter l'intention. Lorsque le pourcentage de la population qui a l'intention d'adopter le comportement est élevé mais que l'adoption du comportement est faible, des obstacles externes tels qu'un accès limité aux ressources, des problèmes de prestation de services ou des priorités concurrentes peuvent empêcher les gens de donner suite à leurs intentions. Cet écart peut permettre d'orienter les programmes, par exemple en améliorant l'accès aux services, en réduisant les coûts ou en s'attaquant aux obstacles systémiques.

Forces. Cet indicateur est basé sur une théorie comportementale bien établie et est utile pour informer les activités de CSC ciblées sur de multiples comportements liés au paludisme.

Limites. Il existe souvent un écart entre le nombre de personnes qui ont l'intention d'adopter un comportement et celles qui le font (écart entre l'intention et l'action). Cet indicateur n'explique pas à lui seul la cause de l'écart. Il est utile de disposer de données sur les autres indicateurs de ce guide ainsi que d'informations sur les conditions structurelles, la présence d'indices environnementaux et d'autres facteurs afin d'identifier ceux qui pourraient entraver ou faciliter le passage de l'intention à l'action. Dernier point, mais non des moindres, le biais de désirabilité sociale peut conduire les répondants à surdéclarer leurs intentions.



Crédit : Jennifer Somtore, PMI Zambie

Des femmes fréquentant une clinique de soins prénatals dans un établissement de santé en Zambie se rassemblent pour une discussion sur la prévention du paludisme pendant la grossesse.



Indicateur comportemental

Pourcentage de personnes qui pratiquent le comportement recommandé

Justification. Les programmes de CSC ainsi que d'autres domaines techniques (par exemple, la lutte antivectorielle, la gestion des cas) contribuent conjointement et ont pour objectif commun d'atteindre et de maintenir des niveaux élevés de comportements sains face au paludisme au sein de la population, car ces comportements peuvent réduire la maladie et sauver des vies.

Définition. L'indicateur "pourcentage de personnes qui adoptent le comportement recommandé" est un concept générique qui reflète le fait que le comportement doit être pris en compte dans le cadre du S&E du programme de CSC. Des indicateurs comportementaux spécifiques doivent être utilisés. Des exemples de comportements des ménages et des prestataires sont fournis à la page 12.

Notes sur l'indicateur utilisation/accès aux moustiquaires. Cet indicateur mesure l'utilisation des moustiquaires uniquement parmi les personnes qui y ont accès. Il donne une estimation de la proportion de la population qui a utilisé des moustiquaires la nuit précédant l'enquête, parmi les personnes qui ont accès à une moustiquaire dans leur ménage. Cet indicateur fournit des informations sur l'écart comportemental réel car il tient compte du nombre de moustiquaires dans le ménage. Le [Rapport sur l'accès et l'utilisation de MII](#) montre le rapport entre l'utilisation et l'accès dans les différents pays.

"L'accès aux MII" est basé sur le nombre de MII dans le ménage et le nombre de membres du ménage. Sur un large échantillon, il mesure la proportion de personnes qui devraient avoir accès à une MII. Cela ne peut pas être calculé sur une base individuelle. "L'utilisation" est la proportion de la population qui a dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête.

Lorsque le ratio utilisation/accès est élevé, il faut envisager des questions supplémentaires pour mesurer la cohérence de l'utilisation des MII (par exemple, "la plupart des nuits", "toutes les nuits", "pendant la saison des pluies et la saison sèche", "tout au long de l'année" ou pendant chaque mois de l'année), ou trianguler les données sur l'utilisation des moustiquaires avec les données sur les précipitations et d'autres informations saisonnières pour comprendre s'il y a des variations saisonnières dans l'utilisation des moustiquaires.

Indicateurs comportementaux pour la chimioprévention du paludisme saisonnier : Les directives concernant l'administration de CPS varient d'un pays à l'autre et les comportements mesurés ne sont pas encore uniformes. Par exemple, à certains endroits, la première dose doit être administrée par une thérapie sous observation directe ; à d'autres endroits, la thérapie sous observation directe n'est pas requise. Les indicateurs comportementaux de l'échantillon pour le SMC comprennent le pourcentage d'enfants qui ont pris la première dose de SMC, pour chaque cycle du SMC (enquête post-cycle ou post-campagne). D'autres comportements intéressants peuvent inclure le pourcentage d'enfants ayant reçu toutes les doses de CPS au cours d'un cycle donné. D'autres indicateurs sont disponibles sur le site [Boîte à outils de S&E de l'alliance pour la CPS](#).

Indicateurs comportementaux pour la vaccination contre le paludisme : Parmi les exemples d'indicateurs potentiels de

résultats comportementaux figurent le pourcentage d'enfants éligibles recevant la première dose de vaccin antipaludique, le pourcentage d'enfants éligibles achevant la série de quatre doses de vaccin antipaludique et le pourcentage d'enfants recevant le vaccin, par dose, etc. ([Promouvoir la demande de vaccination contre le paludisme : Guide de planification](#)).

Méthode de mesure

Les données sur les comportements des ménages sont généralement collectées par le biais d'ECP, EDS, EIP, MICS et d'autres enquêtes communautaires. Voir la section Ressources (sous **Enquêtes auprès des ménages et outils de collecte de données**) pour des informations détaillées sur la mesure de ces indicateurs, y compris les questions, les numérateurs et les dénominateurs. Les données sur les comportements des prestataires sont collectées par le biais d'évaluations des établissements de santé, de statistiques sur les services et d'une supervision de soutien.

Les données sur la prévalence des comportements liés au paludisme sont généralement collectées de manière quantitative car il s'agit d'objectifs clés définis dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme. Les chiffres obtenus peuvent être utilisés pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs. Pour ceux qui souhaitent mesurer les comportements des ménages à l'aide de méthodes qualitatives, ces approches peuvent être plus adaptées à des populations cibles plus restreintes (par exemple, pour effectuer un autocontrôle au niveau de l'individu, de la communauté ou du ménage), bien que les outils d'autocontrôle quantitatifs fonctionnent également bien à ces niveaux.

Ventilation

Ces indicateurs peuvent être ventilés en fonction de diverses caractéristiques afin de fournir aux responsables de la mise en œuvre du programme des informations sur la pratique des comportements ciblés par les populations. Il peut être utile de ventiler les informations selon un certain nombre de catégories, notamment l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural/urbain), l'endémicité du paludisme, la profession, le niveau d'éducation et les quintiles de richesse. Pour les prestataires, les exemples de catégories de ventilation comprennent le cadre, le type d'établissement et la localisation géographique.

Utilisation et interprétation des données

Ces indicateurs sont utiles à deux étapes principales du cycle de suivi du programme : au stade de la recherche formative et au stade du S&E de l'audience. Dans le premier cas, ces indicateurs peuvent mettre en évidence un domaine prioritaire ou un comportement problématique. Les faibles taux montrent que le public visé ne s'engage pas dans des mesures de prévention et de traitement adéquates. Cette constatation est essentielle pour la conception d'une activité de CSC. À ce dernier stade, ces indicateurs fournissent des informations sur l'efficacité des campagnes de CSC et évaluent la mesure dans laquelle le changement de comportement s'est produit. Cependant, le changement de comportement est un processus de longue

haleine, et plusieurs années de mise en œuvre du programme peuvent être nécessaires avant que des changements significatifs ne se produisent. C'est pourquoi il est important d'utiliser également les indicateurs de résultats intermédiaires.

L'idéal est de trianguler les sources de données pour au moins comprendre l'écart entre le comportement et l'accès. Par exemple, le pourcentage de personnes ayant utilisé une moustiquaire doit être comparé à celui des personnes ayant accès à des moustiquaires (le ratio utilisation/accès aux MII). De même, pour le paludisme pendant la grossesse, l'écart entre l'utilisation du service (comportement de la cliente) et la réception du service (comportement du prestataire) pourrait être examiné. Le nombre de femmes ayant reçu le TPIg1 ou le TPIg3 pourrait être comparé au nombre de femmes qui se sont rendues aux soins prénataux 1 ou qui ont eu au moins quatre visites de soins prénataux, respectivement. De telles comparaisons permettent aux responsables de programmes d'avoir un aperçu de la mesure dans laquelle les problèmes liés au prestataire ou à l'établissement de santé peuvent empêcher la réception universelle du TPIg parmi les femmes qui viennent pour des soins prénataux.

Forces

Les questions pour la mesure de ces indicateurs sont variées. Elles peuvent être ajoutées à toute grande enquête représentative au niveau national ou à des enquêtes plus petites représentatives d'une zone infranationale, telle qu'une région, un district ou une zone de projet. Elles ont été utilisées dans plusieurs enquêtes auprès des ménages et, pour cette raison, elles sont généralement bien acceptées et des comparaisons dans le temps sont possibles.

Limites

Comportements des ménages

Les réponses des ménages sont sujettes à des déclarations individuelles. Les réponses peuvent être influencées par un biais de désirabilité sociale (lorsque les répondants sont familiers avec le comportement et répondent de la manière "correcte" au lieu de répondre en fonction de leurs véritables actions). Ce biais peut être atténué par l'observation dans certains cas (comme l'accrochage des MII).

MI1. Certaines MII du ménage peuvent être trop endommagées pour être utilisées, ce qui entraîne une surestimation du dénominateur. L'utilisation des MII peut varier en fonction de la saison, de sorte que le moment de la collecte des données peut influencer sur ce résultat.

Paludisme pendant la grossesse. Toutes les femmes ne savent pas forcément qu'elles sont enceintes. D'autres peuvent ne pas souhaiter signaler qu'elles sont enceintes, en particulier si la visite d'enquête a eu lieu au début de la grossesse. Pour cette raison, il est difficile de collecter des données sur toutes les femmes enceintes de l'échantillon. Les femmes peuvent ne pas se souvenir du nom du médicament qu'elles ont pris pendant leur grossesse pour prévenir le paludisme.

Recherche de soins. Cet indicateur n'explique pas pourquoi des conseils ou un traitement n'ont pas été demandés pour certains

enfants. Si la recherche de soins dans les 24 à 48 heures reste importante pour prévenir les cas graves de paludisme, il a été difficile de trouver un moyen cohérent de mesurer cet état de fait.

Dépistage. Cet indicateur ne permet pas de déterminer qui est responsable du résultat. On ne sait pas si c'est parce qu'un prestataire a proposé un test de dépistage du paludisme et/ou l'antipaludéen approprié, ou si un client les a demandés, acceptés ou rejetés. Bien que l'administration de toutes les doses soit un objectif commun de CSC, le comportement lui-même est rarement mesuré en raison des difficultés liées au biais de mémorisation et de désirabilité sociale et à l'accès aux répondants éligibles en temps voulu.

CPS. Ces indicateurs ne permettent pas de savoir pourquoi certains enfants ciblés n'ont pas reçu de CPS.

Vaccin contre la malaria. L'indicateur ne tient pas compte des raisons pour lesquelles certains enfants éligibles n'ont pas reçu le vaccin antipaludique. Il ne permet pas non plus de savoir si les enfants éligibles ont reçu le vaccin selon le schéma posologique recommandé.

Comportements des prestataires

Indicateurs de substitution pour les MIP et la gestion des cas.

Ces indicateurs ne recueillent pas de données auprès du public cible (les prestataires), mais plutôt auprès des femmes et des soignants qui sont les bénéficiaires des comportements des prestataires. Les enquêtes menées dans les établissements de santé sont un meilleur moyen de mesurer les comportements des prestataires.

- **Réception du TPIg.** Cet indicateur ne permet pas de déterminer qui est responsable du résultat. On ne sait pas si c'est parce qu'un prestataire l'a proposé ou si une cliente l'a demandé, accepté ou rejeté. Il n'est pas toujours possible de savoir si un établissement disposait des fournitures nécessaires pour fournir la SP.
- **Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant subi une piqûre au doigt ou au talon.** Il est possible qu'une piqûre au doigt ou au talon n'ait pas été utilisée pour diagnostiquer le paludisme. Par exemple, il peut être utilisé pour diagnostiquer l'anémie ou la typhoïde. Il n'est pas demandé au répondant si la piqûre au doigt ou au talon a été utilisée pour diagnostiquer le paludisme, car elle peut ne pas savoir quelle maladie a été testée.
- **Traitement en fonction des résultats des tests.** Il s'agit d'une mesure de l'adhésion aux résultats des tests de dépistage du paludisme. Les raisons de la non-observance des résultats négatifs des tests ou de la prescription excessive de CTA ne sont pas explorées.
- **Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu une CTA parmi ceux qui ont eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu des médicaments antipaludiques.** Cet indicateur se limite aux enfants qui ont reçu des antipaludiques. Aucune information ne permet de savoir si l'enfant a reçu l'antipaludéen adéquat conformément aux directives nationales. Il mesure simplement si des CTA ont été administrées.



Environnement favorable

Les données sur l'accès géographique sont souvent recueillies dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages, avec des indicateurs tels que le pourcentage de la population vivant à moins de cinq kilomètres d'un établissement de santé (par exemple, EDS, EIP, ECP). L'ECP comprend également des questions visant à déterminer pourquoi un répondant n'a pas cherché à obtenir certains services dans un certain délai ou pas du tout (par exemple, des soins prénataux précoces, la gestion des cas), et les options de réponse comprennent des facteurs structurels tels que la distance et le coût. Cependant, les informations sur les coûts spécifiques, les compétences interpersonnelles des prestataires et les considérations culturelles seraient mieux obtenues auprès des membres de la communauté (par exemple, par le biais d'entretiens avec les clients, de recherches qualitatives) et, dans une certaine mesure (lorsque cela est inclus dans les outils), d'une supervision de soutien.

L'une des façons d'examiner l'équité est de ventiler et d'analyser les données en fonction de la richesse, de l'âge, du sexe, de l'éducation, du langage et d'autres facteurs contextuels pertinents afin d'explorer la relation entre le statut socio-économique et l'utilisation des services de lutte contre le paludisme. Lorsque des données quantitatives ou qualitatives sur les résultats intermédiaires sont disponibles, des profils peuvent être élaborés pour décrire les obstacles et les éléments facilitateurs pour les groupes moins privilégiés (l'outil [Malaria Matchbox](#) fournit davantage de ressources sur la manière d'effectuer une analyse de l'équité pour le paludisme).

Enfin, les données concernant la disponibilité des produits et à la qualité de la prestation de services peuvent être obtenues par le biais d'enquêtes auprès des établissements de santé, du SIGS, du SIGL, d'une supervision de soutien et de données administratives provenant de campagnes. Des informations sur les politiques de lutte contre le paludisme et la qualité de leur mise en œuvre peuvent être trouvées dans les examens des programmes de lutte contre le paludisme et les examens à mi-parcours.

Annexe 3 : Questions de l'enquête, analyse et méthodes de présentation

Pour obtenir des informations sur la manière d'utiliser les indicateurs dans le contexte d'une étude qualitative, veuillez consulter la fiche de référence de chaque indicateur.



Considérations pour la conception de l'enquête, l'analyse et la présentation des résultats

Taille de l'échantillon

Pour les enquêtes de moindre envergure, les responsables de la mise en œuvre doivent veiller à ce que la taille de l'échantillon soit suffisante pour permettre l'analyse de données ventilées pour des populations cibles spécifiques, telles que les femmes enceintes, si la sous-population est ciblée. Un échantillon de taille suffisante est nécessaire pour tirer des interprétations significatives des données et, à cette fin, l'incorporation 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.

Adapter/personnaliser les questions

Publics cibles

En général, ces indicateurs représentent la mesure des individus et non des ménages. Même si les questions sont posées dans le cadre du questionnaire sur les ménages, les réponses ne représentent que l'individu qui les fournit, et non les autres membres du ménage. Si le public cible 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 spécifique ou la concerner, par exemple : "L'enfant de moins de cinq ans a-t-il dormi sous une MII la nuit dernière ?"

Si le groupe cible est constitué de prestataires de soins de santé, les données devront être collectées au moyen d'un questionnaire destiné aux prestataires. Les questions de cette annexe n'ont été testées qu'auprès des ménages, et non des prestataires de santé. Des travaux sont en cours pour élaborer des questions à l'intention des prestataires.

Les outils de collecte de données devraient être conçus ou modifiés pour garantir que les bons schémas de saut sont en place afin que les personnes ne se voient pas poser des questions qui ne s'appliquent pas à elles.

"Je" versus "vous"

Les responsables de la mise en œuvre doivent décider à l'avance, en fonction du contexte, si les recenseurs (personnel chargé de la collecte des données) utilisent le "je" ou le "vous" lorsqu'ils formulent les questions. Le questionnaire doit être adapté en conséquence ; par exemple, "Pendant la saison des pluies **je/vous** crains/craignez presque tous les jours qu'un membre de **ma/votre** famille ne soit atteint de paludisme".

Le contexte local

Les outils de collecte de données doivent être adaptés au contexte du pays. Il s'agit notamment des noms des médicaments contre le paludisme et d'autres médicaments, des structures de santé et des activités de CSC.

Biais de désirabilité sociale

Le biais de désirabilité sociale peut limiter la qualité des données si les répondants pensent que les recenseurs souhaitent entendre certaines réponses. Une façon de savoir si le biais de désirabilité sociale est présent après la collecte des données est d'examiner la distribution des réponses à une certaine question. Si les réponses sont fortement biaisées dans un sens, la question doit être revue pour vérifier si elle a été formulée de manière à donner l'exemple. Toutefois, pour éviter les biais de désirabilité sociale, il faut commencer par poser des questions aussi neutres que possible et faire appel à des enquêteurs compétents qui mènent les entretiens sans porter de jugement.

Analyse, utilisation et interprétation des données

Échelle de Likert

Les questions de type échelle de Likert sont généralement notées de telle sorte que "pas du tout d'accord" est codé à -2 et "tout à fait d'accord" est codé à +2. Les questions qui nécessitent une inversion (Inv) doivent être codées à l'envers. Dans ces cas, "pas du tout d'accord" est codé comme +2, "pas d'accord" est codé comme +1, "d'accord" est codé comme -1, et "tout à fait d'accord" est codé comme -2. Les scores moyens pour chaque échelle sont ensuite générés pour chaque répondant.

Les questions proposées utilisent une échelle de 5 points, mais les pays et les programmes peuvent choisir d'utiliser un éventail plus large d'options de réponse, comme une échelle de 10 points. Un éventail plus large d'options de réponse permet de mieux comprendre le point de vue des répondants tout en réduisant le risque d'une distribution asymétrique des réponses, qui peut limiter la puissance analytique et la précision des résultats. Par exemple, une échelle de Likert à 10 points pourrait être utilisée avec une invite telle que : "Je vais vous lire une série d'affirmations et j'aimerais que vous me donniez un chiffre entre 1 et 10 pour indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec l'affirmation." Lors de l'analyse, le point médian de l'échelle est recodé comme "Ne sait pas". Comme ci-dessus, un score moyen pour chaque échelle

est généré pour chaque répondant, et les répondants dont le score est supérieur à la moyenne sont considérés comme ayant de l'auto-efficacité/de l'efficacité dans la réponse/des attitudes positives/etc.

L'option "Ne sait pas/incertain" n'est pas proposée, mais si le répondant n'est pas sûr de sa réponse, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent toutefois être formés à ne pas mentionner cette option et à ne la sélectionner que si le répondant ne souhaite pas répondre.

Les analystes de données peuvent également indiquer le pourcentage de personnes qui sont d'accord avec l'affirmation en regroupant les catégories "tout à fait d'accord" et "d'accord" en une seule mesure.

Analyse des réponses "ne sait pas"

L'option "ne sait pas" n'est pas présentée aux répondants, aussi les recenseurs peuvent l'utiliser dans le rare cas où un répondant ne peut pas classer sa réponse dans l'une des autres catégories. Lors de l'analyse, les réponses "ne sait pas" peuvent être recodées comme la médiane de la distribution (signifiant la neutralité) lors de la construction d'un score afin que le nombre de valeurs reste le même. Alternativement, les réponses "ne sait pas" peuvent n'être pas prises en compte ou être recodées comme manquantes avant de construire un score.

Ventilation des résultats

Les résultats des indicateurs présentés dans ce guide doivent être ventilés par sexe, et si possible par âge, afin de pouvoir vérifier les différences éventuelles entre les garçons et les filles ou entre les femmes et les hommes. D'autres types courants de ventilation comprennent les étapes de la vie (adolescents, femmes enceintes, personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans, femmes en âge de procréer), l'urbanité, la localisation géographique, l'éducation et le statut socio-économique.

Création de groupes de contrôle

Les évaluations devraient classer les individus selon qu'ils sont exposés ou non aux programmes de CSC. Ces groupes doivent ensuite être comparés en tenant compte des facteurs de confusion potentiels. Les méthodes analytiques peuvent inclure l'appariement des scores de propension pour créer des groupes de contrôle statistiquement appariés et l'analyse de médiation, qui permet aux chercheurs de tester la mesure dans laquelle des changements spécifiques dans les connaissances et les attitudes peuvent être cartographiés et liés à un changement de comportement. Vous trouverez de plus amples informations dans le [Module 5](#) du cours en ligne intitulé "Evidence-Based Malaria Social and Behavior Change Communication" (Communication pour le changement social et comportemental en matière de paludisme fondée sur des données probantes).

Interprétation

Les analystes de données doivent s'assurer qu'ils tirent des conclusions valables des données. Ces conclusions dépendent de la méthode d'échantillonnage et de l'approche analytique adoptée. Des biais peuvent jouer un rôle dans les résultats obtenus. Tout doit être mis en œuvre pour contrôler les biais et les facteurs de confusion.



Crédit : Breakthrough ACTION-Nigéria

Un prestataire de santé remplit sa section de la carte de référence d'un programme de CSC. La carte de référence est utilisée pour contrôler le pourcentage de clients référés qui obtiennent le service.

Triangler les sources de données

Comme indiqué ci-dessus, ces indicateurs doivent être interprétés en tenant compte d'autres informations. Pris isolément, les indicateurs ne sont pas toujours en mesure de répondre aux questions "pourquoi ?" et "et alors ?". En triangulant 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 établissements de santé. Ces informations permettent de fournir une description complète et des explications sur les résultats observés.

Ventilation

La taille globale de l'échantillon affecte également les conclusions qui peuvent être tirées des données. Si les questionnaires de programme ventilent les données en fonction d'un trop grand nombre de catégories, le nombre d'observations dans chaque catégorie peut être trop faible et les intervalles de confiance correspondants seront larges.

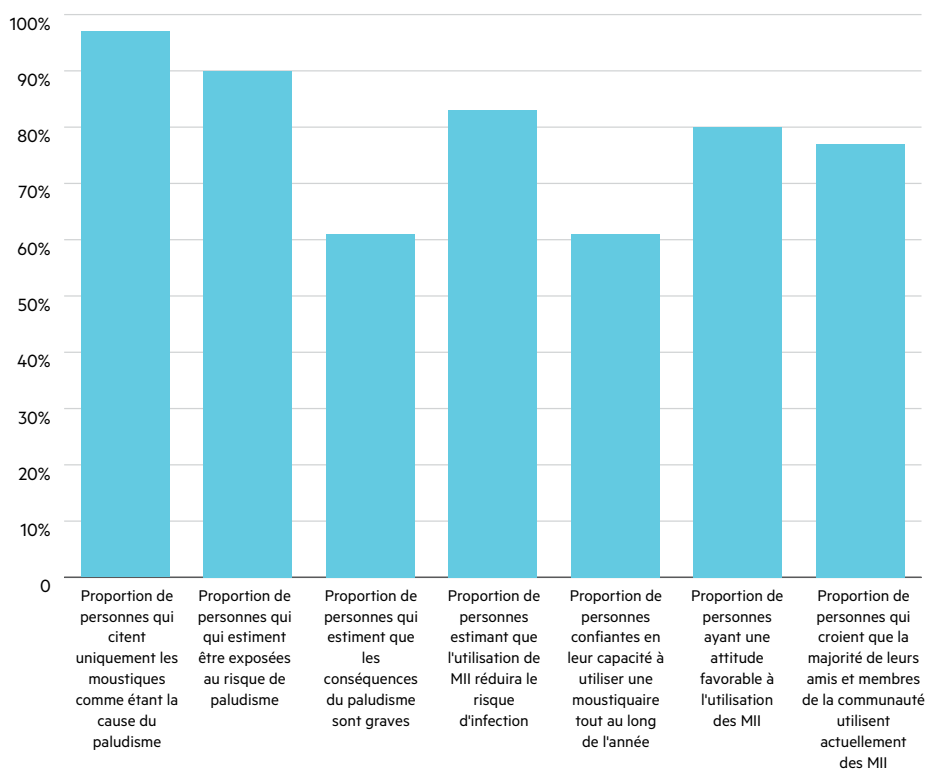
Présenter des quantités et des pourcentages

Les indicateurs présentés dans ce guide produisent des statistiques de base qui peuvent être facilement résumées dans des tableaux ou des graphiques simples. Les données de chaque indicateur peuvent être analysées et présentées dans des tableaux similaires à ceux des rapports EDS ou EIP (voir ci-dessous). Un simple graphique à barres peut également illustrer les résultats pour chaque indicateur ou question.

La structure du graphique et du tableau dépend de l'objectif de l'analyse. Un tableau détaillé comme celui qui suit est utile pour identifier les sous-populations à cibler, tandis qu'un graphique comparant tous les indicateurs de résultats intermédiaires est utile pour identifier les messages qu'un programme de CSC devrait privilégier.

Caractéristique de base	Femmes		Hommes	
	Rappel de messages sur le paludisme	Nombre	Rappel de messages sur le paludisme	Nombre
Âge				
15-24				
15-19				
20-24				
25-29				
30-39				
40-49				
Résidence				
Urbaine				
Rurale				
Endémicité du paludisme				
Épidémie des Highlands				
Épidémie des lacs				
Semi-aride saisonnier				
District				
A				
B				
C				
Éducation				
Pas d'éducation				
Enseignement primaire				
Primaire complet				
Secondaire				
Plus que le secondaire				
Autres caractéristiques pertinentes				

Le graphique ci-dessous montre, par exemple, que la sensibilisation aux moustiques comme cause du paludisme est universelle et que 9 personnes sur 10 pensent qu'elles risquent de contracter le paludisme. Toutefois, les niveaux d'autres indicateurs, en particulier la gravité perçue et l'auto-efficacité perçue, peuvent encore être améliorés de manière substantielle. Seules 6 personnes sur 10 pensent que le paludisme peut être grave et, de même, seules 6 personnes sur 10 pensent qu'elles peuvent utiliser une moustiquaire tout au long de l'année.



Exemples de questions d'enquête



Exposition

Pourcentage de personnes qui se rappellent avoir entendu ou vu des messages sur le paludisme au cours des six derniers mois

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de personnes qui se souviennent avoir entendu ou vu des messages spécifiques sur le paludisme (rapporté par chaque message spécifique)

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de personnes qui se rappellent avoir entendu ou vu un message par le canal de communication « X » (rapporté par chaque canal de communication spécifique)

Les questions nécessaires au calcul de ces indicateurs font partie des questionnaires standard pour l'EIP et l'ECP. Ces données pourraient également être collectées dans le cadre d'enquêtes infranationales plus modestes, en particulier dans les régions où les activités de CSC ont été ciblées.

Le numérateur est obtenu en demandant au répondant⁴ si elle a vu ou entendu des messages sur le paludisme au cours des six derniers mois. Dans les cas où l'enquête est menée plus de six mois après le programme de CSC, le délai peut être ajusté en conséquence. Les responsables de la mise en œuvre doivent toutefois noter qu'un délai plus long entre le programme de CSC et l'enquête introduira probablement plus de biais de mémorisation dans la mesure. Dans les cas où le programme de CSC s'est déroulé sur une période inférieure 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 répondants qui ont répondu par l'affirmative qu'ils avaient vu ou entendu un message sur le paludisme au cours de la période spécifiée. La première question de suivi demande quels sont les messages spécifiques que le répondant a vus ou entendus, et la deuxième question demande où le message a été vu ou entendu. Afin de réduire ou d'éliminer les biais de réponse potentiels, le recenseur doit éviter de demander : "Avez-vous entendu/vu le message X ?" (Oui/Non).

En fonction du contenu de la campagne de communication, l'enquête peut également demander au répondant de compléter une phrase d'accroche ou un jingle associé à la campagne. Cette méthode fonctionne bien pour la radio, la télévision ou même les événements communautaires. Pour les campagnes plus visuelles utilisant des panneaux d'affichage, des affiches ou d'autres supports imprimés, le recenseur peut demander aux répondants d'identifier un logo ou une image familière associée à une campagne. L'enquête peut comporter des questions sur autant de messages spécifiques que nécessaire. Dans le meilleur des cas, les réponses ne sont pas demandées, mais le recenseur peut poser une simple question, comme par exemple "Y a-t-il autre chose ?", pour s'assurer que le répondant a bien réfléchi à la question.

Le dénominateur de tous les indicateurs est le nombre total de répondants à l'enquête. Un autre dénominateur pour les indicateurs supplémentaires pourrait être le "Nombre de répondants qui se souviennent avoir entendu ou vu un message sur le paludisme", si les chercheurs veulent savoir quel message ou canal a eu le plus d'écho auprès de la population cible qui se souvient d'avoir entendu ou vu un message.

Des questions supplémentaires peuvent être incluses dans l'outil de mesure pour fournir plus de détails et d'informations contextuelles, telles que :

Accès à la radio/télévision et fréquence d'utilisation : L'accès à la radio et à la télévision est inclus dans l'ECP, l'EIP et l'EDS, mais seuls les questionnaires de l'ECP et de l'EDS destinés aux femmes comprennent des questions sur la fréquence d'utilisation de la radio et de la télévision. Ces deux sources comprennent également des questions sur l'utilisation et l'accès aux téléphones portables.

Compréhension d'un message ou d'un jingle spécifique, par exemple si le message concerne l'utilisation des MII, la recherche d'un traitement rapide en cas de fièvre ou la reconnaissance des signes de danger du paludisme : Cette question doit être posée de manière ouverte et non guidée.

L'enquête peut également porter sur un canal de communication qui n'est pas utilisé dans le cadre du programme de CSC afin de mesurer l'ampleur du biais de désirabilité sociale inhérent aux réponses. Le biais de désirabilité sociale se produit lorsque le répondant essaie de donner la réponse socialement correcte ou celle qui, selon lui, plaira à l'enquêteur, plutôt qu'une réponse vraie. Ce contrôle est particulièrement utile dans un environnement où les canaux de communication sont relativement peu nombreux.

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

⁴Dans le présent document, le terme "répondants" désigne les personnes sélectionnées pour participer à l'enquête. Les répondants seront sélectionnés sur la base de la méthodologie d'échantillonnage de l'enquête et devraient être représentatifs de la population cible du programme de lutte contre le paludisme. La "population cible" désigne l'ensemble des entités (individus ou groupes sociaux) auxquelles le programme ou l'activité est destiné, ou la population d'intérêt.

Question N°	Question	Réponses	Code
101	Au cours des six derniers mois, avez-vous vu ou entendu des messages sur le paludisme ?	OUI NON	1 0
102	Où avez-vous entendu ou vu les messages ou les informations ? Quelque part ailleurs ?	CLINIQUE/HÔPITAL PUBLIC AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AMIS/FAMILLE LIEU DE TRAVAIL GROUPE DE THÉÂTRE PAIRS ÉDUCATEURS AFFICHES/PANNEAUX D'AFFICHAGE TÉLÉVISION RADIO PRESSE ÉCRITE ÉCOLE MOSQUÉE DIRIGEANTS COMMUNAUTAIRES SMS/CHAT/EMAIL MÉDIAS SOCIAUX DIRIGEANTS POLITIQUES AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 88 99

Question N°	Question	Réponses	Code
103	Quels messages sur le paludisme avez-vous entendus ou vus ? Manque-t-il quelque chose ?	DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE TRAITÉE	1
		TOUT LE MONDE DEVRAIT DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE TRAITÉE CHAQUE NUIT	2
		LES FEMMES ENCEINTES DEVRAIENT SE RENDRE À PLUSIEURS VISITES PRÉNATALES	3
		LES FEMMES ENCEINTES DEVRAIENT PRENDRE DES MÉDICAMENTS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME	4
		TOUTE PERSONNE AYANT DE LA FIÈVRE DEVRAIT SE RENDRE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ POUR Y SUBIR DES TESTS ET Y RECEVOIR UN TRAITEMENT	5
		LES ENFANTS QUI ONT DE LA FIÈVRE DEVRAIENT ÊTRE CONDUITS SANS DÉLAI DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	6
		UN TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE PERMET DE SAVOIR SI UNE FIÈVRE EST DUE AU PALUDISME	7
		TRAITEMENT EN ACTE LIBRE	8
		VEILLER À CE QUE LES ENFANTS REÇOIVENT LES MÉDICAMENTS QUI PRÉVIENNENT LE PALUDISME PENDANT LA SAISON DES PLUIES	9
		SE RENDRE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ SI VOUS MANQUEZ LA VISITE D'UN AGENT DE SANTÉ POUR OBTENIR DES MÉDICAMENTS QUI PRÉVIENNENT LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS PENDANT LA SAISON DES PLUIES	10
		DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE CHAQUE NUIT POUR ÉVITER LES PIQÛRES DE MOUSTIQUES	11
		COMMENT INSTALLER DES MOUSTIQUAIRES DE LIT	12
		COMMENT LAVER UNE MOUSTIQUAIRE DE LIT	13
		COMMENT DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE DE LIT	14
		OÙ TROUVER DES MOUSTIQUAIRES DE LIT GRATUITES	15
		LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DEVRAIENT DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE DE LIT POUR ÉVITER LES PIQÛRES DE MOUSTIQUES	16
		NETTOYER LES ENVIRONS	17
AUTRE (PRÉCISER) :	88		
NE SAIT PAS	99		
104	Pouvez-vous compléter la phrase suivante : [Insérer les premiers mots de l'accroche de CSC spécifique au paludisme dans le pays]".	OUI	1
		NON	0
		NE SAIT PAS	99

Question N°	Question	Réponses	Code
105	Où avez-vous entendu ou vu cette phrase ?	CLINIQUE/HÔPITAL PUBLIC AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AMIS/FAMILLE LIEU DE TRAVAIL GROUPES DE THÉÂTRE COMMUNAUTAIRES/ ÉVÉNEMENTIELS PAIRS ÉDUCATEURS FFICHES/PANNEAUX D'AFFICHAGE TÉLÉVISION RADIO PRESSE ÉCRITE MOSQUÉE/ÉGLISE DIRIGEANTS COMMUNAUTAIRES MÉDIAS SOCIAUX SMS/CHAT/EMAIL INTERNET AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 88 99
106	Lesquels de ces logos/photos reconnaissez-vous ? [L'enquêteur montre trois images, dont le logo utilisé dans le cadre de l'activité de CSC ; les deux autres sont inventées]	LOGO DE LA CAMPAGNE UNIQUEMENT LOGO DE LA CAMPAGNE ET UN AUTRE AUTRES LOGOS UNIQUEMENT N'A RECONNU AUCUN LOGO	1 2 3 4
107	Où avez-vous vu cette image ?	CLINIQUE/HÔPITAL PUBLIC AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AMIS/FAMILLE LIEU DE TRAVAIL GROUPES DE THÉÂTRE COMMUNAUTAIRES/ ÉVÉNEMENTIELS PAIRS ÉDUCATEURS FFICHES/PANNEAUX D'AFFICHAGE TÉLÉVISION RADIO PRESSE ÉCRITE MOSQUÉE/ÉGLISE DIRIGEANTS COMMUNAUTAIRES MÉDIAS SOCIAUX SMS/CHAT/EMAIL INTERNET AUTRE (PRÉCISER) : NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 88 99



Connaissances

Pourcentage de personnes qui citent uniquement les moustiques comme étant la cause du paludisme

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de personnes qui citent uniquement les moustiques comme étant la cause du paludisme

Pour cet indicateur, "connaissance de la cause du paludisme", le répondant est interrogé sur les causes du paludisme et le recenseur note les réponses mentionnées. Les options du questionnaire doivent inclure les moustiques ou les piqûres de moustiques. Les autres options doivent des malentendus courants spécifiques au contexte sur la cause du paludisme. Le répondant est compté dans le numérateur s'il mentionne les moustiques ou les piqûres de moustiques comme cause du paludisme.

En ce qui concerne l'indicateur optionnel supplémentaire, certaines analyses ont montré que dans certaines régions, les répondants qui pensent que seuls les moustiques causent le paludisme sont plus susceptibles de dormir sous des MII. Pour cet indicateur, les répondants sont comptés dans le numérateur si elles citent *uniquement* les moustiques comme cause du paludisme, et ne citent aucune cause incorrecte de paludisme. Les responsables de la mise en œuvre peuvent mesurer des indicateurs supplémentaires s'ils le jugent utile pour le programme.

Question N°	Question	Réponses	Code
201	Selon vous, quelle est la cause du paludisme ?	PIQÛRES DE MOUSTIQUES	1
		MANGER DE LA NOURRITURE SALE	2
	Autre chose ?	MANGER DES FRUITS PAS MÛRS	3
		ÊTRE MAL-NOURRI	4
		ENREGISTRER TOUTES LES MENTIONS	NE PAS AVOIR UNE ALIMENTATION SAINES
		BOIRE DE L'EAU SALE	6
		ENVIRONNEMENT SALE	7
		BOIRE DE LA BIÈRE	8
		ÊTRE TREMPÉ PAR LA PLUIE	9
		TEMPS FROID OU CHANGEANT	10
		SORCELLERIE	11
		DENTITION	12
		INDIGESTION	13
		SOLEIL	14
		MANGER DE L'HUILE	15
		TRAVAUX LOURDS	16
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
	NE SAIT PAS	99	

Pourcentage de personnes sachant que le principal symptôme du paludisme est la fièvre

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de répondants connaissant les signes de danger et les symptômes du paludisme grave

Pour l'indicateur "connaissance des symptômes du paludisme", il est demandé au répondant de citer les principaux signes ou symptômes du paludisme. Les réponses doivent être spontanées afin de minimiser les biais, mais l'enquêteur doit interroger les répondants pour s'assurer qu'ils ont la possibilité de fournir plusieurs réponses. Une question typique serait : "Y a-t-il d'autres signes de paludisme ?" Pour être pris en compte dans le numérateur, le répondant doit identifier la fièvre parmi ses réponses.

Le numérateur de l'indicateur optionnel supplémentaire serait obtenu en demandant au répondant de citer les signes de danger du paludisme. Les répondants ne doivent être pris en compte que s'ils sont capables de citer au moins une caractéristique clinique sur la base des lignes directrices de l'OMS : troubles de la conscience, prostration/faiblesse extrême, convulsions, détresse respiratoire, collapsus circulatoire/choc, lésions rénales aiguës, jaunisse clinique et hémorragies anormales. Les réponses doivent être spontanées afin de minimiser les biais, mais l'enquêteur doit interroger les répondants pour s'assurer qu'ils ont la possibilité de fournir plusieurs réponses.

Question N°	Question	Réponses	Code
301	Quels sont les signes ou les symptômes qui vous amènent à penser qu'une personne est atteinte de paludisme ? Autre chose ? ENREGISTRER TOUTES LES MENTIONS	FIÈVRE	1
		SENSATION DE FROID	2
		MAUX DE TÊTE	3
		NAUSÉES ET VOMISSEMENTS	4
		DIARRHÉE	5
		VERTIGES	6
		PERTE D'APPÉTIT	7
		DOULEURS CORPORELLES OU ARTICULAIRES	8
		YEUX PÂLES	9
		PAUMES AU GOÛT SALÉ	10
		SENSATION DE FAIBLESSE	11
		REFUS DE MANGER OU DE BOIRE	12
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
		NE SAIT PAS	99
302	Quels sont les principaux signes de danger du paludisme ? Autre chose ? ENREGISTRER TOUTES LES MENTIONS	CRISE / CONVULSIONS	1
		ÉVANOUISSEMENT	2
		TOUTE FIÈVRE	3
		FORTE FIÈVRE	4
		TORTICOLIS	5
		SENSATION DE FAIBLESSE	6
		PAS ACTIF	7
		FRISSONS/GRELOTTEMENT	8
		INCAPACITÉ À MANGER	9
		VOMISSEMENTS	10
		PLEURER TOUT LE TEMPS	11
		AGITÉ	12
		DIARRHÉE	13
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
NE SAIT PAS	99		

Pourcentage de personnes qui savent que la bonne façon de diagnostiquer le paludisme est un test de dépistage (par TDR ou microscopie)

La question suivante peut être utilisée pour évaluer les connaissances de la population générale ou des soignants sur les directives de diagnostic du paludisme. Elle peut être adaptée aux prestataires en remplaçant "parents" par "prestataires" dans l'évaluation d'un établissement de santé ou dans un autre questionnaire destiné aux prestataires.

Des réponses telles que "Emmener l'enfant chez un prestataire de soins de santé" peuvent indiquer une prise de conscience de l'importance d'un diagnostic professionnel, mais cela ne confirme pas qu'ils savent que le test est recommandé. D'autres réponses potentielles peuvent inclure "examiner les symptômes de l'enfant" ou "examen physique" et il peut être utile de voir la distribution de ces réponses parmi les prestataires. Cependant, seules les personnes ayant sélectionné "Prélever du sang pour un test de dépistage du paludisme" répondent aux critères de l'indicateur.

Les réponses doivent être spontanées afin de minimiser les biais, mais l'enquêteur doit interroger les répondants (par exemple, "Autre chose ?") pour s'assurer qu'ils ont la possibilité de fournir plusieurs réponses.

Question N°	Question	Réponses	Code
401	Que doivent faire les parents pour savoir avec certitude si leur enfant est atteint de paludisme ? Autre chose ? POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES	EMMENER L'ENFANT CHEZ UN PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ	1
		PRÉLEVER DU SANG POUR UN TEST DE DÉPISTAGE DU PALUDISME	2
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
		NE SAIT PAS	99

Pourcentage de personnes connaissant le traitement du paludisme

Pour cet indicateur, "connaissance du traitement du paludisme", il est demandé au répondant de citer le médicament le plus efficace utilisé pour traiter le paludisme. Les réponses doivent être spontanées afin de minimiser les biais. Une seule réponse est demandée au répondant. Le répondant est compté dans le numérateur s'il cite les CTA comme le traitement le plus efficace, mais le contexte spécifique au pays doit être appliqué à cette mesure. Par exemple, un nom local pour la CTA est une réponse acceptable.

Question N°	Question	Réponses	Code
501	Quel est le médicament le plus efficace utilisé pour traiter le paludisme ? ENREGISTRER TOUTES LES MENTIONS	SP/FANSIDAR	1
		CHLOROQUINE	2
		QUININE	3
		NOUVEAU MÉDICAMENT/ACTE CONTRE LE PALUDISME	4
		ASPIRINE, PANADOL, PARACÉTAMOL	5
		HERBES OU MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	6
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
		NE SAIT PAS	99

Pourcentage de personnes connaissant des mesures de prévention recommandées contre le paludisme

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de personnes ayant des idées fausses sur des pratiques efficaces de prévention du paludisme

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de personnes sachant que le TPIg est un moyen de protéger une mère et son bébé contre le paludisme pendant la grossesse (sous-analyse)

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de prestataires connaissant les directives nationales relatives au dosage du TPIg (moment et fréquence)

Pour l'indicateur "connaissance des mesures préventives", il est demandé au répondant de citer une ou plusieurs mesures préventives contre le paludisme. Les options du questionnaire doivent inclure les mesures préventives pertinentes mises en œuvre dans la communauté ; il peut s'agir de l'utilisation de MII, de la prise de médicaments préventifs pendant la grossesse, de la prise d'une prophylaxie saisonnière ou de la pulvérisation d'insecticide dans la maison. Si l'une de ces mesures préventives n'est pas mise en œuvre dans la communauté cible, comme la prophylaxie saisonnière, elle ne doit pas être incluse comme option. D'autres options devraient inclure de fausses mesures préventives contre le paludisme, notamment couper l'herbe, garder les alentours de la maison propres et éviter de boire de l'eau sale. Le répondant n'est compté dans le numérateur que s'il cite au moins une des interventions préventives pertinentes et aucun des comportements incorrects.

L'indicateur optionnel supplémentaire (personnes ayant des idées fausses) est l'inverse de la connaissance des mesures préventives. Les répondants sont inclus dans le numérateur s'ils citent l'un des comportements incorrects.

Pour l'indicateur optionnel supplémentaire "connaissance du TPIg", le numérateur est le nombre de répondants qui ont choisi "prendre des médicaments préventifs" à la question 601 et le dénominateur est le nombre de répondants dans l'échantillon.

Question N°	Question	Réponses	Code
601	Comment peut-on se protéger contre le paludisme ? Autre chose ? ENREGISTRER TOUTES LES MENTIONS	DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE	1
		DORMIR SOUS UN INSECTICIDE	
		MOUSTIQUAIRE TRAITÉE	2
		UTILISER UN ANTI-MOUSTIQUE	3
		ÉVITER LES PIQÛRES DE MOUSTIQUES	4
		PRENDRE DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS PENDANT LA GROSSESSE	5
		PULVÉRISER DE L'INSECTICIDE DANS LA MAISON	6
		UTILISER DES SPIRALES ANTI-MOUSTIQUES	7
		COUPER L'HERBE AUTOUR DE LA MAISON	8
		COMBLER LES FLAQUES D'EAU (EAU STAGNANTE)	9
		GARDER LES ALENTOURS DE LA MAISON PROPRES	10
		BRÛLER DES FEUILLES	11
		NE PAS BOIRE D'EAU SALE	12
		NE PAS MANGER DE MAUVAIS ALIMENTS	13
		METTRE DES MOUSTIQUAIRES AUX FENÊTRES	
NE PAS SE FAIRE TREMPER PAR LA PLUIE	14		
AUTRE (PRÉCISER) :	15		
NE SAIT PAS	88		
	99		

Indicateur optionnel supplémentaire : Pourcentage de personnes connaissant les directives relatives au calendrier et à la fréquence des soins prénataux/TPIg

Pour mesurer la sensibilisation d'une population telle que les femmes en âge de procréer, les questions 601, 602 et 603 seraient posées et le nombre de femmes ayant répondu correctement à chaque question pourrait être calculé. Par ailleurs, le nombre de femmes ayant répondu correctement à TOUTES les trois questions pourrait également être utilisé pour évaluer le pourcentage de femmes ayant des connaissances approfondies.

Une variante pour les prestataires peut être élaborée à l'aide des questions 604, 605 et 606. La source de données serait une enquête auprès des prestataires (comme celles menées lors de l'évaluation d'un établissement de santé).

Question N°	Question	Réponses	Code
601 FEMMES	Quand une femme enceinte doit-elle se rendre pour la première fois à un centre de soins prénatals ?	DÈS QU'ELLE SAIT QU'ELLE EST ENCEINTE	1
		LORSQUE LE BÉBÉ COMMENCE À BOUGER	2
		PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE	3
		DÉBUT DU 4ÈME MOIS OU DU 2ÈME TRIMESTRE	4
		À TOUT MOMENT DE LA GROSSESSE	5
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
		NE SAIT PAS	99
602 FEMMES	Combien de fois une femme doit-elle se rendre à une visite prénatale au cours d'une même grossesse ?	NOMBRE DE FOIS	---
		NE SAIT PAS	99
603 FEMMES	Combien de fois pendant sa grossesse une femme doit-elle recevoir des médicaments pour l'empêcher de contracter le paludisme ?	NOMBRE DE FOIS	---
		NE SAIT PAS	99
604 PRESTATAIRE	Quel est le nom du médicament que l'on donne aux femmes enceintes pour les empêcher de contracter le paludisme ? POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES. ENTOUREZ TOUTES LES RÉPONSES. SONDEZ UNE SEULE FOIS : AUTRE CHOSE ?	FANSIDAR	1
		CHLOROQUINE	2
		METAKELFIN	3
		MEFLOQUINE	4
		ARTÉMÉTHER/LUMÉFANTRINE	5
		QUININE	6
		COARTEM	7
		REMÈDES À BASE DE PLANTES	8
		AUTRE	88
		NE SAIT PAS	99
605 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
		LORSQUE LE BÉBÉ BOUGE POUR LA PREMIÈRE FOIS	2
		LORS DE SA PREMIÈRE VISITE DE SOINS PRÉNATALS	3
		DÉBUT DU 4ÈME MOIS OU DU 2ÈME TRIMESTRE	4
		À TOUT MOMENT DE LA GROSSESSE	5
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
		NE SAIT PAS	99

606 PRESTATAIRE	Combien de doses de comprimés antipaludiques une femme enceinte doit-elle prendre pendant sa grossesse pour éviter de contracter le paludisme ?	UNE	1
		DEUX	2
		TROIS	3
		PLUS DE TROIS	4
		NE SAIT PAS	99



Risque et efficacité

Pourcentage de personnes qui perçoivent être exposées au risque de paludisme

Pour calculer la **sensibilité perçue**, un score moyen pour les questions 701 à 706 est calculé pour chaque individu. Les échelles de Likert sont converties de telle sorte que "pas du tout d'accord" est codé à +2, "plutôt pas d'accord" est codé à +1, "plutôt d'accord" est codé à -1, et "tout à fait d'accord" est codé à -2. Les réponses aux questions inverses (marquées "Inv") doivent être codées en sens inverse. L'option "Ne sait pas/incertain" n'est pas proposée, mais si le répondant n'est pas sûr de sa réponse, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent cependant être formés pour encourager les répondants à choisir une réponse dans l'une des autres catégories. Notez que les questions doivent être inversées.

Les personnes dont le score moyen négatif est inférieur à zéro sont considérées comme ayant une "faible perception du risque", et celles dont le score moyen positif est supérieur à zéro sont considérées comme ayant une "forte perception du risque". Il est alors facile d'obtenir la proportion totale d'individus qui perçoivent être exposés au risque de paludisme.

Pourcentage de personnes qui estiment que les conséquences du paludisme sont graves

Pour calculer la **gravité perçue**, un score moyen pour les questions 801 à 806 est calculé pour chaque individu (les questions 804 et 805 sont inversées). Les personnes dont le score moyen positif est supérieur à zéro sont classées dans la catégorie "gravité perçue élevée" et celles dont le score moyen négatif est inférieur à zéro sont classées dans la catégorie "gravité perçue faible". La proportion totale de personnes ayant perçu le paludisme comme une maladie grave peut alors être calculée.

		PAS DU TOUT D'ACCORD	PLUTÔT PAS D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD	NE SAIT PAS / INCERTAIN
SENSIBILITÉ						
701	Presque chaque année, quelqu'un dans cette communauté est atteint d'un cas grave de paludisme.	1	2	3	4	99
702	Quand votre enfant a de la fièvre, vous craignez presque toujours qu'il s'agisse du paludisme.	1	2	3	4	99
703	Pendant la saison des pluies, vous craignez presque chaque jour qu'un membre de votre famille ne soit atteint du paludisme.	1	2	3	4	99
704	Chaque mois, un membre de votre foyer tombe malade du paludisme.	1	2	3	4	99
GRAVITÉ						
801	Même une personne en bonne santé peut tomber gravement malade à cause du paludisme.	1	2	3	4	99
802	Le paludisme peut vous rendre très malade.	1	2	3	4	99
803	Si vous contractez le paludisme, cela peut affecter votre capacité à travailler ou à vous occuper de votre famille.	1	2	3	4	99
804	Même une personne en bonne santé peut tomber gravement malade à cause du paludisme.	1	2	3	4	99

		PAS DU TOUT D'ACCORD	PLUTÔT PAS D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD	NE SAIT PAS / INCERTAIN
805	S'il n'est pas traité rapidement, le paludisme chez les enfants peut entraîner la mort.	1	2	3	4	99

Pourcentage de personnes qui pensent que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque

Pour calculer l'**efficacité de la réponse**, un score moyen est calculé. Pour cet indicateur, les échelles de Likert sont converties de telle sorte que "pas du tout d'accord" est codé comme -2 et "tout à fait d'accord" est codé comme +2, et les réponses aux questions inverses (Inv) sont codées à l'envers. L'option "Ne sait pas/incertain" n'est pas proposée, mais si le répondant n'est pas sûr de sa réponse, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent cependant être formés pour encourager les répondants à choisir une réponse dans l'une des autres catégories.

Un score moyen supérieur à zéro pour les questions sur les PID représente une personne qui perçoit les PID comme une protection contre le paludisme. De même, un score moyen supérieur à zéro pour les questions sur les MII signifie que le répondant pense que les MII le protègent du paludisme, et un score moyen supérieur à zéro pour les questions sur le TPIg indique que le répondant pense que le traitement préventif pendant la grossesse est efficace. Un score moyen supérieur à zéro pour les questions relatives au diagnostic indique que le répondant croit en l'efficacité des diagnostics. Enfin, un score moyen supérieur à zéro pour les questions relatives au traitement correspond à une personne qui perçoit les CTA ou tout autre traitement pertinent comme efficace pour traiter le paludisme.

	QUESTIONS SUR L'EFFICACITÉ DES RÉPONSES	PAS DU TOUT D'ACCORD	PLUTÔT PAS D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD	NE SAIT PAS / INCERTAIN
PULVÉRISATION INTRA-DOMICILIAIRE RÉSIDUELLE (PID)						
901	La pulvérisation des murs intérieurs d'une maison est un moyen efficace de prévenir le paludisme.	1	2	3	4	99
902	Les personnes qui vivent dans des maisons qui ont été pulvérisées sont moins susceptibles de contracter le paludisme.	1	2	3	4	99
UTILISATION DE MII						
904	Les moustiquaires me protègent, que je dorme sur une natte ou dans un lit.	1	2	3	4	99
905 (Inv)	Le risque de contracter le paludisme est le même, que l'on dorme ou non sous une moustiquaire.	1	2	3	4	99
906	Dormir sous une moustiquaire chaque nuit est le meilleur moyen d'éviter de contracter le paludisme.	1	2	3	4	99
907	Les moustiquaires sont efficaces pour prévenir les piqûres de moustiques.	1	2	3	4	99
SOINS PRÉNATALS						
908	Consulter des professionnels de la santé (médecin, infirmière) au cours des deux premiers mois de la grossesse est un bon moyen de vérifier si le bébé et la mère sont en bonne santé.	1	2	3	4	99
909	Peu importe quand une femme enceinte se rend pour la première fois à un centre de soins prénatals.	1	2	3	4	99

	QUESTIONS SUR L'EFFICACITÉ DES RÉPONSES	PAS DU TOUT D'ACCORD	PLUTÔT PAS D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT PENDANT LA GROSSESSE (TPIg)						
910	Le médicament pour prévenir le paludisme pendant la grossesse est efficace et permet à la mère de rester en bonne santé.	1	2	3	4	99
911 (Inv)	La prise du médicament pour prévenir le paludisme pendant la grossesse n'améliorera pas la santé du bébé.	1	2	3	4	99
912 (Inv)	Les risques de contracter le paludisme pendant la grossesse sont les mêmes, qu'une femme enceinte prenne ou non le médicament pour prévenir le paludisme.	1	2	3	4	99
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT						
913 (Inv)	Les parents peuvent diagnostiquer le paludisme à partir des symptômes de leur(s) enfant(s), tout aussi bien qu'un test sanguin de dépistage du paludisme.	1	2	3	4	99
914 (Inv)	Les médicaments contre le paludisme que vous achetez sur le marché sont aussi bons que ceux qui sont distribués dans les établissements de santé.	1	2	3	4	99
915 (Inv)	Une personne doit prendre un médicament contre le paludisme même si le résultat du test indique que la fièvre n'est pas due au paludisme.	1	2	3	4	99
CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER						
916	Les médicaments de la CPS protègent efficacement les enfants contre le paludisme.	1	2	3	4	99
917 (Inv)	Les médicaments de la CPS ne seront pas efficace si mon enfant ne prend pas toutes les doses.	1	2	3	4	99

Pourcentage de personnes qui ont confiance en leur capacité à adopter un comportement spécifique lié au paludisme

Les échelles de Likert sont converties de telle sorte que "pourrait certainement" est codé à +2 et "ne pourrait certainement pas" est codé à -2. L'option "Ne sait pas/incertain" n'est pas proposée, mais si le répondant n'est pas sûr de sa réponse, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent cependant être formés pour encourager les répondants à choisir une réponse dans l'une des autres catégories.

Pour les différentes composantes de l'indicateur dans son ensemble, un score moyen supérieur à zéro correspond à une auto-efficacité perçue élevée, tandis qu'un score moyen inférieur à zéro correspond à une auto-efficacité perçue faible.

Je vais vous demander une série d'actions que vous pourriez entreprendre, et j'aimerais que vous me disiez dans quelle mesure vous êtes sûr de pouvoir réaliser cette action avec succès. Pour chaque action, veuillez me dire si vous pensez que vous pourriez certainement, probablement, probablement pas ou certainement pas réussir. ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE LA RÉPONSE "NE SAIT PAS"/"INCERTAIN" ET NE L'UTILISER QUE SI LE RÉPONDANT 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
UTILISATION DE MII						
1001	Dormir sous une moustiquaire toute la nuit pendant la saison des pluies.	1	2	3	4	99
1002	Dormir sous une moustiquaire toute la nuit pendant la saison sèche.	1	2	3	4	99
1003	Dormir sous une moustiquaire toutes les nuits de l'année.	1	2	3	4	99
RECHERCHER UN DIAGNOSTIC ET UN TRAITEMENT						
1004	Trouver l'argent nécessaire pour emmener rapidement l'enfant à un établissement de santé quand il a de la fièvre.	1	2	3	4	99
1005	Si vous avez besoin d'une autorisation, demandez à votre mari ou à un autre membre de la famille d'emmener votre enfant à un établissement de santé ou au prestataire de soins (médecin, infirmière) quand il a de la fièvre.	1	2	3	4	99
1006	Emmener votre enfant à un établissement de santé le jour même ou le jour suivant où il a de la fièvre.	1	2	3	4	99
1007	Demander une analyse de sang dans un établissement de santé si vous pensez que votre enfant est atteint de paludisme.	1	2	3	4	99
1008	Trouver l'argent nécessaire pour payer le médicament recommandé par le prestataire de soins (médecin, infirmière) pour traiter le paludisme.	1	2	3	4	99

		NE POURRAIT CERTAINEMENT PAS	NE POURRAIT PROBABLEMENT PAS	POURRAIT PROBABLEMENT	POURRAIT CERTAINEMENT	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT PENDANT LA GROSSESSE (TPIg)						
1009	Consulter un service de soins prénatals dès que vous pensez être enceinte.	1	2	3	4	99
1010	Convaincre votre conjoint de vous accompagner pour les soins prénatals	1	2	3	4	99
1011	Suivre les soins prénatals même si votre chef religieux n'est pas d'accord.	1	2	3	4	99
1012	Demander le médicament pour prévenir le paludisme pendant la grossesse lors de votre consultation prénatale.	1	2	3	4	99
1013	Prendre le médicament pour prévenir le paludisme pendant la grossesse si le prestataire de soins (médecin, infirmière) vous le propose.	1	2	3	4	99
1014	Poser au prestataire de soins (médecin, infirmière) toutes les questions que vous pourriez avoir sur le médicament contre le paludisme.	1	2	3	4	99
PULVÉRISATION INTRA-DOMICILIAIRE RÉSIDUELLE						
1015	Déplacer tous vos meubles hors de ma maison pour préparer la maison à la pulvérisation.	1	2	3	4	99
1016	Dormir dans ma maison la nuit où elle est pulvérisée.	1	2	3	4	99
1017	Ne pas replâtrer ou repeindre les murs après la pulvérisation, pendant 6 mois/un an**.	1	2	3	4	99
CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER						
1018	Donner à votre enfant toutes les pilules de CPS que le distributeur vous a laissées.	1	2	3	4	99

*en fonction de la politique nationale

** dépend de l'insecticide utilisé



Attitudes

Pourcentage de personnes ayant une attitude favorable à l'égard du produit, de la pratique ou du service

Les recenseurs mesurent l'attitude en demandant aux répondants dans quelle mesure ils sont en accord ou en désaccord avec ces déclarations, généralement sur une échelle de cinq points (de type Likert).

Les déclarations doivent toutes correspondre au même comportement, au même produit ou à la même question. Les répondants expriment leurs valeurs en termes de résultat escompté du comportement, de bénéfice ou de préjudice escompté, ou d'attributs positifs et négatifs du comportement ou du produit.

Pour calculer l'attitude d'un répondant, un score moyen est calculé pour les questions de cette section pour ce répondant. Les échelles de Likert sont converties de telle sorte que "pas du tout d'accord" est codé comme -2 et "tout à fait d'accord" est codé comme +2. Les questions inversées sont codées à l'envers. L'option "Ne sait pas/incertain" n'est pas proposée, mais si le répondant n'est pas sûr de sa réponse, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent toutefois être formés à ne pas mentionner cette option et à ne la sélectionner que si le répondant ne souhaite pas répondre. Toute réponse "ne sait pas" n'est pas prise en compte dans le calcul de la moyenne.

Un score moyen inférieur à zéro correspond à une attitude défavorable à l'égard du produit, de la pratique ou du service, tandis qu'un score moyen supérieur à zéro correspond à une attitude favorable à l'égard du produit, de la pratique ou du service.

		PAS DU TOUT D'ACCORD	PLUTÔT PAS D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT PENDANT LA GROSSESSE (TPIg)						
1101 (Inv)	Une femme qui a déjà accouché n'a pas besoin de consulter un prestataire de santé (médecin, infirmière) dès qu'elle pense être enceinte.	1	2	3	4	98
1102 (Inv)	Si une femme enceinte se sent en bonne santé, elle n'a pas besoin de consulter un prestataire de santé (médecin, infirmière).	1	2	3	4	99
1103	Le médicament administré aux femmes enceintes pour prévenir le paludisme pendant la grossesse est sans danger pour elles et leurs bébés.	1	2	3	4	99
1104	Les avantages de la prise du médicament pour prévenir le paludisme pendant la grossesse valent bien l'inconfort qu'il peut causer.	1	2	3	4	99
MII						
1108 (Inv)	Il n'est pas facile de dormir sous une moustiquaire, car chaque nuit, il faut la déplier et recouvrir l'espace de sommeil.	1	2	3	4	99
1109 (Inv)	Vous n'aimez pas dormir sous une moustiquaire lorsqu'il fait trop chaud.	1	2	3	4	99
1110 (Inv)	Dormir sous une moustiquaire est un inconvénient pour un couple qui veut faire des enfants.	1	2	3	4	99
1111 (Inv)	L'odeur de l'insecticide rend inconfortable le fait de dormir sous une moustiquaire.	1	2	3	4	99

		PAS DU TOUT D'ACCORD	PLUTÔT PAS D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
1112	Les moustiquaires imprégnées d'insecticide ne présentent pas de risque pour la santé.	1	2	3	4	99
1113 (Inv)	Les moustiquaires plus chères sont plus efficaces que les moustiquaires moins chères ou gratuites.	1	2	3	4	99
1114	Il est plus facile de passer une bonne nuit de sommeil lorsque l'on dort sous une moustiquaire.	1	2	3	4	99
1115	Les moustiquaires sont généralement faciles à utiliser pour dormir.	1	2	3	4	99
1116	Vous utiliseriez une moustiquaire pour dormir, quelle que soit sa forme.	1	2	3	4	99
1117	Vous utiliseriez une moustiquaire pour dormir, quelle que soit sa couleur.	1	2	3	4	99
1118 (Inv)	Les moustiquaires traitées attirent les punaises de lit et d'autres insectes.	1	2	3	4	99
1119	Vous dormiriez sous une moustiquaire, quel que soit le matériau dont elle est faite.	1	2	3	4	99
RECHERCHE DE SOINS ET ADHÉSION AU TRAITEMENT						
1120	Lorsque vous pensez que votre enfant est atteint de paludisme, la seule source de soins fiable est un agent de santé ou un agent de santé communautaire.	1	2	3	4	99
1121 (Inv)	Vous préférez que votre enfant reçoive le médicament contre le paludisme par injection plutôt que de l'avalier sous forme de comprimés.	1	2	3	4	99
1122 (Inv)	Lorsque votre enfant a de la fièvre, il est préférable de commencer par lui donner les médicaments que vous avez à la maison.	1	2	3	4	99
1123 (Inv)	Lorsque votre enfant a de la fièvre, vous préférez d'abord aller quelque part acheter des médicaments avant de l'emmener voir un prestataire de santé (médecin, infirmière).	1	2	3	4	99
1124 (Inv)	Lorsque votre enfant a de la fièvre, vous préférez attendre un jour pour voir s'il va mieux avant de vous rendre dans un établissement de santé ou auprès d'un agent de santé communautaire.	1	2	3	4	99

		PAS DU TOUT D'ACCORD	PLUTÔT PAS D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
1125 (Inv)	Une fois que les symptômes du paludisme ont disparu, il n'est pas nécessaire de continuer à prendre le reste des doses de médicaments contre le paludisme.	1	2	3	4	99
1126	La prise de tous les médicaments antipaludiques prescrits est nécessaire pour garantir une guérison complète du paludisme.	1	2	3	4	99
PULVÉRISATION INTRA-DOMICILIAIRE RÉSIDUELLE						
1127 (Inv)	De nombreuses personnes développent des problèmes de peau (éruptions cutanées, démangeaisons) après que les murs de leur maison aient été pulvérisés avec un insecticide.	1	2	3	4	99
1128	Après avoir pulvérisé un insecticide sur les murs intérieurs d'une maison, une personne peut toucher les murs en toute sécurité une fois que l'insecticide a séché.	1	2	3	4	99
1129 (Inv)	Les gens ont des problèmes d'insectes ou de punaises de lit après la pulvérisation des murs.	1	2	3	4	99
1130 (Inv)	Cela vous dérange de laisser mes biens à l'extérieur de ma maison pendant que l'on pulvérise mes murs.	1	2	3	4	99
1131	La pulvérisation des murs intérieurs d'une maison pour tuer les moustiques n'entraîne aucun problème de santé pour les personnes vivant dans cette maison.	1	2	3	4	99
1132 (Inv)	Il n'est pas nécessaire de dormir sous une moustiquaire une fois que votre maison a été pulvérisée.	1	2	3	4	99
CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER						
1133	Les dirigeants de votre communauté soutiennent la distribution du médicament qui prévient le paludisme chez les enfants pendant la saison des pluies.	1	2	3	4	99
1134	Lorsque les enfants prennent le CPS, il n'est plus nécessaire de dormir sous une MII pour prévenir le paludisme.	1	2	3	4	99
1135	Les parents de votre communauté se sentent obligés d'accepter le médicament qui prévient le paludisme chez les enfants pendant la saison des pluies et qui est proposé par les agents de santé de la communauté.	1	2	3	4	99

		PAS DU TOUT D'ACCORD	PLUTÔT PAS D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD	NE SAIT PAS/ INCERTAIN
1136	Les enfants en bonne santé doivent toujours prendre le médicament pour prévenir le paludisme chez les enfants pendant la saison des pluies.	1	2	3	4	99
1137	Le médicament administré pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies peut rendre l'enfant malade.	1	2	3	4	99
1138	Les distributeurs du médicament qui prévient le paludisme chez les enfants pendant la saison des pluies font payer le médicament aux parents.	1	2	3	4	99
1139	Il est important de donner à votre enfant toutes les doses du médicament qui prévient le paludisme pendant la saison des pluies, laissées par les distributeurs.	1	2	3	4	99

* Pour les contextes dans lesquels une gestion communautaire intégrée des cas est mise en œuvre, l'option suivante devrait également être incluse : "Le meilleur endroit pour rechercher un traitement contre la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans est auprès d'un agent de santé communautaire."



Normes

Normes descriptives : Pourcentage de personnes qui croient que la majorité de leurs amis et membres de la communauté pratiquent actuellement le comportement

Cet indicateur est calculé comme la proportion de répondants qui pensent qu'"au moins la moitié" ou plus (codes 1, 2 et 3) de leur communauté pratique 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 le répondant n'est pas sûr de sa réponse, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent cependant être formés pour encourager les répondants à choisir une réponse dans l'une des autres catégories.

Question N°	Question	Réponses	Code
1201	En général, parmi les personnes de votre communauté qui ont des moustiquaires, combien dorment sous celles-ci chaque nuit ?	TOUT LE MONDE	1
		LA PLUPART DES PERSONNES	2
		PLUS DE LA MOITIÉ	3
		MOINS DE LA MOITIÉ	4
		PERSONNE	5
		NE SAIT PAS	99
1202	En général, combien de femmes de votre communauté se rendent au moins quatre fois* aux soins prénatals 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
		PERSONNE	5
		NE SAIT PAS	99
1203	En général, combien de femmes de votre communauté prennent des médicaments pour prévenir le paludisme 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
		PERSONNE	5
		NE SAIT PAS	99
1204	En général, combien de femmes de votre communauté se rendent aux soins prénatals dans les trois premiers mois de leur grossesse ?	TOUTES LES FEMMES	1
		LA PLUPART DES FEMMES	2
		PLUS DE LA MOITIÉ DES FEMMES	3
		MOINS DE LA MOITIÉ DES FEMMES	4
		PERSONNE	5
		NE SAIT PAS	99

Question N°	Question	Réponses	Code
1205	En général, combien de personnes dans votre communauté emmènent généralement leurs enfants chez un professionnel de la santé le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre ?	TOUT LE MONDE	1
		LA PLUPART DES PERSONNES	2
		PLUS DE LA MOITIÉ	3
		MOINS DE LA MOITIÉ	4
		PERSONNE	5
		NE SAIT PAS	99
1206	En général, combien d'enfants de votre communauté ayant de la fièvre sont emmenés dans un établissement de santé pour y subir un test de dépistage du paludisme ?	TOUS LES ENFANTS	1
		LA PLUPART DES ENFANTS	2
		PLUS DE LA MOITIÉ DES ENFANTS	3
		MOINS DE LA MOITIÉ DES ENFANTS	4
		PERSONNE	5
		NE SAIT PAS	99
1207	En général, combien de personnes dans votre communauté donnent à leurs enfants toutes les doses de médicaments laissées par le distributeur ?	TOUT LE MONDE	1
		LA PLUPART DES PERSONNES	2
		PLUS DE LA MOITIÉ	3
		MOINS DE LA MOITIÉ	4
		PERSONNE	5
		NE SAIT PAS	99
1208	Combien de familles, en général, dans votre communauté, donnent des médicaments à d'autres enfants du ménage âgés de plus de 5 ans ?	TOUT LE MONDE	1
		LA PLUPART DES PERSONNES	2
		PLUS DE LA MOITIÉ	3
		MOINS DE LA MOITIÉ	4
		PERSONNE	5
		NE SAIT PAS	99

* Doit être adapté en fonction de la politique nationale en matière de TPIg

Normes injonctives : Pourcentage de personnes qui pensent que la majorité de leurs amis et de leur communauté approuverait le comportement

Cet indicateur est calculé comme la proportion de répondants qui pensent qu'"au moins la moitié" ou plus (codes 1, 2 et 3) de leur communauté pratique 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 le répondant n'est pas sûr de sa réponse, cette option peut être utilisée. Les recenseurs doivent cependant être formés pour encourager les répondants à choisir une réponse dans l'une des autres catégories.

Question N°	Question	Réponses	Code
1301	De manière générale, parmi toutes les personnes de votre communauté, combien de personnes vous critiqueraient si elles savaient que vous dormez chaque nuit sous une moustiquaire ?	TOUT LE MONDE LA PLUPART DES PERSONNES PLUS DE LA MOITIÉ MOINS DE LA MOITIÉ PERSONNE NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 99
1302	En général, parmi toutes les personnes de votre communauté, combien de personnes vous critiqueraient si elles savaient que vous vous rendez à des soins prénataux quatre fois ou plus lorsque vous êtes enceinte ?	TOUTES LES FEMMES LA PLUPART DES FEMMES PLUS DE LA MOITIÉ DES FEMMES MOINS DE LA MOITIÉ DES FEMMES PERSONNE NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 99
1303	De manière générale, parmi toutes les personnes de votre communauté, combien de personnes vous critiqueraient si elles savaient que vous prenez un médicament pour prévenir le paludisme lorsque vous êtes enceinte ?	TOUTES LES FEMMES LA PLUPART DES FEMMES PLUS DE LA MOITIÉ DES FEMMES MOINS DE LA MOITIÉ DES FEMMES PERSONNE NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 99
1304	En général, parmi toutes les personnes de votre communauté, combien de personnes vous critiqueraient si elles savaient que vous êtes allé à des soins prénataux dans les trois premiers mois de votre grossesse ?	TOUTES LES FEMMES LA PLUPART DES FEMMES PLUS DE LA MOITIÉ DES FEMMES MOINS DE LA MOITIÉ DES FEMMES PERSONNE NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 99
1305	D'une manière générale, parmi toutes les personnes de votre communauté, combien vous critiqueraient si elles savaient que vous emmenez vos enfants chez un professionnel de la santé le jour même ou le lendemain du jour où ils ont de la fièvre ?	TOUTES LES FEMMES LA PLUPART DES FEMMES PLUS DE LA MOITIÉ DES FEMMES MOINS DE LA MOITIÉ DES FEMMES PERSONNE NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 99



Intention

Pourcentage de personnes qui ont l'intention de pratiquer le comportement spécifique lié au paludisme.

Cet indicateur est calculé comme la proportion de répondants qui ont l'intention d'adopter un comportement spécifique face au paludisme. Les comportements multiples ne sont pas combinés car l'intention d'agir d'une personne peut être différente pour chaque comportement.

Question N°	Question	Réponses	Code
SOINS PRÉNATALS ET THÉRAPIE PRÉVENTIVE INTERMITTENTE (TPIg)			
1401	Avez-vous l'intention d'avoir d'autres enfants ?	NON	0
		OUI	1
		NE SAIT PAS	99
1402	Si vous tombez enceinte au cours des deux prochaines années, combien de fois pensez-vous vous rendre dans un établissement de santé pour des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS	---
		NE SAIT PAS	99
1403	À quel mois de votre grossesse iriez-vous pour votre première visite de soins prénatals ?	MOIS DE GROSSESSE	---
		NE SAIT PAS	99
1404	Si vous tombez enceinte au cours des deux prochaines années, pensez-vous que vous prendrez le médicament (SP/Fansidar/Maloxine/3 comprimés) pour prévenir le paludisme pendant la grossesse ?	NON	0
		OUI	1
		NE SAIT PAS	99
RECHERCHE DE SOINS ET TRAITEMENT			
1405	Imaginez que l'un de vos enfants de moins de cinq ans ait de la fièvre aujourd'hui. Combien de temps après avoir remarqué la fièvre emmèneriez-vous l'enfant pour avoir des conseils ou un traitement ?	AUJOURD'HUI	1
		DEMAIN	2
		APRÈS-DEMAIN OU PLUS TARD	3
		NE CHERCHERA PAS DU TOUT À OBTENIR DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT	4
		NE SAIT PAS	99

Question N°	Question	Réponses	Code
1406	Où emmèneriez-vous d'abord l'enfant pour obtenir des conseils ou un traitement ?	SECTEUR PUBLIC	
		HÔPITAL PUBLIC	1
		ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL	2
		POSTE DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL	3
		CLINIQUE MOBILE	4
		TRAVAILLEUR DE TERRAIN	5
		AUTRE SECTEUR PUBLIC (PRÉCISER) :	6
		CENTRE MÉDICAL PRIVÉ	
		HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ	7
		PHARMACIE	8
		DOCTEUR PRIVÉ	9
		CLINIQUE MOBILE	10
		TRAVAILLEUR DE TERRAIN	11
		AUTRE SOINS MÉDICAUX PRIVÉS (PRÉCISER) :	12
AUTRE SOURCE			
BOUTIQUE	13		
PRATICIEN TRADITIONNEL	14		
MARCHÉ	15		
AUTRE (PRÉCISER) :	88		
NE SAIT PAS	99		
CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER			
1407	Prévoyez-vous de faire prendre à vos enfants le médicament contre le paludisme au cours de la prochaine saison des pluies ?	NON	0
		OUI	1
		AUCUN ENFANT NE SERA ÂGÉ DE MOINS DE CINQ ANS À LA PROCHAINE SAISON DES PLUIES	3
		NE SAIT PAS	99
PULVÉRISATION INTRA-DOMICILIAIRE RÉSIDUELLE			
1408	Connaissez-vous les programmes qui pulvérisent les murs à l'intérieur d'une maison pour tuer les moustiques responsables du paludisme ?	NON	0
		OUI	1
		NE SAIT PAS	9
1409	Si ce programme était mis en place dans votre communauté, seriez-vous prêt à l'autoriser à pulvériser les murs intérieurs de votre maison ?	NON	0
		OUI	1
		NE SAIT PAS	9
1410	Le programme de pulvérisation des murs à l'intérieur d'une maison contribue à protéger les ménages contre le paludisme en pulvérisant des insecticides sur les murs. Si ce programme était mis en place dans votre communauté, seriez-vous prêt à l'autoriser à pulvériser les murs intérieurs de votre maison ?	NON	0
		OUI	1
		NE SAIT PAS	9



Comportements

Pourcentage de personnes qui pratiquent le comportement recommandé

Des informations détaillées et des questions d'enquête sur la mesure de la plupart des indicateurs comportementaux des ménages, y compris les numérateurs et les dénominateurs, sont disponibles dans les [Indicateurs d'enquête auprès des ménages pour la lutte contre le paludisme](#) ou dans le [Guide des statistiques de l'EDS](#).

Quelques questions tirées des EIP, EDS, ECP et CAP sont présentées ci-dessous à titre de référence. Les questions qui ne figurent pas dans l'EDS ou l'EIP actuelle, mais qui pourraient être envisagées pour d'autres enquêtes, sont marquées d'un astérisque. Lorsque les pays adaptent les outils d'enquête, les questions doivent, dans la mesure du possible, refléter les recommandations et les messages clés nationaux.

Les indicateurs de résultats comportementaux idéaux pour la gestion de cas et le TPIg comportent à la fois une composante "ménage" et une composante "prestataire". Toutefois, il n'existe actuellement aucune méthode standard, et les sources de données, telles que les SIGS et les enquêtes sur les établissements de santé, ainsi que les définitions des indicateurs varient considérablement d'un pays à l'autre. Pour l'instant, nous suggérons que les programmes/évaluateurs utilisent des indicateurs de substitution basés sur les mesures normalisées et validées des enquêtes sur les ménages, comme les ECP, EDS, EIP, MICS, et autres enquêtes communautaires, fournies ci-dessus.

Question N°	Question	Réponses	Code
UTILISATION DE MII			
1501	Demandez au répondant de vous montrer toutes les moustiquaires du ménage ⁵ Pour les questions suivantes, répondez pour chaque moustiquaire.	POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE : OBSERVÉ NON OBSERVÉ	1 2
1502	Depuis combien de mois votre foyer dispose-t-il d'une moustiquaire ?	POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE __ MOIS __ ANNÉES PAS SÛR	1 2 99
1503	Observez ou demandez la marque/le type de moustiquaire. Si la marque est inconnue et que vous ne pouvez pas observer la moustiquaire, montrez au répondant des photos de types/marques de moustiquaires typiques.	POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE • MARQUE A • MARQUE B • AUTRE/NE CONNAÎT PAS LA MARQUE (Pour les options ci-dessus, passez à la question 606) AUTRE MARQUE NE CONNAÎT PAS LA MARQUE	1 2 3 4 5
1504	Quelqu'un a-t-il dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?	OUI NON PAS SÛR	1 2 99

⁵* Les questions marquées d'un astérisque ne figurent pas dans les questionnaires standard/de base actuels de l'EDS ou de l'EIP. Elles sont incluses ici pour être prises en compte dans d'autres enquêtes communautaires.

Question N°	Question	Réponses	Code
1505	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? NOTER LE NOM DE LA PERSONNE ET LE NUMÉRO DU CALENDRIER DES MÉNAGES.	NOM NUMÉRO DE LIGNE	
1506	Pour ces enfants qui n'ont pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière, quelles sont les raisons pour lesquelles ils n'ont pas dormi sous une moustiquaire ?	TROP CHAUD TROP FROID L'ENFANT PLEURE L'ENFANT A PEUR PAS ASSEZ DE MII MOUSTIQUAIRE NON ACCROCHÉE UTILISÉ PAR LES ADULTES MOUSTIQUAIRE NON UTILISÉE EN VOYAGE MOUSTIQUAIRE PAS EN BON ÉTAT MOUSTIQUAIRE MAUVAISE POUR LA SANTÉ DES ENFANTS LA MOUSTIQUAIRE A TROP DE TROUS AUTRE (PRÉCISER) :	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 88
1507*	Pour les adultes qui n'ont pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière, quelles sont les raisons pour lesquelles ils n'ont pas dormi sous une moustiquaire ?	TROP CHAUD TROP FROID MOUSTIQUAIRE NON ACCROCHÉE MOUSTIQUAIRE NON UTILISÉE EN VOYAGE MOUSTIQUAIRE PAS EN BON ÉTAT LA MOUSTIQUAIRE A TROP DE TROUS AUTRE (PRÉCISER) :	1 2 3 4 5 6 88
PULVÉRISATION INTRA-DOMICILIAIRE RÉSIDUELLE			
1508*	Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est-il entré dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques ? ⁶	OUI NON NE SAIT PAS	1 0 99
SOINS PRÉNATALS ET THÉRAPIE PRÉVENTIVE INTERMITTENTE (TPIg)			
1509	Lorsque vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénataux pour cette grossesse ?	OUI NON	1 0 (FIN)

⁶ La période de 12 mois pour la mesure des PID peut être sujette à des biais de mémorisation.

Question N°	Question	Réponses	Code
1510	Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous PAS été examinée pendant votre grossesse ? POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES ENTOUREZ TOUTES LES RÉPONSES SONDEZ UNE SEULE FOIS : Quelqu'un d'autre ?	N'A PAS EU LE TEMPS	1
		ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ TROP ÉLOIGNÉ	2
		PAS D'ARGENT POUR LE TRANSPORT JUSQU'À L'ÉTABLISSEMENT	3
		PAS D'ARGENT POUR LES SOINS PRÉNATAUX	4
		NE PENSAIT PAS QUE C'ÉTAIT NÉCESSAIRE	5
		LE CONJOINT N'A PAS DONNÉ SON ACCORD	6
		UN AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE N'A PAS DONNÉ SON ACCORD	7
		PERSONNE POUR L'ACCOMPAGNER	8
		NE SE SENTAIT PAS MALADE	9
		N'ÉTAIT PAS SA PREMIÈRE GROSSESSE	10
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
NE SAIT PAS	99		
1511	Combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS NE SAIT PAS	-- -- 99
1512	Au cours de quel mois de votre grossesse vous êtes-vous rendue pour la première fois à une visite prénatale ?	MOIS DE GROSSESSE NE SAIT PAS	-- -- 99
1513	Pour quelle(s) raison(s) n'y êtes-vous pas allée plus tôt au cours de votre grossesse ? POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES ENTOUREZ TOUTES LES RÉPONSES SONDEZ UNE SEULE FOIS : Quelqu'un d'autre ?	N'A PAS EU LE TEMPS	1
		ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ TROP ÉLOIGNÉ	2
		PAS D'ARGENT POUR LE TRANSPORT JUSQU'À L'ÉTABLISSEMENT	3
		PAS D'ARGENT POUR LES SOINS PRÉNATAUX	4
		NE SAVAIT PAS QU'ELLE ÉTAIT ENCEINTE	5
		NE VOULAIT PAS QUE LES AUTRES SACHENT QU'ELLE ÉTAIT ENCEINTE	6
		LE CONJOINT N'A PAS DONNÉ SON ACCORD	7
		UN AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE N'A PAS DONNÉ SON ACCORD	8
		PERSONNE POUR L'ACCOMPAGNER	9
		LE CONJOINT Y EST ALLÉ À SA PLACE	10
		NE SE SENTAIT PAS MALADE	11
N'ÉTAIT PAS SA PREMIÈRE GROSSESSE	12		
AUTRE (PRÉCISER)	83		
NE SAIT PAS	99		
1514	Avez-vous reçu une moustiquaire lors d'une visite de soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI NON NE SAIT PAS	1 0 99
1515	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris le médicament (SP/Fansidar/Maloxine (3 comprimés)) pour prévenir le paludisme pendant la grossesse ?	OUI NON NE SAIT PAS	1 0 99

Question N°	Question	Réponses	Code
1516	Pourquoi n'avez-vous pas pris de médicaments pour éviter le paludisme ?	AUCUN DISPONIBLE DANS L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	A
	POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES ENTOUREZ TOUTES LES RÉPONSES SONDEZ UNE SEULE FOIS : Autre chose ?	LE PRESTATAIRE N'A PAS PROPOSÉ DE MÉDICAMENTS	1
		LE PRESTATAIRE A REFUSÉ DE DONNER DES MÉDICAMENTS	2
		LE MÉDICAMENT N'ÉTAIT PAS GRATUIT	3
		PAS D'EAU DANS L'ÉTABLISSEMENT POUR PRENDRE AVEC LES MÉDICAMENTS	4
		PAS DE GOBELET DANS L'ÉTABLISSEMENT POUR BOIRE DE L'EAU	5
		PEUR DES EFFETS SUR MA SANTÉ	6
		PEUR DES EFFETS SUR LA SANTÉ DU FŒTUS	7
		NE S'EST PAS RENDUE À UNE CONSULTATION PRÉNATALE	8
		JE NE ME SUIS PAS SENTIE MALADE	9
		J'AI PEUR D'AVOIR MAL AU VENTRE OU DE VOMIR	10
		JE L'AI PRIS À LA MAISON	88
		AUTRE (PRÉCISER) :	99
NE SAIT PAS			
1517	Combien de fois avez-vous pris (SP/Fansidar/ Maloxine (3 comprimés)) pendant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS	-- --
1518	Où les a-t-elle obtenus ?	VISITE PRÉNATALE	1
	POSER DES QUESTIONS SUR CHAQUE SOURCE DE MÉDICAMENT POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES ENTOUREZ TOUTES LES RÉPONSES SONDEZ UNE SEULE FOIS : Autre chose ?	AUTRE VISITE À L'ÉTABLISSEMENT	2
		PHARMACIE	3
		MARCHÉ/MAGASIN	4
		AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	5
		AUTRE SOURCE	88
		NE SAIT PAS	99
RECHERCHE DE SOINS ET TRAITEMENT			
1519	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines ?	OUI	1
		NON	0
		NE SAIT PAS	99
1520	Lorsque "NOM DE L'ENFANT" a eu de la fièvre dernièrement, avez-vous (ou quelqu'un d'autre) cherché à obtenir des conseils ou un traitement pour cette maladie ?	OUI	1
		NON	0

Question N°	Question	Réponses	Code
1521	Pourquoi n'avez-vous pas demandé de conseils ou de traitement ?	N'A PAS EU LE TEMPS	1
		ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ TROP ÉLOIGNÉ	2
		PAS D'ARGENT POUR LE TRANSPORT JUSQU'À L'ÉTABLISSEMENT	3
		PAS D'ARGENT POUR LES SOINS DANS L'ÉTABLISSEMENT	4
		NE SAVAIT PAS QU'IL DEVAIT SE FAIRE SOIGNER	5
		NE VOULAIT PAS QUE LES AUTRES SACHENT	6
		LE CONJOINT N'A PAS DONNÉ SON ACCORD	7
		UN AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE N'A PAS DONNÉ SON ACCORD	8
		PERSONNE POUR L'ACCOMPAGNER	9
		L'ENFANT NE SE SENTAIT PAS MALADE	10
		PAS D'ARGENT POUR LES SOINS PRODIGUÉS PAR L'ASC	11
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
NE SAIT PAS	99		
1522	Combien de temps après l'apparition de la fièvre a-t-on demandé des conseils ou un traitement pour "NOM DE L'ENFANT" ?	LE JOUR MÊME	1
		LE JOUR SUIVANT	2
		DEUX JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE	3
		NE SAIT PAS	99
1523	Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? SONDER POUR IDENTIFIER CHAQUE TYPE DE SOURCE S'IL N'EST PAS POSSIBLE DE DÉTERMINER S'IL S'AGIT D'UN SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INDIQUER LE NOM DU LIEU	SECTEUR PUBLIC	
		HÔPITAL PUBLIC	1
		ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL	2
		POSTE DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL	3
		CLINIQUE MOBILE	4
		TRAVAILLEUR DE TERRAIN	5
		AUTRE SECTEUR PUBLIC (PRÉCISER) :	6
		CENTRE MÉDICAL PRIVÉ	
		HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ	7
		PHARMACIE	8
		DOCTEUR PRIVÉ	9
		CLINIQUE MOBILE	10
		TRAVAILLEUR DE TERRAIN	11
		AUTRE SOINS MÉDICAUX PRIVÉS (PRÉCISER) :	12
		AUTRE SOURCE	
		BOUTIQUE	13
		PRATICIEN TRADITIONNEL	14
MARCHÉ	15		
AUTRE (PRÉCISER) :	88		

Question N°	Question	Réponses	Code
1524	Parmi les lieux mentionnés ci-dessus, quel est celui où les conseils ou le traitement ont été demandés en premier lieu ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 1 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL 2 POSTE DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL 3 CLINIQUE MOBILE 4 TRAVAILLEUR DE TERRAIN 5 AUTRE SECTEUR PUBLIC (PRÉCISER) : 6 CENTRE MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 7 PHARMACIE 8 DOCTEUR PRIVÉ 9 CLINIQUE MOBILE 10 TRAVAILLEUR DE TERRAIN 11 AUTRE SOINS MÉDICAUX PRIVÉS (PRÉCISER) : 12 AUTRE SOURCE BOUTIQUE 13 PRATICIEN TRADITIONNEL 14 MARCHÉ 15 AUTRE (PRÉCISER) : 88	
1525	À tout moment de la maladie, votre enfant s'est-il fait prélever une goutte de sang sur le doigt, le talon ou ailleurs pour vérifier s'il était atteint de paludisme ?	NON 0 OUI 1 NE SAIT PAS 99	
1526	Quel a été le résultat de la prise de sang ?	L'ENFANT A EU LE PALUDISME 1 L'ENFANT N'A PAS EU LE PALUDISME 2 NE SAIT PAS / N'A PAS DIT 99	
1527	S'il n'a pas été testé : Pourquoi n'avez-vous pas fait le test de dépistage pour (NOM) ?	CENTRE DE SANTÉ TROP ÉLOIGNÉ 1 NE FAIT PAS CONFIANCE AU TEST DE DÉPISTAGE DU PALUDISME 2 PAS DE TESTS DE DÉPISTAGE DU PALUDISME AU CENTRE DE SANTÉ 3 N'AIME PAS LE PERSONNEL DU CENTRE DE SANTÉ 4 PAS D'ARGENT POUR LE TEST 5 TEST NON PROPOSÉ PAR LE PRESTATAIRE 6 N'A PAS EU LE TEMPS D'ATTENDRE POUR SE FAIRE TESTER 7 AUTRE (PRÉCISER) : 88 NE SAIT PAS 99	

Question N°	Question	Réponses	Code
1528	À tout moment de la maladie, "NOM DE L'ENFANT" a-t-il/elle pris des médicaments contre la fièvre ?	NON OUI NE SAIT PAS	0 1 99
1529	Quels médicaments a-t-il/elle pris ? POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES ENTOUREZ TOUTES LES RÉPONSES SONDEZ UNE SEULE FOIS : Autre chose ? SI LE RÉPONDANT NE SE SOUVIENT PAS DU NOM DU MÉDICAMENT ADMINISTRÉ À L'ENFANT, MONTREZ-LUI LES IMAGES** DE L'ACTE DISPONIBLE LOCALEMENT, PUIS POSEZ-LUI LA QUESTION : Est-ce que les médicaments sur ces photos ressemblent au médicament que votre enfant a pris ? Si oui, montrez-moi lesquels ? **Cette question nécessite l'obtention d'images de l'emballage des CTA disponibles dans le pays.	SP/FANSIDAR/MALOXINE CHLOROQUINE/NIVAQUINE QUININE/ATEQUININE CTA (COARTEM, AMARTEM/ARTHEMETER-LUMEFANTRINE, COARSUCAM, CAMOSUNATE/ARTESUNATE-AMODIAQUINE, ARTEQUICK/DUOCOTEXIN/DIHYDROARTEMISININ-PIPERAQUINE, ARTEQUIN/ARTESUNATE-MÉFLOQUINE) INJECTION D'ANTIPALUDIQUE AUTRE INJECTION ARTÉSUNATE (NON INJECTÉ) ASPIRINE DOLIPRANE/PARACÉTAMOL IBUPROFÈNE AUTRE (PRÉCISER) NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 88 99
CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER			
1530	Des agents de santé communautaires sont-ils venus dans votre foyer pendant la saison des pluies pour distribuer des médicaments qui préviennent le paludisme ?	OUI NON NE SAIT PAS	1 0 99
1531	Étiez-vous présent lorsqu'un distributeur s'est rendu dans votre foyer en [MOIS DE LA DERNIÈRE VISITE] pour distribuer le médicament qui prévient le paludisme chez les enfants ?	OUI NON NE SAIT PAS	1 0 99
1532	Le premier jour de la distribution, le distributeur a-t-il observé [NOM DE L'ENFANT] prendre une dose du médicament qui prévient le paludisme, ou vous a-t-il laissé le médicament ?	OBSERVÉ A LAISSÉ LE MÉDICAMENT À LA MAISON NI L'UN NI L'AUTRE NE SAIT PAS	1 2 3 99
1533	L'enfant a-t-il pris la <u>première</u> dose de médicament que les distributeurs lui ont laissée ?	OUI NON NE SAIT PAS	1 0 99

Question N°	Question	Réponses	Code
1534	<p>Pour quelle(s) raison(s) l'enfant n'a-t-il pas reçu la première dose de médicament des distributeurs ?</p> <p>POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES</p> <p>COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES QUE LE RÉPONDANT DÉCLARE</p> <p>SONDEZ UNE SEULE FOIS : Autre chose ?</p>	L'ENFANT N'ÉTAIT PAS PRÉSENT LORSQUE LES DISTRIBUTEURS SONT VENUS	1
		A OUBLIÉ DE DONNER LE MÉDICAMENT À L'ENFANT	2
		A PERDU LA PREMIÈRE DOSE QUE LE DISTRIBUTEUR A LAISSÉ	3
		A ENVOYÉ LES ENFANTS LOIN POUR QU'ILS NE REÇOIVENT PAS LES MÉDICAMENTS	4
		PAS D'EAU POUR PRENDRE LES MÉDICAMENTS	5
		PAS DE NOURRITURE POUR PRENDRE DES MÉDICAMENTS	6
		L'ENFANT A VOMI DES COMPRIMÉS APRÈS LES AVOIR AVALÉS	7
		DIFFICULTÉ À ÉCRASER LES COMPRIMÉS	8
		L'ENFANT EST TOMBÉ MALADE APRÈS AVOIR PRIS UNE DOSE PRÉCÉDENTE DE CE MÉDICAMENT	9
		A ENTENDU PARLER OU A VU DES EFFETS SECONDAIRES NÉFASTES CHEZ D'AUTRES ENFANTS	10
		LES MÉDICAMENTS NE PRÉVIENNENT PAS LE PALUDISME	11
		L'ENFANT N'ÉTAIT PAS MALADE	12
		N'EN SAVAIT PAS ASSEZ SUR LE MÉDICAMENT	13
		NE FAIT PAS CONFIANCE AUX PERSONNES QUI DISTRIBUENT LES MÉDICAMENTS	14
		A PRÉFÉRÉ GARDER LE MÉDICAMENT POUR UNE MALADIE FUTURE	15
		A CHOISI DE DONNER LE MÉDICAMENT À D'AUTRES ENFANTS À LA MAISON	16
		AUTRE (PRÉCISER)_____	88
NE SAIT PAS	99		
1535	<p>Après la première dose, pendant combien de jours supplémentaires [NOM DE L'ENFANT] a-t-il pris les autres doses du médicament que le distributeur a laissé à la personne qui s'occupe de lui ?</p>	N'A PAS PRIS DE MÉDICAMENTS APRÈS LEUR VISITE	0
		1 JOUR APRÈS	1
		2 JOURS APRÈS	2
		3 JOURS APRÈS	3
		NE SAIT PAS	99

Question N°	Question	Réponses	Code
1536	Pourquoi [NOM DE L'ENFANT] n'a-t-il/elle pas pris toutes les autres doses du médicament ? POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES INDIQUEZ TOUTES LES RÉPONSES SONDEZ UNE SEULE FOIS : Autre chose ?	L'ENFANT N'ÉTAIT PAS PRÉSENT LORSQUE LES DISTRIBUTEURS SONT VENUS	1
		A OUBLIÉ DE DONNER LE MÉDICAMENT À L'ENFANT	2
		A PERDU LES DOSES DE MÉDICAMENTS	3
		L'ENFANT A PRIS TOUTES LES AUTRES DOSES EN UNE JOURNÉE	4
		PAS D'EAU POUR PRENDRE LE MÉDICAMENT	5
		PAS DE NOURRITURE POUR PRENDRE LE MÉDICAMENT	6
		N'A PAS EU LE TEMPS	7
		L'ENFANT A VOMI LES PILULES APRÈS LES AVOIR AVALÉES	8
		DIFFICULTÉ À ÉCRASER LES COMPRIMÉS	9
		L'ENFANT EST TOMBÉ MALADE APRÈS AVOIR PRIS LA PREMIÈRE DOSE	10
		A ENTENDU PARLER OU VU DES EFFETS SECONDAIRES NÉFASTES CHEZ D'AUTRES ENFANTS	11
		LES MÉDICAMENTS NE PRÉVIENNENT PAS LE PALUDISME	12
		L'ENFANT N'ÉTAIT PAS MALADE	13
		N'EN SAVAIT PAS ASSEZ SUR LE MÉDICAMENT	14
		NE FAIT PAS CONFIANCE AUX PERSONNES QUI ONT DISTRIBUÉ LES MÉDICAMENTS	15
		A PRÉFÉRÉ GARDER LE MÉDICAMENT POUR UNE MALADIE FUTURE	16
		A CHOISI DE DONNER LE MÉDICAMENT À D'AUTRES ENFANTS À LA MAISON	17
		AUTRE (PRÉCISER) _____	88
		NE SAIT PAS	99
1537	Le deuxième jour de la distribution, le distributeur a-t-il observé [NOM DE L'ENFANT] en train de prendre une dose du médicament qui prévient le paludisme, ou vous a-t-il laissé le médicament ?	A OBSERVÉ L'ENFANT PRENDRE UNE DOSE DE MÉDICAMENT	1
		A LAISSÉ LE MÉDICAMENT	2
		NI L'UN NI L'AUTRE	3
		NE SAIT PAS	99
1538	L'enfant a-t-il pris la deuxième dose de médicament laissée par le distributeur ?	NON	0
		OUI	1
		NE SAIT PAS	99

Question N°	Question	Réponses	Code
1539	<p>Pour quelle(s) raison(s) l'enfant n'a-t-il pas reçu la deuxième dose de médicament des distributeurs ?</p> <p>POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES</p> <p>COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES QUE LE RÉPONDANT DÉCLARE</p> <p>SONDEZ UNE SEULE FOIS : Autre chose ?</p>	<p>L'ENFANT N'ÉTAIT PAS PRÉSENT LORSQUE LES DISTRIBUTEURS SONT VENUS</p> <p>A OUBLIÉ DE DONNER LE MÉDICAMENT À L'ENFANT</p> <p>A PERDU LES DOSES DE MÉDICAMENTS</p> <p>L'ENFANT A PRIS TOUTES LES AUTRES DOSES EN UNE JOURNÉE</p> <p>PAS D'EAU POUR PRENDRE LE MÉDICAMENT</p> <p>PAS DE NOURRITURE POUR PRENDRE LE MÉDICAMENT</p> <p>N'A PAS EU LE TEMPS</p> <p>L'ENFANT A VOMI LES PILULES APRÈS LES AVOIR AVALÉES</p> <p>DIFFICULTÉ À ÉCRASER LES COMPRIMÉS</p> <p>L'ENFANT EST TOMBÉ MALADE APRÈS AVOIR PRIS LA PREMIÈRE DOSE</p> <p>A ENTENDU PARLER OU VU DES EFFETS SECONDAIRES NÉFASTES CHEZ D'AUTRES ENFANTS</p> <p>LES MÉDICAMENTS NE PRÉVIENNENT PAS LE PALUDISME</p> <p>L'ENFANT N'ÉTAIT PAS MALADE</p> <p>N'EN SAVAIT PAS ASSEZ SUR LE MÉDICAMENT</p> <p>NE FAIT PAS CONFIANCE AUX PERSONNES QUI ONT DISTRIBUÉ LES MÉDICAMENTS</p> <p>A PRÉFÉRÉ GARDER LE MÉDICAMENT POUR UNE MALADIE FUTURE</p> <p>A CHOISI DE DONNER LE MÉDICAMENT À D'AUTRES ENFANTS À LA MAISON</p> <p>AUTRE (PRÉCISER) _____</p> <p>NE SAIT PAS</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>88</p> <p>99</p>
1540	<p>Le troisième jour de la distribution, le distributeur a-t-il observé [NOM DE L'ENFANT] en train de prendre une dose du médicament qui prévient le paludisme, ou vous a-t-il laissé le médicament ?</p>	<p>A OBSERVÉ L'ENFANT PRENDRE UNE DOSE DE MÉDICAMENT</p> <p>A LAISSÉ LE MÉDICAMENT</p> <p>NI L'UN NI L'AUTRE</p> <p>NE SAIT PAS</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>99</p>
1541	<p>L'enfant a-t-il pris la troisième dose du médicament que les distributeurs lui ont laissé ?</p>	<p>NON</p> <p>OUI</p> <p>NE SAIT PAS</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>99</p>

Question N°	Question	Réponses	Code
1542	Pour quelle(s) raison(s) l'enfant n'a-t-il pas reçu la troisième dose de médicament des distributeurs ? POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES QUE LE RÉPONDANT DÉCLARE SONDEZ UNE SEULE FOIS : Autre chose ?	L'ENFANT N'ÉTAIT PAS PRÉSENT LORSQUE LES DISTRIBUTEURS SONT VENUS	1
		A OUBLIÉ DE DONNER LE MÉDICAMENT À L'ENFANT	2
		A PERDU LES DOSES DE MÉDICAMENTS	3
		L'ENFANT A PRIS TOUTES LES AUTRES DOSES EN UNE JOURNÉE	4
		PAS D'EAU POUR PRENDRE LE MÉDICAMENT	5
		PAS DE NOURRITURE POUR PRENDRE LE MÉDICAMENT	6
		N'A PAS EU LE TEMPS	7
		L'ENFANT A VOMI LES PILULES APRÈS LES AVOIR AVALÉES	8
		DIFFICULTÉ À ÉCRASER LES COMPRIMÉS	9
		L'ENFANT EST TOMBÉ MALADE APRÈS AVOIR PRIS LA PREMIÈRE DOSE	10
		A ENTENDU PARLER OU VU DES EFFETS SECONDAIRES NÉFASTES CHEZ D'AUTRES ENFANTS	11
		LES MÉDICAMENTS NE PRÉVIENNENT PAS LE PALUDISME	12
		L'ENFANT N'ÉTAIT PAS MALADE	13
		N'EN SAVAIT PAS ASSEZ SUR LE MÉDICAMENT	14
		NE FAIT PAS CONFIANCE AUX PERSONNES QUI ONT DISTRIBUÉ LES MÉDICAMENTS	15
		A PRÉFÉRÉ GARDER LE MÉDICAMENT POUR UNE MALADIE FUTURE	16
		A CHOISI DE DONNER LE MÉDICAMENT À D'AUTRES ENFANTS À LA MAISON	17
AUTRE (PRÉCISER) _____	88		
NE SAIT PAS	99		
1543	Le médicament a-t-il eu des effets indésirables chez cet enfant ?	NON	0
		OUI	1
		NE SAIT PAS	99
1544	Si oui, quels sont les effets indésirables qu'il a provoqués chez l'enfant ? POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES QUE LE RÉPONDANT DÉCLARE SONDEZ UNE SEULE FOIS : Autre chose ?	VOMISSEMENTS	1
		FIÈVRE	2
		ÉRUPTION CUTANÉE	3
		DIARRHÉE	4
		MAUX D'ESTOMAC	5
		LÉTHARGIE/FATIGUE	6
		PERTE D'APPÉTIT	7
		MAUX DE TÊTE	8
		AUTRE (PRÉCISER) _____	88
		NE SAIT PAS	99

Question N°	Question	Réponses	Code
1545	Qu'avez-vous fait lorsque cet enfant présentait ces effets indésirables ?	A DEMANDÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT À UN PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ	1
	POSSIBILITÉ DE RÉPONSES MULTIPLES	A DEMANDÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT AILLEURS	2
	COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES QUE LE RÉPONDANT DÉCLARE	A DONNÉ À L'ENFANT D'AUTRES MÉDICAMENTS	3
	SONDEZ UNE SEULE FOIS : Autre chose ?	S'EST OCCUPÉ DE L'ENFANT À LA MAISON	4
		A ATTENDU QUE L'ENFANT AILLE MIEUX	5
		AUTRE (PRÉCISER) :	88
		NE SAIT PAS	99

Notes : La liste des moustiquaires des ménages peut être utilisé pour collecter des données pour les indicateurs mesurant l'utilisation des MII. La liste des ménages est applicable à tous les membres du ménage, aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. La présence d'une MII est généralement vérifiée au moment de l'entretien.

Ressources et références

Ressources

Indicateurs supplémentaires

- [Rapport sur l'utilisation et l'accès aux MII](#)
- [Chimio-prévention du paludisme saisonnier](#)
- [Changement social](#)
- [Capacité de la communauté](#)
- [Normes de qualité et indicateurs pour l'engagement communautaire de l'UNICEF](#)
- [Outils de la fiche d'évaluation de la communauté ALMA](#)
- [Boîte à outils CSC sur le paludisme pour les ASC](#)
- [Fiches d'orientation du Fonds mondial sur les indicateurs du paludisme](#)
- [Indicateurs de comportement des prestataires \(pour la planification familiale\)](#)
- [Outils de collecte de données pour l'évaluation des prestations de services \(SPA\)](#)
- [Fiches de référence des indicateurs de l'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services \(SARA\)](#)
- [Mesurer l'équité dans les programmes de changement social et comportemental pour la planification familiale et la santé sexuelle et reproductive](#)
- [Outil Matchbox pour le paludisme](#)
- [Boîte à outils pour l'évaluation de l'équité en matière de santé](#)

Suivi et évaluation du CSC

- [SBC Learning Central \(cours en ligne, dont beaucoup incluent le suivi et l'évaluation, et dont certains sont spécifiques au suivi et à l'évaluation des programmes de CSC de lutte contre le paludisme\)](#)
- [Groupe de travail CSC RBM: Élaboration de plans de S&E pour les programmes de changement social et comportemental en matière de paludisme : Un Guide étape par étape](#)

Théories comportementales

- [Comment utiliser une théorie du changement pour suivre et évaluer les programmes de changement social et comportemental.](#)
- [Modèle étendu des processus parallèles](#)
- [Théorie du comportement planifié \(prédominante\) ; conseils pour la construction de questionnaires et le développement d'interventions basées sur la TCP](#)
- [Diffusion des innovations](#)
- [Idéation](#)
- [Théorie de l'apprentissage social](#)
- [Économie comportementale \(concepts et études de cas\) : résumé visuel/codex; plus de détails sur des concepts spécifiques de biais cognitifs; Réflexion sur les systèmes 1 et 2](#)
- [Changement de comportement des prestataires](#)
- [Écosystème des services liés au paludisme](#)

Enquêtes auprès des ménages et outils de collecte de données

- [Module optionnel CSC de l'enquête sur les indicateurs du paludisme](#)
- [Enquête standard sur les indicateurs du paludisme questionnaires et définitions des indicateurs](#)
- [Enquête sur le comportement face au paludisme questionnaires et rapports; tableau de bord des indicateurs CSC avec les résultats de plusieurs pays.](#)
- [Rapport sur l'utilisation / l'accès aux MII](#)
- [Enquête groupée à indicateurs multiples](#)
- [Guide des statistiques de l'EDS](#)
- [Examen de l'outil d'évaluation de la prestation de services pour le paludisme](#)
- [Contrôle de la durabilité des MILD](#)
- [Questionnaires sur la vaccination contre le paludisme pour l'évaluation des établissements de santé, des soignants et de la supervision de soutien](#)

Analyse des données

- [Analyse des données de l'échelle de Likert](#)
- [Appariement des scores de propension](#)

Références

- Awantang, G. N., Babalola, S. O., Koenker, H., Fox, K. A., Toso, M., & Lewicky, N. (2018). Malaria-related ideational factors and other correlates associated with intermittent preventive treatment among pregnant women in Madagascar. *Malaria Journal*, 17(1), article 176.
- Babalola, S., Kumoji, K., Awantang, G. N., Oyenubi, O. A., Toso, M., Tsang, S., Bleu, T., Achu, D., Hedge, J., Schnabel, D. C., Cash, S., Van Lith, L. M., McCartney-Melstad, A. C., Nkomou, Y., Dosso, A., Lahai, W., & Hunter, G. C. (2022). Ideational factors associated with consistent use of insecticide-treated nets: A multi-country, multilevel analysis. *Malaria Journal*, 21(1), Article 374.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education Behavior*, 31(2), 143–164.
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6, Article 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Burchett, H. E. D., Leurent, B., Baiden, F., Baltzell, K., Björkman, A., Bruxvoort, K., Clarke, S., DiLiberto, D., Elfving, K., Goodman, C., Hopkins, H., Lal, S., Liverani, M., Magnussen, P., Mårtensson, A., Mbacham, W., Mbonye, A., Onwujekwe, O., Roth Allen, D., ... Chandler, C. I. (2017). Improving prescribing practices with rapid diagnostic tests (RDTs): Synthesis of 10 studies to explore reasons for variation in malaria RDT uptake and adherence. *BMJ Open*, 7, Article e012973. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012973>
- Breakthrough ACTION and Impact Malaria, 2020. A Blueprint for Applying Behavioral Insights to Malaria Service Delivery. Retrieved from: <https://breakthroughactionandresearch.org/resource-library/malaria-blueprint>
- Cotterill, S., Tang, M. Y., Powell, R., Howarth, E., McGowan, L., Roberts, J., Brown, B., & Rhodes, S. (2020). Social norms interventions to change clinical behaviour in health workers: A systematic review and meta-analysis. NIHR Journals Library (Health Services and Delivery Research, No. 8.41). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563678/>
- Davlanges, E., Camara, A., Guilavogui, T., Fofana, A., Balde, M., Diallo, T., Bah, I., Florey, L., Sarr, A., Butts, J., Plucinski, M. (2019) Quality of malaria case management and reporting at public health facilities in six health districts in Guinea, 2018. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. <https://doi.org/10.4269/ajtmh19-0150>.
- Do, M., Babalola, S., Awantang, G., Toso, M., Lewicky, N., & Tompsett, A. (2018). Associations between malaria-related ideational factors and care-seeking behavior for fever among children under five in Mali, Nigeria, and Madagascar. *PLoS One*, 13(1), Article e0191079.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ghose, T. (2013, 2 avril). Just a theory: 7 misused science words. *Scientific American*. <https://www.scientificamerican.com/article/just-a-theory-7-misused-science-words/>
- Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education*. Jossey-Bass.
- Haqqi, F., Acosta, A., Sridharan, S., Zimmerman, E., Ogunbi, T., Idiong, E., Inyang, U., Oyedokun-Adebago, F., Tchofa, J., Diallo, N., Mtiro, E., Okoronkwo, C., & Aiyenigba, B. (2002). When knowledge is not enough: Applying a behavioral design approach to improve fever case management in Nigeria. *Global Health, Science, and Practice*, 10(6), Article e2200211. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-22-00211>
- Malpass, A., Hansen, N., Dentinger, C. M., Youll, S., Cotte, A., Mattern, C., & Ravaoarinosy, A. (2023). Status of malaria in pregnancy services in Madagascar 2010–2021: A scoping review. *Malaria Journal*, 22(1), Article 59. <https://doi.org/10.1186/s12936-023-04497-3>
- McElroy K., Bibeau D., Steckler A. et Glanz K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, Winter ; 15 (4):351-77. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>.
- Olapecu, B., Adams, C., Hunter, G., Wilson, S., Simpson, J., Mitchum, L., Davis, T., Orkis, J., Cox, H., Trotman, N., Imhoff, H. et Storey, D. (2020). Malaria prevention and care seeking among gold miners in Guyana. *PLoS One*, 15(12), Article e0244454.
- Olapecu, B., Bride, M., Gutman, J. R., Butts, J. K., Malpass, A., McCartney-Melstad, A., Van Lith, L. M., Rodriguez, K., Youll, S., Mbeye, N., Ntoya, F., Lankhulani, S., Mputa, F., & Babalola, S. (2023). Malaria-related psychosocial factors, past antenatal care-seeking behaviors, and future antenatal care-seeking intentions by maternal age in Malawi and Democratic Republic of the Congo. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 109(2), 277–283. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.23-0069>
- Phok, S., Tesfazghi, K., Tompsett, A., Thavrine, B., Ly, P., Hassan, S. E. D., Avrakotos, A., Malster, J., & Felker-Kantor, E. (2022). Behavioural determinants of malaria risk, prevention, and care-seeking behaviours among forest-goers in Cambodia. *Malaria Journal*, 21(1), Article 362. <https://doi.org/10.1186/s12936-022-04390-5>
- Russell, Cheryl L., et al. “Determinants of bed net use in Southeast Nigeria following mass distribution of LLINs: implications for social behavior change interventions.” *PloS one* 10.10 (2015) : e0139447.
- Scandurra, L., Acosta, A., Koenker, H., Kibuuka, D.M., & Harvey, S. (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(1), Article 504. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-13-504>
- Underwood, C., Boulay, M., Snetro-Plewman, G., Macwan'gi, M., Vijayaraghavan, J., Namfukwe, M., & Marsh, D. (2012). Community capacity as means to improved health practices and an end in itself: Evidence from a multi-stage study. *International Quarterly of Community Health Education*, 33(2), 105-127. <https://doi.org/10.2190/IQ.33.2.b>
- Witte K. 1992. Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59(4), 329-349.
- Organisation mondiale de la santé. (n.d.). Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Zinduka! Malaria Haikubaliki (“Réveillez-vous ! Le paludisme est inacceptable”). (2011). Extrait de : <https://www.comminit.com/malaria-africa/content/zinduka-malaria-haikubaliki-wake-malaria-unacceptable>



Partenariat
pour en finir avec
le paludisme