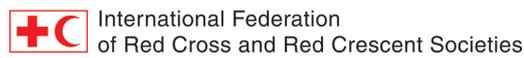


RBM Partnership
To End Malaria



**Liste de contrôle pour rendre compte des
évaluations des programmes de
changement social et comportemental en
matière de paludisme.**

Janvier 2019



Copyright © 2019 Partenariat Roll Back Malaria. Le partenariat Roll Back Malaria (RBM) est le cadre global de l'action coordonnée contre le paludisme. Fondé en 1998 par le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) et la Banque mondiale, et renforcé par l'expertise, les ressources et l'engagement de plus de 500 organismes partenaires, le RBM est un partenariat public-privé qui facilite l'incubation de nouvelles idées, soutient des approches novatrices, encourage un engagement politique de haut niveau, et maintient le paludisme dans les priorités internationales en permettant, en harmonisant et en amplifiant les initiatives de plaidoyer axées sur les partenaires. Le RBM fournit des conseils politiques, assure un soutien financier et technique aux efforts de contrôle dans les pays et surveille les progrès envers les objectifs universels. Les désignations géographiques employées dans cette publication ne représentent ni n'impliquent aucune opinion ni aucun jugement de la part du RBM concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région, ses autorités gouvernementales ou nationales, ni concernant la délimitation de ses frontières. La mention de sociétés spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas qu'ils sont approuvés ou recommandés par le RBM ni qu'ils sont préférés à d'autres de même nature qui ne sont pas mentionnés ou représentés. Ce document peut être librement consulté, cité, reproduit et traduit, en tout ou partie, à condition d'en indiquer la source.

Citation suggérée : Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme 2018. *Liste de contrôle pour rendre compte des évaluations des programmes de changement social et comportemental en matière de paludisme*. Venier, Suisse : RBM.

Crédit photo : © 2014 Amelie Sow-Dia, avec l'aimable autorisation de Photoshare

Remerciements

Ce guide est le résultat d'une collaboration concertée entre de nombreux partenaires du changement social et comportemental en matière de paludisme. Le Groupe de travail du Partenariat RBM sur la Communication pour le changement social et comportemental (RBM CCSC) tient à remercier les auteurs : Angela Acosta (Centre John Hopkins pour les programmes de communication), Joseph Keating (Ecole de santé publique et de médecine tropicale de l'Université de Tulane), Debra Prosnitz (ICF International), Douglas Storey (Centre Johns Hopkins pour les programmes de communication), Hannah Koenker (Centre John Hopkins pour les programmes de communication), Sarah Doyle (Malaria No More) et Jessica Butts (Initiative présidentielle américaine de lutte contre le paludisme, Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies). Nous remercions également Marc Boulay, William Glass, Andrea Brown et Emily Ricotta qui ont apporté des contributions perspicaces à la version originale. Nous remercions également les membres du Groupe de travail RBM CCSC, notamment, mais pas exclusivement, Anna McCartney-Melstad, Andrew Tompsett, Wani Lahai, Oulèye Beye, et bien d'autres pour leur contribution à la mise à jour 2017-2018.

Ce document a été initialement rédigé en 2014; des mises à jour mineures ont été faites en 2018.

Ce travail a été rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), conformément aux termes de l'accord de coopération USAID / JHU n ° GHS-A-00-09-00014-00 et AID-OAA -A-14-00057. Le contenu relève de la responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Table des matières

Remerciements.....	v
Table des matières.....	vi
Acronymes.....	vii
Introduction.....	1
Liste de contrôle.....	2
Détails sur les éléments de liste de contrôle.....	2
Discussion.....	4
Références.....	5

Acronymes

CONSORT	Normes consolidées de déclaration des études
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
S&E	Suivi et évaluation
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
RBM	Roll Back Malaria
CSC	Changement social et comportemental
TREND	Transparent Reporting of Evaluations with Non-Randomized Designs [Notification transparente des évaluations basées sur des conceptions non randomisées]
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la santé

Introduction

Les évaluations de programmes bien conçues et bien exécutées constituent la preuve la plus fiable de l'élaboration des politiques [1]. Leurs résultats peuvent avoir une incidence sur tous les niveaux des programmes de lutte contre le paludisme : de la pratique de la prestation des services de santé à la politique nationale et mondiale. Les activités de changement social et comportemental (CSC), qui englobent une vaste gamme d'approches utilisées pour promouvoir le changement de comportement individuel, les normes sociales et les environnements favorables, sont des composantes clés de nombreux programmes de lutte contre le paludisme, mais elles sont souvent décrites de façon incomplète ou incohérente dans les rapports et les documents d'évaluation (2). Cela limite la capacité des décideurs à faire la distinction entre une bonne qualité, des campagnes stratégiques de changement de comportement et des efforts de relations publiques. Cela réduit également l'efficacité des efforts visant à synthétiser l'efficacité des différents messages et approches et leur reproductibilité. Il est d'autant plus crucial de produire des rapports de bonne qualité que les efforts de lutte contre le paludisme visent à suivre l'évolution des technologies de l'épidémiologie et de la communication. Des rapports bien rédigés peuvent permettre de mieux comprendre ce qui fonctionne dans différents contextes et sont essentiels pour maximiser les investissements dans la recherche.

De 2012 à 2014, des représentants d'une variété d'organismes de recherche et d'organisations à but non lucratif, qui ont finalement formé le Groupe de travail sur le suivi et l'évaluation (S&E) du Groupe de travail sur la communication pour le changement social et comportemental du Partenariat RBM - se sont réunis pour discuter des possibilités et des lacunes dans le suivi et l'évaluation des programmes

de lutte contre le paludisme. Parmi les lacunes relevées, l'on comptait le manque d'évaluations publiées sur le CSC lié au paludisme, l'importance du renforcement des capacités dans les meilleures pratiques d'évaluation du CSC et le manque d'informations essentielles sur les interventions dans la littérature. Le document a été de nouveau examiné lors de la réunion annuelle de 2017 du groupe de travail, et des mises à jour mineures ont été apportées en 2018.

Le résultat est ce document d'orientation - une liste de contrôle - qui met l'accent sur la description de l'intervention de CSC et la justification de la stratégie de CSC, le choix des résultats, les méthodes de création de comparaisons; et une discussion sur les effets, l'attribution causale, les implications futures et la généralisation des résultats. Les éléments de la liste de contrôle ont été regroupés en trois domaines: intervention, conception d'études et discussion.

La liste de contrôle était fondée sur la mise en œuvre et les meilleures pratiques en matière de suivi et d'évaluation décrites dans le Cadre *Stratégique de la communication pour le changement social et comportemental concernant le paludisme 2018-2030*. Parmi les autres supports utilisés pour élaborer la liste de contrôle, citons les lignes directrices d'élaboration de rapport des journaux pour les essais contrôlés randomisés (Normes consolidées de la déclaration des essais - [CONSORT]), les évaluations non randomisées de programmes comportementaux (Rapport transparent des évaluations basées sur des modèles non randomisés [TREND]), et des évaluations générales sur le changement de comportement (Groupe de travail sur la recherche en développement et en évaluation des interventions [WIDER]) [1, 3, 4]. Des centaines de revues de premier plan ont utilisé ces lignes directrices et elles sont associées à l'amélioration des rapports [5].

√	DOMAINE 1 : CONCEPTION DE L'INTERVENTION Comment l'intervention a été conçue et une description de l'intervention :
	1. À quel problème comportemental devait répondre l'intervention de CSC ?
	2. Quelles conclusions de la recherche formative ont servi de base à l'intervention?
	3. Quelles théories ont été utilisées pour élaborer l'intervention ou l'analyse ?*
	4. Les publics cibles sont-ils décrits de façon à aider les lecteurs à comprendre le contexte comportemental ?
	5. Les messages, les documents et les activités sont-ils décrits en fonction de la théorie du programme et du public visé ? (Outils utiles : Un lien vers les documents, les ressources et la recherche du programme)
	6. Les messages et le matériel ont-ils été testés auprès des publics cibles avant leur déploiement? Comment ?**
	7. Y a-t-il eu une description de la durée, de la fréquence et de la quantité des activités de CSC ?* Quelles étaient les qualités des personnes qui ont donné l'intervention ?* Un mécanisme de surveillance était-il disponible pour vérifier la portée ou la livraison du contenu ?
	8. En quoi l'exposition à l'intervention a-t-elle varié ? Y a-t-il eu des variations importantes dans la portée des médias et des partenaires communautaires ?*
	9. Si possible : Les coûts ont-ils été décrits ? Des structures ou des ressources existantes ont-elles été mobilisées par l'intervention ?**
	DOMAINE 2 : CONCEPTION DE L'ÉTUDE Sélection des résultats et méthode de comparaison :
	1. Comment les unités ont-elles été affectées à un groupe d'étude? Si les unités n'étaient pas randomisées, quelles mesures ont été prises pour réduire au minimum le risque de biais de sélection ?*
	2. Si des informations de référence sont disponibles: Y a-t-il une comparaison des caractéristiques de base des caractéristiques sociodémographiques et des résultats pour chaque groupe d'étude? Quelles méthodes statistiques ont été utilisées pour contrôler les différences de base ?*
	3. S'il y avait un groupe témoin, y a-t-il une description du groupe ? Quels messages, documents et activités ce groupe a-t-il reçus ? Quels efforts ont été faits pour prévenir la contamination ?*
	4. Les auteurs ont-ils utilisé les indicateurs de résultats recommandés dans le guide des indicateurs du CSC sur le programme RBM paludisme (exposition à l'intervention de CSC) ; les changements dans les comportements liés au paludisme ; les résultats intermédiaires; comme les connaissances, les normes, les attitudes, les risques et l'efficacité) ? Quels ont été les effets et les intervalles de confiance ?
	5. Les résultats choisis étaient-ils théoriquement plausibles compte tenu de la conception de l'intervention ?**
	6. À quel moment les données ont-elles été recueillies après l'intervention de CSC ?
	DOMAINE 3 : DISCUSSION Interprétation des résultats, prise en compte des forces, des limites ou des faiblesses de l'étude :
	1. Est-ce que plusieurs critères d'attribution causale sont évalués ?
	2. Y a-t-il une discussion sur le mécanisme ou la voie causale ?*
	3. Dans quelle mesure les résultats sont-ils compatibles avec les recherches antérieures ?
	4. Y a-t-il eu d'autres explications ?* Cela peut inclure des questions comme l'accès, la présence d'autres programmes dans l'environnement de l'intervention, les variables psychosociales ou les événements contextuels. Décrire les divergences entre la conception du programme et la mise en œuvre effective, en particulier entre le contenu final et la sélection des canaux, et la théorie du changement.
	5. Quels facteurs ont facilité ou entravé la mise en œuvre de l'intervention ?*
	6. Y a-t-il une discussion sur la mesure dans laquelle les résultats de l'étude peuvent être généralisés ?* Y a-t-il eu une discussion sur la rentabilité, l'évolutivité, l'adaptabilité et/ou la durabilité ?**
	7. Quelles sont les implications pour la recherche future, les campagnes de CSC et les politiques ?

*Adapté de l'énoncé de la Notification transparente des évaluations basées sur des conceptions non randomisées (TREND), une liste de contrôle pour la présentation normalisée de rapports des essais contrôlés non randomisés.

**Adapté des commentaires sur TREND.

Détails sur les éléments de liste de contrôle

Domaine 1 : Intervention de CSC

(2) Recherche formative : Dans un district, la majorité des femmes ne sont peut-être pas conscientes de l'importance de la prévention du paludisme pendant la grossesse. Dans un autre district, la plupart des femmes peuvent penser que prendre un médicament sur un estomac vide est plus dangereux que le paludisme pendant la grossesse. Les méthodes de recherche formative, telles que les groupes de discussion, les entretiens avec des informateurs clés, les enquêtes et les observations, peuvent être utilisées pour comprendre les croyances, les préférences, les contraintes, les motivations, les comportements actuels et les canaux de communication auxquels les publics cibles ont accès. Ces informations, qui comportent des théories comportementales et de test de matériaux, servent de base à la sélection stratégique de messages et d'approches, avec la meilleure chance de produire des changements mesurables [2].

(3) Théories : Les théories comportementales et sociales permettent de comprendre pourquoi et comment les activités de communication peuvent réussir. La théorie aide les responsables du CSC à déterminer où le public est en train de changer de comportement et comment ils obtiendront le changement désiré. L'utilisation de la théorie pour guider la conception de l'intervention peut avoir des effets plus forts ; et les évaluations théoriques rendent ces études plus susceptibles de contribuer à la science du comportement [12-14]. Cinq théories couramment utilisées sur le changement de comportement comprennent l'action motivée/le comportement planifié, l'apprentissage social, la diffusion d'innovations, le modèle de croyance en la santé et le traitement parallèle étendu ou la gestion de la peur [11]. Dans certains cas, on demande aux évaluateurs externes d'évaluer les programmes de CSC ou d'analyser des séries de données, comme les Enquêtes démographiques et de santé ou les Enquêtes sur les indicateurs du paludisme - s'il n'est pas clair que des théories comportementales ont été utilisées. Dans ces cas, les évaluateurs peuvent sélectionner des associations ayant des bases théoriques plausibles et, dans leur rédaction, discuter du rôle des facteurs théoriques non mesurés potentiellement pertinents.

(4) Publics cibles : Les activités de communication et les résultats escomptés varient en fonction des besoins de communication de différents segments de la population. Les efforts de communication ne doivent pas nécessairement viser la population générale, ni même les groupes les plus à risque épidémiologique. Les stratégies de communication identifient les principaux publics cibles (ceux qui exécuteront les principales pratiques de santé) et les publics secondaires (ceux qui influenceront le public principal). Les publics secondaires peuvent être ciblés parce qu'ils sont des décideurs. Les publics tertiaires - groupes communautaires, dirigeants locaux, prestataires - sont également pris en compte lorsque leur appui est essentiel [2]. Les principaux facteurs, tels que le milieu rural/urbain, le sexe, les moyens de subsistance, le rôle des ménages, etc., fournissent des indications importantes sur le contexte comportemental et la pertinence de la conception de l'intervention.

(5) Messages et documents : Les campagnes de CSC ont des cibles variables. Certaines ont une orientation étroite, comme l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), qui est généralement observée lors des campagnes de distribution de moustiquaires; tandis que les campagnes intégrées traitent de l'utilisation des MII, entre autres problèmes de santé, comme le diagnostic et le traitement rapides

de la fièvre, l'administration de zinc et l'absorption orale de sels de réhydratation pour la diarrhée et la planification familiale. Les campagnes de CSC comportent souvent des éléments de communication interpersonnelle, comme ceux qui sont mis en place entre un travailleur de la santé communautaire et son client; ainsi que des activités de médias de masse comme la radio, la télévision et la messagerie instantanée. Différents canaux ont des forces, des défis et des coûts différents [15]. Des descriptions détaillées des canaux choisis et de l'accent mis sur les messages diffusés aideront les lecteurs à comprendre la pertinence des résultats mesurés et à reproduire l'intervention. Pour les activités interpersonnelles ou communautaires, il est également utile de savoir comment les participants ont été regroupés [10].

(6) Expérimentation du matériel : Les éléments d'intervention doivent être développés et testés à petite échelle auprès du public cible, avant leur déploiement. Les concepts, les messages, les scripts radio et les prototypes de documents imprimés peuvent être considérés à l'aide de méthodes de recherche standard. Les résultats des tests préalables sont utilisés pour effectuer des ajustements. Les tests préalables contribuent à confirmer si les histoires, les messages et les documents sont bien compris, acceptables et ont l'effet désiré auprès du public visé [2]. Les tests préalables augmentent également la probabilité de la réactivité du participant [16]. Lorsqu'une participation approfondie du public est impliquée, par exemple par le biais d'une conception centrée sur l'humain, la nature de la participation doit être décrite.

(7) Durée et intensité, qualifications des fournisseurs et surveillance : Les changements de comportement peuvent prendre des mois ou des années, selon l'endroit où le public est en train de changer, les messages et les approches utilisés par la campagne, la durée de la campagne et le volume des activités de communication pendant cette période. La qualité des messages peut également différer selon le niveau de formation dispensé au prestataire ou à l'agent d'exécution. De même, les organismes de presse peuvent varier en termes de portée géographique et d'audience. La mise en place d'un mécanisme de surveillance par le biais de rapports de surveillance, de rapports de surveillance des médias et de registres d'activités permet de quantifier et de vérifier la diffusion du contenu et l'intensité des activités; et si elles ont l'effet escompté sur la population [14].

Domaine 2 : Conception de l'étude

(10-12) Méthode d'affectation : Les évaluateurs des programmes de CSC conviennent généralement qu'il n'existe pas de conception parfaite pour évaluer les programmes de CSC. Toutefois, il est reconnu que même si la randomisation des individus, des établissements ou des communautés à contrôler - ou des groupes d'intervention - fournit des preuves probantes d'efficacité, elle n'est pas pratique pour les programmes qui incluent les médias de masse ou ceux qui visent à atteindre l'ensemble de la population. De nombreuses campagnes sont conçues pour une portée maximale et il est souvent difficile de prévenir la contamination dans les zones témoins [17, 18].

Des enquêtes transversales et des enquêtes longitudinales postérieures aux campagnes ont été utilisées pour déterminer si les personnes exposées et celles qui ne sont pas exposées obtiennent des résultats différents. Bien qu'elles soient vulnérables aux menaces, comme l'auto-sélection et la confusion, et bien qu'on ne puisse pas déterminer la causalité directe à l'aide de ces modèles, on a démontré qu'elles fournissent des renseignements utiles sur l'efficacité des campagnes [19]. Les menaces à la validité peuvent être réduites en contrôlant les caractéristiques des participants au moyen de techniques statistiques multivariées ou en utilisant une série chronologique ou un panel, de sorte que les répondants fonctionnent comme leurs propres contrôles.

Une approche puissante et avancée, l'attribution causale multivariée, combine la modélisation par équation structurelle fondée sur la théorie, l'analyse de l'appariement des scores de propension et l'analyse de sensibilité pour créer une approche d'évaluation qui soit à la fois théorique et fondée sur la méthode. La modélisation par équation structurelle permet aux chercheurs de tester les voies causales; l'appariement des scores de propension crée des groupes témoins statistiquement correspondants; et l'analyse de sensibilité teste l'effet des facteurs de confusion non mesurés. Dans l'ensemble, l'attribution causale multivariée permet de tirer une conclusion de cause à effet valable quant à la mesure dans laquelle le changement de comportement peut être attribué à la campagne de communication [20, 21].

(13) Choix des mesures de résultats : Les indicateurs figurant dans le Guide de référence des indicateurs de CSC sur le paludisme ont été recommandés, en se fondant sur les conclusions de la documentation existante et sur les théories du changement de comportement. Les mesures de base comprennent le pourcentage de participants qui pratiquent les comportements souhaités ; le pourcentage de participants exposés à / capables de se rappeler de l'intervention de CSC ; et les preuves de changement dans les résultats intermédiaires, telles que les connaissances, les normes, les attitudes, le risque et l'auto-efficacité. À l'occasion, des résultats sanitaires, tels que la prévalence du paludisme, peuvent être signalés à l'aide de ces résultats. Les évaluateurs doivent mesurer une gamme de résultats proximaux et distaux, tels que décrits dans la théorie du programme, afin d'aider à évaluer les parties du processus de changement que l'intervention de CSC a touchées.

De nombreux résultats, mais pas tous, que les interventions de CSC visent à atteindre reposent sur des mesures subjectives des résultats. De nombreux résultats peuvent être évalués de plusieurs façons. Dans la mesure du possible, les descriptions de la validité, de la fiabilité et des propriétés psychométriques des mesures utilisées sont particulièrement utiles pour évaluer la qualité des mesures des résultats, surtout lorsqu'elles ne sont pas largement disponibles ou discutées dans la littérature. À mesure que s'accumuleront les données sur les mesures utilisées pour évaluer le CSC, le travail sur le terrain pourra élaborer des échelles ou des questions normalisées pour permettre des comparaisons entre les populations et les interventions.

Domaine 3 : Discussion

(16) Attribution causale : La détermination de la causalité est une question centrale dans l'évaluation. Depuis 1965, les scientifiques se servent de la liste de conditions de Bradford Hill pour examiner les causes avant de conclure à un lien de causalité, notamment...

- a. **La force** : Un effet important est plus susceptible d'être causal qu'un effet modeste ; cependant, la corrélation n'implique pas la causalité.
- b. **La cohérence** : L'effet a été observé à plusieurs reprises dans différentes études.
- c. **La spécificité** : Il n'y a pas d'autres explications à l'effet.
- d. **La cohérence théorique** : L'association est conforme à ce que nous savons sur la question; si les résultats intermédiaires et distaux correspondent aux prédictions (théoriques) des experts.
- e. **La plausibilité** : L'effet a un sens intuitif ou théorique.
- f. **La dose réponse** : Des doses plus importantes produisent des effets plus importants.
- g. **La temporalité** : La cause précède l'effet.
- h. **La réactivité à l'expérience** : Indique si les variations et les répétitions ont été associées à des résultats variés ou similaires.

Comme le fait remarquer Bradford Hill, chaque critère est nécessaire, mais pas suffisant pour établir la causalité. Pour établir le meilleur cas de causalité, les évaluateurs doivent présenter une évaluation de plusieurs critères [22].

Discussion

Bien que les donateurs et les gouvernements aient investi des millions de dollars dans le CSC contre le paludisme, on ne sait toujours pas quand, où et comment il peut être utilisé efficacement. Les chercheurs doivent publier leurs travaux et les présenter de façon à nous aider à comprendre (a) le choix des résultats choisis et la façon dont ils ont été affectés par les programmes de communication, (b) l'ampleur de ces effets, (c) les éléments d'un programme de communication et le contexte dans lequel il fonctionne qui contribuent à son efficacité, et (d) le rapport coût-efficacité des communications dans la lutte contre le paludisme. [23]

Les investissements dans la recherche seront d'une utilité maximale si les rapports d'évaluation et les documents publiés contiennent des descriptions détaillées des approches et du contenu de la campagne, y compris la composition des canaux, les messages, la durée, la portée et la fréquence; ainsi que la façon dont ces interventions ont été élaborées. Cela comprend les principes théoriques sur lesquels ils se fondaient, la recherche formative qui a guidé leur conception et si les matériaux ont été testés auprès du public cible.

Il est probable que les auteurs feront rapport sur certains points et non sur d'autres. Les limites de mots peuvent restreindre la capacité de certains auteurs à signaler tous les éléments recommandés. Plusieurs moyens peuvent être utilisés pour y remédier. Les auteurs peuvent fournir le plus de description possible, dans les limites fixées, puis fournir un lien vers les détails de l'intervention en ligne. Il peut s'agir d'une boîte à outils de communication, de rapports de recherche formative et de rapports de programmes, ainsi que de rapports d'évaluation complets ou d'analyses supplémentaires. De même, les auteurs peuvent créer des façons élégantes et précises de présenter les données supplémentaires, comme les diagrammes de flux, afin de cartographier le lien entre l'exposition, les résultats intermédiaires et les comportements, ou fournir un tableau ou un encadré contenant les détails de l'intervention [16].

Les éléments de la liste de contrôle doivent être fondés, dans la mesure du possible, sur des éléments de preuve. Les rapports contenant les informations recommandées doivent être examinés afin de déterminer s'ils donnent des résultats plus partiels que ceux qui ne contiennent pas les informations [24].

Les lignes directrices en matière de rapports peuvent contribuer à assurer que les investissements dans la recherche sont utilisés efficacement. Les donateurs, les professionnels du CSC et le public ont le droit de s'attendre à ce que les résultats de la recherche soient communiqués de façon à nous aider à comprendre « ce qui fonctionne, pour qui, pourquoi, quand et à quel coût » [16]. Ces suggestions sont une première étape pour s'assurer que les rapports de recherche contiennent suffisamment d'informations pour documenter les leçons tirées des programmes de CSC, synthétiser la base de données, améliorer la transparence et attirer l'attention sur la rigueur potentielle d'études et de programmes de CSC bien conçus et mis en œuvre. [25]

Références

1. Moher, D., S. Hopewell, K. Schultz, V. Montori, P. Gotsche, P. Devereaux, D. Elbourne, M. Egger, and D. Altman. (2010). "Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials." *BMJ*, 340:c869.
2. Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme (2017). *The Strategic Framework for Malaria Communication at the Country Level, 2018–2030*. Venier, Suisse : RBM.
3. Des Jarlais, D. C., C. Lyles, et N. Crepaz. (2004). "Improving the Reporting Quality of Nonrandomized Evaluations of Behavioral and Public Health Interventions: The TREND Statement." *American Journal of Public Health*, 94:361–366.
4. Schulz, K. F., D. G. Altman, and D. Moher. (2010). "CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials." *PLoS Med*, 7:e1000251.
5. Turner, L., L. Shamseer, D. G. Altman, K. F. Schulz, et D. Moher. (2012). "Does use of the CONSORT Statement impact the completeness of reporting of randomised controlled trials published in medical journals? A Cochrane review." *Syst Rev*, 1:60.
6. Mayo-Wilson, E., S. Grant, S. Hopewell, G. Macdonald, D. Moher, et P. Montgomery. (2013). "Developing a reporting guideline for social and psychological intervention trials." *Trials*, 14:242.
7. Zwarenstein, M., S. Treweek, et J. Gagnier. (2008). "Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement." *BMJ*, 337:2390.
8. Boutron, I., D. Moher, D. Altman, K. Schulz, P. Ravaut. (2008). "Extending the CONSORT Statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration." *Ann Intern Med*, 148:295–309.
9. Des Jarlais, D., C. Lyles, et N. Crepaz. (2004). "Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions the TREND statement." *Am J Public Health*, 94:361–366.
10. Albrecht, L., Archibald, M., Arseneau A., et Scott, S. (2009). *WIDER Recommendations. Implementation Science*, 8:52.
11. Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme (2017). *Malaria Social and Behavior Change Communication Indicator Reference Guide: Second Edition*. Venier, Suisse : RBM.
12. Michie, S., D. Fixsen, J. Grimshaw, et M. Eccles. (2009). "Specifying and reporting complex behavior change interventions: the need for a scientific method." *Implementation Science*, 4:40.
13. Tanzania ACE Mentoring Program. (2012). *Communication Theory Readings*. Disponible à l'adresse : <http://www.k4health.org/toolkits/tanzania-ace/communication-theory-readings>.
14. Série de formation en ligne sur la Communication pour le changement social et comportemental sur le paludisme fondée sur des données factuelles à l'adresse : <http://www.networksmalaria.org/networks/online-training-series-evidence-based-malaria-social-behavior-change-communication>
15. Sarker, B. K., S. Ahmed, N. Islam, et J. A. Khan. (2013). "Cost of behavior change communication channels of Manoshi-a maternal, neonatal and child health (MNCH) program in urban slums of Dhaka, Bangladesh." *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 11:28.
16. Armstrong, R., E. Waters, L. Moore, E. Riggs, L. G. Cuervo, P. Lumbiganon, et P. Hawe. (2008). "Improving the reporting of public health intervention research: advancing TREND and CONSORT." *Journal of Public Health*, 30:103–109.
17. Noar, S. M. (2009). "Challenges in evaluating health communication campaigns: defining the issues." *Communication Methods and Measures*, 3:1–11.
18. Keating, J., P. Hutchinson, J. M. Miller, A. Bennett, D. A. Larsen, B. Hamainza, C. Changufu, N. Shiliya, and T.P. Eisele. (2012). "A quasi-experimental evaluation of an interpersonal communication intervention to increase insecticide-treated net use among children in Zambia." *Malaria Journal* 11:1–10.
19. Valente, T., et P. Kwan. (2009). "Public communication campaigns: Theoretical principles and practical applications." *Media effects: Advances in theory and research*. Volume 3. Edited by Rice, R. E., et C. K. Atkin: 436–468.
20. Figueroa, M. E., J. T. Bertrand, et D. L. Kincaid. (2001). "Evaluating the Impact of Communication Programs: Summary of an Expert Meeting Organized by the MEASURE Evaluation Project and the Population Communication Services Project." *Belmont Conference Center, Elkridge, MD*.
21. Kincaid, D. L., et M. P. Do. (2006). "Multivariate causal attribution and cost-effectiveness of a national mass media campaign in the Philippines." *Journal of Health Communication*, 11:69–90.

22. Hill, A. B. (1965). "The environment and disease: association or causation?" *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58:295.
23. Bertrand, J. T., K. O'Reilly, J. Denison, R. Anhang, et M. Sweat. (2006). "Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries." *Health education research*, 21:567-597.
24. Moher, D., A. Jones, et L. Lepage. (1995). "Use of the consort statement and quality of reports of randomized trials: A comparative before-and-after evaluation." *JAMA*, 285:1992-1995.
25. Kirkwood, B. (2004). "Making public health interventions more evidence based: TREND statement for non-randomised designs will make a difference." *BMJ*, 328:966.
26. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2017). *Programme reporting standards for sexual, reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health*. Genève, Suisse : OMS.

