

L'approche vidéo communautaire de SPRING au Burkina Faso, Région Est : Les effets sur les comportements chez les femmes et les enfants en matière de nutrition et d'hygiène

Un rapport d'analyse



L'approche vidéo communautaire de
SPRING au Burkina Faso, Région Est :
Les effets sur les comportements chez les
femmes et les enfants en matière de
nutrition et d'hygiène

Un rapport d'analyse

À PROPOS DE SPRING

Le Projet SPRING, Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (Renforcement des partenariats, résultats et innovations en nutrition à l'échelle globale) est financé par l'USAID dans le cadre d'un accord de coopération de cinq ans en vue de renforcer les efforts nationaux et internationaux pour intensifier les pratiques et politiques de nutrition à grand impact et améliorer les effets sur la nutrition chez la mère et l'enfant. Le projet est géré par JSI Research & Training Institute, Inc., avec les organisations partenaires Helen Keller International, The Manoff Group, Save the Children et the International Food Policy Research Institute.

CITATION RECOMMANDÉE

Bougma, Moussa, Leanne Dougherty, Jean-François Kobiané, Idrissa Kaboré et Bilampoa Gnomou. 2017. *L'approche vidéo communautaire de SPRING au Burkina Faso, Région Est : Les effets sur les comportements chez les femmes et les enfants en matière de nutrition et d'hygiène. Un rapport d'analyse.* Arlington, VA : Projet Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING).

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Ce rapport a été rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), dans le cadre de l'Accord de coopération No. AID-OAA-A-11-00031 du Projet « Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally » (SPRING), géré par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI). Le contenu relève de la responsabilité de JSI et ne reflète pas nécessairement l'opinion de l'USAID ou du Gouvernement américain.

SPRING

JSI Research & Training Institute, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Tel : 703-528-7474
Fax : 703-528-7480
Email : info@spring-nutrition.org
Internet : www.spring-nutrition.org

Photo de couverture : Souleymane Ouattara, Jade Video Production

Table des matières

Liste des tableaux.....	ii
Résumé analytique.....	v
Introduction	1
1. Description de l'intervention et des principaux résultats.....	3
1.1. Description de l'intervention.....	3
1.2. Description des principaux résultats	3
2. Méthodologie.....	7
2.1. Population de l'étude et échantillonnage.....	7
2.2. Collecte des données	8
2.3. Analyse des données.....	8
3. Résultats.....	11
3.1. Description de l'échantillon	11
3.2. Comparaison de la zone de traitement et de la zone témoin lors de l'enquête initiale	12
3.3. Exposition des femmes à l'intervention	16
3.4. Impact de l'intervention	20
Conclusion	27
Références	29
Annexe.....	31

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des indicateurs pour l'évaluation des effets des projections de vidéos.....	4
Tableau 2 : Comparaison de l'échantillon des femmes interrogées lors de l'enquête initiale et à l'enquête de fin d'intervention entre les zones témoins et les zones de traitement.....	11
Tableau 3: Comparaison des caractéristiques des femmes interrogées lors de l'enquête initiale entre les zones témoins et les zones de traitement	12
Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques du dernier enfant de moins de deux ans lors de l'enquête initiale entre les zones témoins et les zones de traitement.....	14
Tableau 5 : Comparaison des caractéristiques du réseau social des femmes lors de l'enquête initiale entre les zones témoins et les zones de traitement.....	15
Tableau 6 : Exposition des femmes interrogées aux messages sur l'alimentation	18
Tableau 7 : Exposition des femmes interrogées aux messages sur l'hygiène.....	19
Tableau 8 : Effets estimés des projections de vidéos sur les résultats de l'évaluation en contrôlant les co-variables (48 Villages)	22
Tableau A1 : Effets estimés des projections de vidéos sur les résultats de l'évaluation en contrôlant les co-variables (50 Villages)	31
Tableau A2 : Effets bruts estimatifs des projections de vidéos sur les résultats de l'évaluation (50 Villages).....	32

Remerciements

Nous tenons à remercier Thibaut Williams du Bureau technique régional du Sahel et Mike Manske et les autres du Bureau pour les questions de santé mondiale, Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), pour leur soutien aux interventions présentées dans ce rapport. Nous remercions également l'équipe d'ISSP pour son travail acharné et son dévouement à la collecte de données de qualité et complètes pour cette évaluation. Nous remercions Esther Braud, Gwyneth Cotes et Alix Harou du projet SPRING pour leur assurance-qualité détaillée et leurs revues techniques et pour leurs observations précieuses qui ont permis d'améliorer ce rapport. Nous apprécions les contributions d'Emily Stammer pour la préparation du système de saisie des données mobiles. Nous aimerions également saluer le travail inlassable de nos partenaires Digital Green, REGIS-ER et le Projet Faso, dont le leadership et le soutien dans la mise en œuvre des interventions de vidéos communautaires au Burkina Faso ont été d'une aide précieuse pour produire une intervention de qualité.

Sigles et abréviations

EDS	Enquête démographique et sanitaire
FASO	Families Achieving Sustainable Outcomes
ISSP	Institut Supérieur des Sciences de la Population
MIYCN	Nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant
REGIS-ER	Resilience and Economic Growth in the Sahel-Enhanced Resilience
SPRING	Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally [Renforcement de Partenariats, Résultats et Innovations en Nutrition à l'échelle mondiale]
OMS	Organisation mondiale de la Santé
FAP	Femmes en âge de procréer

Résumé analytique

En collaboration avec le projet Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING), les projets Resilience and Economic Growth in the Sahel-Enhanced Resilience (REGIS-ER) et Familles Achieving Sustainable Outcomes (FASO) ont mis en œuvre un programme de vidéo communautaire dans deux communes de la région Est du Burkina Faso pour permettre d'améliorer la situation nutritionnelle des femmes et des enfants dans cette région. Les vidéos communautaires ont été diffusées dans le cadre de discussions facilitées au sein de groupes mother-to-mother et de groupes de soins existants mis en place par les projets REGIS-ER et FASO dans les villages sélectionnés. Cette étude a utilisé une conception pré et post-intervention quasi-expérimentale pour évaluer l'impact de l'intervention, qui a couvert la période allant du mois d'août 2016 au mois de mars 2017. Les résultats ont révélé que l'intervention a eu un effet mitigé sur les changements de comportements de nutrition des femmes enceintes et des enfants. La plupart des comportements de nutrition se sont améliorés entre les deux phases de l'enquête, mais aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les zones d'intervention et les zones témoins. En revanche, les comportements d'hygiène se sont améliorés de manière significative, en particulier dans la zone d'intervention. Ces résultats peuvent s'expliquer par un certain nombre de facteurs, notamment : 1) l'extrême pauvreté constatée dans la région, qui pourrait avoir limité la mise en œuvre efficace des messages assimilés par le biais des vidéos, en particulier ceux liés à la nutrition ; 2) l'existence d'autres sources d'information similaires, notamment la radio et les réunions communautaires, qui ont pu diluer l'impact de l'intervention ; et 3) le calendrier de mise en œuvre de l'étude, qui a peut-être été trop court pour permettre le développement de changements comportementaux significatifs.

Introduction

Comme c'est le cas dans nombre d'autres pays sahéliens, la population du Burkina Faso est confrontée à des conditions de vie difficiles, caractérisées par des crises alimentaires qui engendrent une malnutrition aiguë, en particulier chez les enfants (INSD et ICF International 2012). La situation nutritionnelle de la population varie énormément d'une région à une autre ; la région Est fait partie des régions les plus affectées par la malnutrition. Selon l'Enquête démographique et sanitaire (EDS) de 2010, seulement 2 % des enfants âgés de 6 à 23 mois vivant dans la région Est ont bénéficié d'un régime approprié et varié, comparativement à 6 % pour l'ensemble du pays. Parmi les enfants de moins de cinq ans de la région Est, 91 % souffraient d'anémie, 43 % de retard de croissance, 18 % d'émaciation, tandis que 36 % avaient un poids insuffisant, par rapport à respectivement 88 %, 35 %, 16 % et 26 % au niveau national. En outre, plus de la moitié des femmes de la région Est étaient anémiées (53 %) et leur niveau de déficit énergétique (c'est-à-dire la proportion de femmes dont l'indice de masse corporelle est inférieure à 18,5) était le plus élevé dans le pays, à savoir 31 %, comparativement au niveau minimal de 8 % observé dans la région du Centre (INSD et ICF International 2012).

En collaboration avec Digital Green, REGIS-ER et le projet FASO, le projet Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) a mis en œuvre un programme de vidéo communautaire dans deux communes de la région Est du Burkina Faso (Manni et Gayéri) pour aider à améliorer la situation nutritionnelle des femmes et des enfants. Les vidéos communautaires étaient accompagnées de discussions facilitées au sein de groupes existants mother-to-mother et de groupes de soins mis en place par REGIS-ER et le projet FASO dans des villages sélectionnés. Les activités du projet évaluées ici ont été menées entre août 2016 et mars 2017.

L'étude a utilisé une conception expérimentale pré- et post-intervention pour évaluer l'impact de l'intervention – c'est-à-dire tester l'effet des approches basées sur les vidéos dans l'amélioration de la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant (MIYCN) et des comportements liés à l'hygiène.

Le rapport comprend trois parties principales. La première décrit la mise en œuvre de l'intervention ainsi que les indicateurs choisis pour évaluer son impact sur les changements de comportements en matière de nutrition et d'hygiène. La deuxième partie présente la méthodologie, y compris la population de l'étude et l'échantillonnage, la collecte de données et la méthode d'analyse. La troisième partie présente les résultats, y compris la description de l'échantillon, la comparaison de la zone d'intervention avec la zone témoin avant le démarrage du projet, l'exposition des femmes à l'intervention et l'effet de l'intervention sur les comportements de nutrition et d'hygiène.

1. Description de l'intervention et des principaux résultats

1.1. Description de l'intervention

Le projet SPRING a introduit une approche de média communautaire au Burkina Faso en février 2016 en vue de réduire la sous-nutrition. L'objectif de l'intervention pilote de SPRING au Burkina Faso était de contribuer aux améliorations des pratiques d'alimentation des enfants, notamment une diversité minimale du régime alimentaire, une fréquence minimale des repas et un régime alimentaire acceptable minimal. Dans le projet, des vidéos ont été produites localement en utilisant des acteurs basés dans la communauté, sur des sujets développés en consultation avec les membres de la communauté. Des responsables de la diffusion formés ont organisé des projections au niveau des villages avec les membres du groupe de femmes, puis ont facilité la discussion sur les sujets couverts par les vidéos. Les membres du groupe qui ont visionné les vidéos ont également reçu une visite à domicile une semaine au plus tard après la diffusion pour discuter du comportement et vérifier si le comportement a été adopté, changé ou promu.

Les titres des quatre vidéos diffusés entre août 2016 et mars 2017 sont les suivants :

- Diversification du régime alimentaire (août 2016) ;
- Allaitement maternel exclusif (septembre/octobre 2016) ;
- Pratiques de lavage des mains (janvier 2017) ;
- Alimentation complémentaire (mars 2017).

SPRING a travaillé en partenariat avec REGIS-ER dans la commune de Manni, dans la région Est. REGIS-ER avait mis en place deux groupes de femmes (un groupe de femmes allaitantes et un groupe de femmes enceintes) dans un certain nombre de villages dans l'ensemble de la commune. Chaque groupe comptait généralement 15 femmes environ, qui restaient dans le groupe pendant un an environ. SPRING a sélectionné 10 de ces villages pour initier les activités de vidéo communautaire. Dix autres villages de la commune de Manni avaient également mis en place des groupes de femmes, mais n'ont pas bénéficié d'activité de vidéo communautaires.

Dans la commune de Gayeri, également dans la région Est, SPRING a travaillé en partenariat avec le projet FASO. Le projet FASO avait également mis en place deux groupes de femmes (un groupe de femmes allaitantes et un groupe de femmes enceintes) dans un certain nombre de villages dans l'ensemble de la commune. SPRING a sélectionné 15 de ces villages pour initier des activités de vidéo communautaire. Quinze (15) autres villages de la commune de Gayeri ont également mis en place des groupes de femmes, mais n'ont pas bénéficié d'activités de vidéo communautaire.

1.2. Description des principaux résultats

Le Tableau 1 montre les thèmes des vidéos et les indicateurs d'évaluation associés. Comme mentionné ci-dessus, l'intervention a consisté à projeter des vidéos présentant différents thèmes sur la nutrition des femmes et des enfants, ainsi que sur l'hygiène, sur la base d'une diffusion mensuelle au cours de réunions de groupe. Entre août 2016 et mars 2017, quatre vidéos ont été diffusées, en mettant l'accent sur la diversité du régime alimentaire et la résilience (vidéo 1), l'importance de l'allaitement maternel exclusif (vidéo 2), l'alimentation complémentaire appropriée à l'âge pour les bébés de 6 à 23 mois

(vidéo 3) et l'importance de se laver les mains avec du savon (vidéo 4). Pour évaluer le changement pour chacun des thèmes après l'achèvement de l'intervention, 12 indicateurs ont été proposés : deux indicateurs pour la vidéo 1, un indicateur pour la vidéo 2, quatre indicateurs pour la vidéo 3 et cinq indicateurs pour la vidéo 4. La plupart des indicateurs ont été définis et calculés sur la base des dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (OMS et al., 2008 et 2010).

Tableau 1 : Liste des indicateurs pour l'évaluation des effets des projections de vidéos

Thème de la vidéo	Indicateur
Vidéo 1 : Diversité du régime alimentaire et résilience	<p><i>Résultat 1 :</i> Note de la diversité du régime alimentaire chez les femmes enceintes : Les notes de la diversité du régime alimentaire sont calculées en additionnant le nombre de groupes d'aliments consommés par la femme sur la période de rappel de 24 heures.</p> <p><i>Résultat 2 :</i> Diversité minimale du régime alimentaire chez les enfants : Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments de quatre groupes d'aliments ou plus (ventilés par situation relative à l'allaitement maternel).</p>
Vidéo 2 : Importance de l'allaitement maternel exclusif	<p><i>Résultat 3 :</i> Allaitement maternel exclusif avant six mois : Proportion de nourrissons de 0 à 5 mois nourris exclusivement au sein.</p>
Vidéo 3 : Alimentation complémentaire appropriée à l'âge pour les bébés de 6 à 23 mois	<p><i>Résultat 4 :</i> Fréquence minimale des repas : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois allaités et non allaités qui reçoivent des aliments mous, semi-solides et solides (y compris une alimentation lactée pour les enfants non allaités) le nombre minimum de fois ou plus.</p> <p><i>Note :</i> Pour les enfants allaités, le nombre minimum de fois varie selon l'âge (deux fois pour les bébés de 6 à 8 mois et trois fois pour les bébés de 9 à 23 mois). Pour les enfants non allaités, le nombre minimum de fois ne varie pas en fonction de l'âge (quatre fois pour tous les enfants de 6 à 23 mois).</p> <p><i>Résultat 5 :</i> Régime alimentaire minimal acceptable : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui reçoivent un régime alimentaire minimal acceptable, en termes de fréquence des repas et de diversité du régime alimentaire (en dehors du lait maternel).</p> <p><i>Résultat 6 :</i> Fréquence d'alimentation lactée pour les enfants non allaités : Proportion d'enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent au moins deux alimentations lactées.</p> <p><i>Résultat 7 :</i> Pourcentage de femmes ayant un enfant de 6 à 8 mois qui introduisent l'alimentation complémentaire.</p>
Vidéo 4 : Importance de se laver les mains avec du savon	<p><i>Résultat 8 :</i> Pourcentage de ménages disposant au moins d'un endroit réservé au lavage des mains.</p> <p><i>Résultat 9 :</i> Pourcentage de ménages disposant d'un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau.</p> <p><i>Résultat 10 :</i> Pourcentage de femmes qui connaissent les moments essentiels pour se laver les mains.</p> <p><i>Résultat 11 :</i> Pourcentage de femmes qui savent comment démontrer un comportement de lavage des mains correct.</p>

Thème de la vidéo	Indicateur
	<i>Résultat 12</i> : Pourcentage de femmes qui mentionnent que leur mari est chargé d'entretenir le poste de lavage des mains.

Source : Enquête SPRING JSI-ISSP 2016-2017, Burkina Faso.

2. Méthodologie

2.1. Population de l'étude et échantillonnage

Cette étude a utilisé une approche quasi-expérimentale pour tester la capacité des projections de vidéos à changer les comportements de nutrition et d'hygiène dans deux communes rurales de la région Est (Manni et Gayéri). La conception de l'étude était de nature quasi-expérimentale, car elle a utilisé des listes de femmes existantes pour constituer la zone d'intervention et la zone témoin. Ces listes de femmes avaient été précédemment constituées par deux projets (REGIS-ER et le projet FASO) dans le cadre de leurs activités en cours. Dans les deux zones de l'étude, une enquête a été menée avant et après l'implantation de l'intervention.

Estimation de la taille de l'échantillon

Pour estimer la taille de l'échantillon, nous avons utilisé l'EDS du Burkina Faso 2010 pour calculer les indicateurs suivants pour la région Est du Burkina Faso : 1) la proportion d'enfants âgés de 0 à 5 mois allaités exclusivement 24 heures avant l'étude ; 2) la proportion d'enfants âgés de 6 à 9 mois ayant reçu une alimentation complémentaire 24 heures avant l'étude ; et 3) la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes. L'inclusion du dernier indicateur (à savoir l'indicateur 3) se justifie par le fait que l'information relative à la note de diversité du régime alimentaire (24 heures avant l'enquête) chez les femmes enceintes n'est pas disponible dans l'EDS de 2010. Toutefois, l'information relative à l'anémie chez les femmes est disponible. En présumant un rapport relativement fort entre les deux indicateurs, nous avons estimé que la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes pouvait être un indicateur indirect.

La formule d'estimation de la taille de l'échantillon est la suivante :

$$n = z^2 * p * (1-p) * g * (1 + t) / m^2$$

- n : taille minimale de l'échantillon pour obtenir des résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque ;
- z : niveau de confiance (valeur habituelle associée à un niveau de confiance donné) ;
- p : probabilité d'occurrence de l'événement ;
- g : effet de grappe ;
- t : taux de non-réponse ;
- m : marge d'erreur.

D'après les trois indicateurs susmentionnés, avec un taux d'exactitude de 10 %, la taille estimée de l'échantillon est de 383 femmes en âge de procréer (FAP) par zone d'enquête ; ce qui donne 383 x 2, soit un total de 766 FAP pour les deux zones d'enquête. Pour tenir compte d'une possible attrition entre les deux cycles de l'enquête, la taille de l'échantillon a finalement été ajustée à 525 par zone d'enquête, soit un total de 1050 FAP.

Sélection des villages

Les villages ont été sélectionnés par choix raisonné (par les projets Faso et REGIS-ER) parmi les villages d'intervention de ces deux projets existant déjà dans les deux communes de la région Est (Manni et Gayéri). REGIS-ER couvrait plusieurs villages dans la commune de Manni et le projet Faso couvrait

plusieurs villages de la commune de Gayéri. En se basant sur le nombre minimum d'enfants de moins de deux ans requis pour estimer les indicateurs de nutrition, 50 villages ont été sélectionnés. La répartition des 50 villages retenus entre la zone d'intervention et la zone témoin a également été effectuée par choix raisonné (par le projet FASO et REGIS-ER). Cette distribution a été faite avec le soutien des responsables de terrain REGIS-ER et du projet FASO, afin que les villages des deux groupes soient aussi similaires que possible. Au total, 25 villages d'intervention avaient été initialement prévus (10 à Manni et 15 à Gayéri), avec 25 villages témoins (10 à Manni et 15 à Gayéri). Toutefois, pendant la mise en œuvre de l'intervention, deux villages qui devaient faire partie de l'enquête n'ont pas été couverts, en raison des difficultés d'accès à ces villages. L'équipe d'intervention a remplacé ces deux villages par deux nouveaux villages ; toutefois, ces nouveaux villages n'avaient pas été couverts pendant la première phase de l'enquête. Finalement, il y avait 23 villages d'intervention (9 à Manni et 14 à Gayéri) et 27 villages témoins (11 à Manni et 16 à Gayéri).

Sélection des femmes en âge de procréer

Les participantes ont été sélectionnées à partir des listes de femmes déjà constituées, puis mises à jour au début de l'enquête initiale en mai 2016 par REGIS-ER et le projet FASO. Dans le cadre de leurs activités, chacun de ces programmes a organisé les femmes en deux groupes d'entraide dans chaque village (15 femmes par groupe) – les femmes allaitantes et les femmes enceintes. Pour les besoins de la présente étude, les 15 femmes allaitantes par village ont été sélectionnées pour l'enquête auprès des ménages. Toutefois, sur les 15 femmes enceintes, seulement six ont été sélectionnées de façon aléatoire. Ce choix se justifie par le désir d'avoir un nombre optimal d'enfants âgés de 0 à 23 mois, afin de permettre d'estimer les indicateurs au niveau des enfants. Il convient de souligner que, dans l'estimation des indicateurs, des coefficients de pondération ont été appliqués pour prendre en compte la conception de l'échantillonnage. Au total, 1050 femmes en âge de procréer ont été sélectionnées sur la base de l'échantillonnage.

2.2. Collecte des données

Les données ont été collectées en deux cycles. Pour l'enquête de suivi, les enquêteurs ont collecté des données sur les mêmes femmes qui avaient participé à l'enquête initiale. Les données ont été collectées par 20 enquêteurs, à partir d'un questionnaire électronique à l'aide de tablettes. Les enquêteurs étaient répartis en cinq équipes de quatre personnes (dont un chef d'équipe) sous la supervision de l'équipe de recherche de l'Institut supérieur des sciences de la population (ISSP). Chaque équipe d'enquêteurs était chargée de couvrir 10 villages. La première phase de l'enquête a eu lieu en mai-juin 2016 et la seconde phase en mars-avril 2017. Pendant ces deux phases, les femmes ont été interviewées en face-à-face à leurs domiciles, par les mêmes enquêteurs.¹

2.3. Analyse des données

La méthode des différences de différences a été utilisée pour estimer l'effet des projections de vidéos sur les comportements de nutrition et d'hygiène. Cette méthode consiste à mesurer les changements au niveau des résultats de l'hygiène et de la nutrition entre le début et la fin du projet, et entre la population concernée par les projections de vidéos et la population témoin. L'on présume que la tendance observée dans la population témoin (la différence entre l'enquête initiale et la fin de

¹ De nouveaux enquêteurs ont remplacé quelques enquêteurs de la première phase qui n'étaient pas disponibles pendant la deuxième phase.

l'intervention) est la même qui aurait dû exister dans la zone d'intervention en l'absence d'intervention. Cette méthode est valable uniquement si les différences observées entre le groupe témoin et le groupe traité résultent uniquement de l'impact des projections de vidéos et non pas des différences au niveau de caractéristiques observables ou non observables des villages, des ménages, des femmes ou des enfants.

La principale difficulté était donc d'identifier une zone témoin présentant des caractéristiques observables très similaires à celles de la zone d'intervention, en présumant que les différences au niveau des caractéristiques non observables sont insignifiantes. En outre, il était nécessaire que la zone témoin ne soit pas trop proche géographiquement de la zone d'intervention, afin d'éviter la propagation éventuelle des effets de l'intervention aux zones avoisinantes. Cette condition a été relativement peu respectée, dans la mesure où il y a eu des villages d'intervention et des villages témoins sélectionnés dans la même commune. Du fait de cette proximité géographique, la participation des femmes aux différents marchés locaux et événements sociaux (mariage, baptême, etc.) pourrait, par exemple, être l'occasion de partage d'informations. Enfin, il était souhaitable que la zone témoin ne bénéficie d'aucun programme spécifique pendant la durée de l'intervention, pour que l'impact de l'intervention ne puisse être sous-estimé comme résultat de conditions améliorées de nutrition et d'hygiène dans la zone témoin liée à ce programme spécifique. Cette dernière condition a été difficile à vérifier, dans la mesure où REGIS-ER et le projet Faso, qui étaient déjà présents dans différentes localités de la région Est pendant plusieurs années, auraient pu avoir des activités directement ou indirectement liées aux conditions d'hygiène et de nutrition de la femme et de l'enfant dans les zones incluses dans l'étude. D'autres programmes sectoriels similaires ont peut-être été mis en œuvre dans les zones d'étude également.

Sur la base des données collectées pendant l'enquête initiale (avant le début de l'intervention), il était possible de vérifier si le choix des villages et leur répartition entre les deux zones (intervention et témoin) aboutissait à une zone témoin ayant des caractéristiques observables similaires à la zone d'intervention. Cette similitude, le cas échéant, laissait à penser que la dynamique temporelle des deux zones en termes d'hygiène et de nutrition serait identique en l'absence d'intervention. Toutefois, selon la description de l'échantillon (voir la section suivante), il a été observé qu'un grand nombre des caractéristiques différaient entre les deux zones. Pour surmonter quelque peu la difficulté, nous avons contrôlé les principales caractéristiques des femmes en estimant les résultats liés à la nutrition et à l'hygiène.

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon

Le Tableau 2 montre la situation de l'échantillon de femmes interrogées au cours des deux phases de l'enquête. Lors de l'enquête initiale, 1050 femmes (567 pour la zone témoin et 483 pour la zone de traitement) ont pu être interviewées sur la base de la conception de l'échantillonnage². À l'enquête de fin d'intervention, 968 femmes (512 pour la zone témoin et 456 pour la zone de traitement) ont été interviewées ; ceci correspond à un taux d'attrition de 7,8 % entre les deux phases de l'enquête. Ce taux d'attrition, qui est plus élevé dans la zone témoin (9,7 %) que dans la zone de traitement (5,6 %), peut être expliqué essentiellement par les raisons suivantes : 1) l'absence des femmes au moment de la seconde phase de l'enquête, soit 46 femmes (26 pour la zone témoin et 20 pour la zone de traitement) ; 2) l'indisponibilité de deux femmes³ de la zone témoin au moment de la deuxième phase de l'enquête ; et 3) le retrait d'un total de 34 femmes (27 de la zone témoin) qui ne connaissaient pas le mois de naissance de leur dernier enfant au moment de l'enquête initiale. La principale raison de ce retrait est que, sans connaissance exacte du mois de naissance de l'enfant, il est impossible de déterminer le groupe cible pour chaque phase de nutrition de l'enfant (par exemple, 0 à 5 mois pour l'allaitement maternel exclusif, 6 à 8 mois pour l'alimentation complémentaire).

Tableau 2 : Comparaison de l'échantillon des femmes interrogées lors de l'enquête initiale et à l'enquête de fin d'intervention entre les zones témoins et les zones de traitement

Situation des femmes interrogées	Enquête initiale						Enquête de fin d'intervention					
	Groupe témoin		Groupe traité		Total		Groupe témoin		Groupe traité		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Présentes	540	95,2	476	98,6	1,016	96,8	512	94,8	456	95,8	968	95,3
Retirées*	27	4,8	7	1,5	34	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Absentes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	4,8	20	4,2	46	4,5
Non disponibles	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	2	0,2
Total	567	100,0	483	100,0	1,050	100,0	540	100,0	476	100,0	1,016	100,0

Note : * Les 34 femmes ont été retirées par l'équipe de JSI après l'enquête initiale parce qu'elles ne connaissaient pas le mois de naissance de leur dernier enfant âgé de moins de deux ans.

Source : Enquête SPRING JSI-ISSP 2016-2017, Burkina Faso.

² Cette différence par rapport à la distribution initiale de l'échantillon (525 femmes en âge de procréer par zone) s'explique par le fait que deux villages qui devaient être couverts par l'intervention ne l'ont finalement pas été.

³ L'une des deux femmes était gravement malade et ne pouvait pas répondre aux questions de l'enquêteur. L'autre femme était en deuil parce que son mari était décédé et qu'il lui était interdit de parler à des étrangers au moment de l'enquête.

3.2. Comparaison de la zone de traitement et de la zone témoin lors de l'enquête initiale

Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Le Tableau 3 compare les caractéristiques clés des deux groupes de femmes au niveau de l'enquête initiale. Il n'y avait aucune différence statistique significative en termes d'âge (bien que les femmes du groupe témoin apparaissent relativement plus jeunes), de résidence antérieure, de cohabitation avec le mari, d'état de grossesse ou de possession d'une radio. En outre, dans les deux groupes, la religion chrétienne était la plus représentée, suivie par la religion musulmane et les croyances traditionnelles. Toutefois, les femmes de la zone témoin étaient plus instruites, plus monogames, avaient moins d'enfants, écoutaient plus fréquemment la radio et regardaient la télévision plus fréquemment que les femmes résidant dans la zone d'intervention. Ces différences observées entre la zone de traitement et la zone témoin ont été prises en compte dans l'estimation des effets de l'intervention en contrôlant les variables.

Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques des femmes interrogées lors de l'enquête initiale entre les zones témoins et les zones de traitement

Caractéristiques des femmes interrogées	Moyenne ou pourcentage		Signification de (2)-(1)
	Groupe témoin (1)	Groupe traité (2)	
Âge (années)	26,5	27,1	ns
Parité	3,4	3,8	**
État de grossesse			
Oui	48,8	49,5	ns
Non	51,2	50,5	ns
Résidence antérieure			
Campagne	54,3	54,6	ns
Commune rurale/urbaine	45,7	45,4	ns
Niveau d'instruction			
Aucun	85,3	86,9	ns
Primaire	10,4	11,6	ns
Secondaire – plus	4,3	1,6	**
Alphabétisation			
Oui	10,4	8,8	ns

Non	89,6	91,2	ns
Religion			
Musulmane	40,3	16,8	***
Chrétienne	49,0	71,2	***
Traditionnelle	6,8	10,0	*
Pas de religion	4,0	2,1	*
Type d'union			
Monogame	62,2	55,2	**
Polygame	37,8	44,8	**
Cohabitation avec le mari			
Oui	93,0	95,1	ns
Non	7,0	4,9	ns
Possession d'une radio			
Oui	63,0	65,3	ns
Non	37,0	34,7	ns
Écoute la radio			
Jamais	32,0	25,0	**
Souvent	5,5	6,9	ns
Fréquemment	62,5	68,1	*
Regarde la télévision			
Jamais	82,5	87,8	**
Souvent	4,5	3,9	ns
Fréquemment	13,1	8,3	**
Observations	539	475	1 014

Note : *** p < 0.01; ** p < 0.05; * p < 0.1 ; ns p > 0.10 (non significatif)

Source : Enquête SPRING JSI-ISSP 2016-2017, Burkina Faso.

Caractéristiques du dernier enfant de moins de deux ans au moment de l'enquête

Concernant le dernier enfant de la femme interrogée, les trois principales caractéristiques susceptibles d'influencer les comportements de nutrition (âge, sexe et jumeaux), le Tableau 4 montre qu'il n'y avait aucune différence entre la zone témoin et la zone d'intervention.

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques du dernier enfant de moins de deux ans lors de l'enquête initiale entre les zones témoins et les zones de traitement

Caractéristiques de l'enfant	Moyenne ou pourcentage		Signification de (2)-(1)
	Groupe témoin (1)	Groupe traité (2)	
Âge (mois)	9,7	9,5	ns
Sexe			
Garçon	48,9	51,7	ns
Fille	51,1	48,3	ns
Jumeaux			
Oui	1,3	2,6	ns
Non	98,7	97,5	ns
Observations	384	344	728

Note : ns p > 0.1 (non significatif).

Source : Enquête SPRING JSI-ISSP 2016-2017, Burkina Faso.

Caractéristiques des réseaux sociaux des femmes

Les interactions antérieures que les femmes ont eues au sujet de l'allaitement maternel, de la nutrition et de l'hygiène ont pu orienter leurs comportements futurs sur la nutrition et l'hygiène. Il était donc nécessaire de comparer les caractéristiques des réseaux sociaux des femmes dans les deux zones avant la mise en œuvre de l'intervention. Les caractéristiques du réseau social prises en compte incluaient la taille du réseau (à savoir le nombre de personnes avec lesquelles la femme a eu des échanges sur l'allaitement maternel ou l'alimentation pendant les deux semaines précédant l'enquête), les caractéristiques de la principale source d'information de la femme sur l'allaitement maternel ou l'alimentation (genre, lieu de résidence, niveau d'instruction, relation) et la fréquence et l'orientation des interactions.

Comme le montre le Tableau 5, le nombre de contacts sociaux des femmes sur l'allaitement maternel ou l'alimentation avant la mise en œuvre de l'intervention était relativement similaire dans les deux zones. Les femmes des zones de traitement et celles des zones témoins ont eu des interactions avec deux personnes en moyenne sur l'allaitement maternel ou l'alimentation au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête initiale. Ceci laisse à penser que, dans les deux zones, le niveau de connaissance des femmes concernant les bonnes pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation n'était pas négligeable avant l'intervention. Concernant les caractéristiques de la principale personne avec laquelle les femmes ont échangé, il n'y avait aucune différence entre la zone de traitement et la zone témoin en termes de niveau d'instruction et d'orientation des interactions. Toutefois, la proportion de contacts sociaux féminins s'est révélée plus élevée dans la zone témoin (95,5 %) que dans la zone de traitement (90,5 %). Par ailleurs, la proportion de contacts sociaux en dehors du village (dans la même commune ou ailleurs) s'est révélée plus élevée dans la zone témoin que dans la zone de traitement - ceci représentait une occasion de diffusion de l'intervention au cas où les villages d'intervention et les villages témoins se trouvaient dans la même commune. Les interactions avec les contacts sociaux sont également apparues plus fréquentes dans la zone témoin que dans la zone de

traitement. Par exemple, 8, 5% des femmes de la zone témoin ont signalé échanger tous les jours avec leur principal contact social, comparativement à seulement 4,1 % pour la zone de traitement. Ainsi donc, le réseau social était susceptible d'exacerber le problème de diffusion des effets de l'intervention entre les zones de traitement et les zones témoins.

Tableau 5 : Comparaison des caractéristiques du réseau social des femmes lors de l'enquête initiale entre les zones témoins et les zones de traitement

Caractéristiques des réseaux sociaux des femmes	Moyenne ou pourcentage		Signification de (2)-(1)
	Groupe témoin (1)	Groupe traité (2)	
Nombre de contacts sociaux sur l'allaitement maternel ou l'alimentation au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête	1,8	1,9	ns
Caractéristiques du premier contact social sur l'allaitement maternel ou l'alimentation des enfants			
Genre			
Masculin	4,6	9,5	**
Féminin	95,5	90,5	**
Résidence du contact social			
Même maison/concession	53,1	49,7	ns
Même village	39,0	46,1	ns
Même commune/hors de la commune	7,9	4,2	*
Instruction			
Non	82,3	82,9	ns
Oui	17,7	17,1	ns
Relation avec le contact social			
Partenaire	0,9	3,6	**
Ami(e)/connaissance	30,9	35,5	ns
Parent de sexe masculin/parent	19,4	22,4	ns
Parent de sexe féminin	34,7	30,4	ns
Agent de santé	4,4	2,3	ns
Autre	9,7	5,9	ns

Fréquence de l'interaction avec le contact social			
Tous les jours	8,5	4,1	*
Quelquefois dans la semaine	58,8	58,5	ns
Quelquefois dans le mois	29,0	25,0	ns
Une fois par mois ou moins	3,8	12,4	**
Orientation des interactions avec le contact social			
	34,4	35,5	ns
Essentiellement obtenir des informations de lui/d'elle	35,7	36,6	ns
Donner et recevoir des informations	30,0	28,0	ns
Essentiellement donner des informations			

Note : *** p < 0.01; ** p < 0.05; * p < 0.1

Source : Enquête SPRING JSI-ISSP 2016-2017, Burkina Faso

3.3. Exposition des femmes à l'intervention

Avant d'estimer l'impact de l'intervention, il convient d'évaluer le niveau d'exposition des femmes à l'intervention après la mise en œuvre du projet. Pour rappel, l'intervention a consisté essentiellement à organiser des projections de vidéos dans la zone d'intervention, qui véhiculaient des messages sur l'alimentation et l'hygiène. L'évolution des femmes ayant reçu des messages sur l'alimentation ou l'hygiène à travers des projections de vidéos après la mise en œuvre de l'intervention donne une idée du niveau d'exposition des femmes. En outre, l'exposition des femmes à d'autres canaux concurrents véhiculant des messages similaires ne pouvait pas être exclue, ni dans la zone d'intervention, ni dans la zone témoin. Cette exposition avait le potentiel de limiter considérablement la portée de l'impact de l'intervention (les projections de vidéos).

Exposition des femmes aux messages sur l'alimentation

Avant que l'intervention ne commence, la plupart des femmes interrogées avaient déjà été exposées aux messages sur les aliments (Tableau 6). Le niveau général de l'exposition antérieure des femmes à ces messages était de 76,5 % dans la zone témoin et de 79 % dans la zone d'intervention, ce qui est un contexte important en termes de connaissances sur la nutrition. En termes de sources d'information, l'exposition aux messages sur les aliments reçus par le biais des projections de vidéos avant l'intervention était très faible (1,5 % dans la zone d'intervention et 0,8 % dans la zone témoin), comme présumé. Les réunions dans la communauté, qui étaient relativement plus fréquentes dans la zone d'intervention (77,1 %) que dans la zone témoin (67,9 %), étaient la source la plus répandue de messages portant sur l'alimentation, suivies de la radio, qui était légèrement moins fréquente dans la zone d'intervention (34,3 %) que dans la zone témoin (39,3 %), la visite à un centre de santé (30,5 % dans la zone de traitement par rapport à 28,9 % dans la zone témoin) et la visite d'un membre de la communauté à domicile (11,4 % dans la zone de traitement, comparativement à 8 % dans la zone témoin). L'existence de ces canaux d'information concurrents était susceptible de diluer l'impact des projections de vidéos sur les comportements d'alimentation des femmes et des enfants.

Après l'achèvement de l'intervention, le niveau global d'exposition des femmes aux messages sur l'alimentation est monté à 95,3 % dans la zone d'intervention et à 93 % dans la zone témoin⁴. Toutefois, les canaux d'information qui ont contribué à cette hausse diffèrent d'une région à l'autre. Le poids des projections de vidéos a atteint 30,2 % dans la zone d'intervention (comparativement à un niveau initial de 1,5 %), alors qu'il est resté très faible dans la zone témoin (1,4 %, comparativement à un niveau initial de 0,8 %). Il est donc très clair que la mise en œuvre des projections de vidéos pour véhiculer des messages liés à l'alimentation a relativement bien fonctionné, résultant en un effet net de 28,1 % en faveur de la zone d'intervention entre les deux phases de l'enquête (Tableau 6). Néanmoins, il convient de noter que, malgré cette hausse, les projections de vidéos n'étaient pas la principale source d'information sur l'alimentation dans la zone d'intervention, mais venait en troisième position, après les réunions communautaires et la radio.

Le nombre de réunions communautaires a augmenté dans les deux zones et est resté plus élevé dans la zone d'intervention (86,5 %) que dans la zone témoin (76,4 %). Toutefois, le poids d'une visite à un centre de santé (dont la différence entre les deux zones n'était pas statistiquement significative avant le début de l'intervention) a enregistré une hausse significative dans la zone témoin (31,6 %) comparativement à la zone d'intervention (25,9 %). Il en va de même pour la radio, dont le poids a atteint 48,8 % dans la zone témoin, comparativement à 40 % dans la zone d'intervention. La différence la plus frappante a été notée au niveau de la visite d'un membre de la communauté comme source d'information, dont le poids est resté pratiquement stable dans la zone d'intervention (10,8 % contre un niveau initial de 11,4 %), tandis que ce poids a enregistré une hausse, passant de seulement 8 % à 24,5 % dans la zone témoin – une augmentation nette de 17,1 % pour la zone témoin entre les deux phases de l'enquête. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les connaissances partagées au cours des projections de vidéos liées aux messages sur l'alimentation ont également été diffusées en partie par d'autres canaux, notamment la radio et les visites de membres de la communauté.

⁴ Cette forte hausse du niveau d'exposition est en partie liée aux activités des projets FASO et REGIS-ER. Dans la zone d'intervention, les groupes de femmes utilisés pour diffuser les vidéos sont des groupes constitués par ces projets. À côté des réunions de diffusion des vidéos qui se tiennent une fois par mois, ces groupes se rencontrent également une autre fois par mois pour participer à des activités organisées par REGIS-ER et le projet FASO. Les deux projets sont également présents dans la zone témoin. Dans ces villages, les activités sont menées par les promoteurs et les mères leaders dans le cadre d'un paquet minimum qui inclut : 1) le dépistage de la malnutrition et la référence aux centres de santé ; 2) des démonstrations culinaires ; 3) des animations mensuelles sur les thèmes sélectionnés en connexion avec l'ANJE ; 4) des conseils sur la nutrition, l'hygiène, les maladies diarrhéiques ou le paludisme ; et 5) des visites à domicile.

Tableau 6 : Exposition des femmes interrogées aux messages sur l'alimentation

Exposition	Pourcentage						
	Enquête initiale			Enquête de fin d'intervention			Effet (différences de différences)
	Groupe témoin	Groupe traité	Différence (T-C)	Groupe témoin	Groupe traité	Différence (T-C)	
Exposition aux messages sur l'alimentation	76,5	79,0	2,5	93,0	95,3	2,4	-0,2
Source d'exposition aux messages sur l'alimentation							
Affichages dans la communauté	0,4	0,2	-0,2	0,4	0,4	0,0	0,2
Réunions communautaires	67,9	77,1	9,3***	76,4	86,5	10,1***	0,8
Services publics du gouvernement	0,2	0,9	0,7	0,4	0,0	-0,4	-1,1
Visite à un centre de santé	28,9	30,5	1,6	31,6	25,9	-5,7*	-7,3
Visite à domicile	8,0	11,4	3,4	24,5	10,8	-13,7***	-17,1***
Journaux/magazines	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	-0,2
Télévision	0,3	0,0	-0,3	0,6	0,2	-0,5	-0,1
Radio	39,3	34,3	-4,9	48,8	40,1	-8,7**	-3,8
Vidéo	0,8	1,5	0,7	1,4	30,2	28,8***	28,1***
Autres sources	4,5	2,4	-2,1	1,1	0,9	-0,2	1,9

Note : *** p < 0.01; ** p < 0.05; * p < 0.1

Source : Enquête SPRING JSI-ISSP 2016-2017, Burkina Faso.

Exposition des femmes aux messages sur l'hygiène

Les résultats liés à l'exposition des répondantes à l'enquête aux messages sur l'hygiène sont similaires à ceux liés aux messages sur l'alimentation présentés ci-dessus. Avant le début de l'intervention, la plupart des femmes interrogées avaient également été exposées aux messages d'hygiène (82,7 % dans la zone témoin et 86 % dans la zone d'intervention) (Tableau 7). Ce haut niveau d'exposition était, avec les messages portant sur l'alimentation, un contexte important en termes de connaissances liées à l'hygiène. En termes de sources d'information, l'exposition aux projections de vidéos lors de l'enquête initiale était très faible (2,5 % dans la zone d'intervention et 0,5 % dans la zone témoin), ce qui était également attendu. Les réunions communautaires, qui ont été signalées plus souvent dans la zone d'intervention (72,9 %) que dans la zone témoin (67,8 %), étaient les premières sources d'information, suivies de la radio (38,1 % dans la zone de traitement, comparativement à 40,4 % dans la zone témoin), la visite à un centre de santé (24,1 % dans la zone de traitement comparativement à 23 % dans la zone

témoin) et la visite à domicile par un membre de la communauté (12,3 % dans la zone de traitement comparativement à 10,1 % dans la zone témoin). L'existence de ces canaux d'information concurrents a probablement dilué aussi l'impact des projections de vidéos sur les comportements liés à l'hygiène.

Après l'achèvement de l'intervention, le niveau global d'exposition des femmes aux messages d'hygiène atteignait 95,3 % dans la zone d'intervention et 93 % dans la zone témoin⁵. Toutefois, à l'instar des messages sur l'alimentation, les canaux d'information qui ont contribué à cette hausse diffèrent d'une zone à l'autre. Le poids des projections de vidéos a atteint 28,5 % dans la zone d'intervention (comparativement à un niveau initial de 2,4 %), tandis qu'il est resté très faible dans la zone témoin (1,4 %, comparativement à un niveau initial de 0,5 %). Ce résultat montre également que l'utilisation des projections de vidéos pour véhiculer des messages sur l'hygiène a relativement bien fonctionné, produisant un effet net de 25,2 % en faveur de la zone d'intervention entre les deux phases de l'enquête (Tableau 7). Néanmoins, malgré cette hausse, les projections de vidéos n'étaient pas la source principale d'information sur l'hygiène dans la zone d'intervention ; elles venaient en troisième position après les réunions communautaires et la radio.

Les réunions communautaires ont également augmenté dans les deux zones et sont restées plus élevées dans la zone d'intervention (85,1 %) que dans la zone témoin (73,6 %). Toutefois, le poids d'une visite à un centre de santé (dont la différence entre les deux zones n'était pas significative avant le début de l'intervention) est devenu relativement plus élevé dans la zone témoin (25,9 %) que dans la zone d'intervention (20,1 %). Il en va de même pour la radio, dont le poids était de 48,5 % dans la zone témoin, comparativement à 37,8 % dans la zone d'intervention. Le cas le plus frappant ici également est celui de la visite à domicile d'un membre de la communauté, dont le poids est resté pratiquement stable dans la zone d'intervention (11,3 % comparativement à un niveau initial de 12,3 %) alors qu'il a grimpé de 10,1 % à 24,4 % dans la zone témoin, soit une hausse nette de 15,3 % en faveur de la zone témoin, entre les deux phases de l'enquête. À l'instar de l'exposition aux messages sur l'alimentation, cette hausse pourrait s'expliquer par le fait que les connaissances véhiculées par les projections de vidéos liées aux messages sur l'hygiène ont également été en partie diffusées par d'autres canaux, y compris la radio et les visites de membres de la communauté.

Tableau 7 : Exposition des femmes interrogées aux messages sur l'hygiène

Exposition	Pourcentage						
	Enquête initiale			Enquête de fin d'intervention			Effet (différences de différences)
	Groupe témoin	Groupe traité	Différence (T-C)	Groupe témoin	Groupe traité	Différence (T-C)	
Exposition aux messages sur l'hygiène	82,7	86,0	3,4	91,9	96,0	4,1**	0,7
Source d'exposition aux messages sur l'hygiène							
Affichages dans la communauté	0,3	0,8	0,5	0,6	0,3	-0,2	-0,7

⁵ Comme précédemment mentionné, dans la discussion de l'exposition des femmes aux messages sur l'alimentation, la forte exposition aux messages d'hygiène est également liée en partie aux activités des projets Faso et REGIS-ER.

Réunions communautaires	67,8	72,9	5,1	73,6	85,1	11,4***	6,3
Services publics du gouvernement	2,5	1,4	-1,1	0,6	0,4	-0,1	1,0
Visite à un centre de santé	23,0	24,1	1,1	25,9	20,1	-5,8*	-6,9
Visite à domicile	10,1	12,3	2,2	24,4	11,3	-13,1***	-15,3***
Journaux/magazines	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	-0,2	0,0
Télévision	0,4	0,0	-0,4	0,9	0,0	-0,9	-0,5
Radio	40,4	38,1	-2,3	48,5	37,8	-10,6***	-8,4
Vidéo	0,5	2,4	1,9**	1,4	28,5	27,0***	25,2***
Autres sources	4,0	2,9	-1,2	0,3	1,1	0,8	1,9

Note : *** p < 0.01; ** p < 0.05; * p < 0.1

Source : Enquête SPRING JSI-ISSP 2016-2017, Burkina Faso.

3.4. Impact de l'intervention

L'impact de l'intervention sur les comportements des femmes liés à l'alimentation et à l'hygiène a été analysé de deux façons. La première analyse a exclu les deux villages qui devaient au départ être couverts par l'intervention, mais qui ne l'ont finalement pas été. Cette estimation a couvert 48 villages, dont 23 villages d'intervention (483 femmes en âge de procréer) et 25 villages témoins (525 femmes en âge de procréer) et a été justifiée par le besoin de limiter le phénomène de diffusion entre les villages d'une même commune. L'exclusion de ces deux villages n'affecte pas la validité des indicateurs estimés, étant donné que le nombre de femmes en âge de procréer soumises à l'analyse dépasse le nombre minimum de 383 femmes requis par zone selon l'échantillonnage. Comme les données avaient été collectées sur les deux villages exclus en question, la deuxième analyse les a inclus comme villages témoins, afin de maximiser la taille globale de l'échantillon. Ainsi donc, cette deuxième estimation a inclus 50 villages : 23 villages de la zone d'intervention et 27 villages de la zone témoin. Toutefois, les résultats des deux analyses sont similaires ; ainsi donc, seuls les résultats de la première analyse (à l'exclusion des deux villages) sont présentés ici. Les résultats de la deuxième analyse sont présentés dans l'Annexe 1.

Effet de la vidéo 1 : Diversité du régime alimentaire et résilience

La vidéo 1 a transmis des messages sur la diversité du régime alimentaire et la résilience. Deux indicateurs ont été utilisés pour évaluer l'effet de cette vidéo sur les comportements de nutrition des femmes : l'évaluation de la diversité du régime alimentaire chez les femmes enceintes et la diversité minimale du régime alimentaire des enfants âgés de 6 à 23 mois. Les notes de la diversité du régime alimentaire ont été calculées en additionnant le nombre de groupes d'aliments consommés par une femme au cours des dernières 24 heures précédant la visite à domicile de l'enquêteur, sur une liste de 17 groupes d'aliments possibles⁶.

⁶ Ces groupes d'aliments pourraient inclure : 1) les céréales (blé, maïs, riz, sorgho, millet ou autres céréales) ou des aliments à base de céréales (pain, nouilles, bouillie, tô, etc.) ; 2) les racines et tubercules à chair blanche ; 3) les légumes et les tubercules riches en vitamine A (citrouille, carotte, patate douce [à chair orange ou jaune], poivron

La diversité minimale du régime alimentaire chez les enfants est la proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu des aliments de quatre groupes d'aliments ou plus (ventilés par état d'allaitement maternel). Cet indicateur est estimé à partir de la proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé au moins quatre groupes d'aliments par mois. Selon les recommandations de l'OMS, les sept groupes d'aliments utilisés pour le calcul de cet indicateur sont les suivants : 1) graines, racines et tubercules ; 2) légumineuses et noix ; 3) produits laitiers (lait, yaourt, fromage) ; 4) aliments de chair (viande, poisson, volaille, foie/abats) ; 5) œufs ; 6) fruits et légumes riches en vitamine A ; et 7) autres fruits et légumes.

Le Tableau 8 montre que la diversité du régime alimentaire des femmes enceintes est pratiquement identique et relativement faible dans les deux zones. Avant le début de l'intervention, environ sept des 17 groupes d'aliments ont été consommés par les femmes enceintes dans chaque zone. À l'achèvement de l'intervention, il n'y avait pas de différence entre la zone d'intervention et la zone témoin, étant donné que la note s'est améliorée de 1,5 point seulement dans chacune des zones. La diversité du régime alimentaire chez les enfants âgés de 6 à 23 mois est également faible, dans la mesure où la proportion d'enfants consommant au moins quatre groupes d'aliments n'était que de 3 % dans la zone de traitement, comparativement à 2,3 % dans la zone témoin, avant l'intervention. Après l'achèvement de l'intervention, cette diversité minimale du régime alimentaire a enregistré une hausse importante dans les deux zones, mais est restée globalement à un faible niveau (5 %). Ceci pourrait s'expliquer par le haut niveau de pauvreté dans la région Est, qui est un obstacle à l'acquisition d'aliments divers par les femmes pour elles-mêmes lorsqu'elles sont enceintes ou pour leurs jeunes enfants, même si elles connaissent la valeur du message véhiculé par la vidéo 1. L'augmentation de la note de la diversité du régime alimentaire chez les femmes enceintes et la diversité minimale du régime alimentaire chez les enfants dans la zone témoin pourrait s'expliquer par l'existence d'autres canaux de sensibilisation (surlignés dans le Tableau 6) et la possibilité de diffusion du message reçu via la vidéo 1.

Effet de la vidéo 2 : Importance de l'allaitement maternel exclusif

La vidéo 2 a transmis des messages sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif. Selon les recommandations mondiales, tous les enfants devraient être nourris exclusivement au sein depuis la naissance jusqu'à l'âge de six mois. L'allaitement maternel fournit des nutriments essentiels et des anticorps sains, et l'introduction précoce d'aliments complémentaires et d'autres liquides n'est pas recommandée, dans la mesure où cela expose les enfants à des germes pathogènes et accroît le risque pour eux de contracter des maladies, en particulier la diarrhée.

L'effet de la vidéo 2 a été évalué à l'aide d'un indicateur unique : la proportion de nourrissons âgés de 0 à 5 mois nourris exclusivement au sein. Cette proportion a été obtenue en faisant la relation entre le nombre de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui ont reçu uniquement le lait maternel le jour précédant et le nombre total d'enfants âgés de 0 à 5 mois. Avant l'intervention, la proportion d'enfants de 0 à 5

rouge, etc.) ; 4) les légumes et les feuilles vert foncé, y compris des formes sauvages et autres légumes locaux riches en vitamine A (amarante, feuilles de manioc, chou kale, épinards, etc.) ; 5) les autres légumes (tomate, oignon, aubergine) ; 6) les fruits riches en vitamine A (mangue mûre, melon, pastèque, abricot frais ou séché, papaye mûre, etc., et les jus de ces fruits) ; 7) les autres fruits, notamment les fruits sauvages ; 8) les produits à base de viande (bœuf, porc, agneau, chèvre, lapin, poulet, cana, etc.) ; 9) les œufs ; 10) le poisson et les fruits de mer (frais ou séchés) ; 11) les légumineuses, les noix et les graines (haricots secs, pois secs, lentilles, noix, graines) ; 12) les produits laitiers (lait, yaourt, fromage ou autres produits laitiers) ; 13) les huiles et graisses ; 14) les aliments sucrés (sucre, miel, soda, boissons ou jus sucrés) ; 15) les épices et condiments ; et 16) les produits de palme rouge.

mois nourris exclusivement au sein était de 66,2 % dans la zone de traitement et de 62,9 % dans la zone témoin, ce qui semble être particulièrement élevé⁷. Ce haut niveau de pratique de l’allaitement maternel exclusif pourrait s’expliquer par le fait que les femmes interrogées participaient déjà aux activités de deux programmes de développement dans leur municipalité. Après la mise en œuvre de l’intervention, la pratique de l’allaitement maternel exclusif a été estimée à 50,5 % dans la zone de traitement, comparativement à 54 % dans la zone témoin. Cette évolution montre un resserrement global de 6,8 % en faveur de la zone témoin, mais ceci n’est pas significatif au plan statistique. Ainsi donc, la vidéo 2 n’a pas eu un impact statistiquement significatif sur la pratique de l’allaitement maternel exclusif pendant la période d’évaluation.

Effet de la vidéo 3 : Alimentation complémentaire appropriée pour les enfants âgés de 6 à 23 mois

La vidéo 3 a transmis des messages sur l’alimentation complémentaire appropriée à l’âge pour les enfants âgés de 6 à 23 mois. Quatre indicateurs ont été définis pour mesurer l’impact de cette vidéo sur les comportements de nutrition de l’enfant chez les femmes. Il s’agit de : 1) la fréquence minimale des repas – c’est-à-dire la proportion d’enfants allaités et non allaités âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu des aliments mous, semi-solides et solides (mais aussi incluant les aliments lactés pour les enfants non nourris au sein) ; 2) la proportion d’enfants de 6 à 23 mois recevant le régime alimentaire minimal acceptable ; 3) la fréquence de l’alimentation lactée pour les enfants non allaités – c’est-à-dire la proportion d’enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu au moins deux alimentations lactées au cours des 24 heures passées⁸ ; et 4) la proportion d’enfants âgés de 6 à 8 mois consommant des aliments mous, semi-solides et solides.

Tableau 8 : Effets estimés des projections de vidéos sur les résultats de l’évaluation en contrôlant les co-variables (48 Villages)

Résultats	Moyenne ou pourcentage						
	Enquête initiale			Enquête de fin d’intervention			Effet (différences de différences)
	Groupe témoin	Groupe traité	Différence (T-C)	Groupe témoin	Groupe traité	Différence (T-C)	
Vidéo 1 : Diversité du régime alimentaire et résilience							
Note de la diversité du régime alimentaire chez les femmes enceintes	7,4	7,1	-0,3	8,9	8,6	-0,3	0,0
Diversité minimale du régime alimentaire chez les enfants	2,3	3,0	0,7	4,9	5,0	0,1	-0,6

⁷ Bien que les données de l’EDS ne soient pas comparables à celles de la présente étude, la proportion d’enfants âgés de 0 à 5 mois nourris exclusivement au sein la veille a été estimée à partir de l’EDS 2010 à 39,6 % pour la région Est et à 24,8 % au plan national.

⁸ Cet indicateur n’a pas été estimé à cause de la pratique répandue de l’allaitement maternel. Il y avait seulement 34 enfants âgés de 6 à 8 mois qui n’étaient pas allaités – c’est-à-dire 9 dans l’enquête initiale (6 dans la zone témoin et 3 dans la zone d’intervention) et 25 dans la deuxième phase de l’enquête (19 dans la zone témoin et 6 dans la zone de traitement).

Vidéo 2 : Importance de l'allaitement maternel exclusif							
Allaitement maternel exclusif avant 6 mois	62,9	66,2	3,3	54,0	50,5	-3,5	-6,8
Vidéo 3 : Alimentation complémentaire appropriée à l'âge pour les bébés de 6 à 23 mois							
Fréquence minimale des repas	64,8	65,1	0,2	70,0	63,8	-6,2	-6,4
Régime alimentaire minimal acceptable	3,2	2,2	-1,0	6,1	4,0	-2,0	-1,0
Fréquence de l'alimentation lactée pour les enfants non allaités	—	—	—	—	—	—	—
Pourcentage de femmes ayant un enfant âgé de 6 à 8 mois qui introduisent l'alimentation complémentaire	95,9	93,8	-2,1	97,0	86,2	-10,8	-8,8
Vidéo 4 : Importance de se laver les mains avec du savon							
Pourcentage de ménages disposant au moins d'un endroit réservé au lavage des mains	3,3	4,0	0,7	17,8	24,3	6,5*	5,8
Pourcentage de ménages disposant d'un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau	2,9	4,0	1,1	16,5	23,6	7,0**	5,9
Pourcentage de femmes qui connaissent les moments essentiels pour se laver les mains	1,0	10,2	9,2***	18,2	29,5	11,3***	2,1
Pourcentage de femmes qui savent comment démontrer un comportement de lavage des mains correct	51,5	56,1	4,6	50,5	67,7	17,3***	12,7
Pourcentage de femmes qui mentionnent que leur mari est chargé d'entretenir le poste de lavage des mains	19,2	20,8	1,5	23,7	22,0	-1,7	-3,3

Note : *** p < 0.01; ** p < 0.05; * p < 0.1

Source : Enquête SPRING JSI-ISSP 2016-2017, Burkina Faso

Les résultats présentés dans le Tableau 8 montrent qu'il n'y a pas de différence significative statistiquement parlant entre les deux zones avant et après l'intervention, ce qui laisse à penser que la vidéo 3 a également eu un impact mitigé sur les comportements de nutrition de l'enfant. De fait, la fréquence minimale des repas des enfants âgés de 6 à 23 mois et l'introduction de l'alimentation complémentaire pour les enfants âgés de 6 à 8 mois étaient relativement élevées lors de l'enquête initiale et ont enregistré une légère amélioration dans la zone témoin, tout en restant relativement stable dans la zone d'intervention. Comme déjà mentionné, cette situation pourrait s'expliquer par l'existence d'autres canaux de promotion de la nutrition infantile, qui étaient plus répandus dans la zone témoin que dans la zone d'intervention au cours de la période d'évaluation (voir Tableau 6). En outre, malgré la prévalence relativement élevée de la fréquence minimale des repas, la proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui avaient un régime alimentaire acceptable est demeurée très faible dans les deux zones, bien que l'on note une légère amélioration dans la zone témoin (6,1 %), comparativement au niveau initial de 2,2 %). Ceci est dû en particulier à la faible diversité du régime alimentaire chez les enfants mentionnée ci-dessus.

Effet de la vidéo 4 : Importance de se laver les mains avec du savon

La vidéo 4 a transmis des messages sur l'importance du lavage des mains au savon. Pour évaluer l'effet de cette vidéo sur le comportement en matière d'hygiène, cinq indicateurs ont été définis. Il s'agissait des éléments suivants : 1) le pourcentage de ménages disposant au moins d'un endroit réservé au lavage des mains ; 2) le pourcentage de ménages disposant d'un poste de lavage des mains avec de l'eau et du savon ; 3) le pourcentage de femmes qui connaissent les moments essentiels pour se laver les mains ; 4) le pourcentage de femmes qui savent comment démontrer un comportement de lavage des mains correct ; et 5) le pourcentage de femmes qui mentionnent que leur mari est responsable de l'entretien du poste de lavage des mains.

Sauf pour le pourcentage des femmes qui ont dit que leur mari est responsable de l'entretien du poste de lavage des mains, qui est demeuré stable, les quatre autres indicateurs ont montré une amélioration significative, en particulier dans la zone d'intervention (Tableau 8). Par exemple, comparativement à la zone témoin, le pourcentage de ménages disposant au moins d'un endroit réservé au lavage des mains et le pourcentage de ménages disposant d'un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau ont enregistré une hausse nette de 6 % dans la zone d'intervention et cette hausse est légèrement significative. Il en va de même pour le pourcentage des femmes qui savent comment démontrer un comportement correct de lavage des mains, qui a connu une hausse de 13 % dans la zone d'intervention entre les deux phases de l'enquête. La deuxième phase s'est déroulée plusieurs mois après la projection des vidéos aux femmes dans la zone couverte par l'intervention ; il apparaît donc que l'effet de la vidéo 5 sur ces indicateurs a été maintenu au fil du temps. En fait, comparativement aux vidéos précédentes, les messages véhiculés par la vidéo 5 renvoient davantage à des structures physiques concrètes et des actions qui peuvent être mises en œuvre même dans un contexte de grande pauvreté. De plus, avec les images, une population de femmes dont une grande majorité est illettrée sera généralement plus capable d'assimiler les gestes techniques de lavage des mains comparativement à d'autres sources de promotion du lavage des mains telles que les réunions communautaires et surtout la visite (au centre de santé, à domicile) et la radio, qui sont beaucoup plus répandues dans la zone témoin. La stabilité du pourcentage de femmes qui ont mentionné que leur mari est responsable de l'entretien du poste de lavage des mains dans les deux phases de l'enquête s'explique probablement par la persistance des inégalités entre les sexes relevant des rôles spécifiques au genre. Le maintien de la propreté du ménage est généralement attribué à la femme et même là où

le mari assure une corvée spécifique, comme l'entretien du poste de lavage des mains, certaines femmes revendiqueront ce rôle publiquement.

Conclusion

Cette étude a utilisé une approche quasi-expérimentale pour tester la capacité des projections de vidéos à changer le comportement lié à la nutrition et à l'hygiène dans 50 villages de la région Est du Burkina Faso. Les villages ont été sélectionnés sur la base d'un choix raisonné dans les communes de Manni (20 villages) et de Gayéri (30 villages) de la plateforme de deux projets partenaires qui menaient déjà des activités de développement dans ces deux communes : REGIS-ER, qui couvre la commune de Manni et le projet Faso, qui couvre la commune de Gayéri. Quant aux femmes interrogées, elles ont été sélectionnées de façon aléatoire à partir des listes de femmes en âge de procréer qui étaient déjà préparées par les deux programmes dans les 50 villages sélectionnés.

La comparaison de la zone d'intervention avec la zone témoin a montré quelques différences significatives entre les deux zones avant le démarrage du projet. Les femmes résidant dans la zone témoin sont relativement plus jeunes, plus instruites, plus monogames ; elles ont moins d'enfants, écoutent plus souvent la radio et regardent la télévision plus fréquemment que celles résidant dans la zone du projet. Pour atténuer les biais associés à ces différences, les variables concernées ont été introduites dans les modèles de différences de différences, afin d'estimer les différents résultats.

Par rapport à l'exposition des femmes à l'intervention, l'analyse a clairement montré que la proportion de femmes recevant des messages sur la nutrition et l'hygiène par le biais des projections de vidéos s'est accrue considérablement dans la zone d'intervention entre les deux phases de l'enquête. Toutefois, il y avait d'autres sources d'information sur la nutrition et l'hygiène dans les deux zones, notamment les réunions communautaires et la radio, qui avaient une couverture de population plus importante comparativement aux projections de vidéos. Ces canaux d'information concurrents ont peut-être dilué l'impact des projections de vidéos sur les comportements liés à la nutrition et à l'hygiène, d'autant plus que ces canaux étaient plus répandus dans la zone témoin (radio, visites à domicile et aux centres de santé). Par exemple, les connaissances partagées par le biais des projections de vidéos dans la zone d'intervention pouvaient en partie être diffusées dans la zone témoin dans le cadre de ces canaux d'information concurrents. Dans les zones d'intervention et les zones témoin, les femmes interrogées avaient déjà un niveau de connaissances élevé en matière de nutrition et d'hygiène avant l'intervention (plus des trois quarts des femmes avaient déjà reçu des messages sur l'alimentation et plus des quatre cinquièmes d'entre elles avaient déjà reçu des messages sur le lavage des mains).

En termes d'impact, l'intervention a eu un effet mitigé sur les changements de comportements de nutrition des femmes et des enfants. Bien que la plupart des comportements de nutrition aient connu des améliorations entre les deux phases de l'enquête, ces comportements se sont améliorés à la fois dans les zones d'intervention et les zones témoins, et aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux zones. En revanche, la tendance était opposée en termes de comportements d'hygiène, qui ont enregistré une amélioration significative, en particulier dans la zone d'intervention. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer le caractère mitigé de ces résultats.

Premièrement, les projections de vidéos n'étaient pas accompagnées d'un don d'aliments spécifiques pour les femmes qui ont regardé les vidéos, même si elles ont reçu des visites à domicile pour les encourager à adopter les bons comportements de nutrition présentés dans les vidéos. L'application efficace de certains des messages sur l'alimentation transmis requiert des moyens financiers pour acquérir les aliments nécessaires et recommandés pour une nutrition adéquate pour

les femmes enceintes et les jeunes enfants. Par conséquent, même si les femmes ont assimilé les messages véhiculés, la pauvreté répandue dans la région Est peut effectivement avoir limité l'adoption des messages. Deuxièmement, l'existence de canaux d'information concurrents dans les deux zones (avec une plus grande prépondérance dans la zone témoin) pourrait avoir dilué la portée de l'effet de l'intervention. Comme déjà mentionné, avant l'intervention, les femmes avaient déjà un niveau élevé de connaissances sur l'alimentation et l'hygiène, qui étaient essentiellement communiquées par le biais de réunions communautaires et de la radio. À l'achèvement du projet, ce schéma n'a pas été inversé, dans la mesure où la projection de vidéos n'est pas devenue le canal d'information dominant ; il venait plutôt en troisième position, après les réunions communautaires et la radio, dans la zone d'intervention. Il se peut donc que l'exposition des femmes de la zone d'intervention aux projections de vidéos n'ait pas atteint le seuil minimum à partir duquel un changement visible dans l'adoption des comportements transmis par les vidéos pourrait être observé. Une autre dynamique possible pourrait être que la vidéo communautaire a remplacé l'effet de ces autres canaux de communication seulement par rapport aux comportements d'hygiène, parce que les vidéos ont pu montrer ces pratiques de manière tangible ; ou peut-être parce que les messages d'hygiène n'étaient pas une information particulièrement visée par les autres canaux.

Le fait que l'effet de l'intervention sur le comportement d'hygiène ait été plus prononcé et visible que son effet sur la nutrition peut s'expliquer par le fait que le message d'hygiène véhiculé correspond, la plupart du temps, à un ensemble d'actions techniques plus concrètes, réalisables même dans un contexte de pauvreté généralisée. En outre, avec les images, les femmes, qui sont pour la plupart illettrées, sont généralement mieux à même d'assimiler les gestes techniques du lavage des mains, comparativement à d'autres sources de promotion du lavage des mains telles que la radio et les réunions communautaires, qui sont beaucoup plus répandues dans la zone témoin. Enfin, parmi les quatre vidéos, la vidéo sur le lavage des mains a été projetée en dernier au cours de l'intervention, ce qui pourrait expliquer pourquoi les résultats sont plus élevés.

Références

INSD et ICF International. 2012. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV), Burkina Faso 2010*. Calverton, MD : Macro International.

Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS et IFPRI. 2008. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices—Part 1 Definitions*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS et IFPRI. 2010. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices – Part II Measurement*. Genève : OMS.

Annexe

Tableau A1 : Effets estimés des projections de vidéos sur les résultats de l'évaluation en contrôlant les co-variables (50 Villages)

Résultats	Moyenne ou pourcentage						
	Enquête initiale			Enquête de fin d'intervention			Effet (différences de différences)
	Groupe témoin	Groupe traité	Différence (T-C)	Groupe témoin	Groupe traité	Différence (T-C)	
Vidéo 1 : Diversité du régime alimentaire et résilience							
Note de la diversité du régime alimentaire chez les femmes enceintes	7,1	6,8	-0,3	8,8	8,4	-0,4	-0,1
Diversité minimale du régime alimentaire chez les enfants	0,2	2,8	2,6	4,6	4,8	0,1	-2,5
Vidéo 2 : Importance de l'allaitement maternel exclusif							
Allaitement maternel exclusif avant 6 mois	63,4	64,0	0,6	51,5	48,7	-2,8	-3,3
Vidéo 3 : Alimentation complémentaire appropriée à l'âge pour les bébés de 6 à 23 mois							
Fréquence minimale des repas	66,0	66,7	0,7	71,9	65,4	-6,5*	-7,1
Régime alimentaire minimal acceptable	1,4	2,2	0,8	5,8	4,0	-1,8	-2,6
Fréquence de l'alimentation lactée pour les enfants non allaités	—	—	—	—	—	—	—
Pourcentage de femmes ayant un enfant âgé de 6 à 8 mois qui introduisent l'alimentation complémentaire	95,6	94,0	-1,6	97,9	86,5	-11,4*	-9,8
Vidéo 4 : Importance de se laver les mains avec du savon							
Pourcentage de ménages disposant au moins d'un endroit réservé au lavage des mains	3,0	4,5	1,5	17,4	24,9	7,5**	5,9
Pourcentage de ménages disposant d'un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau	2,6	4,5	1,9	15,7	24,2	8,5**	6,6

Pourcentage de femmes qui connaissent les moments essentiels pour se laver les mains	2,8	13,4	10,6***	20,5	32,7	12,2***	1,6
Pourcentage de femmes qui savent comment démontrer un comportement de lavage des mains correct	55,2	61,6	6,4	56,6	73,4	16,8***	10,4
Pourcentage de femmes qui mentionnent que leur mari est chargé d'entretenir le poste de lavage des mains	18,1	19,9	1,8	22,2	21,1	-1,1	-2,9

Note : *** p < 0.01; ** p < 0.05; * p < 0.1

Source : Enquête SPRING JSI-ISSP 2016-2017, Burkina Faso

Tableau A2 : Effets bruts estimatifs des projections de vidéos sur les résultats de l'évaluation (50 Villages)

Résultats	Moyenne ou pourcentage						
	Enquête initiale			Enquête de fin d'intervention			Effet (différences de différences)
	Groupe témoin	Groupe traité	Différence (T-C)	Groupe témoin	Groupe traité	Différence (T-C)	
Vidéo 1 : Diversité du régime alimentaire et résilience							
Note de la diversité du régime alimentaire chez les femmes enceintes	7,2	7,0	-0,2	9,2	8,9	-0,3	-0,1
Diversité minimale du régime alimentaire chez les enfants	36,3	42,5	6,1	39,0	42,6	3,6	-2,6
Vidéo 2 : Importance de l'allaitement maternel exclusif							
Allaitement maternel exclusif avant 6 mois	72,2	80,2	8,0	66,1	67,5	1,4	-6,6
Vidéo 3 : Alimentation complémentaire appropriée à l'âge pour les bébés de 6 à 23 mois							
Fréquence minimale des repas	79,7	81,6	1,9	84,3	79,0	-5,4	-7,3
Régime alimentaire minimal acceptable	35,1	39,6	4,5	37,1	39,4	2,3	-2,3
Fréquence de l'alimentation lactée pour les enfants non allaités	—	—	—	—	—	—	—

Pourcentage de femmes ayant un enfant âgé de 6 à 8 mois qui introduisent l'alimentation complémentaire	88,1	83,0	-5,1	89,9	75,6	-14,3*	-9,2
Vidéo 4 : Importance de se laver les mains avec du savon							
Pourcentage de ménages disposant au moins d'un endroit réservé au lavage des mains	15,1	16,9	1,7	30,1	37,5	7,4**	5,7
Pourcentage de ménages disposant d'un poste de lavage des mains avec du savon et de l'eau	14,3	16,1	1,8	27,7	35,9	8,3**	6,4
Pourcentage de femmes qui connaissent les moments essentiels pour se laver les mains	10,5	21,6	11,2***	29,2	41,2	12,0***	0,8
Pourcentage de femmes qui savent comment démontrer un comportement de lavage des mains correct	56,5	66,2	9,7	60,2	74,9	14,7***	5,0
Pourcentage de femmes qui mentionnent que leur mari est chargé d'entretenir le poste de lavage des mains	4,9	8,9	4,0	10,2	9,5	-0,7	-4,7

Note : *** p < 0.01; ** p < 0.05; * p < 0.1

Source : Enquête SPRING JSI-ISSP 2016-2017, Burkina Faso.

SPRING

JSI Research & Training Institute, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 USA

Tel: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480

Email: info@spring-nutrition.org
Web: www.spring-nutrition.org

