Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 16 March 2023
Accepted, 28 May 2023
Published, 9 June 2023
http://www.revue-rasp.org

Research

Participation communautaire et amélioration de la malnutrition aiguë des enfants de moins de 5 ans au district sanitaire de Dori, Burkina Faso, 2019

Yewayan Larba Bérenger Kabore[1]*, Abdoul G. Sawadogo[2] Aristide Romaric Bado[3], Noaga Sawadogo[4] et Hamed Sidwaya Ouedraogo[4]

[1,4]Direction régionale de la santé du Sahel, Dori, Burkina Faso
[2]Centre national de transfusion sanguine (CNTS)- Ouagadougou- Burkina Faso
[3]Institut national de recherche en sciences de la santé (IRSS)- Ouagadougou- Burkina Faso

***Correspondance :** berenger18@yahoo.fr ; Tel : +226 70150748;

Resume

La prévalence de la malnutrition aiguë globale était de 9,7% dans la région du Sahel au Burkina Faso en 2019. Des groupes communautaires de promotion de la nutrition infantile ont été mis en place dans plusieurs villages de Gangaol depuis deux ans. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet des groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'alimentation du jeune enfant à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants dans les villages de Gangaol. Une étude d'évaluation comparative de type intervention et contrôle a été réalisée de septembre à décembre 2019. Un échantillonnage aléatoire a été réalisé dans les villages d'intervention et témoin. Un focus groupe a été réalisé dans chaque village d'intervention. 259 participantes aux groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant (98,11%) de la zone d'intervention trouvèrent que cette stratégie leur était bénéfique. La prévalence globale de la malnutrition aiguë était de 5,6% [2,9 - 10,5] et de 13,2% [6,5 - 25,0] dans les villages témoins. La mise en place des d'apprentissage et de suivi des pratiques d'alimentation du jeune enfant à Gangaol a contribué à améliorer l'état nutritionnel des enfants. Ces résultats plaident pour une extension de cette intervention dans les autres villages de la région du Sahel.

Mots-clés : Malnutrition aiguë, pratiques alimentaires, nourrissons, participation Communautaire

Abstract

The prevalence of global acute malnutrition was 9.7% in the Sahel region of Burkina Faso in 2019. Community groups promoting child nutrition have been set up in several villages in Gangaol for two years. The objective of this study was to evaluate the effect of learning groups and monitoring of young child feeding practices in improving the nutritional status of children in the villages of Gangaol. A comparative evaluation study of the intervention and control type was carried out from September to December 2019. Random sampling was carried out in the intervention and control villages. A focus group was carried out in each intervention village. 259 participants in groups for learning and monitoring infant and young child feeding practices (98.11%) in the intervention area found that this strategy was beneficial to them. The overall prevalence of acute malnutrition was 5.6% [2.9 - 10.5] and 13.2% [6.5 - 25.0] in control villages. The establishment of learning and monitoring practices for feeding young children has contributed to improving the nutritional status of children. These results

argue for an extension of this intervention to other villages in the Sahel region.

Keywords: Acute malnutrition, feeding practices, infants, community participation

1. Introduction

La prévalence de la malnutrition infantile demeure très élevée dans les pays à ressources limitées ou intermédiaires comme l'Asie et l'Afrique Subsaharienne (**Akombi et al., 2017; UNICEF et al., s. d.**). Au Burkina Faso, la malnutrition constitue de nos jours un problème persistant de santé publique au Burkina Faso du fait de son ampleur qui se maintient à des niveaux encore élevés et de sa sévérité (**Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-b**). En effet selon les données de l'enquête nutritionnelle nationale 2019, la prévalence de la malnutrition aiguë globale au Burkina-Faso était de 8,1 % dont 1,1 % de forme sévère(**Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-b**). La prévalence la plus élevée de malnutrition aiguë globale était notée dans la province du Séno dans la région du Sahel avec une valeur de 11,3 % qui se situe au-dessus du seuil d'alerte de l'OMS (10 %)(**Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-b**). La diversité alimentaire minimum dans la région du Sahel reste parmi les plus faibles du pays avec une proportion de 24% pour les enfants consommant au moins 4 groupes d'aliments (**Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-b**). Quant à la province du Séno, elle présentait en 2018 des prévalences les plus élevées sur l'ensemble de la région en 2018 avec 13,3% pour la malnutrition aiguë et 45,9% pour la malnutrition chronique (**Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-a**). Cette situation nutritionnelle s'observe dans un contexte de déplacement de populations de la province du Soum vers la province du Séno lié du fait du contexte sécuritaire en 2018.

Pour réduire le fardeau de cette malnutrition, plusieurs stratégies ont été développées au Burkina Faso comme la stratégie de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) en 2015, l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) en 2013 et la mise en place de plusieurs réseaux de nutrition (réseau parlementaire pour la nutrition, de la société civile pour la nutrition, des journalistes pour la nutrition). Ainsi dans la région du Sahel et particulièrement dans le district de Dori, des groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE (GASPA) ont été mis en place dans plusieurs villages de la commune de Bani dans la province du Séno depuis fin 2017. Les GASPA représentent un regroupement d'au maximum de 15 mères qui se réunissent régulièrement pour discuter sur des thématiques en rapport avec leurs besoins. Dans les GASPA, les mères sont organisées en groupes homogènes selon le statut physiologique (GASPA de femmes enceintes, GASPA de mères d'enfants de moins de 6 mois, GASPA de mères d'enfants de moins de 2 ans) pour la diffusion des messages sur les bonnes pratiques nutritionnelles, de santé et d'hygiène, la santé de la reproduction, la

vaccination, etc. Dans plusieurs régions au Burkina Faso particulièrement au Sahel et au Centre-Nord les GASPA se présentent comme une initiative communautaire visant à renforcer les connaissances, les partages et la participation des femmes à la santé des enfants afin de réduire significativement la mortalité infantile. Ils sont adoptés comme une stratégie nationale dans le cadre de la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. L'expérience menée dans certains districts avec l'appui d'ONG montre un enthousiasme aussi bien des femmes que des hommes et des collectivités locales. Dans la pratique, les conseils prodigués couvrent un large éventail « l'Agriculture et moyens d'existence ; Santé-Nutrition-WASH; Gouvernance locale et la Communication pour le changement de comportement ». Les différents rapports de suivi font état d'une dynamique positive dans la mise en place et le fonctionnement des GASPA, mais très peu d'évaluations externes ont porté sur l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants et sur les effets réels en termes d'utilisation des services de santé sur des changements effectifs de comportement. Cette étude visait à évaluer la contribution de ces GASPA sur la participation communautaire en faveur de la nutrition et l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile et de nutrition dans les villages de l'aire sanitaire de Gangaol

2. **Matériaux et Méthodes**

2.1. *Cadre d'étude*

L'étude s'est déroulée dans la commune de Bani, dans le district sanitaire de Dori, l'un des quatre districts de la région du Sahel au Burkina Faso. Les zones d'intervention du projet étaient les villages de Pétéréobé, Thiombiel, Babirka Démoa et Babirka Mango tous de la commune de Bani et les zones de contrôle ou témoins étaient représentés par les villages de Soffokel, Tao, Bellaré et Bandelgao, de la commune de Falangoutou. Le projet d'implantation des GASPA s'est fait dans la commune de Bani dans le district sanitaire de Dori depuis 2017 alors que dans la commune de Falangoutou cette initiative n'est pas encore mise en œuvre ce qui justifie le choix de cette commune comme site contrôle.

2.2. Type d'étude et période d'étude

Nous avons effectué une évaluation comparative de type intervention et contrôle. La collecte des données s'est déroulée du 1er décembre 2019 au 15 janvier 2020.

2.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée des habitants de la zone d'intervention du projet à savoir les habitants des villages de Pétéréobé, Thiombiel, Babirka Démoa et Babirka Mango de la commune de

Bani et ceux des villages de la zone contrôle de Soffokel en 2019. Il s'agissait d'enfants de moins de cinq ans, leurs mères ou tutrices, les agents de santé, les agents de santé à base communautaire (ASBC) et les personnes ressources volontaires (PRV), les autorités administratives et les leaders communautaires

2.4. Echantillonnage

Un échantillon aléatoire a été réalisé dans chaque village d'intervention et témoin. Un échantillon de 264 enfants aussi bien dans la zone d'intervention que dans la zone contrôle et préalablement calculé grâce au logiciel ENA for SMART étaient nécessaire pour l'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans.

Pour l'enquête qualitative quatre focus groupes de 10 personnes ont été réalisés dont deux focus groupes d'hommes et deux focus groupes de femmes. Un focus groupe a été réalisé dans chaque village d'intervention.

Pour le choix des enfants dans chaque village, un dénombrement préalable des concessions et des ménages a été réalisé par les enquêteurs. Les ménages énumérés ont été notés de 1 à n à l'intérieur de chaque concession. Après l'énumération des ménages, deux bouts de papier 1 et 2 ont été mis dans un bocal et mélangés. Un bout de papier a été tiré de façon aléatoire. Si ce bout de papier renferme un chiffre pair, alors tous les ménages portant le numéro pair de cette concession seront enquêtés. Si le chiffre tiré est impair, alors tous les ménages impairs seront enquêtés.

Dans les ménages tirés, tous les enfants de moins de 5 ans du ménage ont été enregistrés et on procédait ensuite aux mesures anthropométriques chez tous les enfants de moins de 5 ans de ce ménage. Le questionnaire spécifique à la mère ou tutrice d'enfant de moins de cinq ans et le questionnaire ANJE a été administré à la mère ou tutrice de tout enfant de 0 à 23 mois. Dans le cas où un ménage sélectionné n'avait pas d'enfant de moins de cinq ans, ou il y avait un enfant de plus de cinq ans, ce ménage n'était pas inclus

2.5. Collecte de données

La collecte de données a combiné une approche mixte : quantitative à travers des questionnaires administrés et l'anthropométrie et l'approche qualitative à travers des focus groups

2.6. *Gestion des données*

Les données collectées étaient les données épidémiologiques, sociodémographiques

anthropométriques (poids, taille, périmètre brachial, périmètre thoracique) et les indicateurs de santé maternelle et infantile (nombre de consultation prénatals, de consultation post natale précoce et tardive, taux d'admission pour malnutrition aiguë modérée (MAM) et malnutrition aiguë sévère (MAS).

Le logiciel ENA Delta version du 9 Juillet 2015 a été utilisé pour le calcul de la taille des échantillons, la sélection des grappes, l'analyse des données du test standardisation, la saisie des données anthropométriques, l'analyse des données anthropométriques des enfants âgées de 0 à 59 mois.

Les données relatives au périmètre brachial (PB), à la morbidité, à la couverture en vitamine A et déparasitant et celles relatives à l'ANJE, à la consommation alimentaire des ménages et à la diversité alimentaire des femmes en âge de procréer ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (version 22.0) et Excel 2016.

Le Logiciel NVIVO 10 a servi à l'analyse des données qualitatives issues des focus groupes après une traduction fidèle en français et une transcription.

Le niveau de pertinence des services d'ANJE et des GASPA selon les personnes ressources volontaires, les ASBC et les mères d'enfants a été apprécié sur une échelle de 1 à 4 allant de non-pertinent à très pertinent.

2.7. Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a été soumis au comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso qui a émis un avis favorable pour la conduite de l'étude suivant la délibération N°2020-02-017. La confidentialité des informations collectées ainsi que leur anonymat par l'ensemble des parties prenantes de cette étude a été maintenue. Les résultats ont été présentés dans l'anonymat.

3. **Résultats**

3.1. Fonctionnement des GASPA

De 2017 à 2019, au total 412 causeries éducatives ont été réalisées par les agents de santé à base communautaire (ASBC) au cours des séances de GASPA avec 36 causeries en 2017, 153 en 2018 et 223 en 2019. Ces causeries ont pu toucher 16146 personnes dont 1422 personnes en 2017, 5736 personnes en 2018 et 8988 personnes en 2019.

3.2. Participation communautaire aux activités GASPA

94,74% des mères d'enfants (n=234) du site d'intervention participaient aux séances d'animation des GASPA. 72,22% d'entre elles (n=169) étaient recrutées dans les GASPA au moment de la grossesse. Les GASPA étaient bien appréciées par 98,11% des mères

Tableau 1: Répartition des participantes aux GASPA dans la zone d'intervention en décembre 2019

Variables	N (%)
Participation mensuelle aux séances de GASPA (n=247)	
Oui	234 (94,74)
Non	13 (5,26)
Moment du recrutement dans les GASPA (n=234)	
Grossesse	169 (72,22)
Femme allaitante avec enfant 0-6 mois	48 (20,51)
Femme allaitante avec enfant 6-23 mois	17 (7,26)
Appréciation des GASPA par les femmes (n=264)	
Bénéfique	259 (98,11)
Non bénéfique	2 (0,76)
Sans intérêt	2 (0,76)
Autre	1 (0,38)

3.3. Perception des activités GASPA par les agents de santé à base communautaire dans la zone d'intervention

Concernant l'appréciation globale des services d'ANJE autour d'un paquet de services selon le cycle de vie, 6/8 des ASBC ont trouvé que cette approche était un bon aide-mémoire pour eux, 4/8 ont estimé que cette approche permettait de définir le rôle précis de chacun des acteurs, 3/8 rapportaient que cette approche facilite l'organisation des services, la compréhension des services offerts et permet la spécificité de la communication. Les autres avantages cités étaient la capacité des mères à préparer les bouillies enrichies, l'abandon des anciennes pratiques nutritionnelles et la réduction du nombre de malnutris.

Concernant l'approche des GASPA avec des normes de qualité, 100% ASBC des ASBC enquêtés (n=8) trouvaient que les GASPA sont des cadres d''échanges d'expériences, 6/8 d'entre eux trouvaient que c'est un moyen pour renforcer la solidarité entre les femmes et que les GASPA ont un effet visible et

sont une occasion propice pour l'application de modèle de changement de comportements et l'installation d'un climat de confiance et favorisent l'adhésion sans relâche aux activités promotionnelles de la part des mères.

3.4. Perception de la pertinence du processus d'implantation des GASPA par les personnes ressources volontaires de la zone d'intervention

Parmi les 8 personnes ressources volontaires (PRV) enquêtées, la moitié étaient des conseillers de village (n=4), 3/8 étaient des présidents de Conseil villageois de développement (CVD) et 1/8 un membre de CVD.

Concernant la conduite de diagnostics communautaires suivis de restitution comme étape d'implantation des interventions de promotion des pratiques optimales d'ANJE, le score moyen de pertinence retrouvé était de 3 (pertinent). En effet 5/8 PRV trouvaient que le diagnostic communautaire engendrait une prise de conscience des problèmes de santé par la communauté ; 3/8 trouvaient que les GASPA favorisent une facilitation des échanges et la collaboration entre les femmes ; 2/8 trouvaient que les GASPA favorisent une acquisition de compétences en nutrition par les acteurs communautaires.

Concernant l'approche utilisant les personnes ressources volontaires dans la mise en œuvre des stratégies de communication de proximité, le score de pertinence retrouvé était de 4 (très pertinent) et notifié par 100% des PRV. En effet le principal avantage de cette approche selon eux était le fait de pouvoir faire face aux obstacles culturels et sociaux. Les autres avantages cités par les enquêtés étaient la prise de conscience de la communauté et une meilleure diffusion de l'information sur les changements de comportements dans la communauté.

Concernant la mise en place de registres de suivi, le score de pertinente retrouvé était de 4 (très pertinent) et noté par 100% des personnes ressources volontaires (n=8). En effet avec la possibilité de prodiguer des conseils spécifiques, la mise en œuvre d'actions concrètes coordonnées et le suivi de l'évolution des principaux indicateurs et les actions de réajustement.

3.5. *État nutritionnel des enfants des villages GASPA et village contrôle***.**

La prévalence globale de la malnutrition aiguë dans les villages d'intervention des GASPA était de 5,6% contre 13,2% pour les villages témoins en décembre 2019

Tableau 2: Prévalence de la malnutrition aiguë selon la zone

Prévalence de la malnutrition	Malnutrition aiguë globale (Z–score <–2 et/ou œdèmes % (IC95))	Malnutrition aiguë modérée (<-2 z-score and >=-3 z-score, sans œdèmes)	Malnutrition aiguë sévère (<-3 z-score et/ou œdèmes)
Zone d'intervention	5,6% [2,9 - 10,5]	5,2% [3,1 - 8,5]	0,4% [0,0 - 10,2]
Zone contrôle	13,2% [6,5 - 25,0]	10,5% [4,2 - 24,2]	2,6% [1,0 - 7,0]

3.6. *Adhésion de la communauté aux GASPA dans la zone d'intervention*

La thématique « adhésion de la communauté » aux GASPA est représentée par un nuage de mots avec des vocables comme « femmes », « enfants », « installation ». Ce qui signifie que les femmes et les hommes sont tous mobilisés pour une installation durable des GASPA au profit de la santé de la femme et de l'enfant. Un participant illustre cette adhésion en ces termes : « Nous sommes très content du projet. C'est nous-mêmes qui poussons nos femmes à s'y rendre quand elles sont un peu hésitantes » (Focus groupe Homme Babirka Mongo) (Figure 1).

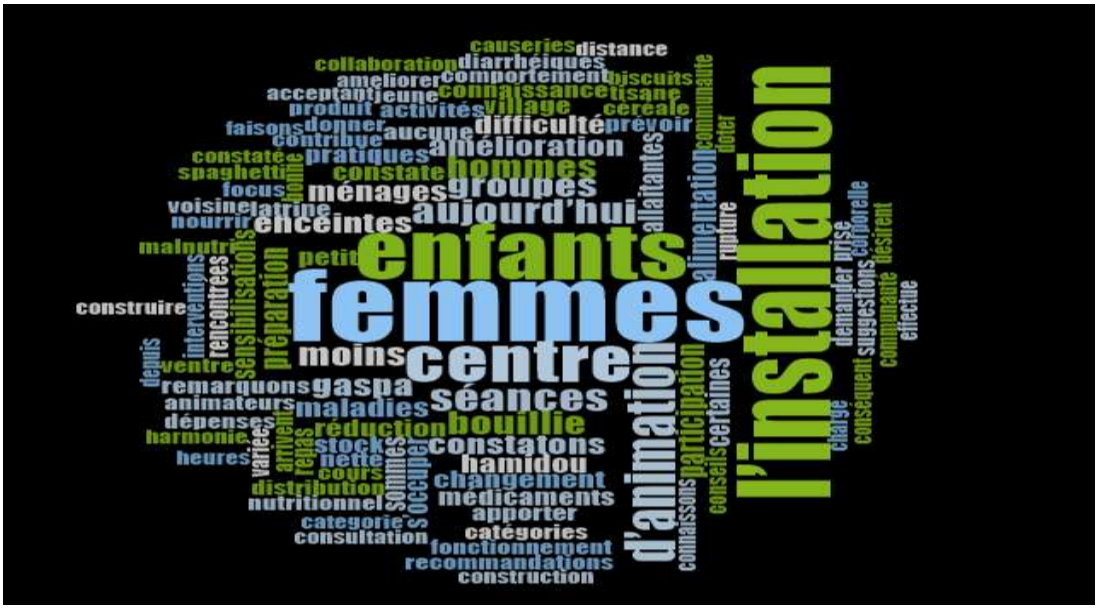


Figure 1: Nuage de mots représentant les thèmes les plus évoqués dans l'analyse de l'appropriation au site d'intervention des GASPA en 2020

3.7. Performance comparée en soins prénatals du centre de santé et de promotion sociale d'intervention et témoin

Le taux de couverture en CPN 4 des zones d'intervention a évolué progressivement de 3,1% en 2016

à 16,3% en 2019.

Tableau 3: Evolution de la couverture en CPN4 selon la zone de 2017 à 2019

Couverture en CPN4	2017	2018	2019
Zone d'intervention	5,6%	11,3%	16,3%
Zone contrôle	4,6%	1,5%	14,4%

3.8. Performance comparée pour les admissions pour malnutritions aiguës modérées et sévères du centre de santé et de promotion sociale d'intervention et témoin

L'évolution des différents taux d'admission pour malnutrition aiguë modérée et sévère dans les zones d'intervention et de contrôle.

Tableau 4: Evolution des proportions d'admission pour malnutrition aiguë modérée dans les zones d'intervention et de contrôle de 2016 à 2019

Zones	**Proportion d'admission pour malnutrition aiguë modérée (%)**			
	2016	**2017**	**2018**	**2019**
Intervention	61,80	14,60	8,37	5,78
Contrôle	45,49	45,49	44,14	21

3.9. Suivi des cas de malnutritions aiguës modérées et sévères dans la formation sanitaire abritant les GASPA

De 2017 à 2019, nous n'avons noté aucun abandon lors du suivi des enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) dans la zone d'intervention contrairement à la zone de contrôle où le taux d'abandon était de 2,4% en 2018.

Aussi, le taux de guérison de la malnutrition aiguë sévère (MAS) était de 100% au CSPS de Gangaol de 2017 à 2019 dans la zone d'intervention alors que ce taux évoluant en dents de scie dans la zone contrôle avec 100% en 2017, 93% en 2018 et 96% en 2019.

Le taux d'abandon de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) dans la zone d'intervention de Gangaol variait de 0,66% en 2017, à 0% en 2018 et 2019. Par contre, ce taux était de 6,98% en 2018 et de 5,26% en 2019 dans la zone contrôle de Soffokel.

4. **Discussion**

Le taux de participation des mères ou tutrices d'enfants aux GASPA dans les villages d'intervention des GASPA était de 94,74% (234) et 98,11% d'entre elles trouvaient que les GASPA leur étaient bénéfiques.

Dans une évaluation faite sur les GASPA dans la région du Nord en juillet 2014, la participation n'a pas été évaluée mais les contraintes liées à leur participation aux GASPA ont été évaluées, et on notait que certaines femmes expliquent qu'une bonne participation à ces groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE est rendue difficile par certaines normes sociales. En effet, le consentement de l'homme pour la participation de la femme est indispensable. De plus, la polygamie peut être un frein comme le montre la citation suivante « Si tu as une coépouse c'est un peu difficile pour toi de participer à toutes les rencontres si toutefois ta coépouse n'est pas membre. Ton mari dira que tu es paresseuse, donc tu ne peux participer pleinement.» (Focus Songnaaba) (**Alexis Grandjean, 2014**).

Ce fort taux de participation dans notre intervention pourrait être lié au fait que ces GASPA sont tenus et animés par des agents de santé à base communautaire qui vivent avec les bénéficiaires, qui les connaissent bien et connaissent les difficultés individuelles de chaque membre. Cela crée un sentiment de confiance entre les animateurs des GASPA et les participantes. Le soutien des hommes aussi est déterminant dans cette participation comme le montrent les résultats de nos focus groupe. Enfin le processus d'implantation de GASPA a favorisé une appropriation de la stratégie par la communauté elle-même et donc elle semble être une stratégie pérenne car c'est la communauté qui est au-devant de la mise en œuvre de la stratégie, qui apporte des intrants nutritionnels pour la démonstration culinaire et qui réfléchit sur les problèmes rencontrés et trouve des solutions elle-même. Cela vient confirmer cette assertion qui révèle que «Toute intervention communautaire doit encourager, dans toutes ses étapes, la participation réelle des femmes et des hommes et des personnes à besoins spécifiques à la prise de décision, à l'accès aux ressources (informationnelles, sanitaires...) et à l'expression et la défense de leurs intérêts» (**Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2013**).

Aussi dans notre étude, la prévalence globale de la malnutrition aiguë dans les villages d'intervention était de 5,6% [2,9 - 10,5] et de 13,2% [6,5 - 25,0] au niveau des villages témoins. De même, une plus grande réduction d'admission MAM et de MAS depuis l'implantation des GASPA dans ladite zone. Selon les résultats de l'enquête nutritionnelle nationale du Burkina Faso en 2019, la prévalence de la malnutrition dans la province du Séno était de 11,3% (**Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-b**).

Ces résultats pourraient témoigner de l'apport de la stratégie GASPA dans la prévention de la malnutrition aiguë dans les villages d'implantation.

On note aussi que le taux de couverture en CPN 4 des zones d'intervention a évolué progressivement de 3,1% en 2016 à 16,3% en 2019. Ces résultats sont dans la même tendance que cette intervention multisectorielle réalisée au Bangladesh où l'éducation à la nutrition de la mère et du nourrisson et du jeune enfant (AMJIE) a été intégrée dans les programmes existants, tels que les groupes d'autonomisation des femmes, qui a permis d'accroitre les consultations prénatales parmi les femmes enceintes (**Hossain et al., 2019**). En effet dans cette étude, la proportion de celles qui ont eu au moins quatre consultations prénatales a augmenté, passant de 22,5 % au départ à 61,4 % à la fin dans la zone de mise en œuvre du projet Nutrition at the Center, qui été mis en place dans les sous-districts de Derai et Bishwambarpur du district de Sunamgonj à Sylhet, au Bangladesh et qui s'est déroulé de mai 2013 à décembre 2017 (**Hossain et al., 2019**). Ces meilleures performances observées en CPN4 dans la zone où sont mises en place les GASPA dans notre étude s'expliqueraient par le fait que les GASPA impliquent non seulement les femmes mais aussi les hommes et les autres personnes ayant une influence sur les femmes telles que les grands-mères ou les belles-mères dans la promotion de la santé avec une meilleure fréquentation des services de santé maternelle et infantile.

Enfin concernant la pertinence du processus d'implantation des GASPA, il a été jugé pertinent à très pertinent non seulement pour la conduite de diagnostics communautaires, que pour l'utilisation des personnes ressources volontaires dans la mise en œuvre des stratégies de communication de proximité, et la mise en place de registres de suivi. Au cours de cette intervention, le processus de mise en place a impliqué la communauté bénéficiaire tout au long du processus. Cela a permis une bonne appropriation de la stratégie par la communauté et a contribué à sa pérennité. Plusieurs études attestent le gain appréciable dans les interventions communautaires en santé ou en nutrition en mettant la communauté au-devant de la stratégie (**Feruglio & Nisbett, 2018; Kamel et al., 2019; Mayén et al., 2016**).

Les limites de l'étude pourraient être le choix de la zone témoin qui a été fait en tenant compte de la non mise en œuvre des groupes d'apprentissage et de pratiques d'ANJE dans l'aire du district sanitaire de Dori au cours des deux dernières années. Aussi les indicateurs de santé et nutrition observées dans la zone d'intervention pourraient être influencées par la stratégie GASPA mais aussi par d'autres

interventions, d'où la nécessité de poursuivre avec d'autres recherches pour évaluer l'effet exclusivement des GASPA.

5. Conclusion

La mise en place des groupes d'apprentissage et de pratique optimales d'ANJE (GASPA) dans les villages de la commune de Bani a permis de réduire la prévalence de la malnutrition aiguë, d'augmenter le nombre de contact pour les soins prénatals et soins post-natals dans cette zone. L'implication de la communauté dans la recherche et le maintien de sa propre santé est indispensable et des actions concrètes comme celles des GASPA permettraient d'améliorer les indicateurs clés de santé maternelle et infantile, de réduire les dépenses en santé par les populations et de ramener l'harmonie dans les couples

Remerciements

Nous tenons à remercier le Programme alimentaire mondial du Burkina Faso (PAM) pour le financement de la présente étude. Les remerciements vont également à l'endroit des agents et de la communauté de la commune de Bani pour leur participation à l'étude

Conflit d'Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

Akombi, B. J., Agho, K. E., Merom, D., Renzaho, A. M., & Hall, J. J. (2017). Child malnutrition in sub-Saharan Africa : A meta-analysis of demographic and health surveys (2006-2016). *PLOS ONE*, *12*(5), e0177338. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177338

Alexis Grandjean. (2014). *Evaluation de l'application des options stratégiques du plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Burkina Faso*. Université Montpellier2-Université Montpellier1.

Feruglio, F., & Nisbett, N. (2018). The challenges of institutionalizing community-level social accountability mechanisms for health and nutrition : A qualitative study in Odisha, India. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 788. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3600-1

Hossain, J., Rahman, N., Islam, M. H., Hasanuzzaman, M., & Jenkins, K. R. and D. (2019). A multi-sector approach to improve nutrition : Experiences of the Nutrition at the Center project, Bangladesh. *Field Exchange 59*, 54.

Kamel, L., Abdel Aziz, S., & Yousof, H. Z. (2019). Community-based interventions to support maternal and child health practices in Upper Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *25*(09), 597-603. https://doi.org/10.26719/emhj.18.069

Mayén, A.-L., de Mestral, C., Zamora, G., Paccaud, F., Marques-Vidal, P., Bovet, P., & Stringhini, S. (2016). Interventions promoting healthy eating as a tool for reducing social inequalities in diet in low- and middle-income countries : A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, *15*(1), 205. https://doi.org/10.1186/s12939-016-0489-3

Ministère de la santé, Burkina Faso. (s. d.-a). *Enquête nutritionnelle 2018* [Rapport d'enquête].

Ministère de la santé, Burkina Faso. (s. d.-b). *Enquête nutritionnelle nationale 2019* [Rapport d'enquête].

Ministère de la santé, Royaume du Maroc. (2013). *Guide sur la participationcommunautaire en santé*.

UNICEF, WHO, & World Bank Group. (s. d.). *Levels and trends in child malnutrition : UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates, Key findings of the 2021 edition - World*. ReliefWeb. Consulté 11 août 2021, à l'adresse https://reliefweb.int/report/world/levels-and-trends-child-malnutrition-unicefwhoworld-bank-group-joint-child-2

© 2023 KABORE, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Publisher's note
Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.