

THESE PRESENTEE  
POUR OBTENIR LE GRADE DE

**DOCTEUR DE  
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

ÉCOLE DOCTORALE : Sociétés, Politique et Santé publique  
SPÉCIALITÉ : Santé Publique  
OPTION: Epidémiologie

Par Justine BRIAUX

**Evaluation de processus et impact nutritionnel d'un programme  
de transferts monétaires ciblant les femmes enceintes et les  
enfants de moins de deux ans en milieu rural au Togo**  
*Analyse d'un essai contrôlé randomisé en clusters*

Sous la direction de : Mathilde SAVY et Renaud BECQUET

Soutenue le 18 décembre 2018

Membres du jury :

Yves MARTIN-PREVEL, DR, UMR Nutripass, Institut de Recherche pour le Développement	Président
Katia CASTETBON, Professeur, Université Libre de Bruxelles	Rapporteur
Valérie BRIAND, CR, UMR MERIT, Institut de Recherche pour le Développement	Rapporteur
Valéry RIDDE, DR, UMR CEPED, Institut de Recherche pour le Développement	Examineur
Joanna ORNE GLIEMANN, IR, INSERM U1219, Université de Bordeaux	Membre invité



## Remerciements

Cette thèse est le résultat de quatre années de travail au cours desquelles j'ai eu la chance de bénéficier du soutien de nombreuses personnes que je voudrais remercier sincèrement.

Tout d'abord, je voudrais exprimer ma sincère gratitude à mes directeurs de thèse,

Mathilde Savy pour son soutien sans failles tout au long de ce travail de thèse, de jour comme de nuit! Je suis réellement ravie d'avoir travaillé à ses côtés car, outre son appui scientifique, elle a su me transmettre sa passion pour la recherche et a toujours été là pour m'encourager et me guider avec patience et bienveillance,

Renaud Becquet, pour m'avoir accompagné depuis le master de santé publique à l'ISPED jusqu'à la réalisation de cette thèse, pour sa gentillesse, son soutien et ses encouragements mêmes à distance,

Yves Martin-Prével pour m'avoir donné l'opportunité de faire cette thèse, pour son soutien et ses précieux conseils, ainsi que pour les passionnantes discussions d'épidémiologie,

Je remercie mes collègues et amis Sonia Fortin, Yves Kameli, Sophie Carles, Pascaline Rollet et Joseph Meunier pour leur contribution à ce travail. Et, en particulier Sonia pour sa relecture attentive de certains chapitres de mon manuscrit, pour son amitié et son soutien tout au long de ses quatre années,

Laura Adubra, sans qui cette thèse n'aurait pas été la même ! Un immense merci pour m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de cette aventure, à la coloc, au bureau et même jusqu'au Togo !

Andréa Renk, pour sa bonne humeur, son soutien, et ses superbes moments passés sur le terrain à éplucher les comptes du PDC pour analyser les coûts du programme,

Je tiens également à remercier l'ensemble des membres de l'UMR Nutripass de Montpellier, pour leur accueil et pour les conseils et discussions intéressantes que j'ai pu avoir avec eux.

Je voudrais remercier à nouveau Yves Martin-Prével d'avoir accepté de présider ce jury, ainsi que Valérie Briand et Katia Castetbon qui ont accepté d'être rapporteurs de ce travail. Je voudrais aussi remercier Joanna Orne-Gliemann et Valéry Ridde pour avoir siégé à ce jury. Je me sens très privilégiée de voir ce doctorat évalué par des scientifiques aussi inspirants ;

Je voudrais également remercier l'équipe de l'Unicef au Togo, l'équipe du PDC, et de la Banque Mondiale au Togo et à Washington, pour cette collaboration fructueuse autour de ce projet ;

Au sein de l'Unicef, je remercie tout particulièrement Magali Romedenne pour son amitié, son accueil et son aide précieuse lors de mes séjours au Togo et à Dakar ;

Mes remerciements vont également à Moustapha Seye, pour sa contribution à l'évaluation de processus, pour son amitié, son soutien et pour m'avoir transmis sa passion pour les méthodes qualitatives. Je remercie également le professeur Abdou Salam Fall, ainsi que toute l'équipe du LARTES pour leur accueil au sein de leur structure et leur expertise en sciences sociales ;

Le succès de ce travail est également dû à tous les superviseurs, enquêteurs et agents de saisie, qui ont travaillé sans relâche pour mener à bien ce projet ;

Ma profonde gratitude et mon respect vont à tous les participants du projet. Je les remercie sincèrement pour leur participation, leur accueil chaleureux dans leur maison et pour leur patience lors des longs questionnaires !

Enfin et surtout, je voudrais remercier ma famille et mes amis qui m'ont soutenu tout au long du développement de cette thèse, et en particulier mes parents et grands-parents, mon frère et ma belle-sœur, mon oncle Manu, mes cousines, Hélène, Mélanie, Leslie, Marie, Francis, Anani, Ismaël et Valérie, pour leur soutien de tous les jours et leur messages d'encouragement.

## TABLE DES MATIERES

<b>Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>CHAPITRE I - Etat des connaissances.....</b>	<b>12</b>
<b>1. Le retard de croissance : causes, conséquences et interventions.....</b>	<b>13</b>
1.1. Définition et état des lieux.....	13
1.2. « <i>A hard nut to crack</i> » : un syndrome complexe aux causes multifactorielles ....	17
1.3. Des conséquences multiples et intergénérationnelles.....	26
1.4. Implications programmatiques : pas de « <i>magic bullet</i> ».....	28
<b>2. Les Transferts monétaires : un fort potentiel mais des résultats sur le statut nutritionnel encore limités .....</b>	<b>33</b>
2.1. Définition et état des lieux.....	33
2.2. Effets des TM sur les principales voies d'impact pouvant mener à un meilleur état nutritionnel des enfants.....	36
2.3. Impact des TM sur l'état nutritionnel des enfants .....	41
2.4. Questions de recherche en suspens .....	44
<b>CHAPITRE II - Objectifs et questions de recherche .....</b>	<b>45</b>
<b>CHAPITRE III - L'évaluation d'un programme de transferts monétaires au nord Togo : Contexte, questions de recherche &amp; approach méthodologique .....</b>	<b>47</b>
<b>1. Le contexte togolais .....</b>	<b>48</b>
1.1. Contexte géographique, économique, politique et socioculturel.....	48
1.2. Contexte sanitaire et système de santé .....	54
<b>2. Le programme pilote de transferts monétaires togolais.....</b>	<b>56</b>
2.1. Description de l'intervention .....	56
2.2. Cartographie des acteurs impliqués .....	60
<b>3. Démarche évaluative générale .....</b>	<b>64</b>
3.1. Cadre conceptuel : la théorie du changement .....	64
3.2. L'évaluation du programme de TM au Togo .....	66

<b>4. Méthodologie de l'évaluation d'impact .....</b>	<b>69</b>
4.1. Schéma d'étude et procédure de sélection de la population étudiée .....	69
4.2. Recueil des données .....	74
<b>5. Méthodologie de l'évaluation de processus.....</b>	<b>84</b>
5.1. La construction d'un schéma détaillé des voies d'impact du programme: une première étape cruciale à toute évaluation de processus .....	84
5.2. Décrypter la boîte noire du programme à l'aide de méthodes qualitatives .....	85

**CHAPITRE IV- Pratiques alimentaire et croissance des jeunes enfants au Nord Togo.....92**

**CHAPITRE V- La construction du schéma des voies d'impact du programme ... : Une première étape cruciale pour structurer l'évaluation de processus .....121**

<b>1. Déroulement des ateliers et construction du schéma des voies d'impact .....</b>	<b>122</b>
<b>2. Facteurs limitants et facilitateurs – « Effect modifiers ».....</b>	<b>125</b>
2.1. Facteurs internes au programme et potentiels effets négatifs engendrés par l'intervention.....	125
2.2. Facteurs externes au programme.....	126
<b>3. Problèmes de mise en œuvre et propositions de solutions .....</b>	<b>131</b>
<b>4. Questions de recherche clés pour l'évaluation de processus .....</b>	<b>137</b>

**Chapitre VI - Résultats de l'évaluation de processus.....140**

<b>1. Mise en œuvre et fonctionnement .....</b>	<b>141</b>
1.1. Fonctionnement institutionnel et logiques d'acteurs .....	141
1.2. Fonctionnement opérationnel et défis de mise en œuvre.....	146
1.3. Suivi-évaluation des activités.....	158
<b>2. Appropriation et impact social .....</b>	<b>159</b>
2.1. Appropriation.....	159
2.2. Impact social .....	180
<b>3. Bilan et recommandations .....</b>	<b>200</b>

<b>CHAPITRE VII -Impact du programme sur la croissance de l'enfant.....</b>	<b>204</b>
<b>CHAPITRE VII- Discussion.....</b>	<b>238</b>
<b>1. Résumé et interprétation des résultats.....</b>	<b>239</b>
<b>2. Limites et forces de l'étude .....</b>	<b>242</b>
<b>3. Conclusion et perspectives .....</b>	<b>244</b>
<b>Références.....</b>	<b>247</b>

## Liste des figures

Figure 1- Malnutritions aiguë et chronique et indices anthropométriques associés (source: par l'auteur)	14
Figure 2- Part des enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance par région en 2017 (Source : UNICEF/WHO/World Bank Joint Child Malnutrition Estimates, May 2018.)	15
Figure 3- Evolution entre 2000 et 2017 de la part des enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance par région (Source : UNICEF/WHO/World Bank Joint Child Malnutrition Estimates, May 2018.)	16
Figure 4- Evolution entre 2000 et 2017 du nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance par région (en millions)- (Source : UNICEF/WHO/World Bank Joint Child Malnutrition Estimates, May 2018)	16
Figure 5- Cadre conceptuel de l'UNICEF (Source: UNICEF. Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress. UNICEF; 2013. p. 4)	17
Figure 6- Z-scores moyens pour 54 pays basés sur les standards OMS 2006	23
Figure 7- Causes et conséquences du retard de croissance (source : OMS)	25
Figure 8- Effets de la sous-nutrition sur le développement du cerveau	27
Figure 9 – Le retard de croissance au cours du cycle de vie	27
Figure 10 - Fenêtres d'opportunités pour agir sur le retard de croissance au cours du cycle de vie (source : Prendergast et Humphrey, Paediatrics and International Child Health, 2014)	30
Figure 11- Interventions spécifiques et sensibles à la nutrition	31
Figure 12 - Les différents types de transferts sociaux (source : par l'auteur)	33
Figure 13 -Programmes nationaux de TM participant à l'initiative the Transfer Project	34
Figure 14- Carte politique de l'Afrique de l'Ouest	48
Figure 15- Carte administrative du Togo	49
Figure 16- Un pays multiethnique	50
Figure 17- Pyramide sanitaire (par l'auteur)	54
Figure 18- Modalités des transferts	57
Figure 19- Préfectures ciblées par le programme de TM	60
Figure 20- Montage institutionnel du programme	63
Figure 21- Les différentes composantes de la théorie d'un programme selon Rossi, Lipsey et Freeman	65
Figure 22- Voies d'impact escomptées du programme de transferts monétaires togolais [par l'auteur, adapté de LEROY et al.]	67
Figure 23- Design de l'évaluation d'impact	70
Figure 24- Principales langues vernaculaires de la zone d'enquête	82
Figure 25- Triangulation des outils de recueil et interlocuteurs	90
Figure 26 – Schéma détaillé des voies d'impact du programme	124
Figure 27 – Facteurs facilitants et limitants - Voie transferts monétaires	129
Figure 28 – Facteurs facilitants et limitants – voie causeries	130
Figure 29- Répartition par préfecture des femmes du bras Cash Transfers ayant reçu au moins un TM pour l'enfant enquêté (n=1035)	149
Figure 30- Part des femmes du bras Cash Transfers ayant reçu au moins un TM pour l'enfant enquêté (n=1035)	149
Figure 31- Trimestre de grossesse ou âge de l'enfant lors de la perception du premier TM par les bénéficiaires (enquête endline, module complémentaire, n=400)	150
Figure 32- Temps d'attente au point de paiement des bénéficiaires du TM (n=400)	153
Figure 33 – Date de la dernière visites de l'ACPE par bras (n= 2031)	157

Figure 34 – Principales utilisations des TM citées par les femmes bénéficiaires des TM (n=400) ....	170
Figure 35- Détails des utilisations du TM en faveur de la santé de l'enfant (n=280).....	171
Figure 36 – Type d'aliments achetés pour l'alimentation des enfants avec l'argent du TM (n=366).	171
Figure 37- Principaux récipiendaires du partage régulier du TM (n= 69) .....	174
Figure 38- Le TM vous a-t-il permis de prendre plus de décisions? (n=400).....	184
Figure 39 - Qui décide de l'utilisation du TM? (n=400) .....	185
Figure 40- Le TM vous a-t-il permis de garder un enfant que vous pensiez confier? (n=400).....	190
Figure 41- Sentiment des bénéficiaires vis à vis de la sortie du programme .....	191
Figure 42- Utilisations du bonus de sortie envisagées par les bénéficiaires (n=320) .....	192
Figure 43 - Part des femmes déclarant avoir personnellement été encouragées à faire un enfant par le programme par bras (ITT) .....	195
Figure 44- Principaux rôles attribués aux bureaux des bénéficiaires par ses adhérentes (n=65).....	197
Figure 45- Défis liés à la mise en œuvre du programme et recommandations .....	202

## Liste des tableaux

Tableau 1- Impact de quelques programmes de TM sur la croissance de l'enfant .....	42
Tableau 2- Impact des TM sur l'état nutritionnel des enfants et sur ses différents déterminants immédiats et sous-jacents (source : De Groot et al. 2017, Development Policy Review) .....	43
Tableau 3- Répartition des 162 villages de l'étude par bras et préfecture .....	70
Tableau 4- Durées d'exposition théoriques des enfants bénéficiaires au programme de TM au moment de l'enquête endline (Juin 2016).....	71
Tableau 5- Taille des villages enquêtés par préfecture.....	73
Tableau 6 : Analyse FFOM : Forces, faiblesses, Opportunités, Menaces .....	203

# Introduction

Longtemps délaissées, les questions de nutrition ont acquis depuis la crise alimentaire de 2008 et la publication d'une série d'études sur le sujet dans le *Lancet* la même année, une plus grande visibilité. Elles sont aujourd'hui un sujet de préoccupation mondiale et la quasi-totalité des principaux organismes de développement a publié un document sur les politiques à mettre en œuvre en matière de nutrition. L'assemblée générale des Nations Unies a même proclamé 2016-2025 « Décennie d'action des Nations Unies pour la Nutrition » faisant ainsi de la nutrition un moteur du développement, un catalyseur pour atteindre l'ensemble des objectifs de développement durable (ODD).

Malgré l'engagement politique et financier sans précédent de ces dernières années, les indicateurs nutritionnels mondiaux restent alarmants. Outre une augmentation inquiétante du surpoids et de l'obésité partout dans le monde, la sous-nutrition diminue également trop lentement. En 2017, près d'un quart des enfants de moins de 5 ans de la planète souffrait de retard de croissance. Problème complexe aux causes multiples et interdépendantes, le retard de croissance est difficile à appréhender et à juguler. Face au caractère multidimensionnel du problème, les interventions nutritionnelles classiques ne suffisent pas et une approche globale et multisectorielle est nécessaire. Le développement récent d'interventions dites « sensibles à la nutrition » ou pro-nutrition dans un certain nombre de domaines (agriculture, éducation, protection sociale) vise à répondre à cet impératif. Parmi les interventions pro-nutrition prometteuses figurent les programmes de transferts sociaux (PTS), et en particulier les programmes de transferts monétaires (TM).

Nés en Amérique Latine, les programmes de TM ont démontrés leur impact bénéfique sur la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la sécurité alimentaire, la hausse des taux de scolarisation ou l'utilisation accrue des services de santé, et font aujourd'hui partie de la plupart des politiques de protection sociale du sous-continent américain. De plus en plus populaires, les programmes de TM sont aujourd'hui étendus à d'autres continents. Si de grands programmes de TM ont déjà été mis en œuvre en Afrique de l'Est ou en Asie, en Afrique de l'Ouest, ils sont pour l'instant principalement testés sous forme de projets pilotes, à une échelle relativement petite, pour une durée limitée et avec peu d'implication de la part des gouvernements. Essentiellement financés par des donateurs externes, aucun des projets pilotes menés en Afrique de l'Ouest n'a actuellement été repris et intégré à la politique nationale de protection sociale. Le succès des programmes menés en Amérique Latine, qui disposent entre autres d'un appui solide des gouvernements et de financements adéquats, pourrait ainsi ne pas être transposable au contexte spécifique de l'Afrique de l'Ouest. Il est donc essentiel d'évaluer de façon rigoureuse et systématique les programmes de TM qui sont mis en œuvre dans cette région du monde afin d'identifier leurs atouts et limites et de permettre leur amélioration. Par ailleurs, si les TM permettent d'agir sur les déterminants sous-jacents de malnutrition tels que la pauvreté ou l'insécurité alimentaire, leur efficacité sur l'amélioration de l'état nutritionnel reste à prouver. En outre, de grosses lacunes subsistent

quant à la compréhension de leurs mécanismes d'action. Aucune des évaluations menées jusqu'à présent n'a étudié de manière approfondie et systématique les différentes voies d'impact par lesquelles ce type de programmes pourraient conduire à une amélioration de l'état nutritionnel, étape pourtant indispensable pour optimiser et orienter les interventions futures.

En 2014, grâce à un financement de la Banque Mondiale, le gouvernement du Togo a mis en œuvre pour une durée de 30 mois, un programme pilote de TM couplé à des activités de communications pour le changement de comportement. Le programme ciblait les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans et avait pour objectif d'améliorer l'état nutritionnel et de santé des enfants, ainsi que la protection de leurs droits. Ce programme constituait alors une excellente occasion d'évaluer de manière rigoureuse un programme de TM mis en œuvre en Afrique de l'ouest, ayant un objectif nutritionnel clair, et ciblant un groupe de population vulnérable.

Le présent manuscrit rend compte de cette évaluation, et s'articule autour de huit chapitres. Après un premier chapitre général consacré à l'état des connaissances sur le retard de croissance et sur les programmes de TM, le second chapitre expose les questions de recherche. Le chapitre III présente le programme de TM au Togo ainsi que son schéma d'évaluation. Le chapitre IV, qui exploite les données recueillies lors de l'enquête *baseline* (enquête de référence pour l'évaluation d'impact), rend compte des pratiques alimentaires et de l'état nutritionnel des enfants de moins de deux ans dans la zone d'étude. Les résultats de l'évaluation de processus du programme, qui portent à la fois sur sa mise en œuvre et son utilisation/appropriation par les bénéficiaires, sont présentés dans les chapitres V et VI. L'évaluation d'impact fait quant à elle l'objet du chapitre VII qui présente les effets des TM sur la croissance des enfants ainsi que sur différents indicateurs intermédiaires documentant les principales voies d'impact supposées du programme. Enfin, les différents résultats issus des chapitres IV à VII sont synthétisés et discutés dans un dernier chapitre (VIII), où sont également formulées un certain nombre de recommandations.

# CHAPITRE I

## Etat des connaissances

---

*« La connaissance est une navigation dans un océan  
d'incertitudes à travers des archipels de certitudes. »*

Edgar Morin

---

# 1. Le retard de croissance : causes, conséquences et interventions

## 1.1. Définition et état des lieux

### 1.1.1. Le retard de croissance : un marqueur de la malnutrition chronique

Le terme malnutrition désigne les différentes pathologies liées à une alimentation inadéquate, qu'elles soient attribuables à des carences ou à des excès alimentaires. La malnutrition se traduit donc par un déséquilibre entre les apports en éléments nutritifs et les besoins de l'organisme et fait référence aussi bien à la sous-alimentation qu'à la suralimentation. On ne s'intéressera ici qu'aux malnutritions infantiles de type sous-nutrition et en particulier à la malnutrition dite chronique.

On distingue généralement chez le jeune enfant âgé de moins de cinq ans deux grands types de malnutrition: la malnutrition chronique et la malnutrition aiguë.

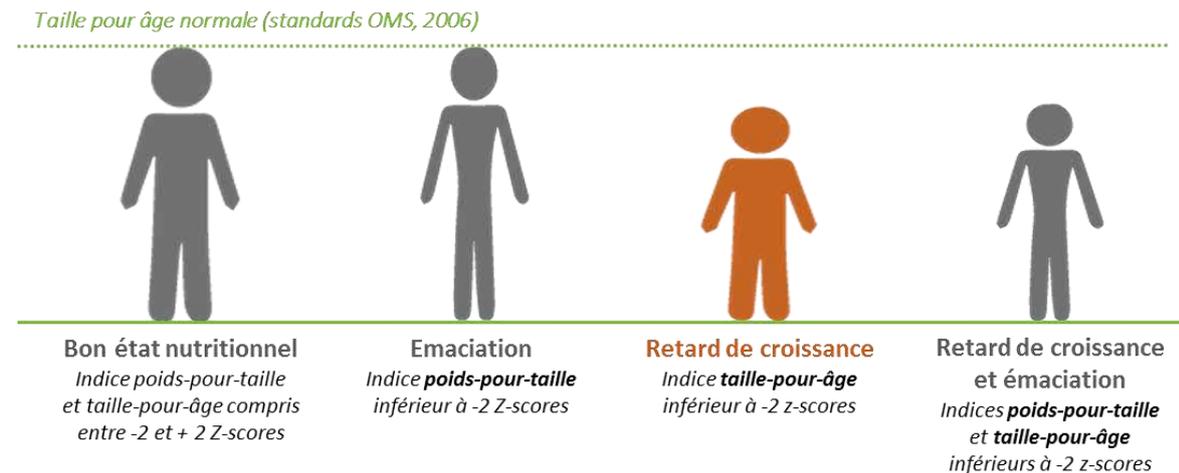
La malnutrition aiguë ou émaciation (*wasting*), qui se caractérise par un faible poids-pour-taille ( $< -2$  Z-scores), est la forme de malnutrition la plus connue parce qu'elle est également la plus visible. Elle s'installe rapidement et est souvent causée par un choc « brutal » qui prive l'organisme de calories et nutriments. Il peut s'agir d'une maladie et/ou d'une famine due par exemple à la sécheresse, à une catastrophe naturelle ou une situation de conflit. Dans sa forme sévère, la malnutrition aiguë se traduit par le marasme (émaciation sévère, indice poids-pour-taille  $< -3$  Z-scores) ou le kwashiorkor (malnutrition œdémateuse, présence d'œdèmes bilatéraux) qui constituent tous deux une urgence médicale.

La malnutrition chronique, moins visible que la malnutrition aiguë est pourtant celle dont la prévalence est la plus élevée. Elle se traduit entre autres par un retard de croissance (*stunting*), autrement dit par une taille pour l'âge inférieure à la normale ( $< -2$  Z-scores). Une petite taille dans l'enfance ne semble pas en soit problématique, mais elle est réalité le marqueur d'un retard plus général, qualifié par certains scientifiques de « syndrome de retard de croissance », affectant le développement d'un certain nombre d'organes et de fonctions physiologiques rendant l'enfant plus vulnérable à son environnement. Elle augmente notamment les risques de morbidité, de mortalité, et entrave le développement des capacités physiques et neurocognitives. Contrairement à la malnutrition aiguë, elle s'installe progressivement et, est entre autres attribuable à l'effet cumulatif d'un déficit alimentaire chronique, de pratiques de soins inadéquates et de maladies récurrentes. Elle commence souvent in utero (retard de croissance intra-utérin) et entraîne un petit poids de naissance pour l'âge gestationnel, lui-même lié à une malnutrition maternelle.

Enfin, il est important de noter ici que la sous-nutrition fait également référence aux carences en micronutriments qui résultent d'une alimentation pauvre en vitamines et minéraux. Les carences les plus fréquentes sont celles en vitamine A, fer, zinc et iode. Lorsqu'elles sont

graves ces carences peuvent entraîner des pathologies sévères : goitre et crétinisme (carence en iode), cécité (carence en vitamine A), béribéri (carence en vitamine B1). Ces carences se retrouvent chez les enfants atteints de malnutritions aiguë et chronique dont elles sont en partie responsables, mais sont également très fréquentes chez les enfants ne présentant aucune de ces deux formes de malnutrition.

Quoiqu'il en soit, ces différents types de sous-nutrition (aiguë, chronique et carences en micronutriments) sont souvent associés chez un même enfant (cf. **Encadré 1**).



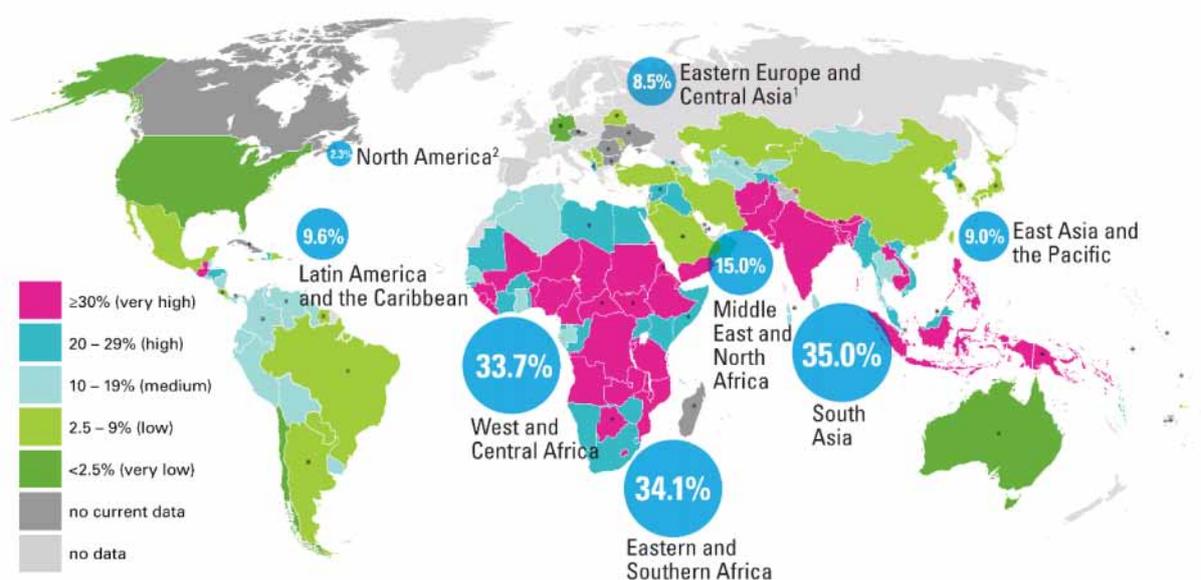
**Figure 1- Malnutritions aiguë et chronique et indices anthropométriques associés (source: par l'auteur)**

Afin d'évaluer l'état nutritionnel des enfants et de déterminer s'ils sont ou non atteints de malnutrition aiguë ou chronique, on utilise généralement des mesures cliniques et anthropométriques (taille, poids, périmètre brachial). On crée à partir de ces mesures des indices : anthropométriques combinant taille, poids et âge (cf. **Figure 1**). Le retard de croissance est ainsi établi à partir de l'indice « taille-pour-âge » (*height for age Z-score* - HAZ) et l'émaciation à partir de l'indice « poids-pour-taille » (*weight for height Z-score*-WHZ) ou du périmètre brachial. Ces indices sont exprimés en Z-scores, ou score d'écart-type. Le Z-score exprime l'ampleur de la déviation de l'état nutritionnel d'une personne par rapport à la population de référence définie par l'OMS. Au sein de cette population de référence où l'alimentation, la santé, et les soins sont assurés, 95% des mesures anthropométriques sont comprises entre -2 et + 2 écart-types autour de la médiane. Le degré de gravité de la malnutrition est défini par rapport à cette population de référence et en fonction de seuils internationalement reconnus (1). La malnutrition modérée correspond ainsi à un indice compris entre - 2 Z-score et -3 Z-score (-3 ; -2]) et la malnutrition sévère à un indice inférieur au seuil de - 3 Z-score. Ces seuils sont les mêmes que l'on parle de retard de croissance ou d'émaciation. La présence d'œdèmes bilatéraux classe par ailleurs l'enfant en émaciation sévère quel que soit la valeur de ses indices « taille-pour-âge » et « poids-pour-taille ». Le pourcentage de la population qui est en dessous des seuils convenus exprime, selon l'indice considéré, la prévalence de retard de croissance ou d'émaciation.

### 1.1.2. Une prévalence élevée : un quart des enfants de la planète atteints

Le retard de croissance est la forme de sous-nutrition la plus largement répandue au niveau mondial. Selon les dernières estimations conjointes de l'UNICEF, de la Banque mondiale et de l'OMS, 151 millions d'enfants de moins de 5 ans souffraient d'un retard de croissance en 2017, soit près d'un enfant sur quatre (22%). En comparaison, 51 millions (8%) étaient atteints de malnutrition aiguë, dont 16 millions de malnutrition aiguë sévère (2%)(2).

Les disparités entre régions sont considérables, trois régions supportent la majeure partie du fardeau du retard de croissance à savoir : l'Asie du sud ; l'Afrique de l'est/Afrique australe ; et l'Afrique de l'ouest/Afrique centrale (cf. **Figure 2**). Dans ces régions, plus d'un enfant sur trois présente un retard de croissance.

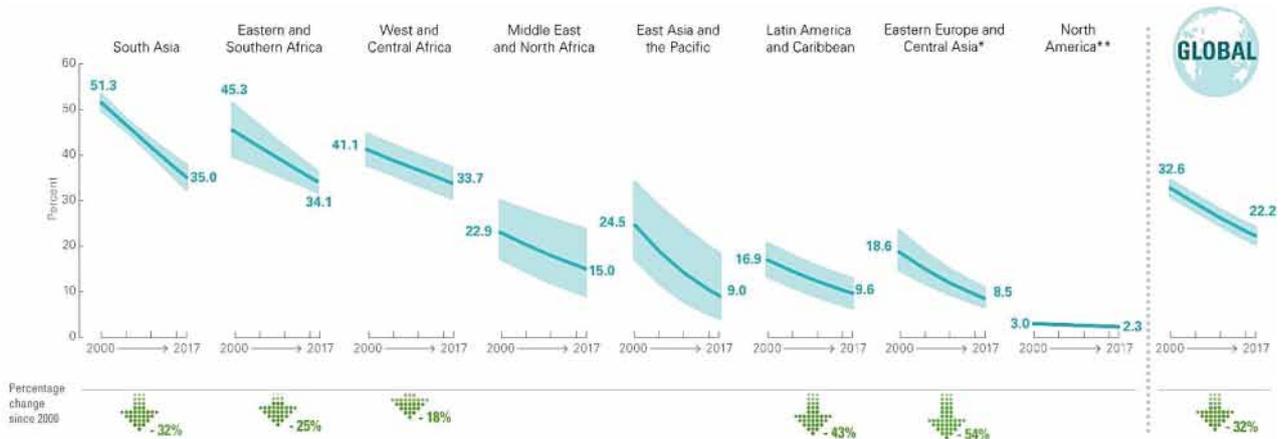


**Figure 2- Part des enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance par région en 2017** (Source : UNICEF/WHO/World Bank Joint Child Malnutrition Estimates, May 2018.)

Bien que la prévalence ait globalement diminuée ces dernières années passant de 33% à 22% entre 2000 et 2017 (cf. **Figure 3**), la baisse actuelle n'est pas suffisante pour atteindre l'objectif fixé en 2012 par l'assemblée mondiale de la santé, à savoir une réduction de 40% du nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de retard de croissance d'ici à 2025. Pour pouvoir atteindre cette cible, le taux annuel moyen de réduction devrait être au minimum de 3,9%, or il est actuellement d'environ 2,3% (3,4).

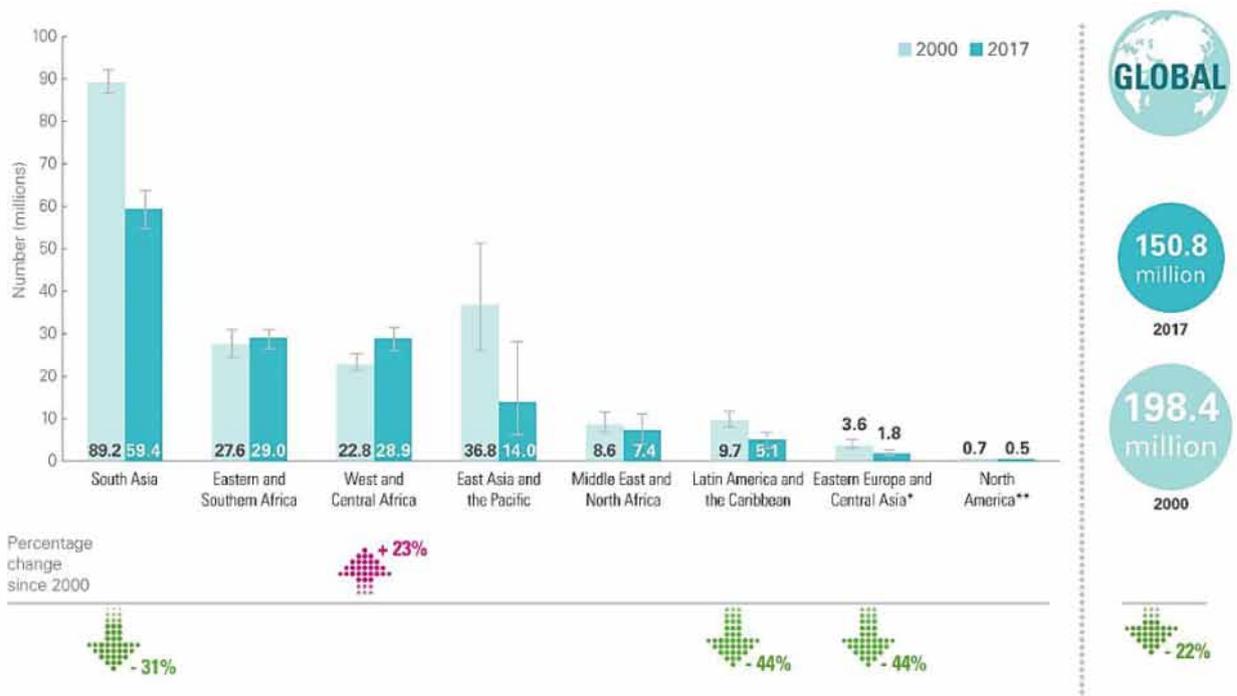
Par ailleurs, même si la prévalence de retard de croissance est en baisse dans la région l'Afrique de l'ouest/Afrique centrale, du fait d'un accroissement de la population, le nombre absolu d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance dans cette région est en augmentation. Il est passé de 22,8 millions en 2000 à 28,9 millions en 2017 (cf. **Figure 4**) Enfin, des progrès impressionnants ont été réalisés en Asie du Sud, avec une diminution de 32% de la prévalence de retard de croissance entre 2000 et 2017 et une baisse du nombre

absolu d'enfants atteints de 30 millions (cf. **Figure 4**). Toutefois, cette région reste celle qui compte le plus grand nombre d'enfants atteints de retard de croissance, soit plus de 59 millions (2).



**Notes:** \* The Eastern Europe and Central Asia sub-region estimates do not include Russian Federation due to missing data; consecutive low population coverage for the 2017 estimate (interpret with caution). \*\*The Northern America regional average is based only on United States data only, hence confidence intervals are not available. The percentage change since 2000 is only shown where the change is significantly different.

**Figure 3 - Evolution entre 2000 et 2017 de la part des enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance par région (Source : UNICEF/WHO/World Bank Joint Child Malnutrition Estimates, May 2018.)**

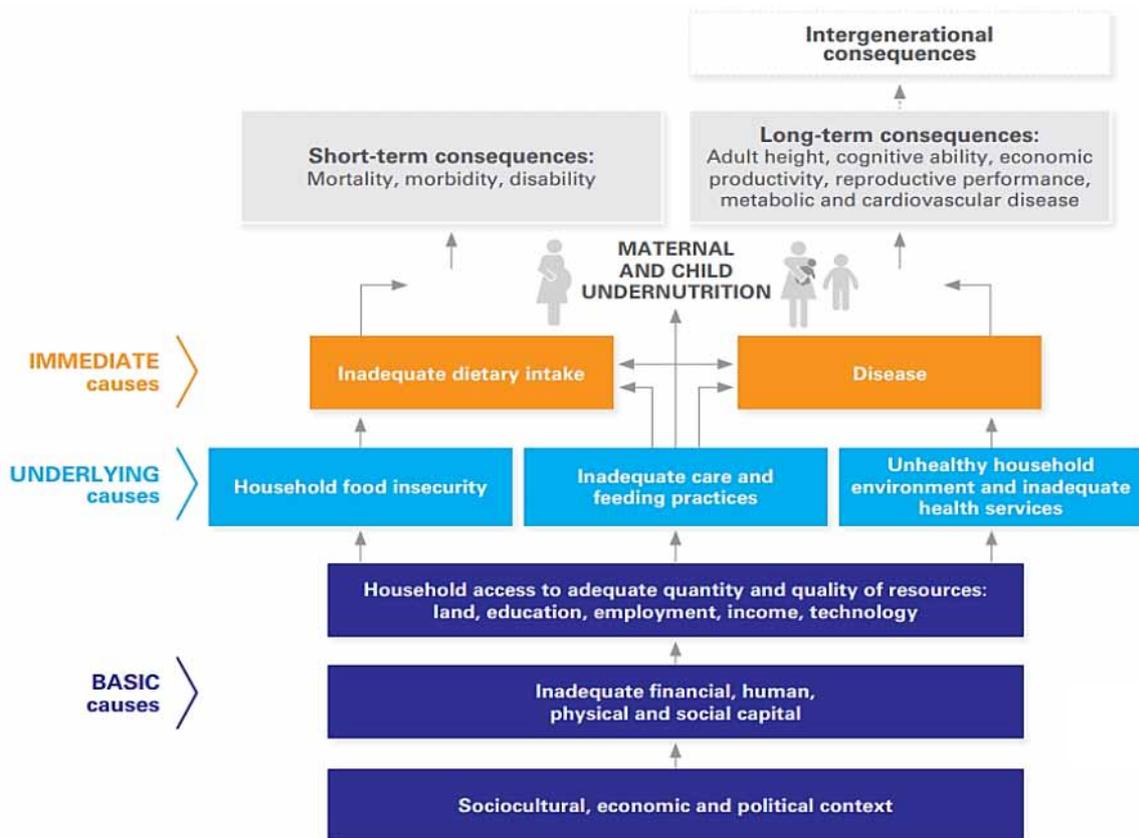


**Notes:** \* The Eastern Europe and Central Asia sub-region estimates do not include Russian Federation due to missing data; consecutive low population coverage for the 2017 estimate (interpret with caution). \*\*The Northern America regional average is based only on United States data only, hence confidence intervals are not available. The percentage change since 2000 is only shown where the change is significantly different.

**Figure 4 - Evolution entre 2000 et 2017 du nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance par région (en millions)- (Source : UNICEF/WHO/World Bank Joint Child Malnutrition Estimates, May 2018)**

## 1.2. « A hard nut to crack »<sup>1</sup>: un syndrome complexe aux causes multifactorielles

La compréhension du retard de croissance est encore limitée, tous les facteurs et mécanismes toutefois les différentes études menées sur le sujet s'accordent toutes sur son caractère multifactoriel. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la génétique n'exerce que peu d'influence sur le retard de croissance (5,6). Lorsqu'ils sont nés de mères dont les besoins nutritionnels et de santé sont satisfaits et qu'ils sont élevés dans de bonnes conditions, tous les enfants connaissent une croissance staturo-pondérale quasi similaire pendant la période foetale et les deux premières années de la vie, peu importe les populations ou les régions du monde. Le retard de croissance s'explique donc avant tout par des facteurs « environnementaux » liés aux conditions de vie : alimentation et santé des enfants et de leurs mères, pratiques de soins, hygiène et assainissement, contexte économique, politique et socioculturel (6). On a pour habitude, en se basant sur le cadre conceptuel présenté ci-dessous, de distinguer trois niveaux de causes : les causes immédiates liées à l'individu, les causes sous-jacentes liées au ménage/à la famille et les causes profondes liées à la société et à son organisation.



**Figure 5- Cadre conceptuel de l'UNICEF** (Source: UNICEF. *Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress*. UNICEF; 2013. p. 4)

<sup>1</sup> Expression utilisée par J. Humphrey en parlant du retard de croissance, citée par Yves Martin-Prével dans *La Nutrition dans un monde globalisé. Bilan et perspectives à l'heure des ODD*, chapitre 9, p 217-249.

Nous allons revenir ci-après sur chacun de ces trois niveaux, en nous focalisant autant que possible sur les causes que les programmes de transferts monétaires et les activités socioéducatives qui y sont souvent rattachés pourraient éventuellement impacter.

On peut toutefois noter avant que ce cadre établi dans les années 1990 par l'UNICEF n'est pas spécifique au retard de croissance. Il s'adresse aux causes de la sous nutrition dans son ensemble, car si malnutrition aiguë et chronique diffèrent de par leurs manifestations, leur temporalité d'installation et leurs conséquences à long terme, elles partagent en revanche un ensemble de causes communes (cf. **Encadré 1**). Nous focaliserons toutefois ici notre propos sur le retard de croissance.

#### ***Encadré 1-Pathogenèse des malnutritions aiguë et chronique: quelles différences?***

Extrait de *La Nutrition dans un monde globalisé. Bilan et perspectives à l'heure des ODD* (5)

« [...] Ces deux formes de malnutrition coexistent fréquemment et il n'est pas toujours aisé de distinguer ce qui revient à l'une ou à l'autre dans l'état nutritionnel d'un enfant à un moment donné, hors les critères anthropométriques qui concourent à leur caractérisation par définition. De fait, la question est régulièrement posée de ce qui différencie vraiment les deux formes de malnutrition en termes de causes [...]. Un certain nombre de facteurs à l'origine du retard de taille peuvent aussi être reliés à l'émaciation ; en toile de fond on retrouve de façon commune pauvreté, mauvais état de santé et faible statut social des mères ; et de manière plus immédiate des facteurs alimentaires et infectieux fréquents dans l'enfance. La différence pourrait venir d'une combinaison distincte de facteur d'alimentation (insuffisance de nutriments essentiels pour la croissance musculaire ou pour la croissance osseuse), de stress, ou décalage dans leur rapidité d'apparition et dans leur sévérité. Il pourrait s'agir de deux façons de préserver les organes vitaux dans un environnement défavorable en fonction de la durée : soit les chocs sont amortis par une baisse momentanée de masse corporelle (de muscles principalement) sans qu'il y ait nécessairement ralentissement de la croissance staturale, soit pour une succession de chocs la croissance est ralentie avec un souci de préservation de la masse corporelle et des fonctions associées. Cela n'exclut donc pas que l'émaciation soit souvent elle-même contributive à la mise en route ou à l'aggravation d'une malnutrition chronique. [...] Il est indéniable que mauvais état nutritionnel et infections peuvent entretenir un cercle vicieux d'aggravation in fine de cet état nutritionnel, émaciation comme retard de taille. De ce point de vue, toutes interventions valides pour prévenir ou traiter la malnutrition aiguë (alimentation équilibrée et lutte anti-infectieuse) auront aussi un impact à plus long terme sur le retard de croissance là où les deux formes sont associées ; il ne devrait pas y avoir de tensions entre les deux considérations dans les politiques ou services de nutrition comme on le voit parfois ».

#### ***1.2.1. Les causes immédiates***

Les deux causes immédiates associées au retard de croissance sont: l'apport alimentaire insuffisant en quantité et qualité et la maladie.

*Apport alimentaire insuffisant en quantité et qualité* - Sur le plan alimentaire le retard de croissance est souvent associé à des régimes alimentaires peu variés; limités en micronutriments. Il serait ainsi dû à des déficits spécifiques en vitamines et minéraux

nécessaires à la croissance du cartilage et du tissu osseux, tels que la vitamine D, le soufre, le phosphore, le calcium et le magnésium. L'iode, le fer et zinc pourraient également jouer un rôle dans l'accompagnement de la croissance (5). Bien que les quantités de micronutriments nécessaires soient faibles, les régimes alimentaires souvent monotones des pays à ressources limitées qui reposent essentiellement sur des produits végétaux ne permettent pas toujours de couvrir les besoins des jeunes enfants. Par ailleurs, dans ces régimes principalement d'origine végétale la disponibilité en micronutriment peut être altérée par des anti-nutriments comme les phytates ou les polyphénols (5,7). Les aliments d'origine animale, qui sont riches en vitamines (A, B2, B12), calcium, fer, zinc mais aussi en protéines, énergie et graisses, joueraient par ailleurs un rôle important dans la croissance, notamment via leur apport en protéines (8,9). Ces dernières agiraient sur l'IGF-1, une hormone qui stimule la croissance du cartilage. Certains acides gras (n-3 et n-6), contenus dans les graisses, sont aussi nécessaires à la croissance et au développement des fonctions immunitaires et neurocognitives (10). On considère d'ailleurs que les lipides devraient représenter 30 à 45% du régime alimentaire des enfants âgés de 6 à 24 mois (11).

En définitive, étant donné les faibles capacités gastriques des enfants, fournir sous un faible volume tous les éléments nutritifs nécessaires à leur développement reste un véritable défi, notamment dans les pays à ressources limitées où les populations n'ont pas toujours accès à une nourriture saine et nutritive. Dans ce type d'environnement, les pratiques d'alimentation du nourrisson et jeune enfant (diversité alimentaire, fréquence des repas, texture des aliments adaptés à la petite enfance, etc.) sont essentielles pour optimiser le peu de ressources alimentaires disponibles (cf. section suivante).

*Maladie* - La deuxième cause immédiate présentée dans le cadre conceptuel de l'UNICEF est la maladie. Cette dernière peut être une cause comme une conséquence du retard de croissance. Les infections à répétition réduisent en effet l'appétit des enfants et leur capacité d'absorption des aliments compromettant ainsi leur état nutritionnel, qui lorsqu'il est mauvais affaiblit à son tour leur système immunitaire et les rend alors plus vulnérables aux infections dont il accroît par ailleurs la gravité. On parle ainsi souvent de cercle vicieux malnutrition-maladie (3,9). Parmi les infections le plus souvent mises en relation avec le retard de croissance, on trouve: le paludisme, les diarrhées récurrentes, les parasites intestinaux et l'entéropathie environnementale (6).

Les études menées sur le paludisme ont longtemps fait état de résultats contradictoires. Certaines études indiquaient que le paludisme était associé à un risque accru de retard de croissance, d'autre à une diminution du risque et d'autres encore concluaient à l'absence d'association(6). Une étude récente utilisant la randomisation mendélienne<sup>2</sup> a permis de

---

<sup>2</sup> La randomisation Mendélienne est une méthode qui utilise les propriétés de la génétique pour faire de l'inférence causale à partir d'étude observationnelles. En se basant sur des variations de gènes dont la fonction est connue, elle permet d'examiner l'effet causal d'une exposition sur une maladie. Les auteurs se sont ici basés sur le trait génétique drépanocytaire

clarifier ces associations (12). Les auteurs ont constaté une augmentation du risque de retard de croissance de 0,32 (95% IC : 0,09 - 1,0) pour chaque épisode de paludisme. Par ailleurs, l'infection palustre de la mère pendant de la grossesse a des effets délétères sur la croissance du fœtus (13). Or, comme déjà évoqué dans la partie définition, le retard de croissance commence souvent in-utero par un retard de croissance intra-utérin, qui serait au demeurant à l'origine de 20% des cas de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (14). Nous reviendrons plus en détails sur les facteurs maternels liés au retard de croissance de l'enfant dans la partie consacrée au « 1000 jours ».

La diarrhée, qui est l'une des infections les plus fréquentes chez le jeune enfant en particulier dans des conditions d'assainissement et d'hygiène médiocres, a également été associée à une augmentation du retard de croissance dans plusieurs études (6). Une analyse basée sur les données de neuf études comportant des données quotidiennes sur la diarrhée et des mesures anthropométriques longitudinales, a montré que la probabilité de retard de croissance à 24 mois augmentait avec l'incidence des épisodes de diarrhée ; 25% du retard de croissance était attribué à cinq épisodes de diarrhée ou plus (15). Dans une étude plus récente portant sur sept cohortes l'effet observé des diarrhées récurrentes sur la croissance était moindre mais restait toutefois significatif. Une différence de -0,38 cm (95% IC: -0.59, -0.17) à deux ans était observé chez les enfants ayant eu en moyenne 23 jours de diarrhée par an comparés à ceux n'en ayant pas eu (16).

Par ailleurs, même en l'absence de diarrhée, de nombreux enfants des pays à ressources limités présentent un dysfonctionnement entérique (intestinal) d'origine environnementale liée à l'absorption d'agents pathogènes, en particulier de matières fécales animales (ex. *Escherichia coli* dans les fèces de poulet souvent ingérés par les jeunes enfants) (17). Dénommée entéropathie environnementale, cette infection subclinique est responsable d'une inflammation chronique altérant la perméabilité de la paroi intestinale et entraînant une malabsorption des nutriments (18). Cet état inflammatoire chronique diminue par ailleurs la sécrétion d'hormone de croissance (19). De manière plus générale, le retard de croissance découlerait en partie d'une pathologie entérique primaire résultant de perturbations du microbiote intestinal dues non seulement à l'entéropathie environnementale mais également aux différents troubles intestinaux entraînés par les diarrhées récurrentes, les carences en micronutriments, les parasites intestinaux, la malnutrition aiguë sévère ou encore l'infection à VIH (20).

La multiplication ces dernières années des études sur les liens entre inflammation intestinale et retard de croissance a également permis d'attirer l'attention sur l'importance de l'hygiène et de l'assainissement de l'environnement de l'enfant, qui font partie avec l'insécurité

---

qui protège du paludisme pour démontrer un lien de causalité entre paludisme et retard de croissance, le trait drépanocytaire ne pouvant influencer sur le retard de croissance que par son effet sur le paludisme.

alimentaire et l'inadéquation des pratiques de soins des causes dites sous-jacentes de la sous-nutrition.

### 1.2.2. Les causes sous-jacentes

Le jeune enfant qui explore son environnement en rampant et portant de nombreux objets à la bouche est particulièrement exposé à la contamination des sols (7). L'élimination appropriée des déchets et matières fécales animales, des installations sanitaires améliorées, l'accès à l'eau potable sont autant d'éléments qui peuvent influencer positivement sur sa croissance (21). Le simple fait d'améliorer l'accès à l'eau et à l'assainissement peut grandement contribuer à réduire les maladies diarrhéiques (22) et les infections parasitaires (23), et pourrait également avoir un impact sur l'entéropathie environnementale (19,21).

Plusieurs études observationnelles soutiennent l'existence d'un lien entre croissance de l'enfant et eau, hygiène et assainissement (*water, sanitation and hygiene* -WASH) (24–27). Dans une étude basée sur des données DHS de 65 pays, une réduction de 20% de la défécation à l'air libre était par exemple associée à une augmentation de l'indice taille pour âge de 0,1 Z-score (25). Une méta-analyse portant sur cinq interventions évaluant l'impact d'une amélioration de la qualité de l'eau et de la fourniture de savon sur l'état nutritionnel, a également montré une augmentation de l'indice taille-pour-âge de 0,08 Z-scores (28). Toutefois, les résultats préliminaires des deux principaux essais randomisés en cours évaluant l'impact d'interventions WASH sur le retard de croissance (*SHINE* et *WASH Benefits*) ne sont pas concluants (29–31). Reste désormais à savoir si l'absence de résultats est due aux interventions elles-mêmes ou à leur mise en œuvre. Quoiqu'il en soit, même si un lien direct ne peut être démontré avec le retard de croissance, ce type d'interventions reste la plupart du temps associé à une diminution des diarrhées (30) et infections parasitaires, qui comme nous venons de le voir sont directement associées au retard croissance.

L'accès à des services de santé performants fait également partie des causes dites sous-jacentes de la sous-nutrition. Le système de santé est en effet à la base de plusieurs des déterminants de la croissance de l'enfant (vaccination, traitement curatif en cas de maladie, suivi de grossesse de la mère) et c'est par son biais que le retard de croissance peut être détecté (7). Le problème du retard de croissance, contrairement à l'émaciation, est qu'il est difficile à déceler visuellement, notamment dans des communautés où la petite taille est la norme ; une mère emmènera donc rarement son enfant au centre de santé directement en raison d'un retard de croissance. Par ailleurs, ce dernier n'est pas systématiquement dépisté dans les centres de santé primaire qui ne disposent pas toujours du matériel, des compétences ni du temps nécessaire pour évaluer la croissance de l'enfant (32) et prodiguer les conseils adéquats en matière d'alimentation complémentaire. Un essai communautaire mené au Pérou a pourtant démontré l'importance du personnel médical dans l'amélioration des pratiques d'alimentation des enfants (33), qui lorsqu'elles sont inappropriées participent également à l'apparition puis à l'installation d'un retard de croissance.

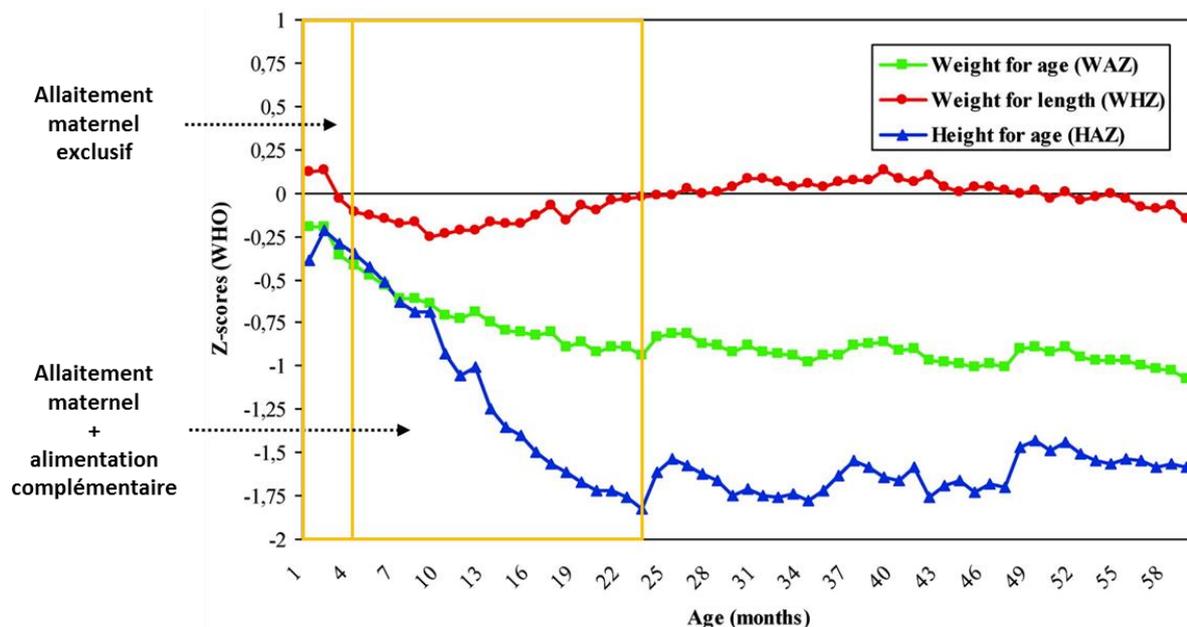
Ces pratiques ne peuvent toutefois être optimales que lorsque que les ménages ont les moyens physiques et économiques d'accéder à une nourriture suffisante en quantité et qualité leur permettant de satisfaire leurs besoins alimentaires, autrement dit lorsqu'ils ne sont pas en situation d'insécurité alimentaire. Plusieurs études, menées dans différents pays et sur plusieurs continents ont d'ailleurs montré une association entre retard de croissance et insécurité alimentaire des ménages (34–38). D'autres études se focalisant sur les répercussions de l'insécurité alimentaire au sein des ménages ont montré qu'elle pouvait notamment impacter la santé mentale des parents et influencer ainsi sur les soins apportés aux enfants (39–41), qui jouent un rôle important dans leur croissance et leur développement (42).

Les pratiques de soins permettent d'optimiser les ressources disponibles en matière d'alimentation et de santé ; c'est par leur intermédiaire que la sécurité alimentaire du ménage peut aboutir à des ingérés suffisant en quantité et qualité au niveau individuel, ou qu'un environnement sain et des services de santé performants peuvent aboutir à un bon état de santé de l'enfant (43). Comme l'illustre de façon imagée Yves Martin-Prével dans un article consacré aux relations entre soins et nutrition : «[...] *la sécurité alimentaire permet d'avoir l'aliment disponible à la maison, mais les pratiques de soins sont indispensables pour l'amener jusqu'à la bouche de l'enfant ; de même disposer de service de santé performants est fondamental mais ne sert pas à grand-chose si l'enfant n'y est pas conduits pour être vacciné ou lorsqu'il est malade*» (43). Mais qu'entend-on précisément par pratiques de soins ?

Le concept de soins (*care* ou *caring* en anglais) est apparu comme un déterminant important de l'état nutritionnel de l'enfant dans les années 1990. Il a d'abord été proposé par Engle, qui en a donné la définition suivant : « *la fourniture, au sein du ménage et de la communauté, du temps, de l'attention et du soutien nécessaires pour répondre aux besoins physiques, mentaux et sociaux de l'enfant en période de croissance et des autres membres du ménage* » (44,45). Il recouvre donc un large éventail de pratiques allant de l'allaitement et de l'alimentation de l'enfant aux pratiques d'hygiène en passant par les soins dits psychosociaux (affection, attention, réactivité aux signes de développement de l'enfant).

Les liens entre état nutritionnel et pratiques d'allaitement et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE ou IYCF en anglais pour *infant and young child feeding*) ont largement été étudiés (46–52). L'absence d'allaitement, un retard dans son initiation (> 1h après la naissance) ou un allaitement non exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois augmentent les risques de morbidité du nouveau-né (53,54). Son arrêt trop précoce peut également entraîner un ralentissement de la croissance et du développement notamment lorsque l'alimentation complémentaire est insuffisante en quantité et qualité. C'est d'ailleurs entre 6 et 24 mois, lorsque le lait maternel est progressivement remplacé par l'alimentation de complément que l'on observe un pique de retard de croissance, correspondant à la chute de l'indice poids-pour-taille (HAZ) observée sur la **Figure 6**, page suivante (55).

Les études portant sur l'alimentation complémentaire utilisent généralement des indicateurs composites associant allaitement, fréquence des repas et diversité alimentaire de manière à refléter à la fois la quantité et la qualité de l'alimentation. Il existe généralement un lien entre ces indices et l'état nutritionnel de l'enfant, toutefois les résultats diffèrent grandement entre pays et classes d'âge et, la question des meilleurs indicateurs de mesure de ces pratiques est encore une question de recherche (56). Par ailleurs, une attention croissante est aujourd'hui portée à l'alimentation dite « réactive » ou *responsive feeding* qui met l'accent sur la situation d'alimentation et les interactions mère-enfant (encouragement, communication avec l'enfant, réduction des distractions, réponses aux signaux de satiété, etc.) (57). Certaines études récentes ont ainsi montré que le comportement « réactif » des mères (ou des « donneurs de soins ») était associé à une consommation alimentaire accrue de l'enfant, voire à un meilleur développement cognitif (58,59). Les liens entre ces différentes pratiques d'alimentation et le retard de croissance de l'enfant au Togo sont analysés en détail dans le chapitre 3.



**Figure 6- Z-scores moyens pour 54 pays basés sur les standards OMS 2006**

(Source : Victora et al., *Pediatrics*, 2010)

Outre les pratiques d'alimentation le concept de soins recouvre également les pratiques d'hygiène des ménages tels que le lavage des mains au savon ou l'élimination appropriée des déchets dont les bienfaits ont déjà exposés dans les paragraphes précédents. Les pratiques d'hygiène alimentaire sont également très importantes, et lorsqu'elles sont inadéquates (ex : temps de cuisson insuffisant, stockage inapproprié) elles peuvent conduire à des niveaux élevés de contamination microbienne des aliments, notamment par des mycotoxines telles que l'aflatoxine ou la fumonisine (6). La première a été associée à une augmentation du retard de croissance au Togo et au Bénin (60) et la seconde à plus faible indice taille-pour-âge en Tanzanie (61).

Enfin, les contraintes de temps des mères, leur charge de travail, leur santé mentale (dépression, stress) ou leurs croyances et coutumes sont autant de facteurs qui peuvent influencer sur ces pratiques de soin. Les croyances par exemple influent grandement sur les pratiques d'alimentation des enfants (ex :types d'aliments appropriés selon l'âge ou le sexe de l'enfant, taille des portions, moment d'introduction de certains aliments complémentaires, tabous alimentaires) (62–64). Elles sont d'ailleurs fortement influencées par l'entourage (belles-mères, grands-mères) et la communauté (64,65).

Au final, toutes ces pratiques sont complexes et dépendent d'un très grand nombre d'autres facteurs communautaires et sociétaux généralement qualifiés de causes fondamentales ou profondes de la sous-nutrition.

### 1.2.3. Les causes fondamentales

Les causes fondamentales de la sous-nutrition sont très nombreuses, outre les normes et croyances en vigueur dans la société, elles font également référence aux ressources économiques, à la stabilité politique, aux infrastructures, aux systèmes agraires, au statut de la femme, ou bien encore au changement climatique. Nous ne les détaillerons donc pas toutes ici, nous nous intéresserons principalement à deux aspects sur lesquels les programmes de transferts monétaires (TM) pourraient éventuellement avoir un impact à plus ou moins long terme : le niveau de pauvreté/les ressources économiques et le statut des femmes. Toutes les causes et conséquences du retard de croissances sont toutefois présentées dans la **Figure 7** et analysées de manière détaillée dans plusieurs revues sur lesquelles se base cette première partie consacrée au retard de croissance (3,6,7,9).

Des études portant sur les variations de la prévalence du retard de croissance entre pays et au sein des pays entre différentes populations ont montré l'importance des facteurs socio-économiques (6). Une analyse réalisée pour la série du *Lancet* sur la nutrition portant sur des données provenant de 79 pays a montré que la prévalence du retard de croissance était 2,5 fois plus élevée dans le quintile de population le plus pauvre (66). Iannotti *et al* ont par ailleurs mis en évidence les liens entre pauvreté et apports insuffisants en micronutriments. Ils ont montré que le prix des aliments augmentait la probabilité de carences en zinc et en folate, tandis que les réductions de revenu étaient associées à des apports insuffisants en vitamines A et B12, affectant de manière disproportionnée les ménages les plus pauvres (67). A un niveau plus macroéconomique, le développement rapide de certains pays émergents s'est accompagné d'un recul manifeste du retard de croissance, comme en Chine par exemple ou au Brésil où la prévalence est passé de 37% à 7% entre 1990 et 2010 (5). Toutefois ce lien n'est pas systématique (68), et la baisse du retard de croissance est d'autant plus manifeste que le développement économique s'accompagne d'une bonne gouvernance et de mesures sociales fortes (éducation, protection sociale) comme celles justement mises en œuvre au Brésil.

Le statut des femmes au sein de la société et de la cellule familiale joue également un rôle très important sur la santé et l'état nutritionnel de l'enfant. Plusieurs études ont montré que la

croissance des enfants était globalement meilleure lorsque leurs mères disposaient d'une plus grande autonomie et avaient davantage de pouvoir décisionnel (69,70). La plupart de ces études soulignent toutefois les défis méthodologiques posés par la mesure du *women empowerment* qui recouvrent de nombreux concepts et indicateurs. Les violences conjugales peuvent également affecter l'état nutritionnel et de santé des enfants (71,72) et ainsi aboutir à une augmentation du retard de croissance (73,74). Certaines études font également état d'une réduction du poids de naissance et d'une augmentation des accouchements prématurés chez les femmes soumises à des violences pendant la grossesse (75,76). Le statut des femmes dépend également beaucoup de leur niveau d'éducation, qui a lui-même de fortes répercussions sur l'état nutritionnel et de santé des enfants. Smith et Haddad ont d'ailleurs estimé que près de 43% de la réduction de la prévalence de la sous nutrition au niveau mondial entre 1971 et 1995 était attribuable à l'amélioration du niveau d'instruction des femmes (77). Finalement, toutes ces causes interagissent et contribuent à l'état nutritionnel des enfants.

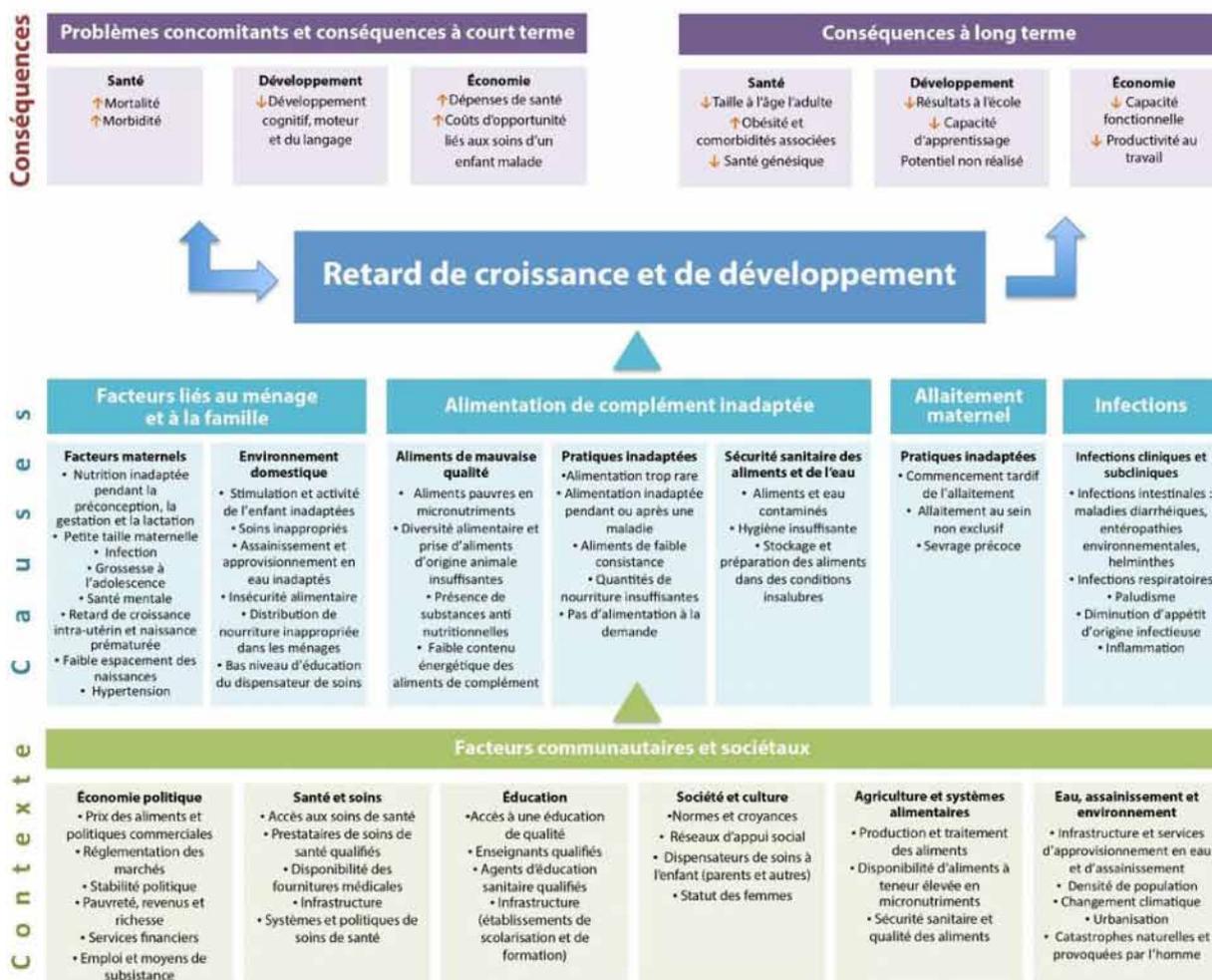


Figure 7- Causes et conséquences du retard de croissance (source : OMS)

### 1.3. Des conséquences multiples et intergénérationnelles

*Morbidité et mortalité* - A court terme, le retard de croissance, via l'altération des fonctions immunitaires, est à l'origine d'un risque accru de morbidité et de mortalité infantile (78). Comme déjà évoqué, il accroît la gravité des principales maladies de l'enfant (paludisme, rougeole, pneumonie, diarrhée) qui détériorent à leur tour son état nutritionnel interagissant dans un cercle vicieux malnutrition-maladie qui peut potentiellement aboutir au décès. On estime d'ailleurs que la sous-nutrition dans son ensemble<sup>3</sup> est à l'origine de 45% des décès infantiles soit plus de 3 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans par an (66).

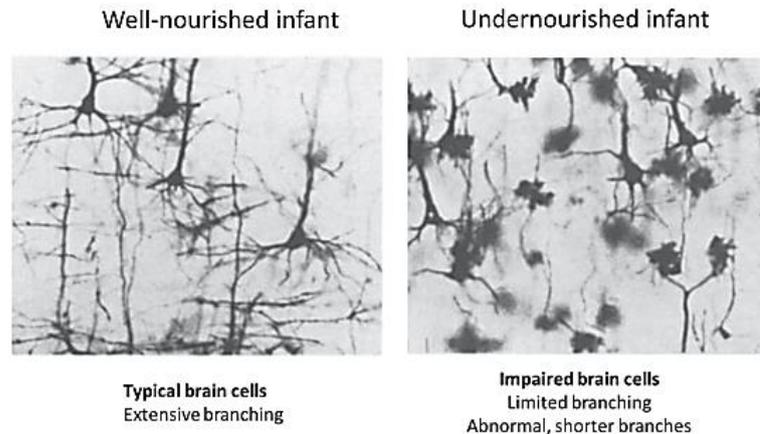
Le retard de croissance a également des effets à plus long terme sur la mortalité et la morbidité à l'âge adulte. Il entraîne tout d'abord une stature moindre à l'âge adulte (-3,2 cm en moyenne pour chaque diminution de 1 Z-score à 2 ans (79)) qui peut avoir des répercussions importantes sur les issues de grossesse. En effet, le retard de croissance maternel (<145 cm) est associé à un risque accru de mortalité périnatale pour la mère comme pour son nouveau-né (5,7). Il augmenterait le risque de dystocie et d'asphyxie à la naissance. Une étude poolée basée sur 109 DHS a ainsi estimé que les enfants nés de mères atteintes de retard de croissance avaient un risque de mortalité néonatale 60% supérieur à celui des enfants nés de mères mesurant 160 cm ou plus (80).

De manière assez paradoxale, les enfants présentant un retard de croissance ont également plus de chance d'être atteints de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte (5,7). Les recherches sur la DOHaD (*developmental origins of health and disease*) émettent l'hypothèse selon laquelle les carences nutritionnelles pendant la vie fœtale ou infantile déclencheraient des modifications épigénétiques permanentes du métabolisme et des organes. Ces changements permettraient de contrer les carences nutritionnelles et d'assurer la survie du fœtus ou de l'enfant, mais engendreraient des risques accrus d'obésité, d'hypertension, de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2 à l'âge adulte, en particulier en cas de rattrapage de croissance rapide après l'âge de 2 ans (*catch up dilemma*)(81).

*Développement neurocognitif et capacités productives*- Le retard de croissance affecte également le développement cognitif (cf. **Figure 8**) et moteur de l'enfant et peut se traduire par de moins bonnes performances scolaires, et à plus long terme par de moindres capacités productives. Il a par exemple été estimé que les adultes atteints de retard de croissance dans l'enfance gagnaient environ 20% de moins que ceux qui avaient connu une croissance normale (82).

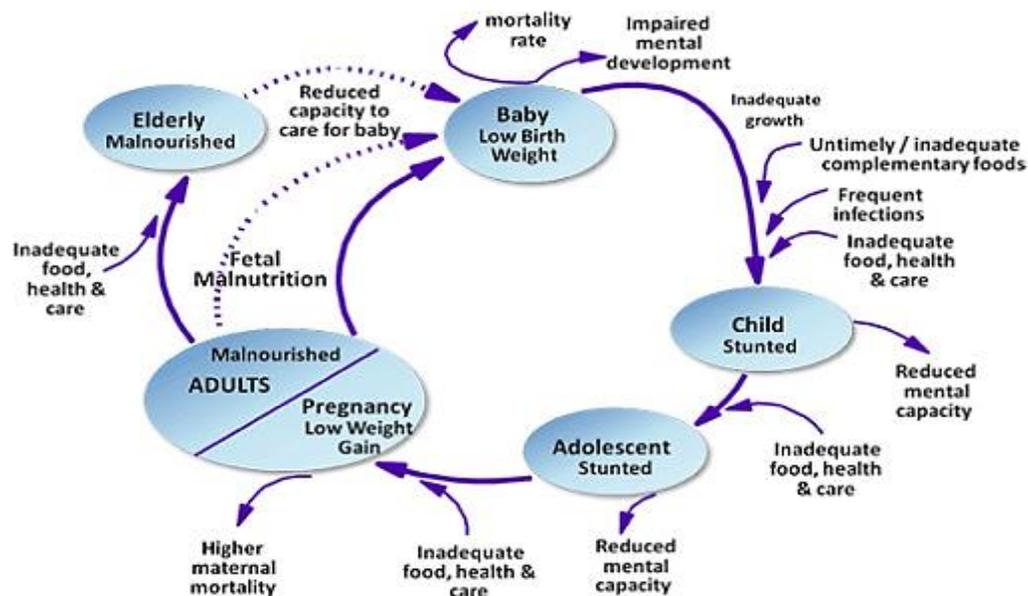
---

<sup>3</sup> Retard de croissance intra-utérin, retard de croissance, émaciation, allaitement maternel sous optimal et carences en vitamines A et zinc



**Figure 8- Effets de la sous-nutrition sur le développement du cerveau**  
 (Source : De Onis et Branca, *Maternal and Child Nutrition*, 2016)

Toutes ces conséquences sont par ailleurs intergénérationnelles (cf. **Figure 9**), ce qui amènent d'ailleurs certains auteurs à parler de « *stunted family* » ou familles en retard de croissance. En effet, les enfants présentant un retard de croissance et qui ne parviennent pas à le rattraper deviennent des adolescents puis des adultes de petite taille qui auront plus de chance de donner naissance à des nourrissons de petite taille pour leur âge gestationnel. La taille de la mère est en effet fortement associée au petit poids de naissance de l'enfant, comme au retard de croissance à deux ans (6,83). De plus, une étude menée en Inde a montré que le statut nutritionnel du père pouvait également avoir une influence sur la croissance intra-utérine de l'enfant (84). Ce processus cyclique de perpétuation du retard de croissance d'une génération à l'autre explique en partie la lente régression du retard de croissance malgré les nombreuses interventions mises en œuvre (5).



**Figure 9 – Le retard de croissance au cours du cycle de vie**  
 (Source: ACC/SCN(2000) *Fourth Report on the World Nutrition Situation*, Geneva: ACC/SCN in collaboration with the International Food Policy Research Institute)

L'ensemble de ces conséquences a un coût économique et social énorme pour certains pays. Outre, les pertes liées à un excès de mortalité et morbidité, le retard de croissance entraîne au niveau de la population une perte importante de capital (force de travail) ayant à terme des répercussions sur la croissance économique. Dans les pays les plus fortement touchés, la sous-nutrition est ainsi susceptible d'entraîner une diminution du PIB pouvant aller jusqu'à 12% (85).

Il est donc urgent d'identifier et de mettre en œuvre des interventions efficaces pour lutter contre la sous nutrition, et en particulier le retard de croissance.

#### **1.4. Implications programmatiques : pas de « *magic bullet* »**

Au vu de la complexité du syndrome de retard de croissance, de la multiplicité de ses causes et conséquences, aucune intervention unique ne peut à elle seule être efficace. Il n'y a pas, comme c'est le cas pour la malnutrition aiguë sévère ; d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) qui permettrait de traiter le retard de croissance de manière plus ou moins certaine. Il existe à la place une multitude d'interventions correspondant aux multiples causes du retard de croissance et visant à le prévenir plutôt qu'à le traiter. Étant donné ce caractère multifactoriel, il est crucial d'avoir une approche multisectorielle combinant à la fois interventions « spécifiques » et « sensibles » à la nutrition et ciblant plus particulièrement la « fenêtre d'opportunité de 1000 jours » (86).

##### *1.4.1. Cibler la fenêtre d'opportunité des 1000 jours.*

Tout d'abord, qu'appelle-t-on « fenêtre d'opportunité des 1000 jours » ? Cette fenêtre correspond aux 1000 premiers jours de la vie qui vont de la grossesse de la mère aux deux ans de l'enfant et, qui correspondent à la période d'apparition et d'installation du retard de croissance (cf. chemin vert sur la **Figure 10**). En effet le retard de croissance commence souvent in utero et se poursuit principalement pendant les deux premières années de vie. On estime ainsi que 70% du retard de croissance accumulé à l'âge de 5 ans est attribuable à un déficit de croissance apparu avant l'âge de deux ans (87).

Suite à la publication en 2008, d'une série d'articles dans le *Lancet* appelant à une stratégie ciblée sur ces 1000 premiers jours, un consensus progressif s'est établi autour de l'idée que les interventions étaient plus susceptibles d'être efficaces à court terme comme à long terme si elles ciblaient cette période. Par ailleurs, ces 1000 jours correspondent à un moment où les contacts avec le système de santé sont normalement fréquents (suivi de grossesse, vaccination de l'enfant), facilitant ainsi la mise en œuvre des interventions et leur potentielle synergie.

Depuis, les études se sont multipliées et les facteurs maternels sont apparus de plus en plus importants. La petite taille de la mère, son mauvais état nutritionnel (faible IMC, anémie) et son jeune âge (<20 ans) ont tous été associés au faible poids des nourrissons à la naissance (6). On estime même que certains des retards de croissance survenant après la naissance

pourraient avoir été « programmés » in utero (88). Certaines études ont en effet montré que les interventions nutritionnelles prénatales (supplémentation en énergie, protéines et micronutriments, fer, calcium) n'agissaient pas seulement sur le petit poids de naissance mais avaient également un effet sur les retards de croissance survenant dans l'enfance (89–91). Les estimations de Christian *et al.* évaluant à 20% le nombre de cas de retard de croissance d'origine intra-utérine pourraient donc sous évaluer l'importance des facteurs prénataux (14). D'autant plus qu'une étude, plus récente, publiée fin 2016 visant à estimer le nombre de cas de retard de croissance attribuables à 18 facteurs de risque dans 137 pays, attribuait le plus grand nombre de cas au facteur retard de croissance intra-utérin (92). Certaines études ont par ailleurs montré que les enfants dont le retard de croissance était d'origine intra-utérine avaient plus de risque de présenter un retard de croissance sévère ( $< -3$  Z-scores) que ceux qui avaient été atteints plus tard dans l'enfance. De manière générale, plus les enfants sont atteints tôt plus les conséquences sont sévères et le rattrapage de croissance difficile. Tout ceci renforce donc la nécessité d'intervenir pendant la grossesse, voire pendant la période pré-conceptuelle. Afin d'accroître l'impact des interventions nutritionnelles, certains proposent même de se focaliser sur les 500 premiers jours de la vie où l'enfant est encore exclusivement dépendant de sa mère (93).

Dans tous les cas, la nécessité de se concentrer sur les 500 ou les 1000 premiers jours de la vie est désormais une évidence, et l'ensemble des pays et agences de développement ont focalisé ces dernières années leurs interventions autour de cette période. Toutefois, ceci ne veut pas dire qu'il n'y ait aucune efficacité en dehors des 1000 jours. Il existe en effet au cours du cycle de vie d'autres fenêtres d'opportunité (cf. tronçons jaunes sur la **Figure 10**) qu'il ne faut pas sous-estimer(6). Afin de rompre le cycle intergénérationnel de la malnutrition, de plus en plus d'études appellent aujourd'hui à considérer également la période pré-conceptuelle (94), et à agir même encore plus tôt au moment de la puberté en se concentrant sur la nutrition et la santé des adolescentes, qui deviendront de futures mères(5).

Reste désormais à savoir quels types d'intervention mettre en œuvre au cours de ces différentes fenêtres d'opportunité.

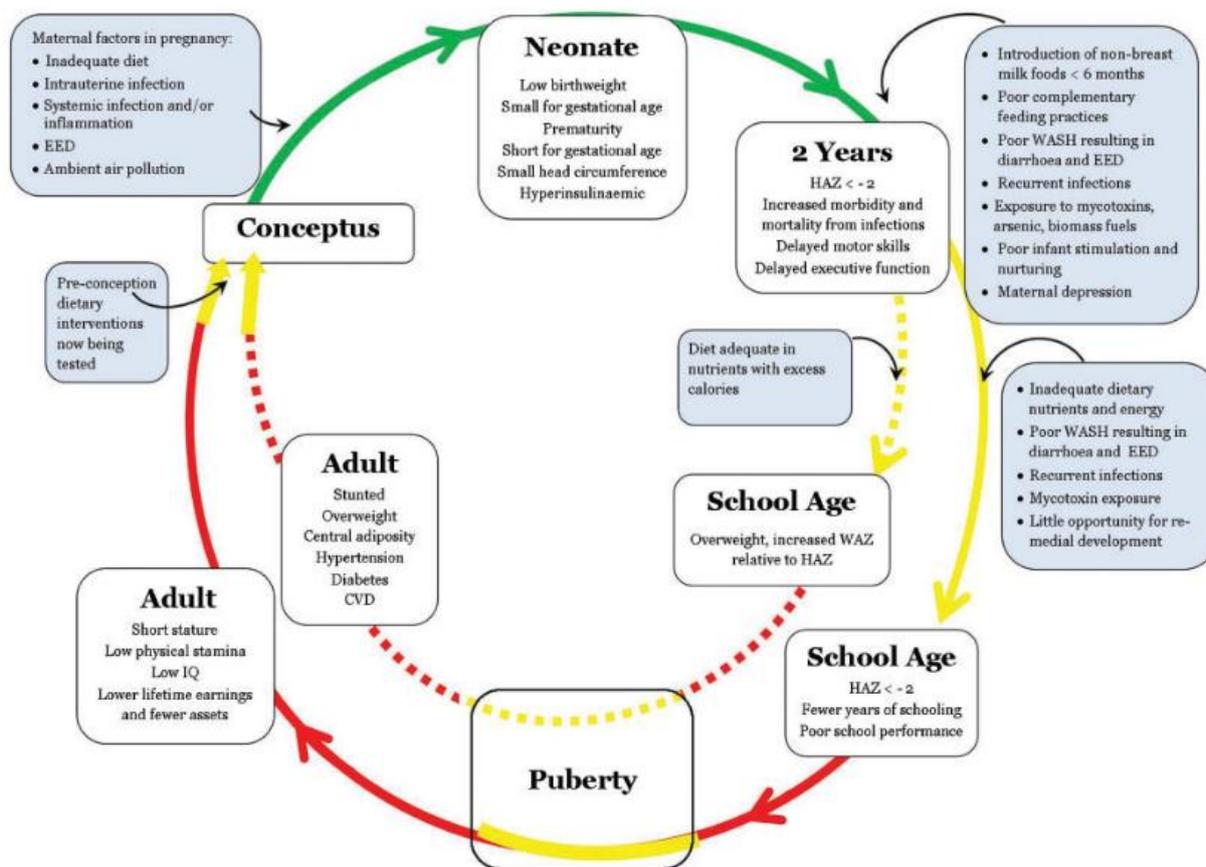


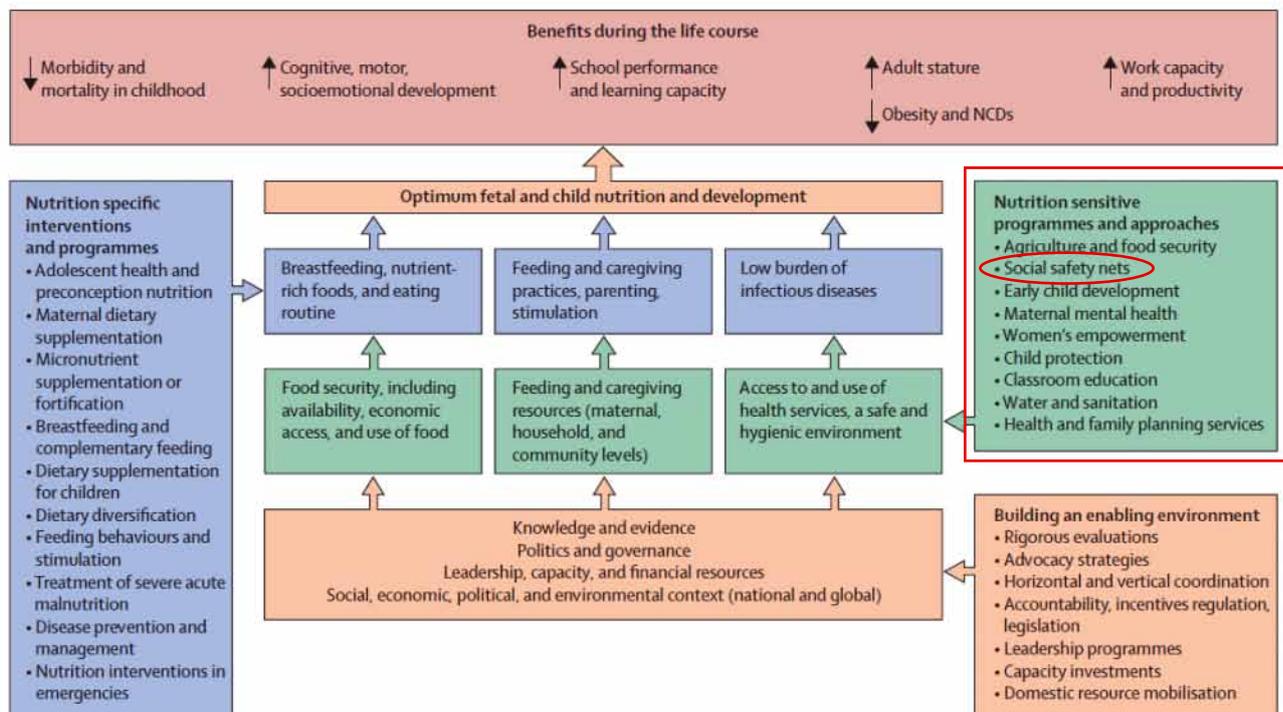
Figure 1 The stunting syndrome. The green pathway denotes the period between conception and 2 years ('the first 1000 days') when stunting and probably all associated pathology are most responsive to, or preventable by, interventions. The yellow pathway denotes periods between age 2 years and mid-childhood and during the adolescent growth spurt when some catch-up in linear growth may occur, though effects during these periods on other components of the stunting syndrome (e.g. cognition and immune function) are less clear. The short yellow pathway before *Conceptus* reflects evidence that dietary interventions targeting stunted women during the pre-conception period improve birth outcomes. The red pathway denotes periods when the stunting syndrome appears unresponsive to interventions. Blue boxes list age-specific causative or aggravating factors. White boxes describe common age-specific outcomes. Between 2 years and adulthood, the pathways diverge to denote: dashed line, a stunted child whose environment becomes more affluent with abundant access to food, causing excessive weight gain; solid line: a stunted child whose environment remains resource-constrained/food insecure. Please see the text for citations

Figure 10 - Fenêtres d'opportunités pour agir sur le retard de croissance au cours du cycle de vie (source : Prendergast et Humphrey, *Paediatrics and International Child Health*, 2014)

### 1.4.2. Combiner interventions « spécifiques » et « sensibles » à la nutrition

Même s'il subsiste encore aujourd'hui des zones d'ombres quant aux interventions les plus efficaces à mettre en œuvre pour lutter contre le retard de croissance, on a acquis ces dernières années une meilleure compréhension du type d'interventions à prioriser. On a également compris l'importance de les combiner entre-elles, pour en accroître l'impact.

On distingue généralement deux grands types d'intervention à savoir : les interventions dites spécifiques à la nutrition (*nutrition specific*) et les interventions dites sensibles à la nutrition (*nutrition sensitive*)(66). Les interventions spécifiques à la nutrition visent à agir sur les causes immédiates du retard de croissance (cf. interventions en bleu sur la **Figure 11**, ci-dessous). Il s'agit de la promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation complémentaire adéquate, de la supplémentation en micronutriments de l'enfant et de la femme enceinte, de la lutte contre les maladies infectieuses ou encore de la prise en charge de la malnutrition aiguë.



**Figure 11- Interventions spécifiques et sensibles à la nutrition**  
(source : Black et al., *The Lancet*, 2013)

On estime que si un paquet de dix interventions spécifiques<sup>4</sup>, considérées comme les plus efficaces sur la base d'une modélisation d'impact, était mis en œuvre à grande échelle dans

<sup>4</sup> Les 10 interventions sont précisément les suivantes: (1) supplémentation en acide folique durant la période entourant la conception ; (2) supplémentation protéino-énergétique équilibrée chez la femme enceinte ; (3) supplémentation maternelle en calcium ; (4) supplémentation en micronutriments multiples chez la femme enceinte ; (5) promotion de l'allaitement maternel ; (6) alimentation de complément appropriée ; (7) supplémentation en vitamine A des enfants âgés de 6-59 mois ;

les 34 pays supportant 90% du fardeau global de la sous-nutrition, les prévalences de retard de croissance et d'émaciation sévère pourraient être respectivement réduites de 20% et 61% (66). Ainsi, bien qu'efficaces à court terme, ces diverses interventions nutritionnelles ciblées, ne permettent pas à elles seules de lutter efficacement et durablement contre la sous-nutrition, et notamment contre le retard de croissance.

Pour accélérer les progrès et assurer la pérennisation des résultats acquis grâce à ces interventions spécifiques à la nutrition, une approche multisectorielle est nécessaire. Le projet « Villages du Millénaire » mis en œuvre sur 10 ans (2005-2015) dans 14 villages ruraux de 10 pays africains a montré comment une approche multisectorielle comprenant des investissements modestes dans les domaines de l'agriculture, de la santé, de l'éducation ou des infrastructures, pouvait amener à une réduction significative du retard de croissance (de 36% à 28% chez les enfants de moins de 2 ans dans 9 villages étudiés après 3 ans) (95). La réalisation d'une telle approche passe notamment par la mise en œuvre d'interventions dites sensibles à la nutrition dans différents secteurs (cf. interventions en vert sur la **Figure 11**).

Contrairement aux interventions nutritionnelles ciblées, les interventions sensibles à la nutrition (ou pro-nutrition) s'inscrivent sur le long terme et visent à agir sur les causes sous-jacentes et fondamentales du retard de croissance (*long routes*) telles que la pauvreté, l'insécurité alimentaire, ou le manque d'accès aux services de base (santé, éducation). Il s'agit par exemple des programmes de développement agricole, d'éducation ou de protection sociale qui intègrent des objectifs et actions spécifiques à la nutrition (96).

Parmi les interventions sensibles à la nutrition prometteuses figurent les programmes de transferts sociaux et, en particulier les programmes de transferts monétaires.

---

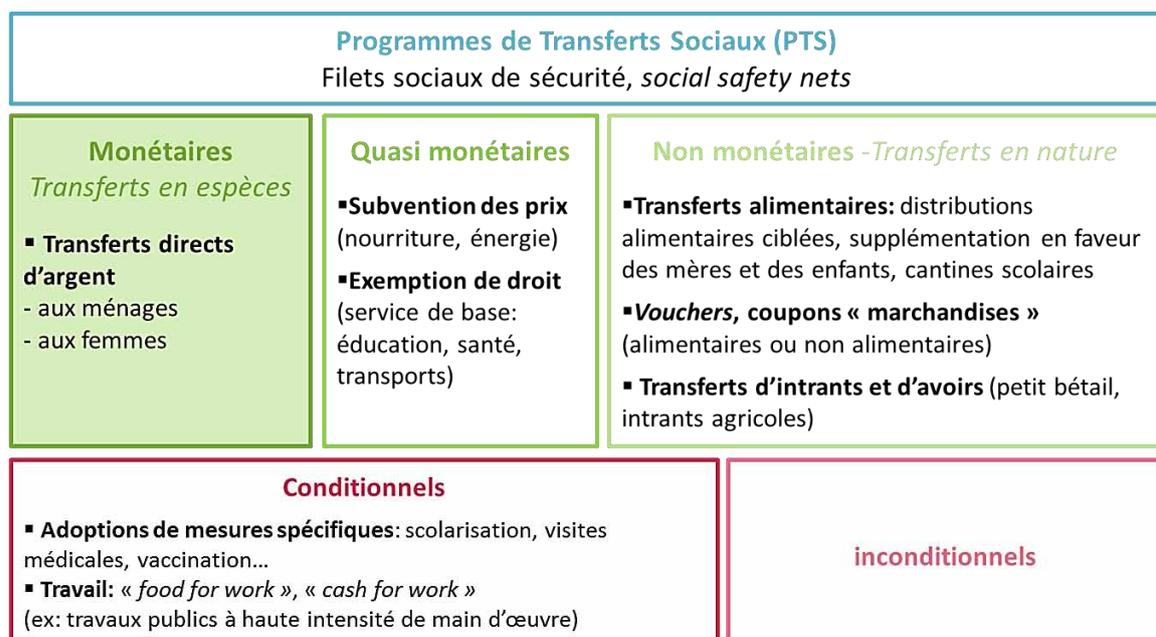
(8) supplémentation en zinc des enfants âgés de 6-59 mois, (9) prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ; (10) prise en charge de la malnutrition aiguë modérée.

## 2. Les Transferts monétaires : un fort potentiel mais des résultats sur le statut nutritionnel encore limités

### 2.1. Définition et état des lieux

Les programmes de transferts sociaux (PTS) ou filets sociaux de sécurité (*social safety nets*) sont des programmes de transferts non contributifs ciblant les individus ou les ménages les plus pauvres ou les plus vulnérables. Ils visent notamment à stimuler leur consommation de produits de base et de services essentiels (nourriture, santé, éducation), à préserver leurs moyens de subsistance, à augmenter leur capacité de résilience, et dans certains cas à renforcer leurs capacités productives (programme « *cash for work* », transferts d'intrants).

Il existe plusieurs types de transferts sociaux (cf. **Figure 12**). On distingue généralement les transferts en nature des transferts monétaires (TM). Alors que les premiers consistent à distribuer des biens ou services directement aux ménages, les seconds impliquent un transfert direct d'argent aux bénéficiaires (via espèces, mandats, chèques, coupons-espèces, ou téléphonie mobile). Ces derniers peuvent être divisés en deux grands groupes: les transferts monétaires conditionnels ou inconditionnels. Alors que ces derniers ne requièrent aucun engagement particulier de la part des bénéficiaires, les transferts monétaires conditionnels (TMC) ou *Conditional Cash Transfert (CTC)* sont, quant à eux, conditionnés à l'adoption d'un certain nombre de mesures spécifiques, incluant par exemple la scolarisation ou la vaccination des enfants, le suivi de consultations prénatales ou la participation à des séances d'éducation nutritionnelle.



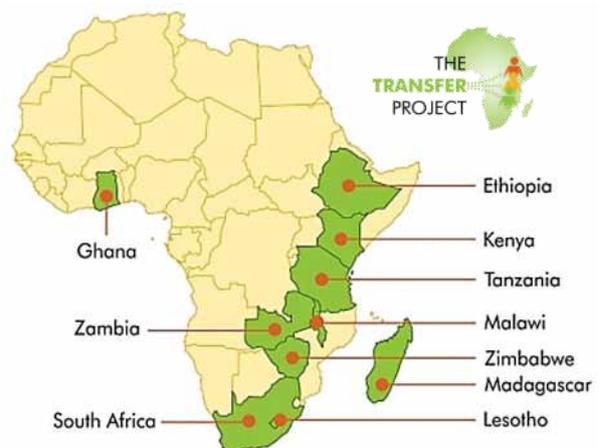
**Figure 12 - Les différents types de transferts sociaux (source : par l'auteur)**

D'une manière générale, qu'ils soient conditionnels ou inconditionnels, les programmes de TM sont de plus en plus populaires. Le nombre ainsi que la taille de ces programmes ont considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies. En 2013, les estimations conservatrices suggéraient qu'environ un milliard de personnes avaient accès aux programmes de TM dans les pays en développement.

Nés en Amérique Centrale et du Sud, la plupart de ces programmes - *Progres/Oportunidades* au Mexique, *Red de Protección Social* au Nicaragua, *Bono de Desarrollo Humano* en Equateur, *Bolsa Familia* au Brésil, *Juntos* au Pérou ou bien encore *Familias en Acción* en Colombie- incluent des schémas de suivi et d'évaluation rigoureux. Leur impact positif sur la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la sécurité alimentaire, la hausse des taux de scolarisation ou l'utilisation accrue des services de santé a donc été largement documenté, contribuant à leur popularité dans la région et au-delà.

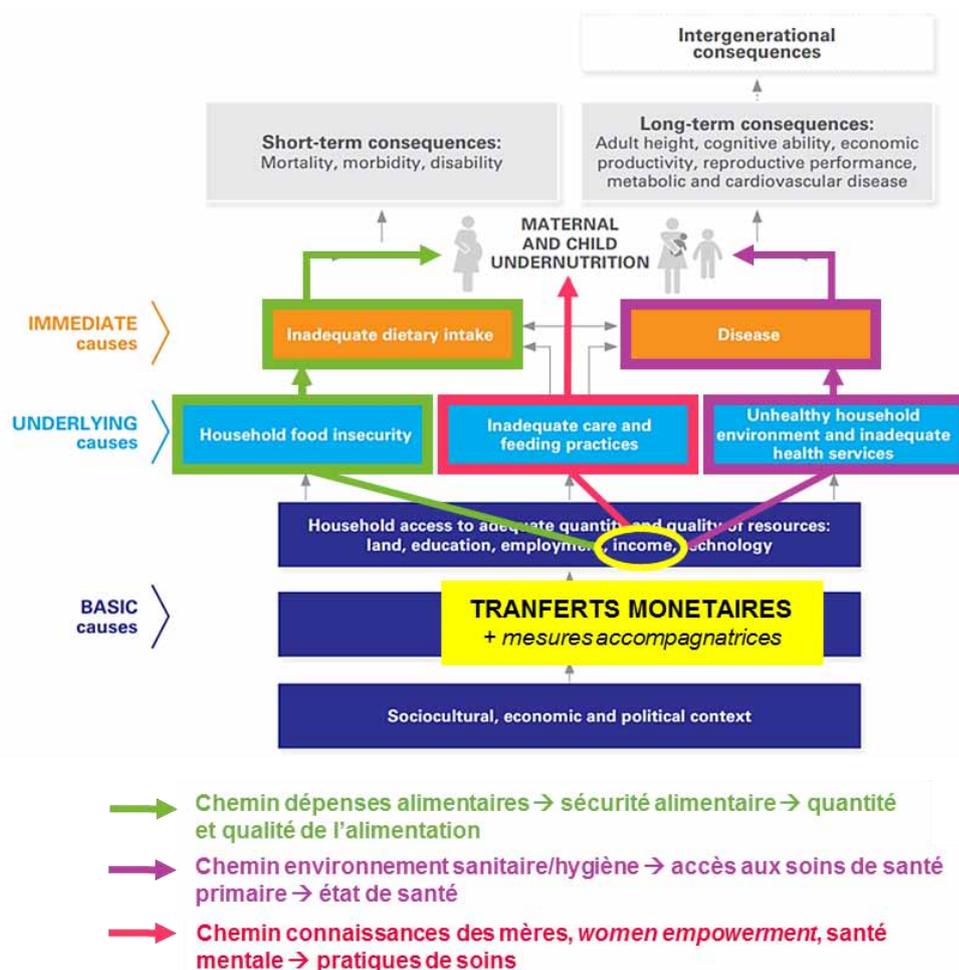
Ces dernières années plusieurs grands programmes nationaux de transferts sociaux, calqués sur ce modèle latino-américain, ont vu le jour dans certains pays d'Asie (Pakistan, Bangladesh, Inde, Philippines, Indonésie), en Turquie, au Yémen et en Afrique australe et de l'Est (Afrique du Sud, Ethiopie, Kenya, Malawi, Zambie, Zimbabwe). Contrairement aux programmes latino-américains pour la plupart associés à un système de conditionnalités strictes (ex : scolarisation des enfants, vaccination, CPN) dont le non-respect est sanctionné par une suspension du TM, les programmes africains sont généralement inconditionnels ou associés à des conditionnalités dites souples en raison d'un accès généralement limité aux centres de santé et aux services sociaux de base. En Afrique de l'Ouest, à l'exception du Ghana où le programme de TM LEAP fait partie de la politique nationale de protection sociale, les programmes de TM ont pour l'instant été mis en œuvre principalement sous forme de projet pilote, à une échelle relativement petite, pour une durée limitée et avec peu d'implication de la part des gouvernements.

Au départ peu documentés, les programmes africains sont de mieux en mieux évalués et, ce notamment grâce à l'initiative de recherche multi-pays, *The Transfer Project*. Lancé en 2008, ce projet est une collaboration entre le centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, la FAO, l'Université de Caroline du Nord, les bureaux régionaux et nationaux de l'UNICEF et les gouvernements. Elle vise à évaluer de manière rigoureuse les programmes nationaux de TM mis en œuvre en Afrique Subsaharienne.



**Figure 13 -Programmes nationaux de TM participant à l'initiative the Transfer Project**

De plus en plus de pays se dotent de programmes de TM et de systèmes d'évaluation, la littérature sur le sujet ne cesse de croître. Toutefois, il reste très difficile de capitaliser les connaissances sur ces programmes qui sont extrêmement hétérogènes. Ils diffèrent tant en termes de modalités (conditionnalités, mesures accompagnatrices, montant, fréquence) que de ciblage (personnes âgées, orphelins, femmes enceintes, ménages vulnérables), de durée ou tout simplement d'objectifs. Afin de synthétiser l'information foisonnante sur ce sujet nous pointerons certaines des références clés documentant les effets des TM sur les principales causes du retard de croissance. Nous avons identifiés sur la base du schéma conceptuel de l'UNICEF et de l'état de l'art sur les TM, trois grands chemins par lesquels les TM pourraient mener à une amélioration de l'état nutritionnel de l'enfant ; ils sont exposés dans la figure ci-dessous.



Nous détaillons l'impact des programmes de TM sur chacun de ces chemins avant de revenir sur l'effet de ces programmes sur la croissance des enfants (HAZ, retard de croissance et petit poids de naissance). Nous nous basons pour ce faire principalement sur les programmes mis en œuvre en Afrique Subsaharienne et en Amérique Latine.

## **2.2. Effets des TM sur les principales voies d'impact pouvant mener à un meilleur état nutritionnel des enfants**

### *2.2.1. Le chemin environnement sanitaire/hygiène - accès aux soins de santé primaire - état de santé*

*En théorie* – l'augmentation des revenus du ménage et certaines des conditionnalités associées aux programmes de TM conditionnels devraient accroître l'utilisation des services de santé (CPN, accouchement, vaccination) et permettre aux ménages d'améliorer leur pratiques d'hygiène et leur environnement sanitaire en achetant par exemple du savon ou en investissant dans des latrines. Un meilleur suivi médical et une amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement devraient par ailleurs réduire les maladies infantiles, en particulier les maladies infectieuses et conduire ainsi à un meilleur état de santé de l'enfant.

*En pratique* – Alors que de nombreuses études ont évalué l'effet des TM sur l'accès et l'utilisation des services de santé (*health care seeking behaviour*), les évaluations rendant compte de l'état de santé des bénéficiaires ou de leurs pratiques d'hygiène sont moins nombreuses.

Owusu-Addo et *al.* ont notamment publié, en mars 2018, une revue systématique de la littérature portant sur l'impact des programmes de TM sur les déterminants sociaux de la santé en Afrique subsaharienne (97). Sur 11 programmes évaluant l'impact des TM sur l'utilisation des services de santé (incluant consultations préventives et curatives, vaccination, CPN et accouchement), 9 programmes ont montré des effets positifs. Pour ne citer que quelques exemples : le programme LEAP au Ghana a conduit à une augmentation de l'utilisation des soins de santé curatifs chez les enfants âgés de 0 à 5 ans. Au Zimbabwe, la couverture vaccinale a augmenté et, en Tanzanie le nombre de visites médicales des enfants âgés de moins de 2 ans a augmenté en moyenne de 2 visites par an. Les résultats concernant le suivi prénatal et les accouchements en centre de santé sont plus mitigés. Au Nigeria et en Ouganda, si le nombre de consultations prénatales a globalement augmenté chez les bénéficiaires des TM, le nombre d'accouchements assistés par du personnel médical formé n'a pas évolué. En Zambie, le programme n'a eu aucun impact ni sur les consultations prénatales ni sur les accouchements dans l'échantillon global, toutefois certains effets ont été observés parmi les femmes ayant un meilleur accès aux services de santé, soulignant la nécessité de renforcer les liens entre programmes de TM et centres de santé (98).

Des résultats similaires ont été rapportés en Amérique Latine. Les études menées en Colombie, au Honduras, en Jamaïque, au Mexique ou au Nicaragua ont notamment révélé des résultats positifs sur le nombre de visites médicales préventives et sur le suivi de la croissance des enfants. Un meilleur suivi prénatal a également été enregistré chez les bénéficiaires des programmes de TM au Honduras, au Guatemala, au Mexique et en Uruguay (99). Le programme mexicain n'a montré aucun effet significatif sur le nombre de visites prénatales mais fait en revanche état d'une meilleure qualité des soins et d'une augmentation des

examens médicaux réalisés lors de ces visites (100). En Inde, le grand programme national Janani Suraksha Yojana a également permis un meilleur suivi prénatal des femmes, et une augmentation des accouchements en centre de santé qui ont conduit à une baisse des décès périnataux et néonataux.

Très peu d'études ont évalués l'impact des TM sur l'environnement sanitaire des ménages (eau, assainissement) ou sur leurs pratiques d'hygiène. Nous avons toutefois trouvés 4 études différentes qui font plutôt état de résultats positifs. Les bénéficiaires du programme Mchinji au Malawi étaient plus susceptibles de prendre un bain, d'utiliser du savon et de se brosser les dents tous les jours que les non-bénéficiaires (101). En Afrique du Sud, les ménages dans lesquels au moins un retraité percevait la pension de vieillesse étaient plus susceptibles de disposer de toilettes à chasse d'eau, et en Palestine, les bénéficiaires avaient moins de difficultés financières à se procurer de l'eau potable. Enfin, au Népal, le programme de TM a permis une réduction de la proportion des ménages qui buvaient de l'eau non potable, qui avaient des installations sanitaires non améliorées, et qui n'éliminaient pas de manière appropriée les excréments des enfants (102).

Finalement, qu'en est-il de l'état de santé des enfants ? Sur les 9 programmes évaluant l'impact des TM sur l'état de santé des enfants identifiés dans la revue d'Owusu-Addo et al, évoquée ci-avant, 7 programmes ont rapporté des résultats significatifs ; les enfants des ménages bénéficiaires des TM étant moins susceptibles d'être malades. La réduction du taux de morbidité allait de 5 points de pourcentage en Zambie à 17 points au Lesotho. Au Mexique, le programme Oportunidades a réduit de 23,3% les cas de maladie infantile signalés par la mère au cours des quatre semaines précédant l'enquête, chez les enfants de moins de trois ans. Dans les zones urbaines, il a permis de réduire les maladies infantiles d'un jour par mois après deux ans d'exposition (103). En Colombie, la diarrhée a également diminuée chez les enfants de 12 à 48 mois vivant dans les zones rurales. Toutefois, aucun effet n'a été trouvé chez les enfants des zones urbaines ni chez les enfants de plus de 48 mois et, les maladies respiratoires n'ont pas non plus été impactées par le programme (103). Au Honduras, aucun effet n'a été rapporté sur l'incidence des diarrhées.

*In fine* – Les TM ont montré une augmentation de la fréquentation des centres de santé, toutefois les visites médicales préventives (vaccination, suivi de la croissance) faisaient très souvent partie des conditionnalités à respecter pour percevoir le TM. La question se pose donc de savoir si les mêmes effets peuvent être retrouvés lorsque les programmes sont de nature inconditionnelle. Les effets sur la santé des bénéficiaires sont plus mitigés.

### 2.2.2. *Le chemin dépenses alimentaires – sécurité alimentaire- qualité et quantité de l'alimentation*

*En théorie* – L'augmentation des revenus des ménages bénéficiaires devrait leur permettre d'acheter de la nourriture en quantité et qualité supérieure, contribuant ainsi à l'amélioration de leur sécurité alimentaire, de leur alimentation et, *in fine* de leur statut nutritionnel. Toutefois cela suppose que les aliments soient disponibles sur les marchés et à un prix abordable. Par ailleurs, pour que cette amélioration de la sécurité alimentaire des ménages se traduise par une amélioration de l'état nutritionnel des enfants, la répartition intrafamiliale de la nourriture doit être réalisée en leur faveur et combinée à des pratiques d'alimentation appropriées.

*En pratique* - La plupart des programmes de TM, qu'ils s'agissent des programmes latino-américains ou africains ont montré un impact positif sur les dépenses alimentaires des ménages, notamment lorsque les TM sont conséquents, prévisibles et réguliers (104,105). La majeure partie du revenu additionnel conféré par les TM étant consacrée à l'alimentation, la plupart des programmes de TM ont conduit à une amélioration de la sécurité alimentaire des ménages bénéficiaires. Ces derniers, ont dans leur grande majorité également amélioré leur diversité alimentaire. Au Brésil par exemple, les ménages ont achetés plus de fruits et de légumes, et en Colombie la consommation d'aliments riches en protéines a augmenté. Des résultats similaires ont également été trouvés en Equateur, au Mexique et au Nicaragua (106–109)

Si les études portant sur la diversité alimentaire au niveau du ménage sont très nombreuses, celles faisant spécifiquement état de l'impact des TM sur l'apport alimentaire des enfants sont plus rares. Les quelques études qui en rendent compte font état de résultats plutôt positifs. Au Nicaragua, par exemple, le nombre de jours où les enfants ont consommé des aliments plus nutritifs (viande, œufs, poisson, fruits, légumes) a augmenté grâce au programme de TM *Atención a Crisis* (108). Aux Philippines, le programme Pantawid a également entraîné une augmentation de la consommation d'aliments riche en protéines (poissons et œufs)(110). Toutefois, une évaluation portant sur quatre programmes de protection sociale au Bangladesh a montré une augmentation significative des dépenses alimentaires des ménages, mais aucun impact sur l'apport calorique quotidien des enfants de moins de cinq ans (111).

*In fine* – La plupart des programmes de TM permettent d'accroître les dépenses alimentaires, la sécurité alimentaire et la diversité alimentaire des ménages. Si certaines études font également état d'une meilleure alimentation de l'enfant, elles ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre de conclure sur ce point.

### 2.2.3. *Le chemin connaissances des mères- women empowerment- santé mentale et pratiques de soins*

La sensibilisation des femmes aux bonnes pratiques alimentaires, de soins et d'hygiène, qui est souvent associée aux programmes de TM, devrait également conduire à de meilleures pratiques d'alimentation et de soins. Toutefois très peu d'études documentent les pratiques de soins. Nous nous sommes donc focalisés ici sur deux déterminants importants de ces pratiques, déjà exposées dans la partie consacrée au retard de croissance, à savoir : le *women empowerment* (autonomisation et violences conjugales) et la santé mentale des parents.

#### *Women empowerment*

*En théorie* - L'amélioration du statut nutritionnel des enfants pourrait également passer par l'autonomisation des femmes, qui s'est avérée être associée à un meilleur état nutritionnel des enfants dans plusieurs études (112). Les TM, lorsqu'ils sont directement distribués aux femmes, devraient en effet accroître leur autonomie et leur contrôle sur les ressources du ménage. Ils devraient donc renforcer leur pouvoir décisionnel et leur permettre d'affirmer leurs préférences notamment quant à la santé ou à la nutrition des enfants. Par ailleurs, l'autonomisation des femmes est souvent associée à une diminution des violences conjugales (113) qui ont des répercussions néfastes sur les pratiques d'alimentation des enfants et sur leur état nutritionnel.

*En pratique* – Les résultats d'impact des TM sur le pouvoir décisionnel des femmes sont mitigés. Les résultats des études qualitatives sont généralement plus positifs que ceux issus des études quantitatives, témoignant certainement des difficultés à mesurer quantitativement ce genre de concept. Les impacts sont souvent assez faibles et ne concernent pas toujours l'ensemble des femmes mais seulement certains groupes particuliers. Au Brésil par exemple, le programme Bolsa Familia a eu un impact sur le pouvoir décisionnel des femmes vivant en milieu urbain mais pas d'impact sur celui des femmes vivant en milieu rural, voire un impact négatif dans certains domaines (114). En Zambie, une étude récente évaluant la prise de décision des femmes dans neuf domaines différents incluant notamment les dépenses du foyer, la santé et l'éducation des enfants a montré que les bénéficiaires étaient en moyenne impliquées dans 0,34 domaines de décisions supplémentaires. Cet impact était principalement attribuable à l'augmentation des prises de décisions conjointes et non aux décisions prises par la femme seule qui n'ont augmenté que dans un seul domaine, celui des décisions relatives à sa propre santé (115). De même, Peterman *et al.* ont montré qu'en Ouganda l'augmentation du pouvoir décisionnel passait par un rôle plus affirmé des femmes dans les décisions conjointes mais n'avait aucun impact sur la possibilité pour les femmes de prendre davantage de décisions seules (116). La plupart des études soulignent toutefois les difficultés de mesures.

Seules quelques études ont évalué l'impact des TM sur les violences conjugales. Buller *et al.* en ont fait la synthèse dans une revue incluant 14 études quantitatives et 8 études qualitatives, parmi lesquelles 11 et 5 respectivement ont montré une réduction des violences conjugales (psychologiques/émotionnelles, physiques ou sexuelles) (117). Cette diminution

est principalement passée par deux chemins à savoir : la sécurité économique du ménage et l'augmentation du bien-être des individus (lié notamment à une baisse du stress engendré par la pauvreté). Seules deux études faisaient état de résultats plutôt négatifs. Toutefois, les effets positifs des TM sur les violences ne perdurent pas toujours, et ne concernent pas systématiquement l'ensemble des femmes. Au Mexique par exemple, le programme *Oportunidades* a permis de réduire les violences physiques à court terme, mais ses effets ont disparu après plus de cinq ans. En équateur, le programme Bono de Desarrollo Humano a quant à lui engendré une réduction des violences psychologique à l'égard des femmes, mais seulement chez celles ayant un niveau d'éducation supérieur au primaire. Chez les femmes moins éduquées, mais ayant toutefois un niveau d'éducation supérieur ou égale à celui de leur conjoint, les TM ont au contraire engendré une augmentation des violences psychologiques (118).

#### *Niveau de stress et santé mentale*

*En théorie* - La santé mentale des parents (stress, anxiété, dépression) peut influencer négativement sur leurs pratiques de soins envers les enfants, ne serait-ce que par manque de temps. La distribution de TM aux ménages dont les ressources sont limitées pourrait donc amener à une réduction globale du niveau de stress lié à la pauvreté et améliorer ainsi les pratiques de soins envers les enfants.

*En pratique* – Certaines études ont en effet montré que la distribution de TM améliorerait le bien-être des ménages, les rendaient plus heureux et leur redonnaient espoir. Ces études se basent sur des données qualitatives, sur des questionnaires ou sur la mesure du niveau de cortisol (hormone du stress) présent dans la salive. En Zambie, le bonheur auto-déclaré par femmes a augmenté chez les bénéficiaires du TM qui rapportaient également une amélioration du bien-être et de la santé de leurs enfants. Une analyse complémentaire suggère par ailleurs que l'impact du programme sur le bonheur passe davantage par une diminution de la pauvreté relative (mesurée par comparaison avec d'autres ménages de la communauté) que de la pauvreté absolue (telle que mesurée par les dépenses de consommation des ménages) (119). Au Kenya, les conclusions de l'évaluation *GiveDirectly* ont également montré une amélioration du bien-être psychologique des ménages bénéficiaires. Au Mexique, le programme *Oportunidades* a conduit à une réduction des problèmes émotionnels chez enfants bénéficiaires ainsi qu'à une diminution de leur niveau de cortisol. En Equateur et au Nicaragua, les TM ont conduit à une amélioration de la dépression et du stress maternels.

*In fine* - Au final bien que les études soient encore insuffisante sur le sujet et les résultats assez mixtes, notamment en ce qui concerne le pouvoir décisionnel des femmes, on note une tendance plutôt positive.

Un résumé des différents résultats pour chacune des voies d'impact est présenté dans le **Tableau 2** (cf. plus bas).

### 2.3. Impact des TM sur l'état nutritionnel des enfants

Bien que les programmes de TM aient montré des effets positifs sur la sécurité alimentaire des ménages et la diversification du régime alimentaire, leur impact final sur le statut nutritionnel (anthropométrie et statut en micronutriment) des bénéficiaires est moins évident et les résultats des études sont mitigés. En Amérique Latine, des effets positifs ont été enregistré sur le retard de croissance dans les programmes mexicain, colombien et nicaraguayen. Il était d'autant plus important que les enfants avaient été exposés aux programmes à un plus jeune âge et que le montant du transfert représentait une part conséquente des dépenses totales du ménage (15 à 20%). Au Mexique, la plupart des études portant sur le programme Progres/Oportunidades ont révélé des effets positifs significatifs sur la taille de l'enfant de l'ordre de 1,0 à 1,5 centimètres (120). Ce programme a également enregistré une hausse moyenne de 127g sur le poids de naissance, contribuant à une réduction de 4,6 points de pourcentage de la prévalence des petits poids de naissance (100). Une moindre réduction (-1,5 points de pourcentage) avait également été mise en évidence dans une étude d'Amarante *et al.* portant sur le programme de TM Uruguayen (121). Toutefois, ces quelques résultats positifs sur l'anthropométrie des enfants ne se reflètent pas au niveau de leur statut en micronutriments, sur lequel les TM n'ont eu qu'un faible impact au Mexique et aucun impact au Nicaragua et au Honduras. Le programme mexicain, qui incluait par ailleurs la distribution d'aliments enrichis en micronutriments a montré une modeste hausse du taux moyen d'hémoglobine et une baisse de la prévalence de l'anémie. En revanche, il n'a eu aucun impact sur le statut en vitamine A ou en zinc (103).

S'agissant de l'Afrique, le programme Old Age pension scheme mené en Afrique du sud a montré, quant à lui, un effet positif et significatif des pensions perçues par les grands-mères sur l'état nutritionnel des petites filles mais peu d'effet sur celui des garçons (122). Il est, par ailleurs, intéressant de noter que les transferts perçus par les grands-pères n'ont eu aucun impact sur l'état nutritionnel des enfants. Le programme de TM du Malawi a également conduit à une baisse conséquente du retard de croissance (123). Plusieurs études n'ont toutefois révélé aucun impact significatif des TM sur l'état nutritionnel des enfants, par exemple au Kenya, en Éthiopie, en Tanzanie ou en Ouganda.

Enfin, la méta-analyse de Manley *et al.* (124), qui examine l'impact de 24 programmes de TM sur le retard de croissance et reprend la plupart des évaluations susmentionnées, conclut à un impact positif mais de faible envergure (+0,04 écart-type) et statistiquement non significatif ( $p=0,16$ ). Les auteurs ne montrent pas de différence d'impact entre les programmes de TM conditionnels et inconditionnels. Tous les programmes inclus dans cette analyse sont toutefois très différents et parfois peu comparables.

De manière générale, les résultats de l'impact des TM sur la croissance sont très hétérogènes et plutôt décevants. Un exemple des effets de quelques programmes est présenté dans le **tableau 1** ci-après.

**Tableau 1- Impact de quelques programmes de TM sur la croissance de l'enfant**

Pays	Programme	Impact sur le retard de croissance(%) ou sur le HAZ	Référence de l'étude
Brésil	Bolsa Alimentação/ Bolsa Familia Brazil	Pas d'impact	De Brauw et al. 2012
Colombie	Familias en Acción	↓10%	Soares & Silva 2010
Equateur	Bono de Desarrollo Humano	Pas d'impact	Paxson et Shady 2010
Mexique	PROGRESA / Oportunidades / Prospera	↓ 10%	Fernald et al. 2008
Nicaragua	Red de Protección Social and Atención a Crisis	↓ 5%	Maluccio & Flores 2005
Pérou	Juntos	Retard de croissance sévère: ↓ 8%	Andersen et al. 2015
Kenya	Hunger Safety Net Program	Pas d'impact	Merttens et al. 2013
Malawi -SCT	Social Cash Transfer	↓ 4%	Miller 2008
Mozambique	Programa Subsídio de Alimentos (PSA)	Pas d'impact	Soares & Teixeira 2010
South Africa	Child Support Grant	HAZ ↑20%	Agüero et al.2006
Zambia CGP	Child Grant Program	Pas d'impact	AIR 2013

Plusieurs explications sont généralement soulevées pour expliquer ces résultats hétérogènes et limités : l'absence d'objectifs nutritionnels clairs, un ciblage basé sur la pauvreté plutôt que sur la fenêtre d'opportunité des 1000 jours, une durée d'intervention trop courte ou encore un montant du TM insuffisant (125). Ces divers éléments à prendre en compte lors de la conception des programmes de TM, et qui permettront le cas échéant d'en maximiser l'impact, sont autant de questions de recherche toujours en suspens.

**Tableau 2- Impact des TM sur l'état nutritionnel des enfants et sur ses différents déterminants immédiats et sous-jacents (source : De Groot et al. 2017, Development Policy Review)**

	Positive	Mixed	None	Knowledge gap
<b>Impact on outcome</b>				
Child nutritional status		✓****		Pathways of impact or non-impact are unclear
<b>Impact on immediate determinants</b>				
Child dietary intake			✓*	Only a few studies look specifically at children's dietary intake, as most studies assess the household-level changes
Health status		✓***		Pathways of impact or non-impact are unclear
<b>Impact on underlying determinants</b>				
1) Food security				
Household consumption	✓**			Most of the evidence at household level, rather than individual level
Household diet diversity	✓**			Most of the evidence at household level, rather than individual level
Household food security	✓**			Most of the evidence at household level, rather than individual level
2) Healthcare				
Preventive care visits	✓a**			Evidence is concentrated in programmes with health conditions
Water, sanitation and hygiene			✓*	Positive evidence, but only limited number of studies available
Caregiver physical health	✓a**			Evidence concentrated on antenatal care
3) Care practices				
Feeding practices			✓*	Not enough evidence and no consensus on measurement of indicators
Psychosocial care			✓*	Not enough evidence to draw conclusions
Caregiver empowerment	✓b****	✓c****		Qualitative evidence points to positive impacts, while quantitative evidence shows a mixed picture. No consensus on measurement of empowerment
Intimate partner violence			✓*	Lack of impact studies, only 4 so far.
Caregiver stress/ mental health			✓*	Subjective scales used, but lack of evidence with stress-related biomarkers

Notes: \*\*\*\* > 20 studies, \*\*\* 11–20 studies, \*\* 6–10 studies and \* 1–5 studies.

<sup>a</sup>Positive impacts largely driven by CCTs with conditions on health visits

<sup>b</sup>Based on qualitative evidence

<sup>c</sup>Based on quantitative evidence

## 2.4. Questions de recherche en suspens

Les questions de recherche en suspens concernent à la fois les composantes, le design des programmes de TM mais également leurs voies d'impact.

- **Nature, le montant et la fréquence du transfert:** se pose tout d'abord la question du montant du transfert. Si certains programmes ont montré que pour avoir un impact mesurable sur l'alimentation des ménages, le transfert devait contribuer de manière substantielle à leur revenu, le montant idéal qui permettrait d'assurer un impact sur l'état nutritionnel des bénéficiaires n'est pas connu. De même, des questions subsistent quant à la fréquence des versements ou à la nature du transfert (coupons, espèces).
- **Ciblage des populations :** La question du ciblage est également primordiale. Doit-il être basé sur la pauvreté/vulnérabilité des ménages, sur l'état nutritionnel des enfants, sur les groupes à risque (femmes enceintes et enfants de moins de 2 ans) ?
- **Conditionnalités :** le fait de lier les transferts monétaires au respect de certaines conditions peut servir d'incitatif puissant à l'utilisation des services de santé et de nutrition, et ainsi augmenter l'impact du transfert lui-même. En revanche, l'accessibilité des services et leur qualité doit être rigoureusement évaluée. La conception des conditions doit équilibrer la demande et l'offre en services de santé (faisabilité).
- **Mesures complémentaires :** La question se pose de savoir si pour produire le plus grand effet sur l'état nutritionnel des bénéficiaires et l'accumulation de capital humain, les programmes de transferts devraient être associés à d'autres programmes, visant notamment à améliorer la qualité des services de santé et d'éducation (cash+).
- **Voies d'impact :** Aucune des évaluations menées jusqu'à présent n'a étudié de manière approfondie et systématique les différentes voies d'impact des TM. Il subsiste ainsi d'importantes lacunes dans la compréhension des mécanismes par lesquels les TM agissent sur l'état nutritionnel. Il s'agit d'identifier les chemins par lesquels les transferts pourraient aboutir à une amélioration de l'état nutritionnel ou au contraire d'identifier les différents points de blocages qui empêchent le transfert d'impacter au final le statut nutritionnel (dilution du transfert). Les transferts monétaires agissant sur des déterminants distaux de la malnutrition, il est tout aussi important d'évaluer l'impact final du transfert que de comprendre quels sont ses mécanismes d'action et la manière dont il se dilue tout au long de ce processus. Cette information permettrait ainsi d'orienter l'élaboration des programmes en identifiant les composantes à mettre en place afin d'aboutir à l'effet recherché. Or, trop peu de programmes livrent leurs « mode d'emploi ».

## **CHAPITRE II**

### **Objectifs et questions de recherche**

Cette thèse avait pour objectif principal d'évaluer le processus et l'impact d'un programme de TM inconditionnel dans le but de déterminer si ce type d'intervention pouvait améliorer la croissance des jeunes enfants dans un contexte rural togolais. Elle avait comme autre objectif d'identifier certains des mécanismes d'action des transferts monétaires afin d'orienter les futurs programmes de ce type.

Les questions de recherche étaient les suivantes :

- Est-ce qu'un programme de transferts monétaires inconditionnels couplé à des activités de communication pour le changement de comportements et ciblant les 1000 jours permet d'améliorer la croissance de l'enfant tel que mesuré par l'indice taille-pour-âge (HAZ) et le retard de croissance (HAZ < -2 Z-scores) ?
- Est-ce que ce programme de TM permet de réduire la prévalence du petit poids de naissance (défini par un poids de naissance < 2500g) ?
- Pourquoi et comment l'impact est atteint (ou pas)?
  - Quelles sont les voies d'impact du programme ? Autrement dit, par où passe l'impact ? Quels sont les indicateurs intermédiaires sur lesquels le programme agit (sécurité alimentaire, alimentation de la mère et de l'enfant, accès au système de santé, morbidité, hygiène, *women empowerment*, connaissances et comportements des mères) ?
  - Comment le programme est mis en œuvre et fonctionne (niveau de couverture, qualité et intensité des activités, fidélité des actions, forces et faiblesses de l'intervention) ?
  - Comment les opérateurs du programme perçoivent et s'approprient le programme (connaissance, compréhension, implication et motivation) et quelles sont les difficultés qu'ils ont rencontrées lors de sa mise en œuvre ?
  - Comment les bénéficiaires s'approprient et utilisent le programme (satisfaction, adhésion, utilisation des TM et des activités de communication pour le changement de comportements)?
- Le programme engendre-t-il des effets indirects inattendus, positifs comme négatifs (répercussions communautaires et intrafamiliales, impact sur le système de santé et sur les marchés de la zone) ?

## CHAPITRE III

### **L'évaluation d'un programme de transferts monétaires au nord Togo**

Contexte, questions de recherche  
& approche méthodologique

---

*« Le pouvoir de questionner est la  
base de tout progrès humain. »*

Indira Gandhi

---

# 1. Le contexte togolais

## 1.1. Contexte géographique, économique, politique et socioculturel

### 1.1.1. Le Togo : un petit corridor perdu dans l'immense carte du continent africain

Avec une superficie de 56 785 km<sup>2</sup>, le Togo est l'un des plus petits Etats africains. Situé en Afrique de l'Ouest, il est entouré par le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest et le Burkina au Nord. Alors que la moitié sud du pays jouit d'un climat subéquatorial à quatre saisons alternées (deux saisons des pluies, deux saisons sèches), le nord est marqué par un climat tropical plus sec et chaud caractérisé par une courte saison des pluies qui s'étend de juin à septembre, et une longue saison sèche couvrant le reste de l'année.



Figure 14- Carte politique de l'Afrique de l'Ouest

Le pays est découpé en cinq régions administratives - Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes - elles-mêmes subdivisées en 35 préfectures. La répartition de la population entre ces régions est déséquilibrée. Alors que la région Centrale ne rassemble que 10% des togolais, la région Maritime concentre plus de 40% de la population sur un dixième seulement du territoire. Une forte densité (plus de 300 habitants au km<sup>2</sup>) qui s'explique en grande partie par l'importance de la capitale. L'agglomération de Lomé compte, en effet, plus de 1,7 millions d'habitants (en 2018), soit la moitié de la population urbaine du pays et environ un cinquième de la population totale. Bien que plus de la moitié des togolais (58%) vivent en zone rurale, la population urbaine est en forte augmentation et représente aujourd'hui 42% de la population totale contre seulement 10% en 1960.

A ces déséquilibres sociodémographiques s'ajoutent un certain nombre de déséquilibres et d'inégalités économiques, les régions les mieux loties étant la région Maritime et celle de la Kara. Alors que la première concentre l'essentiel du potentiel économique national (la capitale, les mines de phosphate de Kpémé, les cocoteraies et palmeraies de la zone littorale), la seconde, qui correspond au pays kabyé, a bénéficié de toutes les attentions du régime du général Eyadéma et, est richement dotée en infrastructures. En comparaison, le centre du pays et l'extrême nord sont largement sous-équipés.



Figure 15- Carte administrative du Togo

### 1.1.2. Un peuple jeune caractérisé par sa diversité ethnolinguistique, culturelle et religieuse

Le Togo a vu sa population doubler en moins de 30 ans. Alors que le pays ne comptait que 3,2 millions d'habitants en 1985, les togolais étaient plus de 7,6 millions en 2016. Plus de 40% d'entre eux ont moins de 15 ans, 60% moins de 25 ans et seulement 3,2% plus de 64 ans, une situation résultant à la fois de taux de natalité (32%) et de mortalité (11 pour 1000 habitants) élevés.

Quelle que soit leur religion, les togolais accordent une grande importance à la spiritualité et à la pratique religieuse. Le pays compte près de 30% de chrétiens, majoritairement concentrés dans le sud, et 20% de musulmans qui occupent plutôt le centre et le nord du pays. Le reste de la population (plus de 50%) est animiste. Les cultes traditionnels et le vaudou sont restés très vivants.

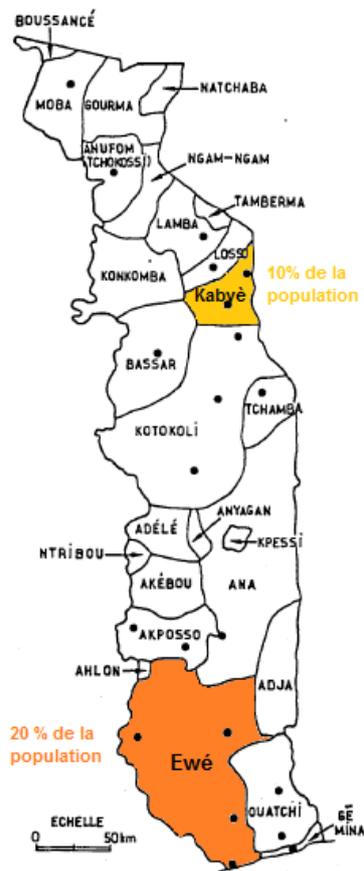


Figure 16- Un pays multiethnique

La population togolaise est, par ailleurs, l'une des plus hétérogènes du continent. Pour s'être trouvé durant des siècles sur la route des migrations d'innombrables peuples, le Togo compte en effet, sur un territoire pourtant restreint, une quarantaine d'ethnies différentes parlant plus de 50 dialectes. Ces dernières peuvent toutefois être rassemblées en 5 grands groupes représentant plus de 95% de la population: les Adja-éwés (éwé, adja, ouatchi, mina), les Temkabyés (kabyé, tem ou kotokoli, lamba, losso), les Paragourmas (bassar, moba, gurma, konkomba, ngam-ngam), les Akposso-akébou et les Ana-ifé.

Bien qu'aucune ethnie ne soit majoritaire, les ewés, présents dans les plaines côtières du sud, et les kabyés, installés dans les zones montagneuses du nord, sont les deux ethnies les plus représentées. Ce sont, par ailleurs, les deux seules ethnies dont les langues ont été reconnues langues nationales, à côté du français, qui est la langue officielle et administrative du pays. Parmi les autres ethnies importantes, on trouve également les kotokolis (ou tems) au centre et les mobas à l'extrême nord.

### 1.1.3. Une république en transition vers la démocratie

*« Nous sommes le seul pays de la région à ne pas avoir connu de transition démocratique. Même la Gambie y est parvenue. Même Mugabe a quitté le pouvoir cette année. [...] Faure ne respecte en rien la démocratie. Son élection est illégitime car elle s'appuie sur des truquages et des manipulations. La seule chose qui est sûre, c'est qu'il ne laissera jamais le pouvoir, comme son père avant lui. [...] On ne négocie pas avec celui qui a accaparé un bien qui vous appartient aussi, au motif qu'il vient de vous restituer le chapeau qu'il vous avait volé. Nous ne voulons plus de cette famille, c'est tout ! ».*

Tikpi Atchadam, propos recueillis par *La Croix*, le 4 janvier 2018

Colonie allemande, puis française, le Togo a acquis son indépendance le 27 avril 1960. Depuis, le pays peine à trouver la voie de la démocratie. Marqué par près de 40 ans de dictature (1967-2005), la situation politique du pays reste tendue. A la mort du Général et dictateur Eyadema, c'est son fils Faure Gnassingbé qui l'a remplacé à la tête du pays le 24 avril 2005. Son élection, extrêmement controversée, a donné lieu à d'importantes manifestations qui ont été durement réprimées par l'armée provoquant la mort de centaines de personnes et l'exil de milliers d'autres.

Faure Gnassingbé a tenté depuis d'apaiser la situation. S'affichant en rupture avec la politique menée par son père, il a, entre autres, instauré une Commission «vérité, justice et réconciliation», libéralisé les médias, aboli la peine de mort et instauré la gratuité de l'école primaire. La tenue, en octobre 2007, d'élections législatives pluralistes lui a, par ailleurs, permis de regagner la confiance de la communauté internationale. Il a ainsi pu normaliser les relations avec l'Union Européenne (UE), qui avaient été interrompues en 1993 pour «déficit démocratique».

Toutefois, ses deux réélections en mars 2010, puis avril 2015, ont une fois encore été largement décriées par l'opposition qui dénonce l'introduction d'électeurs fictifs et l'achat de voix. En briguant un troisième mandat, Gnassingbé fait par ailleurs fi de ses engagements en faveur d'un retour à la version initiale de la constitution de 1992 qui limitait à deux le nombre de mandats présidentiels. Amendé en 2002 par le général Eyadema, le texte constitutionnel actuellement en vigueur ne prévoit aucune limitation de mandats. Réclamée par l'opposition, le retour à la version d'origine de la constitution avait également été recommandé dès 2013 par la Commission «vérité, justice et réconciliation».

Face à ce simulacre de démocratie et galvanisée par l'exemple du Balai citoyen burkinabé qui a permis la chute du président Blaise Compaoré, l'opposition togolaise s'est fortement mobilisée. La contestation a commencé au mois d'août 2017 à la suite du succès inattendu d'une grande marche de protestation lancée le 19 août par Tikpi Atchadam. Nouveau venu de la scène politique togolaise, Tikpi Atchadam a commencé à faire parler de lui en lançant le Parti National Panafricain (PNP) un parti d'opposition créé dans le centre du pays, région traditionnellement acquise au pouvoir. Pour Jean-Pierre Fabre, chef de file traditionnel de l'opposition (leader de l'Alliance Nationale pour le Changement - ANC), la création du PNP permet enfin de dépasser l'opposition entre togolais du nord et du sud artificiellement créée

par le régime qui n'a eu de cesse de diviser pour mieux régner, en cultivant le discours ethnique et en privilégiant les Kabyés, ethnie des Gnassingbé.

La réussite de cette première manifestation a permis de relancer et fédérer l'opposition. Habituellement divisés, 14 partis d'opposition se sont rassemblés au sein de la C14 ou Coalition des 14 pour faire front commun contre le régime en place. Les organisations de la société civile en ont fait de même en créant la coalition « Togo Debout » qui, par l'intermédiaire de son leader David Dosseh, professeur des Universités, prône l'avènement d'une véritable démocratie dans le pays. Tous, partis et associations, réclament la démission de Gnassingbé et l'adoption de réformes constitutionnelles incluant la limitation du nombre de mandats présidentiels, l'instauration d'un scrutin majoritaire à deux tours et le vote de la diaspora togolaise.

Face à l'échec du dialogue national ouvert le 19 février 2018, la Communauté des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDAO) a été obligée d'intervenir. L'organisation a adopté, en août dernier, une feuille de route devant permettre la réalisation des réformes constitutionnelles et une sortie définitive de la crise. Elle a, par ailleurs, exhorté le gouvernement à respecter le calendrier électoral et à organiser le 20 décembre prochain des élections législatives.

### Encadré 2 – Quelques données politiques

**Constitution en vigueur:** Constitution de la IV<sup>ème</sup> République du 27 septembre 1992

**Type de régime:** semi-présidentiel

**Président de la République :** Faure Gnassingbé Eyadéma (depuis 2005)

**Premier Ministre :** Komi Sélom Klassou (depuis 2015)

**Parti au pouvoir :** Union pour la République (UNIR), ancien RPT- Rassemblement du Peuple Togolais, parti unique du Général Eyadema

**Principaux partis d'opposition :**

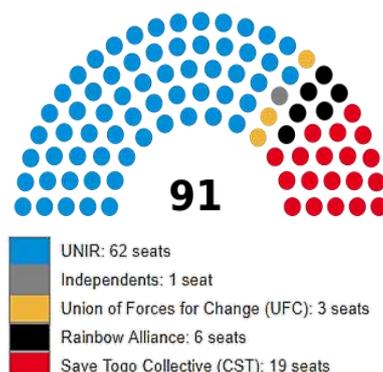
*Coalition des 14 (C14) – Août 2017*

- Alliance Nationale pour le Changement (ANC)
- Parti National Panafricain (PNP)
- Parti des Socialistes pour le Renouveau (PSR)
- Alliance des Démocrates pour un Développement Intégrale (ADDI)
- Démocrates Socialistes Africains (DSA)
- Union pour la Démocratie Sociale (UDS)
- Force Démocratique pour la République (FDR)
- Comité d'Action pour le Renouveau (CAR)
- Mouvement Citoyen pour la Démocratie (MCD)
- Convention Démocratique des Peuples Africains
- Togo Autrement
- Les Démocrates
- Parti des Togolais
- Santé du Peuple

*Autres partis et coalitions*

- Front Républicain pour l'Alternance et le Changement (FRAC)
- Union des Forces pour le Changement (UFC)
- **Collectif Sauvons le Togo (CST) :** 8 partis politiques dont l'ANC, l'ADDI, le PSR (+ 7 organisations de défense des droits de l'homme)
- **Coalition Arc-en-ciel :** CAR, UDS, MCD

**Répartition des 91 sièges à l'Assemblée Nationale** (élue en juillet 2013 au SUD pour cinq ans) :



#### 1.1.4. Une économie fragile

Avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA) de 1100\$, le Togo fait partie des pays à faible revenu. Au cours des 20 dernières années, la situation économique du pays s'est globalement détériorée. Alors qu'en 1990, 30% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté, ce chiffre est passé à 55% en 2017. Une chute largement due aux troubles socio-politiques du milieu des années 1990 qui ont freiné les investissements et entraîné la suspension de l'aide internationale, grevant le budget national déjà mis à mal par la chute des cours du café, du cacao et du coton. L'aide publique au développement est ainsi passée entre 1990 et 2003 de 11,9% à 2,5% du PIB. La stabilisation de la situation politique intérieure et les réformes économiques et politiques lancées par le gouvernement ont toutefois permis le retour des bailleurs (depuis 2007) et un redémarrage de l'économie.

##### *Encadré 3- Quelques données économiques*

###### **Secteur primaire : 28% du PIB (2017), 65% de la population active occupée (1998)**

- Principales cultures vivrières : mil, sorgho, maïs, manioc, igname, arachide
- Cultures vouées à l'exportation : cacao, café, coton et palmier (huile)

###### **Secteur secondaire : 22% du PIB (2017), 5% de la population active occupée (1998)**

- Prédominance des industries extractives : phosphates et clinker
- Petite taille des industries manufacturières

###### **Secteur tertiaire : 50% du PIB (2017), 30% de la population active occupée (1998)**

- Ce secteur repose principalement sur les activités commerciales de la zone franche du port autonome de Lomé (PAL), seul port en eau profonde de la côte ouest africaine.

	<b>TOGO</b>	<b>BURKINA</b>	<b>BENIN</b>	<b>GHANA</b>	<b>FRANCE</b>
<b>PIB</b> (en milliards de \$ US courants)	4,813	12,873	9,274	47,330	2582,501
<b>RNB/hab</b> (en \$ US courants)	610	610	800	1490	37970
<b>Taux de croissance du PIB</b>	5,6	6,7	5,6	8,5	1,2
<b>Taux d'inflation</b>	2,0	3,4	0,4	13,4	1,0

## 1.2. Contexte sanitaire et système de santé

### 1.2.1. Organisation et financement du système de santé

L'organisation du système de santé togolais est de type pyramidal à 3 niveaux (cf. **Figure 17**). Ce découpage se retrouve tant au niveau de l'organisation administrative du système de santé qu'au niveau du système de prestations de soins. L'Etat est le principal prestataire de soins. Il fournit 67% de l'offre (en 2009), le reste est assuré par le secteur privé principalement présent dans la capitale et ses environs. Il est à noter que parallèlement à la médecine moderne, une médecine traditionnelle continue de s'exercer un peu partout dans le pays. Reconnue par l'Etat comme une composante à part entière du système de prestation de soins, elle est largement sollicitée par les populations, notamment en zone rurale, mais n'est pas encore très organisée. Par ailleurs, comme la majeure partie des pays d'Afrique, le Togo connaît une pénurie de personnel de santé qualifié, dont la répartition sur le territoire est, en outre, extrêmement inéquitable. Alors que Lomé-Commune compte 4 médecins pour 10 000 habitants, la région des Savanes n'en compte que 0,3. Enfin, bien que le Togo se soit engagé à Abuja à consacrer au moins 15% de son budget national au secteur de la santé, en 2013 la part effectivement allouée à ce dernier ne représentait que 6%. C'est sur le secteur privé, en particulier sur les ressources des ménages que repose en grande partie le financement de la santé (60%). L'aide internationale constitue également une source de financement non négligeable (18%).

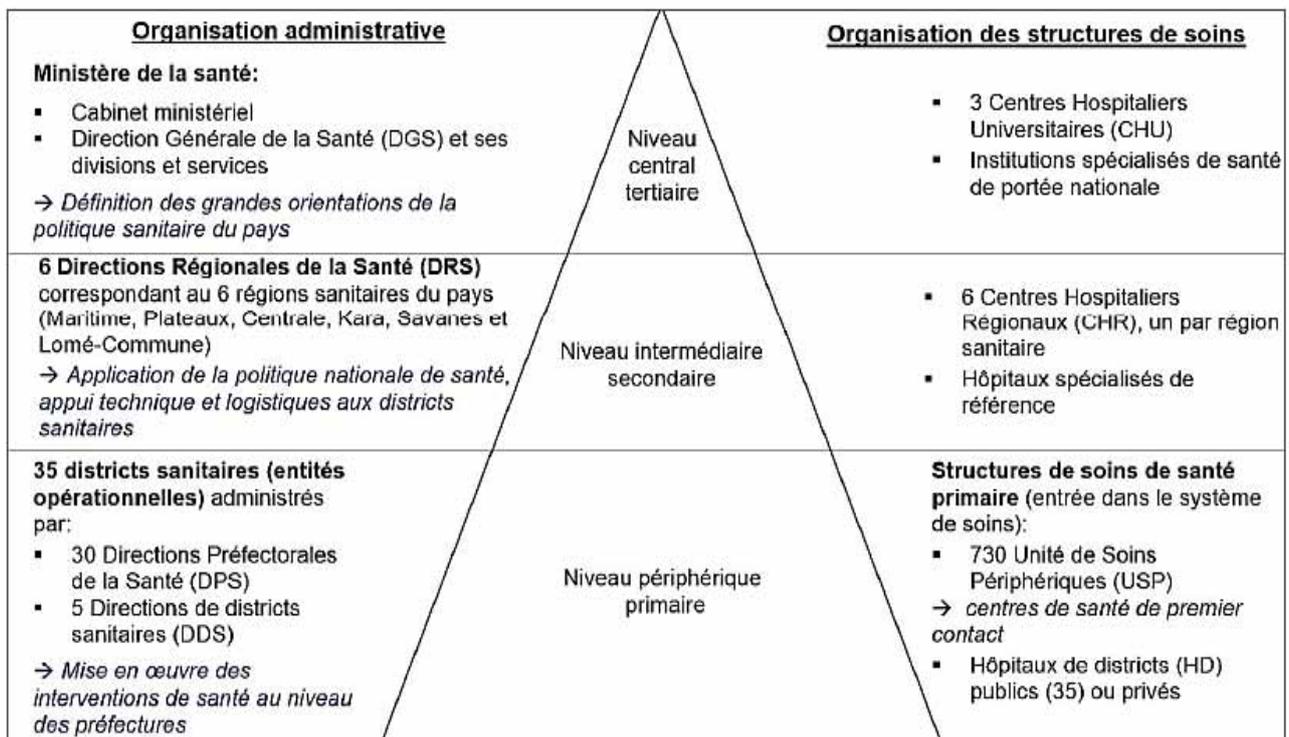


Figure 17- Pyramide sanitaire (par l'auteur)

### 1.2.2. Profil épidémiologique du pays : focus sur la sous-nutrition

Bien que le poids des maladies non transmissibles soit croissant, le profil épidémiologique du Togo reste dominé par les maladies infectieuses et parasitaires : paludisme, maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës, rougeole, tuberculose, VIH, schistosomiasis, etc. Le niveau élevé du taux brut de mortalité du pays s'explique, en effet, principalement par les niveaux élevés de mortalité maternelle (300 pour 100.000 naissances vivantes) et infantile (110 pour 1000 naissances vivantes). Les principales causes de décès maternels sont : les hémorragies, les éclampsies, les infections, les dystocies et les complications d'avortement. La mortalité des enfants est, quant à elle, essentiellement due à des maladies infectieuses. Ainsi, près de la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans (47%) est liée au paludisme, à la pneumonie et à la diarrhée. Les causes néonatales (septicémie, prématurité et asphyxie) sont également très importantes (35% des décès). La malnutrition est, en outre, la cause sous-jacente de près de 50% des décès chez les enfants de moins de 5 ans.

La situation de la malnutrition au Togo reste préoccupante. Selon les résultats de l'enquête SMART 2012, la malnutrition chronique touche près de 28% des enfants de moins de 5 ans. A l'exception de la commune de Lomé dont le taux et la borne supérieur de l'Intervalle de Confiance à 95% (IC à 95%) sont inférieurs à 20%, toutes les régions présentent des taux supérieurs au seuil d'alerte fixé à  $\geq 30\%$  par l'OMS ; les régions les plus touchées étant Savanes, Kara et Maritime.

Par ailleurs, le rapport de l'OMS sur les statistiques sanitaires mondiales 2013 qui fait état d'un taux de retard de croissance de 29,5% pour l'ensemble du Togo, met en avant d'importantes disparités entre garçons (32%) et filles (27%), zones urbaines (22%) et zones rurales (35%) et entre quintiles de richesse le plus haut (19%) et le plus bas (37%). Il souligne également l'iniquité existant entre les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction et ceux dont la mère dispose d'un niveau secondaire ou supérieur. La situation de la malnutrition aiguë s'est, quant à elle, nettement améliorée. Alors qu'en 2006, les taux d'émaciation de la région des Savanes et de la Kara dépassaient le seuil d'urgence de 15%, ils sont aujourd'hui redescendus en dessous du seuil d'alerte, s'élevant respectivement à 8% et 5%. Au niveau national, la prévalence d'émaciation, légèrement inférieure à 5%, se situe à un niveau «acceptable».

## 2. Le programme pilote de transferts monétaires togolais

### 2.1. Description de l'intervention

En 2008, la Banque Mondiale a financé au Togo, pour une durée de quatre ans, un Projet de Développement Communautaire (PDC) visant à améliorer l'accès des ménages les plus vulnérables à certains services de base comme la santé, l'éducation ou l'eau potable. Pour atteindre cet objectif, deux stratégies d'action ont été parallèlement mises en œuvre. La première visait à renforcer l'offre de ces services en développant ou réhabilitant les infrastructures communautaires du pays (écoles, dispensaires, pistes, ponts, forages) ; la seconde avait pour objectif de stimuler la demande en encourageant les activités génératrices de revenu (AGR) et en renforçant le système national de protection sociale. Ce renforcement est passé par la mise en place de deux mécanismes de filets sociaux, à savoir des travaux à haute intensités de main d'œuvre (THIMO) et des cantines scolaires. En 2012, alors que le PDC arrivait à son terme, la Banque Mondiale et le gouvernement togolais ont décidé de renouveler son financement pour quatre années supplémentaires créant ainsi le PDC-Plus. C'est dans ce cadre que le programme pilote de transferts monétaires, ici évalué, a été mis en œuvre. En effet, face au succès des cantines scolaires et des THIMO et, de manière à soutenir l'opérationnalisation à terme d'une politique nationale de protection sociale susceptible de venir en aide aux populations les plus vulnérables, il a été décidé lors du renouvellement du PDC d'y ajouter une composante dédiée à un programme de transferts monétaires.

#### 2.1.1. *Des transferts inconditionnels ciblant la fenêtre d'opportunité des 1000 jours*

Financé avec l'aide du Fonds japonais, et mis en œuvre pour une durée de 30 mois, ce programme avait pour objectif d'améliorer l'état nutritionnel et de santé des enfants, ainsi que la protection de leurs droits. Un transfert monétaire inconditionnel (TM) de 5000 FCFA (soit ≈7,50 €) était distribué chaque mois directement aux femmes pendant la période des «1000 jours», sans distinction de revenu ou discrimination basée sur des critères de pauvreté ou vulnérabilité. Au sein des villages bénéficiaires du programme, toutes les femmes enceintes d'au moins trois mois et toutes les mères ou tuteurs d'enfants âgés de 0 à 24 mois étaient donc éligibles aux TM. Lorsqu'une femme avait deux enfants éligibles, seule l'éligibilité du plus jeune était prise en considération. Une même mère ne pouvait donc percevoir qu'un seul transfert à la fois, à l'exception des mères de jumeaux et de celles ayant à charge en plus de leur enfant biologique éligible, un enfant confié également éligible. Dans ces deux cas, les mères percevaient deux transferts par mois. Dans les ménages polygames, chaque femme bénéficiait du TM au titre de l'éligibilité de son enfant. Enfin, les mères ayant un enfant âgé de 24 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère faisaient également partie des bénéficiaires.

La distribution des TM était combinée à des activités de communication pour le changement de comportement (activités CCC) dont le but était de fournir aux femmes des connaissances essentielles en matière de nutrition, santé, hygiène et droits de l'enfant. Comme dans tout programme dit « Cash Plus », une synergie était attendue entre ces deux composantes, les TM devant permettre aux femmes de mettre en pratiques les connaissances acquises lors des activités CCC. La participation aux causeries socioéducatives et visites à domicile organisées au titre de ces activités faisait par ailleurs partie des cinq « conditionnalités souples » associées aux TM, les quatre autres étant : la réalisation d'au moins quatre consultations prénatales (CPN), la scolarisation dans le primaire des enfants du ménage, l'enregistrement des naissances et le maintien au sein du foyer des enfants de moins de 15 ans. Ces « conditionnalités » étaient dites souples ou non-contraignantes car elles ne revêtaient aucun caractère obligatoire. Elles étaient avant tout incitatives et visaient à aider les communautés à développer des comportements favorables au bien-être et à la protection des enfants. Leur non-respect n'était donc pas sanctionné par une suspension du TM. En revanche, un bonus de 20.000 FCFA était prévu à la sortie du programme pour les bénéficiaires qui s'y étaient globalement conformées. En pratique, le suivi de ces cinq conditionnalités s'est avéré trop compliqué et, seule la participation assidue aux activités CCC a été prise en compte lors de l'attribution des bonus.

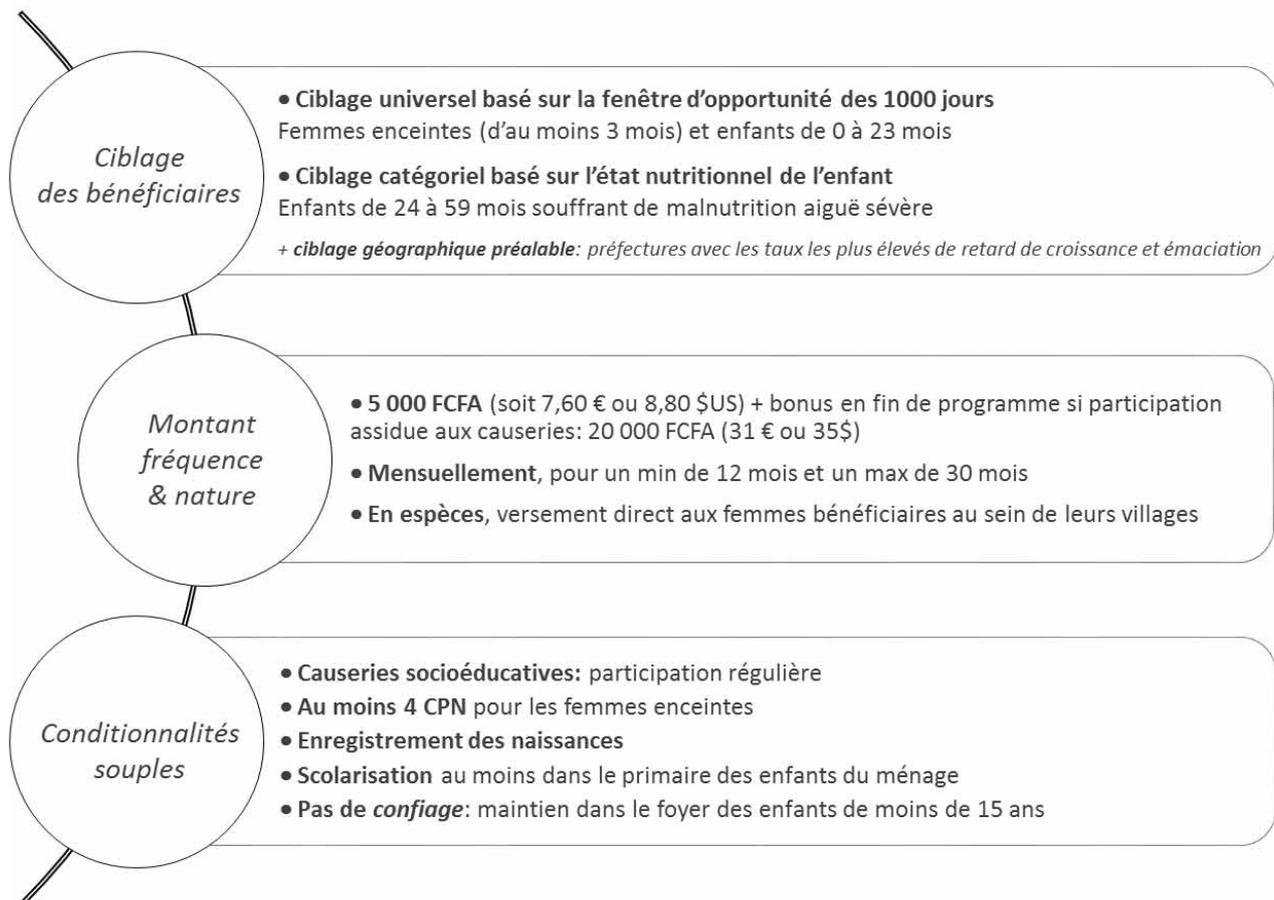


Figure 18- Modalités des transferts

## **Encadré 4 -Paquet de services délivré par les agents communautaires**

### **Le volet « nutrition -santé » des agents de santé communautaires (ASC)**

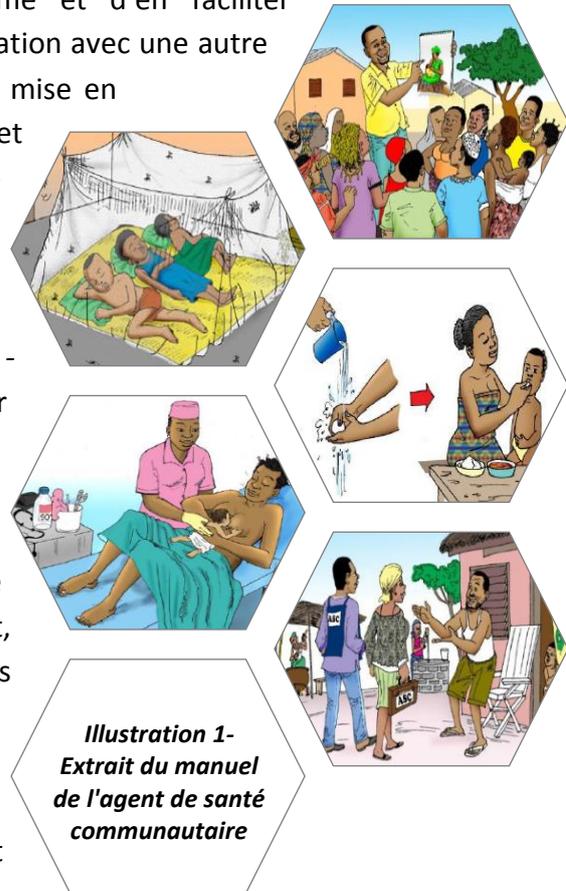
- Dépistage et traitement du paludisme, des infections respiratoires aiguës (IRA), de la diarrhée et de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans
- Activités CCC : visites à domicile et causeries socioéducatives portant sur 13 pratiques familiales essentielles, à savoir :
  - L'allaitement maternel (initiation précoce, allaitement exclusif)
  - Les pratiques d'alimentation du nourrisson et jeune enfant (diversité alimentaire, fréquence des repas, recettes de bouillies enrichies)
  - Le lavage des mains au savon
  - L'utilisation de sels de réhydratation orale en cas de diarrhée
  - L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
  - La Vaccination et la supplémentation en vitamine A
  - Le recours aux centres de santé
  - La grossesse et les consultations prénatales
  - L'accouchement et les consultations post-natales
  - La prévention de la transmission mère-enfant du VIH
  - Les pratiques d'hygiène (alimentaire, corporelle et vestimentaire)
  - L'eau et l'assainissement (eau potable, latrines)
  - L'enregistrement des naissances

### **Le volet « protection » des agents communautaires de protection de l'enfant (ACPE)**

- Activités CCC : visites à domicile et causeries socioéducatives portant sur la protection et le respect des droits de l'enfant, en particulier sur:
  - L'enregistrement des naissances
  - Le droit à l'éducation
  - Les violences physiques à l'égard des enfants
  - Les violences et abus sexuels à l'égard des enfants
  - Le travail des enfants
  - La traite des enfants
  - Les pratiques traditionnelles néfastes (rites d'initiation nuisibles, repassage des seins, mutilation génitales féminines, crimes d'honneur)
  - Le mariage précoce
  - Les mutilations génitales féminines
  - L'infanticide (jumeaux, enfants présentant des malformations)
  - La stigmatisation des enfants dits « sorciers »
  - Le placement des enfants au couvent

### 2.1.2. Un ciblage géographique basé sur un critère nutritionnel

Afin de maximiser l'impact de ce programme et d'en faciliter l'implémentation, il a été expérimenté en articulation avec une autre intervention à base communautaire, elle-même mise en œuvre depuis 2011 par le Ministère de la Santé et l'UNICEF dans 565 villages enclavés des régions de Kara et Savanes : le programme de prévention et prise en charge de la malnutrition aiguë et des maladies de l'enfant dit «programme ICCM-Nut» (*integrated community case management - nutrition*). Dans ces 565 villages, sélectionnés sur la base de leur éloignement d'une unité de soins périphérique (USP), des agents de santé communautaire (ASC) ont été formés et équipés pour dépister et traiter la malnutrition aiguë sévère et les trois principales maladies de l'enfant, à savoir le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës (IRA). Ces ASC étaient également en charge d'animer les activités CCC relatives à une série de pratiques familiales essentielles (PFE) liées à la nutrition, à la santé et aux pratiques d'hygiène (cf. **Encadré 4**).



Le financement alloué au programme de TM ne permettait toutefois pas de couvrir l'ensemble des 11 préfectures et 565 villages du programme ICCM-Nut. Réaffirmant l'objectif nutritionnel du programme, le ciblage des villages bénéficiaires des TM a alors été restreint aux cinq préfectures présentant les taux de malnutrition aiguë et chronique les plus élevés du pays à savoir les préfectures de Dankpen, Doufelgou, Kéran, Oti et Kpendjal (cf. **Figure 19**). Dans cette zone, les prévalences d'émaciation et de retard de croissance chez les moins de 5 ans atteignaient respectivement 8% et 34% en 2014.

Dans chacun des 273 villages ICCM-Nut que rassemblaient ces cinq préfectures, un agent communautaire de protection de l'enfant (ACPE) a été recruté et spécifiquement formé pour les besoins du programme. Il était alors chargé d'assurer le bon déroulement de toutes les activités liées aux TM au sein de son village, incluant entre autres l'information des populations sur l'intervention, l'organisation des points de paiement et le suivi rapproché des bénéficiaires. Il était également responsable de la sensibilisation des mères sur les questions relatives aux droits de l'enfant (cf. **Encadré 4**). Les ACPE travaillaient généralement en étroite collaboration avec les ASC, profitant ainsi de leur expérience et de leur connaissance approfondie des communautés. Bien qu'ils aient eu un rôle clé dans l'opérationnalisation du programme sur le terrain, ces agents communautaires n'étaient évidemment pas les seuls

garants du bon déroulement de l'intervention. Ils étaient en effet les derniers maillons d'une chaîne impliquant un très grand nombre d'acteurs.

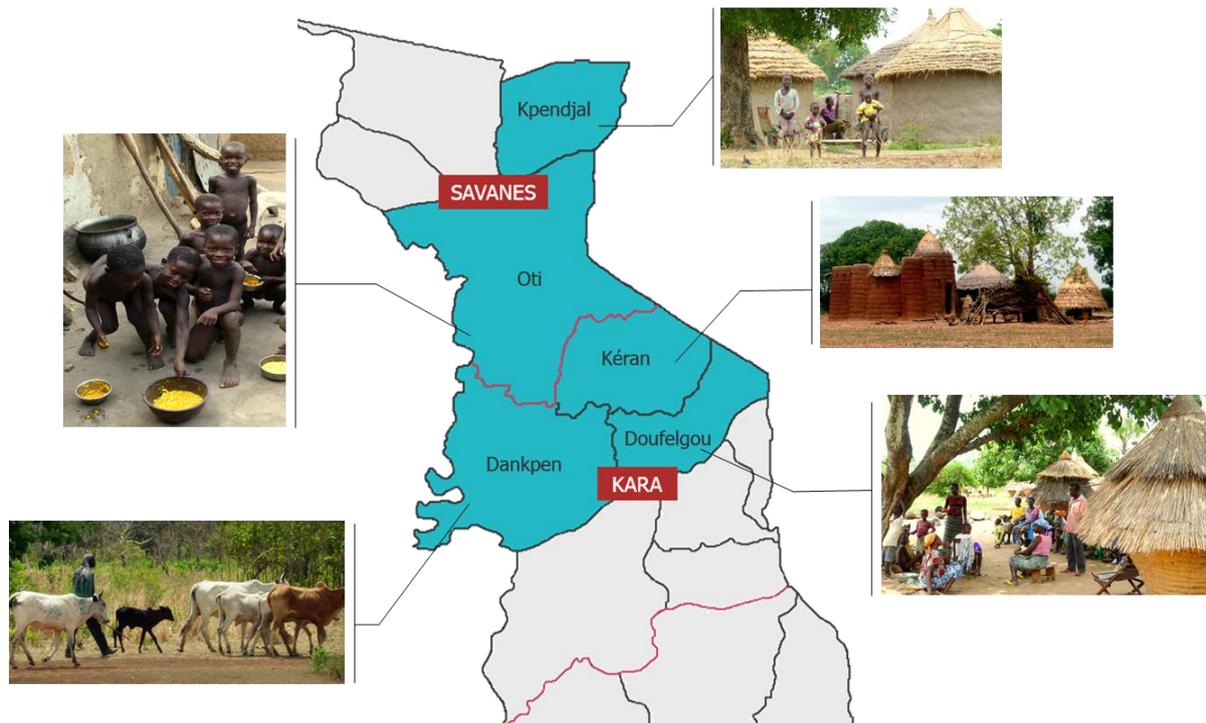


Figure 19- Préfectures ciblées par le programme de TM

## 2.2. Cartographie des acteurs impliqués

Comme toute intervention « sensible à la nutrition », le programme de TM togolais était par nature multisectoriel. Il impliquait au total quatre Ministères et leurs services déconcentrés, chacun jouant un rôle plus ou moins bien défini dans la conception, la mise en œuvre et/ou le suivi-évaluation du programme (cf. **Figure 20**).

### 2.2.1. Architecture institutionnelle nationale

#### ▪ Le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme et de l'Alphabétisation

Porteur du programme, le Ministère de l'Action Sociale était responsable, à travers sa Direction Générale de la Protection de l'Enfance (DGPE), de la conception, de l'orientation stratégique et de la mise en œuvre de l'intervention, qu'il supervisait et coordonnait via ses représentations régionales (DRAS), préfectorales (DPAS) et locales (RZ). Il présidait à ce titre le comité de pilotage des filets sociaux, dont les prérogatives s'étendaient non seulement au programme de TM mais également aux THIMO et cantines scolaires. C'est par l'intermédiaire de ce comité qu'étaient approuvés tous les documents stratégiques du programme, ainsi que

les budget et plans annuels de travail des Directions Régionales de l'Action Sociale (DRAS). Actrices clés du programme, les DRAS étaient chargées d'assurer l'identification et le suivi des bénéficiaires ainsi que de la coordination des activités de sensibilisation mères (activités CCC). Elles s'appuyaient au niveau local sur les Responsables de Zone (RZ) qui étaient en charge de l'encadrement et de la formation des ACPE.

- **Le Ministère de la Santé**

Chargé de la mise en œuvre du programme ICCM-nut, le Ministère de la Santé assurait, par l'intermédiaire de ses services déconcentrés, l'encadrement et la formation des ASC qui étaient directement supervisés au niveau local par les infirmiers chef de poste (ICP). En charge des unités de soins périphériques (USP), ces infirmiers ne pouvaient toutefois pas assurer la coordination de l'ensemble des ASC. Ils étaient donc assistés dans cette tâche par des volontaires du programme PROVONAT (programme de promotion du volontariat national au Togo) qui dépendaient pour leur part du Ministère du Développement à la base.

- **Le Ministère des Postes et de l'Economie Numérique**

La Direction Générale de la Poste était responsable de la distribution mensuelle des TM. Chaque mois, ses directions régionales et préfectorales planifiaient et organisaient avec leurs homologues de l'Action Sociale (DRAS et DPAS) la distribution des TM au sein des différents villages bénéficiaires. Sur le terrain, la distribution était assurée par les agents locaux de la poste qui avaient pour obligation de se rendre dans chacun des villages du programme afin de remettre en mains propres leur argent aux femmes bénéficiaires. En effet, selon les textes, ces dernières ne devaient pas avoir à parcourir plus de 5km pour récupérer leur transfert.

- **Le Ministère du Développement à la base, de l'Artisanat, de la Jeunesse et de l'Emploi des Jeunes (MDBAJEJ)**

Le Ministère du Développement à la base assurait la tutelle du PDC et avait acquis à ce titre une certaine expertise dans la gestion des projets financés par la Banque Mondiale. Afin de capitaliser cette expertise et de limiter les coûts de fonctionnement liés à la mise en œuvre des TM, la gestion administrative et fiduciaire du programme a été confié au secrétariat technique du PDC (ST/PDC). Ce dernier était ainsi responsable de la contractualisation avec la poste, de la comptabilité du programme et des différents décaissements y afférant. Il assurait également la coordination globale de l'intervention et son suivi-évaluation. Le Ministère du Développement à la base n'étant toutefois pas directement impliqué dans l'implémentation du programme sur le terrain, ses services déconcentrés n'étaient que très peu mobilisés. Seules ses agences régionales (AGAIB) ont été chargées de la confection des cartes de bénéficiaires. Les agents PROVONAT bien que sous la tutelle du MDBAJEJ était en réalité directement supervisés par les infirmiers chef de poste (ICP) qui dépendent du Ministère de la Santé.

### 2.2.2. *Partenaires techniques et financiers internationaux*

Ces différents Ministères ont par ailleurs bénéficié du soutien technique et financier de la Banque mondiale et de l'UNICEF qui ont tous deux contribué à la conception et à la mise en œuvre de l'intervention. En tant que bailleur du programme, la Banque mondiale a financé avec l'aide du Fonds japonais, les transferts alloués chaque mois aux bénéficiaires, la motivation des ACPE et la rémunération de la poste. Elle a également contribué au renforcement des capacités opérationnelles du Ministère de l'Action Sociale auquel elle a fourni les moyens techniques et financiers nécessaires à l'implémentation du programme (achat de véhicules, formation, appui à la mise en place d'un système de suivi des bénéficiaires et la conception de la base de données correspondante). L'UNICEF finançait pour sa part la motivation des ASC et les différents intrants nécessaires à la prise en charge communautaire des maladies de l'enfant et de la malnutrition aiguë sévère (bracelets de mesure du périmètre brachial, aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, antibiotiques, antipaludéens, SRO et zinc). L'UNICEF a également soutenu le Ministère de la Santé dans la formation et la coordination des ASC et de leurs superviseurs directs (ICP ou agents PROVONAT). Enfin, l'UNICEF a cofinancé avec la Banque mondiale l'évaluation externe du programme qui a été confiée à l'Unité Mixte de Recherche NUTRIPASS (Nutrition et Alimentation des Populations aux Suds) de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). C'est dans le cadre de cette évaluation que s'inscrit ce travail de thèse.

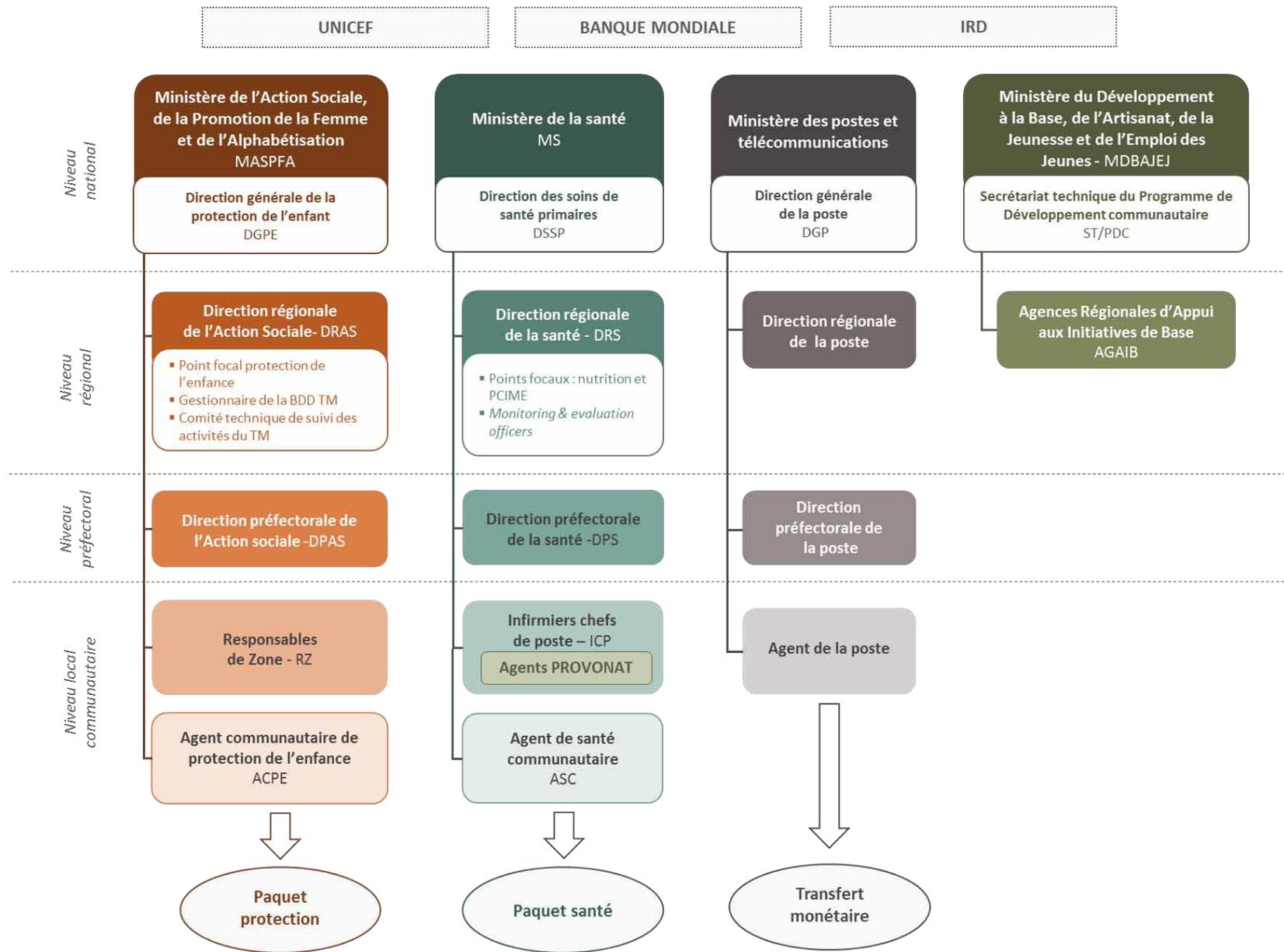


Figure 20- Montage institutionnel du programme

## 3. Démarche évaluative générale

### 3.1. Cadre conceptuel : la théorie du changement

*« In evaluating social programs, the question of “How does the program achieve the goals?” is almost as important as the question of “Does the program achieve its goals?” The two parts are both integral parts of theory-driven evaluations. »*

Chen

*« The idea of theory-driven evaluation is plausible and cogent, and it promises to bring greater explanatory power to evaluation. »*

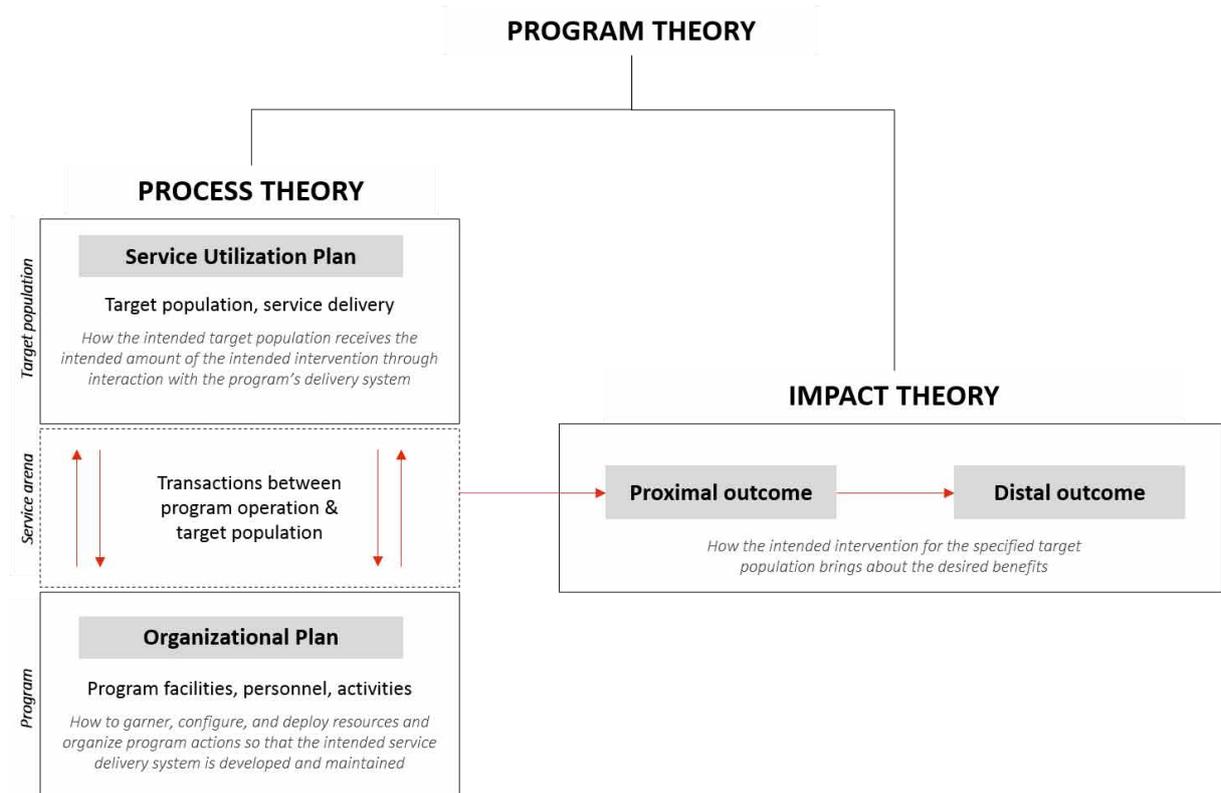
Weiss

Afin d'évaluer le programme de transferts monétaires décrit ci-dessus et de répondre au mieux aux différentes questions de recherche que soulève cette évaluation, nous avons choisi de nous appuyer sur la théorie du changement.

Bien que ses bases conceptuelles générales soient apparues beaucoup plus tôt, la théorie du changement (*Theory of Change* ou *ToC* en anglais) s'est imposée dans le domaine de l'évaluation avec la parution en 1990 du livre de Chen intitulé *Theory-Driven Evaluations*. Depuis lors, de nombreux théoriciens de l'évaluation se sont emparés du concept et l'ont tour à tour redéfini aboutissant à une multiplication de théories et terminologies créant une certaine confusion. Alors que certains parlent de *theory-based evaluation* (Weiss) ou *program theory evaluation* (Rogers), d'autres préfèrent parler de *program theory framework* (Rossi), *program logic* (Funnell) ou encore de *program impact pathway analysis* (Douthwaite).

Malgré cette profusion de terminologies et l'existence de certaines différences entre ces diverses approches, toutes s'accordent toutefois sur un même principe de base : il est nécessaire pour mener une évaluation qui soit cohérente, utile et explicative de s'appuyer sur « la théorie du programme », autrement dit sur sa logique et sur les hypothèses causales qui la sous-tendent. Une bonne théorie du changement permet justement d'explicitier ces différentes hypothèses en expliquant comment les différentes activités et services délivrés par un programme sont censés produire un ensemble de résultats/de changements qui doivent amener à l'impact final escompté de l'intervention. Elle permet *in fine* d'identifier les voies d'impact théoriques d'un programme, autrement dit ses mécanismes d'action présumés.

Dans le cadre d'une évaluation d'impact, l'utilisation de la théorie du changement permet de ne pas focaliser l'évaluation uniquement sur l'impact final du programme mais également sur un certain nombre de résultats intermédiaires devant justement permettre d'identifier les voies d'impact réelles du programme. Il s'agit de comprendre comment l'impact du programme a (ou non) été atteint en testant les différentes hypothèses causales sur lesquelles il repose, autrement dit en soumettant à l'épreuve des faits les voies d'impact hypothétiques identifiées lors de la conception de l'intervention.

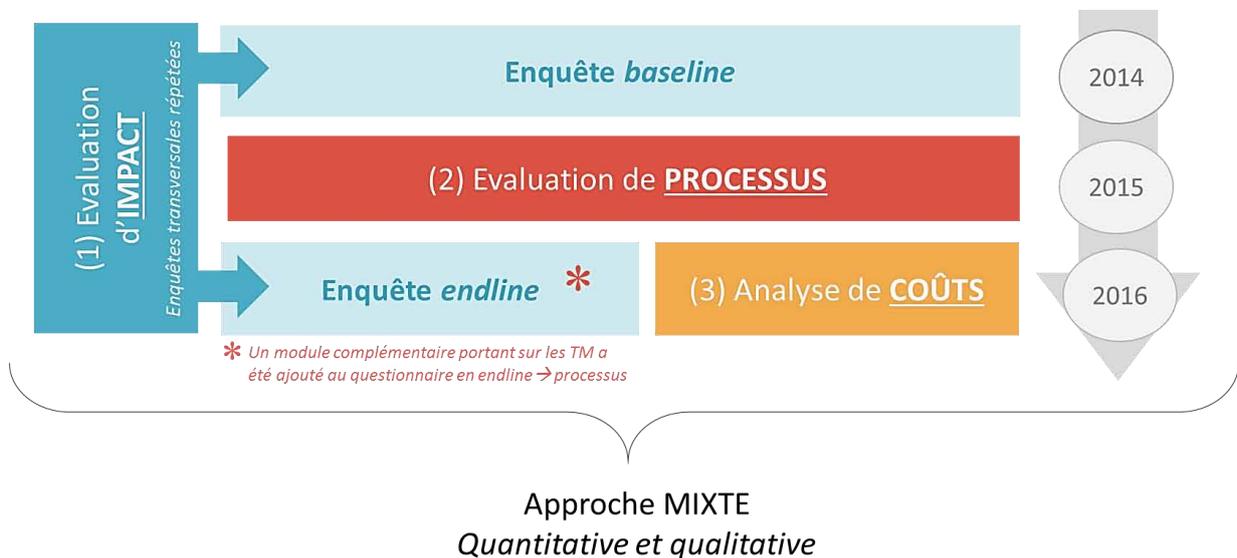


**Figure 21- Les différentes composantes de la théorie d'un programme selon Rossi, Lipsey et Freeman**

Enfin, pour Rossi, Lipsey et Freeman (126), une théorie du programme complète, ne doit pas seulement contenir une théorie de l'impact mais également une théorie du processus, autrement dit un plan opérationnel précis visant à assurer une mise en œuvre optimale de l'intervention telle qu'elle a été initialement conçue (cf. **Figure 21**). Pour ces auteurs, évaluation d'impact et de processus sont indissociables. Si l'impact escompté d'un programme n'est pas atteint, son évaluation doit être en mesure d'identifier si l'échec provient d'un problème de mise en œuvre ou d'une défaillance dans la logique du programme. Les recommandations formulées au terme de l'évaluation ne seront pas les mêmes. Si c'est la mise en œuvre qui est en cause, il conviendra de recommander des mesures visant à améliorer la qualité de l'intervention, tandis que si c'est la théorie qui est incriminée, c'est la stratégie adoptée qui devra être complètement repensée (127).

### 3.2. L'évaluation du programme de TM au Togo

Afin de répondre aux exigences de la théorie du changement et d'aboutir à une évaluation qui soit à la fois utile et explicative, nous avons identifié trois volets à mettre en œuvre : une évaluation d'impact, une évaluation de processus et une analyse de coûts.



#### (1) L'évaluation d'IMPACT

L'évaluation d'impact avait pour objectif principal de mesurer l'effet du programme de TM sur l'état nutritionnel de l'enfant, et en particulier sur le retard de croissance. Mais, elle devait également permettre d'identifier les voies d'impact des TM, autrement dit les mécanismes d'action par lesquels ils aboutissent (ou non) à une amélioration de l'état nutritionnel des enfants (ex : augmentation des dépenses alimentaires, utilisation des services de santé, adoption de comportement favorables au bien-être de l'enfant). Il s'agissait donc d'évaluer la logique du programme en testant les hypothèses causales sur lesquelles il repose. Ces hypothèses sont généralement matérialisées sous la forme de chemins causaux hypothétiques reliant les activités du programme à ses résultats attendus. La **Figure 22** ci-après présente les principales voies d'impact escomptées du programme de TM togolais. Ces voies d'impact théoriques ont été identifiées sur la base du schéma conceptuel des causes de la malnutrition et des principaux leviers d'action des TM identifiés dans la littérature. C'est sur la base de ce schéma qu'ont ensuite été identifiées les données à collecter lors des deux enquêtes transversales répétées sur lesquelles repose l'évaluation d'impact.

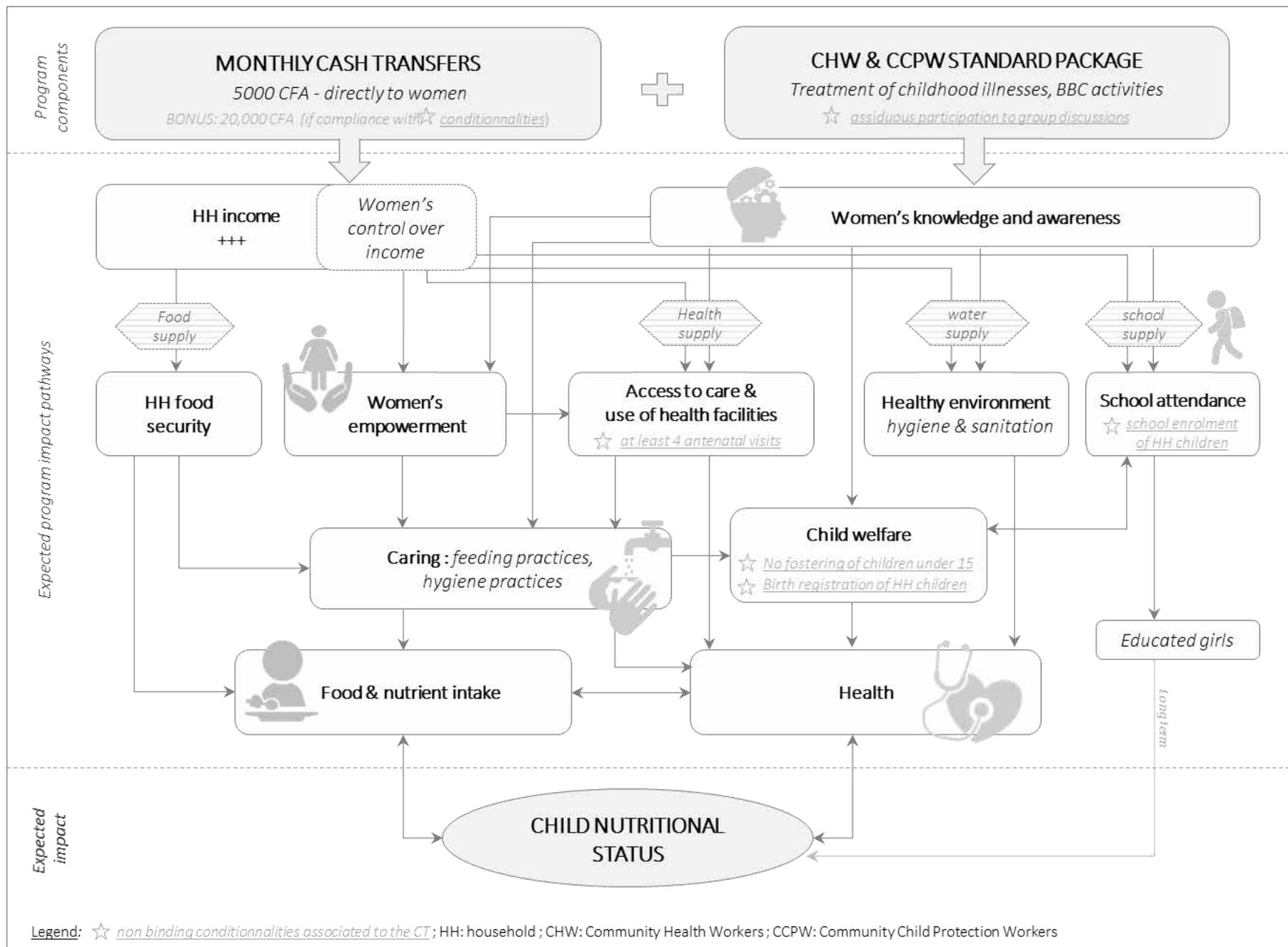


Figure 22- Voies d'impact escomptées du programme de transferts monétaires togolais [par l'auteur, adapté de LEROY et al.]

## (2) L'évaluation de processus

Menée à mi-parcours, entre les mois d'avril et juin 2015, l'évaluation de processus devait permettre de documenter la mise en œuvre du programme (*organizational plan*) et son utilisation/appropriation par les bénéficiaires (*service utilization plan*). Il s'agissait d'évaluer la qualité et le niveau de couverture des activités du programme, ainsi que le niveau de d'exposition et d'adhésion des bénéficiaires au programme. Les objectifs de cette évaluation était double : i) identifier les forces et les faiblesses du programme, les points forts et points faibles de sa mise en œuvre et de son fonctionnement pour pouvoir proposer, le cas échéant, un certain nombre d'ajustements à même de redresser les aspects défailants du programme, et d'en maximiser l'impact ; ii) comprendre pourquoi et comment l'impact du programme a été atteint (ou pas).

## (3) L'analyse de coût

Ma thèse s'est principalement focalisée sur les évaluations de processus et d'impact. L'analyse des coûts n'a pas été abordée dans le cadre de cette thèse et j'ai pris le parti de ne pas revenir dessus plus en détails, mais cela reste bien entendu un élément crucial à prendre en compte dans l'évaluation globale du programme.

## 4. Méthodologie de l'évaluation d'impact

### 4.1. Schéma d'étude et procédure de sélection de la population étudiée

#### 4.1.1. Essai contrôlé randomisé en grappes et enquêtes transversales répétées

De type expérimental l'évaluation d'impact du programme repose sur un **essai randomisé en grappes**. Parmi les 273 « villages ICCM-Nut » des cinq préfectures ciblées par le programme de TM, 162 villages ont été randomisés en deux bras :

- Un bras **Cash transfers** incluant 82 villages qui bénéficiaient à la fois du **TM** et du **paquet de services** délivré au niveau communautaire par les ASC et ACPE (Encadré 2) ;
- Un bras **Contrôle** incluant 80 villages qui bénéficiaient uniquement du **paquet de services** délivré au niveau communautaire par les ASC et ACPE.

Pour rappel, ce paquet de service comportait :

- un volet « nutrition-santé » à la fois curatif et préventif incluant le dépistage et traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS), la prise en charge des trois principales maladies de l'enfant (paludisme, IRA, diarrhée), ainsi que des causeries socioéducatives et visites à domicile portant sur les pratiques familiales essentielles en matière de santé, alimentation et hygiène ;
- Un volet « protection de l'enfant » incluant des causeries socioéducatives et visites à domicile relatives à la protection et promotion des droits de l'enfant.

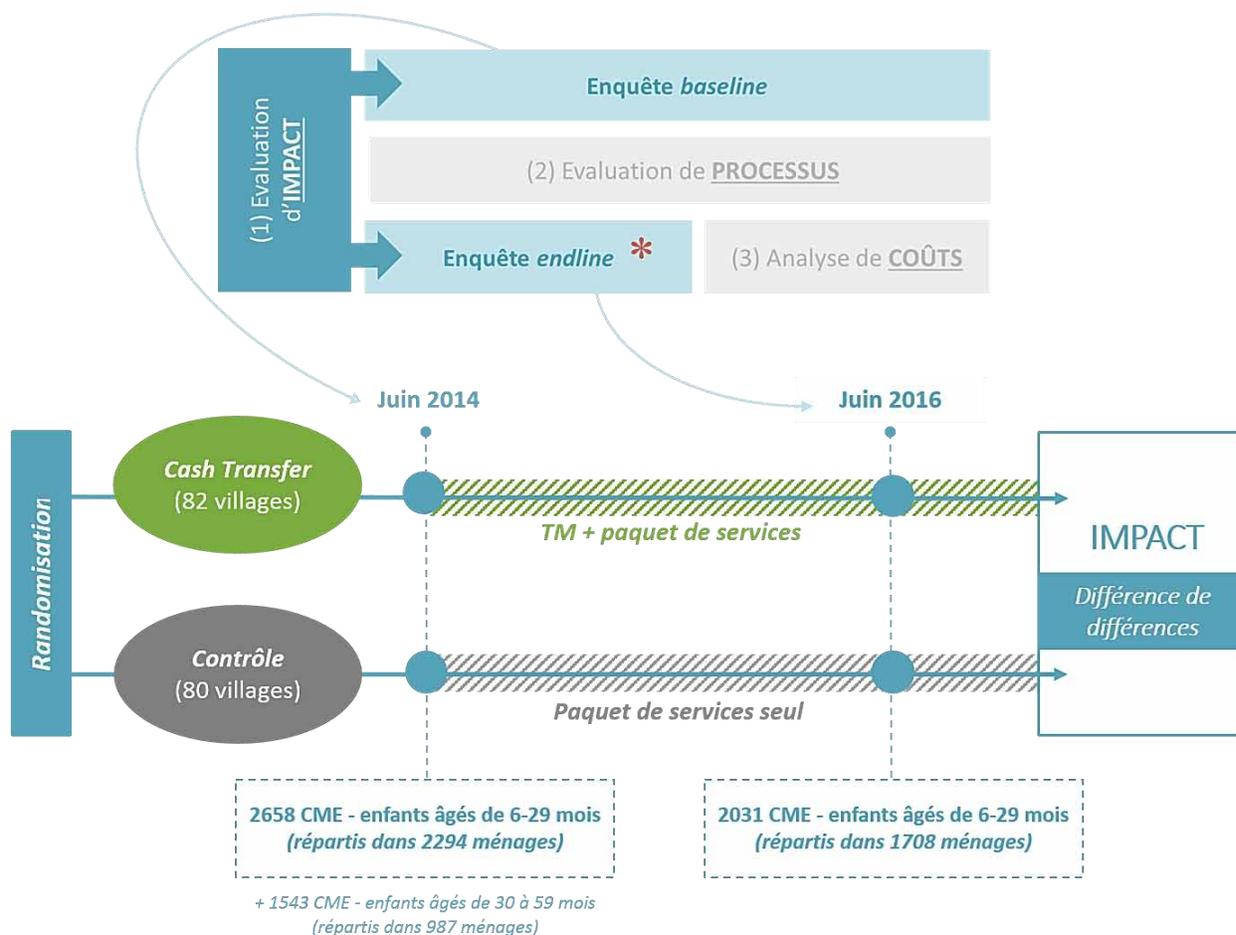
La randomisation, stratifiée par préfecture, a été générée à partir de la base de recensement des ménages éligibles au TM. Le nombre total de villages à inclure dans le bras *Cash Transfers* a été déterminé par les opérateurs du programme de manière à couvrir environ 4800 enfants de 0 à 24 mois dès le démarrage du programme. Dans chaque préfecture, un quota d'enfants a été fixé sur la base de cet objectif global et en fonction de la proportion d'enfants de moins de deux ans résidant dans chaque préfecture. La randomisation des villages a ensuite été générée à l'aide de la fonction RAND d'Excel. Un nombre aléatoire a été attribué à chacun des 273 villages qui ont ensuite été classés dans l'ordre croissant. Pour chacune des préfectures, les premiers villages ont inclus dans le bras *Cash Transfers* jusqu'à ce que le quota d'enfants préalablement fixé soit atteint. Au terme de cette première étape, 81 villages ont été alloués au bras *Cash Transfers*, représentant 4473 enfants. La même procédure a ensuite été répétée parmi les 192 villages restants afin de sélectionner 81 villages *Contrôle*, et de garantir ainsi une parfaite égalité entre le nombre de villages *Cash Transfers* et *Contrôle* dans chacune des préfectures. Toutefois, lors de l'annonce des résultats de la randomisation au sein des communautés, l'un des villages *Contrôle* de la préfecture de la Kéran a accidentellement été traité comme un village *Cash Transfers* (cf. **Tableau 3**, ci-

dessous). Pour des raisons éthiques évidentes, il a été décidé que ce village serait maintenu dans le bras *Cash Transfers*. Au final, les bras *Cash Transfers* et *Contrôle* incluaient donc respectivement 82 et 80 villages.

**Tableau 3- Répartition des 162 villages de l'étude par bras et préfecture**

	Dankpen	Doufelgou	Kéran	Oti	Kpendjal	Total
<i>Cash Transfer</i>	19	14	19	14	16	82
<i>Contrôle</i>	19	14	17	14	16	80
Total	38	28	36	28	32	162

Afin d'évaluer l'impact du programme de TM, deux enquêtes transversales ont été menées à 24 mois d'intervalle au sein de ces deux bras : une enquête *baseline* réalisée en mai- juin 2014 avant le début du programme et une enquête *endline* réalisée en juin 2016, après 22 mois d'intervention.



CME: couples mère-enfant, TM: Transferts monétaires

**Figure 23- Design de l'évaluation d'impact**

Le même questionnaire standardisé a été administré lors de ces deux enquêtes. Seul un module complémentaire (\*) portant sur le programme de TM a été ajouté lors de l'enquête *endline*. Une analyse en différence de différences (dont la méthodologie est présentée au chapitre VII) a ensuite permis de déterminer si l'évolution des situations entre les enquêtes *baseline* et *endline* était significativement différente entre les bras *Cash Transfers* et *Contrôle*, autrement dit de conclure sur l'impact attribuable au transfert monétaire.

Si le programme ciblait les femmes enceintes et les enfants de 0-24 mois, les enquêtes portaient quant à elles sur les couples mères-enfants avec enfants de 6-29 mois. Considérant 24 mois d'intervention, cette tranche d'âge correspondait à celle pour laquelle les enfants bénéficiaires avaient théoriquement été exposés à l'intervention suffisamment longtemps (au moins 12 mois, pouvant inclure la période *in utero*) et suffisamment tôt dans l'enfance (au plus tard à 6 mois) pour qu'un impact puisse potentiellement être observé (cf. **Tableau 4**, ci-dessous).

**Tableau 4- Durées d'exposition théoriques des enfants bénéficiaires au programme de TM au moment de l'enquête *endline* (Juin 2016)**

Age en mois lors de l'enquête <i>endline</i> (juin 2016)	Age en mois lors de la première exposition au programme	Age en mois lors de la dernière exposition au programme	Durée totale d'exposition au programme (en mois)
0	-6	0	6
6	-6	6	12
12	-6	12	18
18	-6	18	24
24	0	24	24
30	6	24	18
36	12	24	12
42	18	24	6*
48	24	24	0

\* Un couple mère-enfant ne pouvait rentrer dans le programme pour une durée inférieure à 12 mois. Par exemple un enfant de 18 mois aurait dû sortir du programme à 24 mois, mais en réalité il continuait à bénéficier jusqu'à 30 mois.

## Taille d'échantillon et sélection aléatoire des enquêtés

La taille d'échantillon a été calculée de manière à pouvoir détecter un changement significatif de HAZ chez les enfants âgés de 6 à 29 mois.

Compte tenu des paramètres suivants:

- un seuil de signification de 5% ;
- une puissance de 90% ;
- 10% de données manquantes/ invalides ;
- 162 villages à randomiser dans deux bras ;
- un coefficient de corrélation intra-village de 0,02 (prise en compte de l'effet cluster) ;
- une variance de 1,3 (définie sur la base d'études antérieures) ;
- une approche conservatrice ne tenant pas compte de la stratification de la randomisation par préfecture (qui est avantageuse mais qui ne peut être quantifiée avec certitude)

la taille de l'échantillon nécessaire pour **détecter une différence de 0,20 HAZ** entre les bras *Cash Transfers* et *Contrôle* a été estimée à **1020 enfants âgés de 6 à 29 mois par bras et enquête<sup>5</sup>, soit un total de 2040 enfants par enquête.**

Cette taille d'échantillon était également suffisante pour mettre en évidence, entre les bras *Cash Transfers* et *Contrôle*, une différence de :

- 9 points de prévalence de retard de croissance
- 4 point de prévalence d'émaciation et 0,20 de WHZ
- 0,25 points de score de diversité alimentaire (sur la base d'une classification en 7 groupes alimentaires)

Pour atteindre cette taille d'échantillon, 13 couples mère-enfant (CME) devaient en moyenne être enquêtés par village et par enquête<sup>6</sup>. Ces 13 CME ont été identifiés de manière aléatoire à partir d'une liste de 12 « ménages points de départ » (+ 3 complémentaires) tirés au sort dans la base de recensement des couples mère-enfant éligibles au TM. Ces ménages n'ont pas été directement considérés comme des unités d'enquête de manière à ne pas surreprésenter les enfants âgés de 0 à 24 mois.

---

<sup>5</sup> Lors de l'enquête *baseline*, la taille d'échantillon avait été étendue à 2104 enfants de 6-59 mois par bras afin de prévoir une éventuelle extension du programme à 4 ans, et une seconde enquête *endline*. Cette extension n'a toutefois pas eu lieu et, l'ensemble des analyses d'impact présentées dans ce manuscrit portent donc sur les enfants âgés de 6 à 29 mois. Les enfants âgés de 30 à 59 mois enquêtés en *baseline* (n=1543) ont de fait été exclus des analyses.

<sup>6</sup> Ce nombre avait été porté à 26 CME (enfant âgé de 6-59 mois) lors de l'enquête *baseline*.

Dans chaque « ménage point de départ », il était demandé à l'un des membres de lancer un dé :



**Lorsque le dé indiquait 5 ou 6**, s'il était éligible<sup>7</sup>, le « ménage point de départ » était retenu pour participer à l'enquête.

Dans le cas contraire, le ménage éligible le plus proche était sélectionné.

**A l'inverse, lorsque le dé indiquait 1, 2, 3 ou 4**, même s'il était éligible le « ménage point » de départ n'était pas sélectionné au profit du ménage éligible le plus proche. Les limites de la concession du ménage point de départ n'étant pas prises en compte, le ménage le plus proche pouvait se situer à l'intérieur comme à l'extérieur de cette concession.

Dans un même ménage, tous les couples mère-enfant éligibles ont été enquêtés. Toutefois, si une mère avait plus d'un enfant éligible, un seul enfant était sélectionné pour participer à l'enquête. Il était tiré au sort sur place directement par l'enquêteur.

Cette même procédure était appliquée devant les 12 points de départ. Si les 13 couples mère-enfant à enquêter étaient identifiés à partir d'un nombre plus restreint de points de départ (plusieurs couples mère-enfant par ménage, cas des ménages polygames), les ménages points de départ restants n'étaient pas visités. Les trois ménages points de départ complémentaires étaient par ailleurs visités seulement si les 13 couples mère-enfant n'avaient pas pu être identifiés à partir des 12 premiers points.

Si 13 CME ont bien été enquêtés dans la grande majorité des villages (n = 128), ce nombre a été porté à 17 dans les plus grands villages (n = 18), et à 5 dans les plus petits (n = 16), afin de tenir compte du nombre d'habitants de ces dits villages (cf. **Tableau 5**, ci-dessous).

**Tableau 5- Taille des villages enquêtés par préfecture**

	Dankpen	Doufelgou	Kéran	Oti	Kpendjal	Total
« Petits »	1	6	4	0	5	16
« Moyens »	31	21	29	23	24	128
« Gros »	6	1	3	5	3	18
Total	38	28	36	28	32	162

<sup>7</sup> Pour rappel, l'éligibilité ne concerne pas ici le programme TM mais les personnes à enquêter, elle fait donc référence aux ménages ayant au moins un couple mère-enfant dont l'enfant a entre 6 et 29 mois.

## 4.2. Recueil des données

### 4.2.1. L'outil de recueil : un questionnaire standardisé documentant les différentes voies d'impact potentiels des TM

Comme déjà mentionné précédemment, un même questionnaire standardisé a été utilisé lors des enquêtes *baseline* et *endline*. Seul un module complémentaire portant sur le programme de TM a été ajouté lors de l'enquête *endline*. D'une durée de 90-150 minutes, ce questionnaire a été administré en face à face au domicile des enquêtés par des enquêteurs qualifiés et formés, maîtrisant les différentes langues vernaculaires la zone d'enquête. Construit à partir de la théorie du programme, il couvrait un large éventail de sujets correspondant aux principales voies d'impact présumées des TM.

Au niveau du ménage, outre les données sociodémographiques habituelles, des informations ont été collectées sur :

- **Le niveau socio-économique**

Il a été estimé à partir d'une trentaine de variables reflétant la qualité de l'habitat (matériaux de construction, source d'éclairage, accès à l'eau potable, type de latrines) et les biens possédés par le ménage (biens de consommation courante, biens de production, bétails et terres agricoles). Un indice de richesse synthétique analogue à celui utilisé dans les enquêtes démographiques et de santé (EDS) a été construit à partir de ces différentes variables. Il s'agissait moins ici de mesurer un impact du programme sur le niveau de richesse des ménages que de décrire le contexte d'implantation de l'intervention.

- **L'insécurité alimentaire**

Elle a été évaluée à partir de 9 questions standardisées qui tiennent compte de 3 dimensions différentes: (1) l'angoisse et l'incertitude du ménage quant à la quantité et qualité des réserves de nourriture ; (2) la quantité d'aliments ingérés ; (3) la qualité du régime alimentaire. Les réponses à ces questions nous ont permis de générer deux indices composites, à savoir: l'échelle de l'accès déterminant l'insécurité alimentaire des ménages (HFIAS) et l'indice domestique de la faim (HHS)

- **La résilience : chocs ressentis par le ménage au cours des 12 derniers mois**

Des informations ont été recueillies sur 8 chocs ayant potentiellement affectés le ménage au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, à savoir: (1) le décès d'un membre du ménage ; (2) la maladie/ blessure d'un membre du ménage ; (3) la perte de bétail ; (4) la perte de récoltes ; (5) la perte d'emploi ou faillite d'entreprise ; (6) la perte

d'un bien de production ; (7) l'endommagement de l'habitat ou la perte de biens d'équipement ; (8) un problème/conflit juridique. Chaque fois qu'un choc était rapporté par l'enquêté, il lui était demandé d'en estimer l'impact sur la situation économique du ménage. Il avait le choix entre trois modalités de réponse : aucun, faible ou fort.

Le programme n'ayant pas été mis en place dans un contexte de crise, d'urgence ou de conflit, les chocs ressentis par le ménage n'ont pas été ici considérés comme des résultats intermédiaires sur lesquels il fallait mesurer un impact du programme mais plutôt comme de potentiels facteurs de confusion qui pourraient éventuellement expliquer une absence d'impact des TM.

- **Dépenses alimentaires et non alimentaires**

Les dépenses alimentaires ont été recueillies pour une liste de produits alimentaires courants (céréales, tubercules, légumineuses, viande, poisson, œufs, fruits et légumes, produits laitiers, boissons) en conjuguant montant et fréquence des achats. Les dépenses non alimentaires courantes portaient quant à elles sur les items suivant : santé, scolarisation, hygiène, habillement, transports, habitat (charbon, eau, loyer), téléphonie, tabac. Les dépenses exceptionnelles liées aux fêtes religieuses ou cérémonies ont également été recueillies mais n'ont pas été comptabilisées au titre des dépenses courantes.

- **Production alimentaire autoconsommée**

L'enquête ayant eu lieu en milieu rural, une grande partie de la consommation alimentaire des ménages provenait de leur propre production. Pour pouvoir estimer les dépenses alimentaires réelles des ménages, il était donc nécessaire de capturer leur autoconsommation. Cette dernière a été chiffrée grâce à une « enquête marché ». Le montant de l'autoconsommation ainsi obtenu a ensuite été additionné au montant des dépenses alimentaires effectuées sur les marchés en vue d'estimer in fine les dépenses alimentaires totales des ménages.

- **Dettes, créances et épargne**

Les dettes et créances peuvent constituer au même titre que les chocs subis par le ménage, un important facteur de confusion qu'il convient mesurer. L'utilisation du TM pour rembourser des dettes ou prêter des sommes importantes à d'autres ménages pourrait, en effet, expliquer l'absence d'impact chez certains ménages.

Le montant de l'épargne a par ailleurs été recueilli en vue de mesurer un éventuel impact du programme sur les capacités d'épargne des ménages, qui favoriserait à moyen terme leur capacité d'investissement.

Dans un deuxième temps, des informations ont également été recueillies sur les couples mère-enfant directement auprès des femmes concernées. Elles recouvraient les thèmes suivants :

- **Connaissances des mères**

Les connaissances des mères ont été évaluées dans 6 domaines différents : (1) les pratiques d'allaitement ; (2) la nutrition et les pratiques d'alimentation du nourrisson et jeune enfant ; (3) la santé et le suivi sanitaire des enfants ; (4) les pratiques d'hygiène ; (5) la grossesse et l'accouchement ; (6) l'enregistrement des naissances. Au total 23 questions ont été posées aux femmes, dont 11 questions fermées appelant une réponse précise (ex : *Quel est le délai légal à respecter pour enregistrer votre enfant à l'état civil ?*) et 12 questions ouvertes axées sur un certain nombre de bonnes pratiques enseignées lors des causeries socioéducatives (ex : *Que peut-on faire pour encourager un enfant à manger ?*). Toutes les questions de ce module ont, en effet, été élaborées à partir des manuels des ASC et ACPE, et étaient donc normalement adaptées au contenu des causeries. Un système de point a ensuite été élaboré sur la base des réponses à ces différentes questions permettant de construire des terciles distinguant les femmes en fonction de leur niveau de connaissances « mauvais », « passable » ou « bon ».

- **Histoire génésique, suivi de grossesse, naissance de l'enfant et suivi post-natal**

Il s'agissait ici de mesurer l'utilisation du système de santé par les mères. Les principales informations collectées concernaient: le nombre de consultations prénatales et post-natales réalisées pour l'enfant concerné par l'enquête, le lieu de l'accouchement, et le poids de naissance de l'enfant.

- **Alimentation de la mère et de l'enfant**

L'objectif était ici de mesurer l'impact du TM sur la qualité et la quantité du régime alimentaire des mères et des enfants. Un rappel des 24h, listant tous les aliments et boissons ingérés la veille de l'enquête, a permis de mesurer leur diversité alimentaire via les scores (DDS7 et DDS10) et indicateurs dichotomiques (MDD et MDDW) usuels. Chez l'enfant, le recueil d'informations sur les pratiques d'allaitement, le nombre moyen de prises alimentaires (repas et snacks) ou encore le moment d'initiation de l'alimentation de complément, a par ailleurs permis de construire les principaux indicateurs d'alimentation du nourrisson et jeune enfant (ANJE) recommandés par l'OMS.

- **Pratiques d'hygiène et salubrité de l'environnement**

L'hygiène des mères, de leurs enfants et de leur milieu de vie a ici été évaluée à travers la méthode dite des « *spot-checks* ». Plus rapide, moins couteuse, moins intrusive et moins sujette à l'*effet Hawthorne*<sup>8</sup> que les observations structurées, cette méthode permet d'observer lors d'une visite à domicile un certain nombre d'éléments prédéterminés censés approximer les pratiques d'hygiène. Les enquêteurs été ici invités à observer : les mains, le visage, les cheveux et les vêtements des mères et de leurs enfants. Ils avaient le choix entre 3 modalités de réponses, à savoir: « propre », « sale » et « poussiéreux ». Ils devaient également évaluer la propreté des lieux en prêtant attention à la présence de déchets et de matières fécales animales. Trois scores d'hygiène différents, pour l'enfant, la mère et l'environnement, ont été élaborés sur la base de ces observations.

- **Santé de l'enfant, morbidité et suivi sanitaire**

Ce module regroupait des informations sur : l'état de santé général de l'enfant depuis sa naissance (tel que perçu par sa mère), la morbidité au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et ses principaux symptômes ; le recours au système de soins en cas de maladie ; et le suivi médical régulier de l'enfant (vaccination, suivi de la croissance).

- **Emploi du temps des femmes et *caring***

Il existe généralement une association inverse entre la charge de travail des femmes et le temps qu'elles consacrent aux pratiques de soins envers les enfants, qui constituent au même titre que la santé ou l'alimentation une condition nécessaire à leur survie et leur bon état nutritionnel. L'objectif était donc ici de mesurer l'impact des TM sur l'emploi du temps des mères. Il s'agissait notamment de déterminer si la perception du TM permettait de soulager les femmes de certaines tâches et d'augmenter le temps qu'elles consacrent à leur enfant, ou si au contraire, certaines des conditionnalités attachées au programme, comme la participation aux causeries, leur demandaient trop de temps et d'investissement. Pour ce faire, des informations ont été collectées sur la fréquence (nb de fois/semaine) et le temps consacré à 11 activités différentes: (1) travailler ; (2) aller chercher de l'eau ; (3) aller chercher du bois, (4) faire les courses ; (5) faire la vaisselle ; (6) faire la lessive ; (7) préparer les repas ; (8) faire manger son enfant ;

---

<sup>8</sup> Effet selon lequel les individus ont tendance à modifier leurs comportements lorsqu'ils se savent observés. Ils tendent ainsi à agir conformément à la norme sociale, autrement dit à ce qui est valorisé par la société, ou de manière à plaire à l'enquêteur en adoptant les comportements qu'ils pensent que ce dernier attend d'eux (biais de prévarication).

(9) prépare son enfant (le baigner, le coiffer, l'habiller) ; (10) jouer avec l'enfant ; (11) participer aux activités communautaires et aux causeries.

Malheureusement, les informations recueillies au travers de ce module sont difficilement exploitables. En effet, en milieu rural, les femmes ont une notion très approximative du temps et le recours à un système de cadran solaire pour estimer le temps passer à chaque activité n'a pas suffi à assurer la cohérence des données collectées. Dans ce genre de contexte, les observations chronométrées des activités devraient être préférées.

- **Statut de la femme**

Ce module visait à mesurer l'impact des TM sur le pouvoir décisionnel des femmes et sur les violences conjugales.

- **Protection et droits de l'enfant**

Si aucun module n'était consacré aux droits de l'enfant, plusieurs questions s'y rapportant étaient toutefois disséminées entre les différentes sections du questionnaire. Elles portaient sur : la scolarisation dans le primaire des frères et sœurs de l'enfant enquêté ; l'enregistrement des naissances et les pratiques de « confiage » du ménage.

- **Mesures anthropométriques des mères et des enfants**

Enfin, tous les couples mère-enfant enquêtés ont été pesés et mesurés.

- **Le programme : utilisation, satisfaction et effets pervers**

Un module complémentaire portant sur le programme a été ajouté lors de l'enquête *endline*. Il s'adressait principalement aux femmes des villages *Cash Transfers*, mais comportait toutefois quelques questions également destinées aux femmes des villages *Contrôle*. Les 9 sous-sections de ce module sont rapidement présentées ci-dessous (avec pour chacune d'elles, les bras concernés) :

(1) Information reçue sur le programme (bras *Cash Transfers* et *Contrôle*) :

L'objectif principal de cette sous-section était de mesurer le niveau de satisfaction des femmes vis-à-vis des informations qu'elles avaient pu recevoir sur le programme (critères d'éligibilité, durée d'inclusion, caractère pilote du programme, sélection des villages).

(2) Entrée dans le programme (bras *Cash Transfers*):

Il s'agissait principalement ici d'identifier les bénéficiaires réelles du TM, autrement dit les femmes éligibles ayant perçu au moins un TM pour l'enfant enquêté. La réponse à

cette question conditionnait la suite du questionnaire puisque seules les bénéficiaires effectives étaient de fait invitées à répondre aux questions touchant directement aux TM. Une fois ces bénéficiaires réelles identifiées, il leur était ici demandé de déterminer à quel moment elles étaient entrées dans le programme (stade de grossesse, âge de l'enfant), et d'estimer le nombre moyen de TM qu'elles avaient perçu depuis.

(3) Distribution des TM (bras *Cash Transfers*, bénéficiaires effectives) :

Dans cette sous-section, il était question des aspects logistiques liés au déroulement des distributions (temps pour se rendre au point de paiement, coût éventuel du déplacement, temps d'attente sur place).

(4) Utilisation et partage du TM (bras *Cash Transfers*, bénéficiaires effectives) :

Il s'agissait ici de documenter la manière dont les bénéficiaires dépensent l'argent du TM (dépenses de santé, alimentation, habillement). Ce module visait également à recueillir des informations sur les éventuels partages réguliers ou occasionnels du TM qui s'opèrent au sein des ménages et, en dehors.

(5) Statut du TM et impact sur les relations intrafamiliales et communautaires (bras *Cash Transfers*, bénéficiaires effectives) :

L'objectif était ici de comprendre comment le TM était perçu au sein du ménage (argent du ménage ? argent réservé à l'enfant bénéficiaire ?) et, qui décidait in fine de la manière dont il devrait être utilisé. Il s'agissait également de rendre compte de l'effet (perçu) du TM sur le pouvoir décisionnel des femmes. Enfin, quelques questions portaient également sur les éventuels conflits générés par le TM au sein du ménage et plus largement de la famille et de la communauté.

(6) Satisfaction des bénéficiaires et plaintes éventuelles (bras *Cash Transfers*, bénéficiaires effectives) :

Des informations ont été recueillies sur la satisfaction générale des bénéficiaires en ce qui concerne la conception du programme (montant, fréquence, nature du TM). Cette sous-section s'intéressait également aux éventuelles plaintes formulées par les bénéficiaires à l'encontre du programme et à leurs différents motifs. Enfin, il était également question ici de l'organisation des femmes en « bureaux des bénéficiaires » (révélée lors de l'évaluation de processus).

(7) Participation aux causeries et VAD (bras *Cash Transfers* et *Contrôle*) :

Il s'agissait ici de comprendre les motivations des femmes et d'évaluer leur niveau de satisfaction quant au contenu et au déroulement des causeries (date, lieu, durée).

(8) Encouragement des naissances (bras *Cash Transfers* et *Contrôle*) :

L'un des potentiels effets pervers des programmes de TM réside dans l'encouragement des naissances. Bien que la littérature sur le sujet n'ait jusqu'alors rien trouvé en ce sens, les résultats de l'évaluation de processus, qui laissent entrevoir une possible augmentation de la natalité, nous ont poussé à investiguer davantage cette question.

(9) Sortie du programme (bras *Cash Transfers*, bénéficiaires effectives) :

Le sentiment des femmes vis à vis de leur sortie du programme a ici été recueilli (inquiétude, anticipation). Il s'agissait de comprendre comment elles envisageaient et anticipaient leur sortie et, de quelle manière elles comptaient utiliser leur éventuel bonus.

*\* Bien qu'il ait été administré lors de l'enquête endline, devant permettre d'évaluer l'impact du programme de TM, ce module descriptif relève en réalité de l'évaluation de processus. Les principaux résultats qui sont ressortis de son analyse ont donc été insérés dans le chapitre V portant sur l'évaluation de processus.*

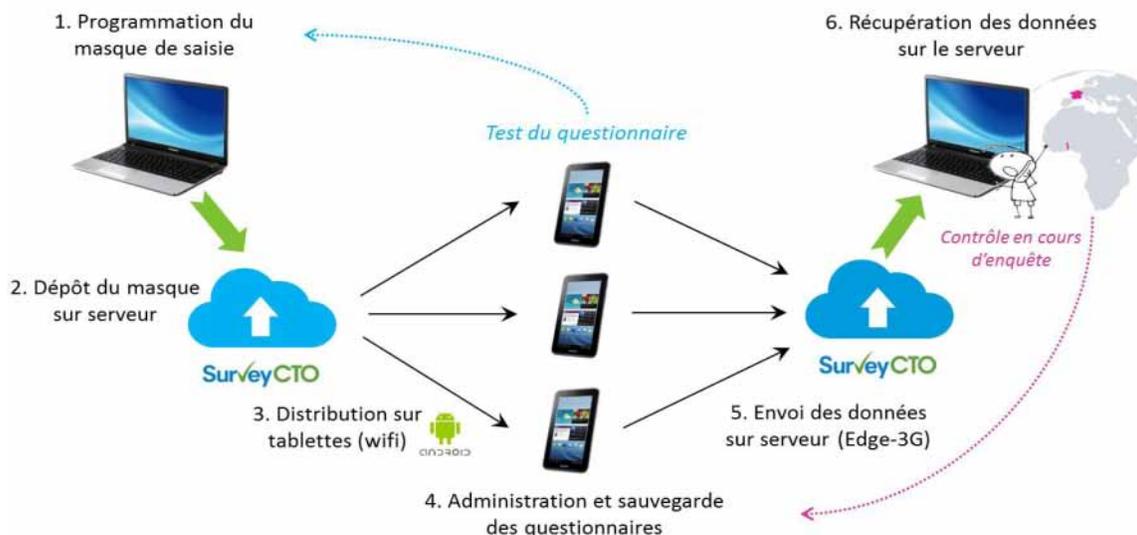
Les indicateurs générés à partir de ces données, ainsi que les analyses statistiques sont détaillés dans les chapitres IV et VII (articles scientifiques).

#### 4.2.2. L'organisation logistique : un petit aperçu du terrain

Ce questionnaire a été administré par 50 enquêteurs répartis en cinq équipes différentes, soit une par préfecture. Chaque équipe était composée d'un superviseur, sept enquêteurs, un mesureur et un recenseur. Responsable de son équipe, le superviseur organisait et contrôlait le travail des enquêteurs. Il administrait également un certain nombre de questionnaires et était responsable de l'envoi des données collectées au serveur en ligne (cf. **Encadré 5**). Les enquêteurs administraient le questionnaire au domicile des enquêtés et assistaient le mesureur lors de son passage dans les ménages. Ce dernier mesurait et pesait tous les couples mère-enfant enquêtés à l'aide de toises mobiles graduées au millimètre près et de balances seca® permettant d'effectuer une double pesée (mère-enfant). Le recenseur, qui travaillait seul et en amont du reste de l'équipe, était en charge de la sélection aléatoire des ménages à enquêter.

#### Encadré 5-Fini les questionnaires papier !

Les questionnaires administrés sur le terrain étaient directement saisis sur des tablettes via un masque de saisie contrôlée. Ce masque était chargé sur les tablettes au moyen de l'application *Survey CTO Collect* qui permet de recueillir des données à partir d'appareils mobiles Android et de les envoyer directement sur un serveur en ligne. Les données ainsi collectées étaient envoyées via le réseau téléphonique 3G, le plus régulièrement possible afin de permettre un contrôle qualité des données tout au long de l'enquête. En fin d'enquête, la table de données correspondante a été récupérée sur le serveur avant d'être nettoyée puis analysée.



Tous les enquêteurs ont été recrutés sur la base de leurs expériences d'enquête, de leur connaissance du terrain mais aussi de leur maîtrise des nombreuses langues vernaculaires du nord du pays. Une grande diversité linguistique qui nous a contraint à repenser l'organisation de l'enquête. Les équipes, qui devaient initialement progresser ensemble préfecture par préfecture, ont finalement été constituées en fonction des langues puis dispatchées entre les cinq préfectures à enquêter. Les équipes progressaient donc simultanément compliquant de fait le travail de supervision et coordination.



**Figure 24- Principales langues vernaculaires de la zone d'enquête**

Tous les enquêteurs ont été formés à l'utilisation des tablettes, à la prise standardisée des mesures anthropométriques et aux différents modules du questionnaire, qui ont par ailleurs été adaptés au contexte local grâce à leurs contributions lors des ateliers de formation. Un test terrain organisé avant le démarrage de l'enquête avait également permis de faire quelques derniers ajustements.

En plus de ces 50 enquêteurs, cinq « enquêteurs marché », soit un par préfecture ont été recrutés à mi-parcours pour réaliser l'enquête « marché et calibrage des unités ménagères ». Ils étaient chargés de relever le prix des denrées alimentaires sur les différents marchés de leur préfecture dans différentes unités de mesure (ex :alebasse, bol, sac, tas) et sous différentes formes (ex : maïs en grains, en épis, en farine). Ils devaient ensuite se rendre dans les villages pour calibrer les unités ménagères afin qu'une correspondance puisse ensuite être établit avec les unités utilisées dans les marchés en vue de chiffrer l'autoconsommation des ménages.



**Illustration 2- Petit aperçu du terrain et de certains de ses aléas**

**La saison des pluies-** Difficultés d'accès à certains villages, voitures embourbées, absence des ménages partis semer dans des champs parfois très éloignés, sont autant de difficultés engendrées par la saison des pluies qui ont contribuées à allonger le temps d'enquête.

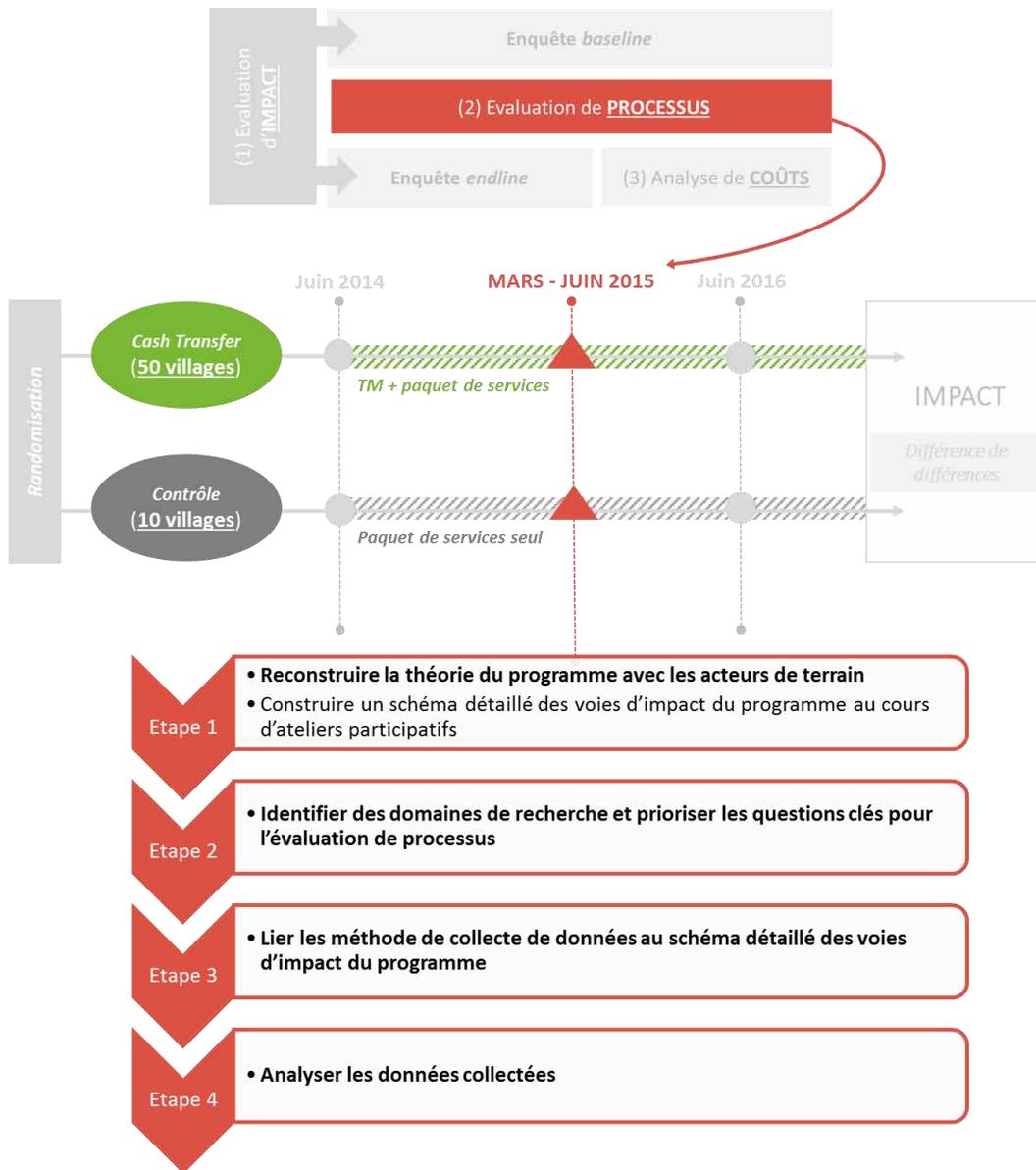
**La multiplicité des langues-** Bien que les équipes aient été constituées en fonction des langues, il était parfois nécessaire de recourir à des interprètes entraînant un inévitable allongement de la durée du questionnaire et une perte de précision dans l'information recueillie.

**La détermination des âges-** Les enquêtés n'avaient pas toujours connaissance de leur propre âge, ni de celui de leur enfants et ne disposaient parfois d'aucun documents l'attestant. Il était alors nécessaire de recourir au calendrier des événements pour déterminer au jour près les dates de naissances des enfants de moins de deux ans.

## 5. Méthodologie de l'évaluation de processus

### 5.1. La construction d'un schéma détaillé des voies d'impact du programme: une première étape cruciale à toute évaluation de processus

Menée environ six mois après le démarrage du programme, l'évaluation de processus a été initiée par l'organisation de deux ateliers visant à reconstruire le schéma des voies d'impact du programme, pensé au niveau central, avec les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités sur le terrain. L'objectif était d'avoir une compréhension fine du programme et d'identifier les questions de recherche à investiguer lors de l'évaluation de processus.



Ces ateliers devaient permettre, au travers d'une approche participative, de:

- Elaborer un schéma détaillé des voies d'impact du programme décomposant l'intégralité de l'enchaînement « *inputs – process – outputs - outcomes – impact* » (et faisant ainsi figurer dans un même cadre : théorie de l'impact et théorie du processus) ;
- Dresser une liste des facteurs facilitants et limitants susceptibles de s'immiscer tout au long de ces voies d'impact et d'en modifier la trajectoire, autrement dit de modifier positivement ou négativement le déroulement du programme ;
- Soulever les principaux problèmes de mise en œuvre du programme et, proposer le cas échéant un certain nombre de solutions et d'ajustements ;
- Identifier les questions de recherche importantes pour l'évaluation de processus

Comme le note Nancy L. Porteous : « *Le processus d'élaboration d'un modèle logique a en soi une valeur inestimable. Les dialogues, les discussions et parfois même les débats qui s'ensuivent permettent d'élucider des conceptualisations nouvelles ou encore d'autres interprétations possibles d'un programme et des objectifs qu'il est censé atteindre.* »

## **5.2. Décrypter la boîte noire du programme à l'aide de méthodes qualitatives**

*« Qualitative methods are often used in evaluations because they tell the program's story by capturing and communicating the participants' stories [...]. Understanding the program's and participants' stories is useful to the extent that they illuminate the processes and outcomes of the program [...] ».*

Michael Quinn Patton in *Qualitative Research & Evaluation Methods*

Comme l'illustre la citation de Patton, les méthodes qualitatives offrent de précieux outils pour comprendre les mécanismes d'action et résultats d'un programme. Les différents récits qu'en font ses participants, leurs conceptions, leur vécu et expériences vis-à-vis de ce programme permettent en effet d'accéder à son histoire, autrement dit à la manière dont il a été mis en œuvre et accueilli par les populations. Pour accéder à ces différents récits, une enquête qualitative rigoureuse se doit de trianguler à la fois ses interlocuteurs et ses outils de recueil.

### **5.2.1. Choix des interlocuteurs et outils de recueil**

Comme le souligne Jean-Pierre Olivier de Sardan, « *la triangulation est le principe de base de toute enquête, qu'elle soit policière ou ethnographique : il faut recouper les informations!* ». Il distingue la triangulation simple qui consiste à s'appuyer sur divers informateurs pour ne pas être prisonnier d'une seule source, de la triangulation complexe qui vise à choisir ces divers

informateurs de manière raisonnée, en fonction de leur rapport au problème traité. Il ne s'agissait pas ici comme dans une enquête policière de recouper des informations pour parvenir à « la vérité », mais de croiser des points de vue différents dont l'analyse pouvait amener à une meilleure compréhension du programme. Pour parvenir à cette triangulation complexe, nous avons identifiés trois « groupes stratégiques » d'informateurs en nous basant sur les travaux de Guba et Lincoln. Ces auteurs distinguent en effet trois grandes catégories d'acteurs dont il est utile de recueillir le point de vue et d'analyser les pratiques dans le cadre de l'évaluation d'un programme, à savoir :

- **Les « agents »** autrement dit les individus engagés dans la conception et l'implantation d'une intervention, incluant ici l'ensemble des acteurs intervenant dans le programme du niveau national jusqu'au niveau communautaire ;
- **Les « utilisateurs »** qui tirent directement ou indirectement profit du programme, ici les femmes bénéficiaires et leurs proches, à savoir leurs maris et belles-mères ;
- **Les « victimes »** qui sont affectées négativement par le programme soit parce qu'elles en sont exclues, soit parce qu'elles subissent des dommages directs ou indirects imputables à l'intervention. Nous avons ici considéré les femmes « non bénéficiaires » des villages *Cash Transfer* et *Contrôle*.

Les personnes à interviewer au sein de chacun de ces trois groupes n'ont pas été sélectionnées par une méthode de tri statistique aléatoire, mais en fonction de leur capacité à apporter de l'information sur le programme. Au sein des groupes « utilisateurs » et « victimes », cet échantillonnage de convenance a été constitué avec l'aide des agents communautaires (ASC et ACPE) des 60 villages présélectionnés pour participer à l'étude, soit 50 villages *Cash Transfer* et 10 villages *Contrôle*. Cette présélection a été réalisée de manière à assurer une représentation des villages en termes de géographie, de taille et d'ethnie. Il s'agissait là encore de diversifier au maximum les points de vue. Partant du principe que « le parti pris anti-cohérence » est plus fécond que « le parti pris pro-cohérence », nous avons supposé qu'il y avait des différences de mise en œuvre et d'utilisation du programme en fonction des préfectures, de la taille des villages mais également des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés (âge, ethnie, religion, éducation). Nous avons donc veillé à faire varier ces divers paramètres autant que possible. Au sein du groupe « agents », la sélection des acteurs à enquêter s'est faite de manière à assurer la représentation des différentes structures impliquées dans la mise en œuvre du programme aux niveaux central, régional, préfectoral et local. Le nombre de personnes à enquêter au sein de chacun de ces groupes stratégiques n'a pas été fixé à l'avance mais déterminé en cours d'enquête sur la base du principe de saturation de l'information, selon lequel la collecte doit s'arrêter lorsqu'elle ne fournit plus d'informations nouvelles, et que l'objet d'étude est « épuisé ».

Afin d'arriver à saturation de l'information, outre la combinaison de différents interlocuteurs, l'enquête qualitative peut également faire appel à diverses méthodes de production de données. Trois méthodes ont ici été combinées, à savoir l'**entretien semi-directif**, le **focus group avec conduite directive** et l'**observation non-participante**, chacune de ces méthodes permettant de produire des informations de nature différente. Les *focus group*, en faisant appel à l'interaction entre les participants, permettent de confronter les points de vue et de révéler les divergences d'opinions et perceptions sur le programme. S'ils constituent généralement un bon moyen pour comprendre les idées, croyances et normes en vigueur au sein des communautés, ils ont néanmoins tendance à dépeindre ce qui est socialement parlant acceptable et à solliciter des discours « préconstruits ». Nous les avons donc utilisés avec précaution, notamment en vue d'identifier un certain nombre de thèmes à approfondir lors des entretiens. Plus intimiste, l'entretien permet de nouer une relation de confiance dans laquelle le contrôle social est moins pesant et la parole plus libérée. Il s'agissait ici de susciter des confidences, témoignages en rapport avec le programme afin de recueillir des informations plus précises sur les raisonnements, les perceptions et représentations populaires qui y sont attachés. Toutefois, les entretiens comme les *focus groups* se basent sur des données discursives et ne sont pas toujours en mesure de fournir des informations sur les pratiques réelles des interviewés, leurs propos étant parfois assez éloignés de la réalité des conduites. Nous les avons donc combinés avec une série d'observations non-participantes des principales activités du programme. L'objectif était de rendre compte de la façon dont les populations mettent en œuvre et utilisent le programme dans les faits (et non dans les discours). Il ne s'agissait plus ici d'analyser ce que les opérateurs et usagers perçoivent du programme ou ce qu'ils en disent, mais ce qu'ils en font réellement. Ces observations avaient également pour objectif de mettre en lumière certains modes d'interaction (entre agents et utilisateurs), certaines attitudes ou situations difficilement descriptibles. Elles devaient ainsi permettre de décrire les contextes physique, géographique et social pouvant influencer sur le bon déroulement du programme et renseigner sur les difficultés pratiques liées à sa mise en œuvre et à son utilisation.

### 5.2.2. *Production et analyse des données*

**Groupe « agents »** - Au total 79 entretiens semi-directifs ont été menés auprès des différents gestionnaires et opérateurs du programme (cf. **Figure 25**). A chaque échelon de mise en œuvre (central, régional, préfectoral et local), plusieurs acteurs affiliés à chacun des quatre ministères impliqués dans le programme (protection sociale, santé, développement à la base et poste) ont été interviewés. Au niveau central, des entretiens ont également été menés auprès des agents de l'UNICEF et de la Banque mondiale. L'éventail de personnes interviewées s'étend ainsi des directeurs généraux des Ministères de la Protection Sociale ou de la Santé aux ACPE et ASC en poste au sein des villages. Tous ces entretiens ont été réalisés en français directement par l'équipe

de l'IRD. Ils ont tous été enregistrés, après accord préalable des enquêtés, puis intégralement retranscrits à l'aide du logiciel de dictée vocale *Dragon Naturally Speaking Premium*<sup>®13</sup>.



**Groupes « utilisateurs » et « victimes »** - Les entretiens et focus groups menés auprès des communautés ont été réalisés par une équipe mixte de 20 enquêteurs/enquêtrices recrutés sur la base de leur expérience préalable en recherche qualitative et, en fonction de leur maîtrise des langues vernaculaires du nord du pays. Les profils de type sociologues et psychologues ont, dans la mesure du possible, été privilégiés. Une formation d'une semaine a permis de former l'ensemble de l'équipe à la conduite d'enquête qualitative et aux objectifs de l'évaluation de processus. Des guides d'entretien assez détaillés ont par ailleurs été élaborés afin de guider au mieux les enquêteurs vers les questions de recherche formulées lors des ateliers PIP. Outre la liste des différents thèmes à aborder, ces guides prévoyaient également des amorces et des questions « tremplin » pour lancer la discussion, ainsi que des questions ouvertes et un certain nombre de relances visant à favoriser l'argumentation. Toutefois, les enquêteurs

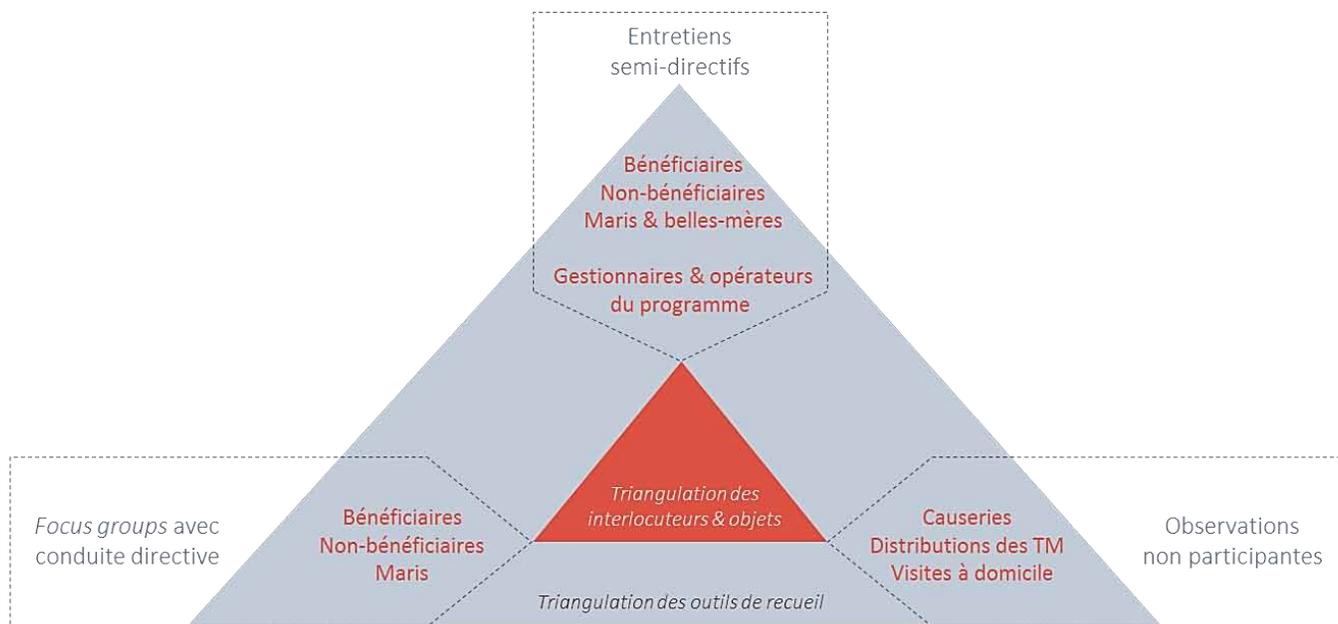
étaient invités à les utiliser comme « pense-bêtes » et non comme des questionnaires dont il faudrait épuiser toutes les rubriques. L'objectif était de laisser les enquêtés s'exprimer à leur façon (anecdotes, digressions) pour se rapprocher au maximum de la conversation naturelle tout en gardant le contrôle de l'interview, de manière à recueillir des informations utiles pour l'évaluation. Ces guides ont par ailleurs été ajustés au fur et à mesure de l'avancement de l'enquête, lors de débriefings quotidiens avec les enquêteurs. Ces débriefings permettaient en effet d'identifier les questions à creuser et nouvelles thématiques à explorer ou, au contraire celles qui semblaient être épuisées. Le point de saturation était d'autant plus difficile à estimer que les mêmes enquêteurs n'ont pas pu réaliser l'ensemble du terrain. Comme lors des deux enquêtes quantitatives, cinq équipes différentes (soit une par préfecture) ont été constituées en fonction des contraintes linguistiques. Toutefois, les préfectures ont ici été enquêtées les unes après les autres et non de manière simultanée. L'objectif était d'assurer une supervision rapprochée des enquêteurs pour permettre entre autres d'ajuster les questions de recherche en fonction des thématiques émergentes en cours d'enquête. Bien qu'un compte rendu ait été fait à chaque nouvelle équipe déployée sur le terrain, il était de fait difficile pour les nouveaux enquêteurs de juger de la redondance d'informations collectées par d'autres.

Au total 110 entretiens et 30 *focus groups* ont été réalisés auprès des bénéficiaires et non-bénéficiaires du programme. Le détail est présenté dans la **Figure 25**, page suivante. Un entretien durait en moyenne 45 minutes et un focus group entre 90 et 120 minutes. Chaque *focus group*, regroupait une dizaine de participants, huit au minimum et douze au maximum. Ils étaient, dans la mesure du possible, constitués de manière à être socialement homogènes (sexe, âge, statut social, rang de mariage) afin de faciliter l'expression de chacun, et étaient toujours menés par deux enquêteurs : un animateur et un facilitateur.

Tous les *focus groups* et entretiens ont été enregistrés puis traduits et intégralement transcrits en français par une équipe de dix agents traducteurs/transcripteurs. Basés à Lomé, ils ont été recrutés pour leurs compétences en dactylographie et traduction. Cette dissociation, entre équipe chargée de l'enquête et équipe chargée de la transcription, a non seulement permis de commencer les transcriptions avant même que le terrain ne soit terminé, mais a également garanti une transcription littérale et exhaustive des données collectées. Les transcripteurs extérieurs à l'enquête de terrain sont généralement plus fidèles aux propos des enquêtés que ceux directement impliqués dans le recueil de données qui sont plus susceptibles, même inconsciemment, de résumer, sélectionner ou réinterpréter l'information qu'ils ont collecté.

Tous les transcrits des entretiens et focus groups menés auprès des communautés et des opérateurs/gestionnaires du programme ont été encodés dans Nvivo 10®, logiciel d'aide à l'analyse qualitative, et analysés de manière thématique. Une rapide analyse lexicométrique (analyse de la fréquence d'occurrence des mots d'un corpus) nous a par ailleurs permis d'identifier certains « mots clés » qui ont par la suite été utilisés comme codes/thèmes.

*Activités du programme* – En plus de ces différents entretiens et focus groups, 40 observations systématiques non-participantes (cf. **Figure 25**) des trois principales activités du programme (distribution des transferts, causeries et visites à domicile) ont été réalisées par cinq enquêteurs-observateurs, soit un par préfecture. Recrutés directement au sein de chacune des cinq préfectures concernées par le programme, ils s'organisaient de manière autonome en fonction du planning des activités du programme au sein de leur préfecture respective. Chacun d'eux devaient réaliser huit observations, soit deux distributions, quatre causeries et deux visites à domicile (cf. **Figure 25**). L'objectif de ces observations était de rendre compte à la fois de la mise en œuvre de ces différentes activités par les opérateurs du programme et de la participation des communautés. Les groupes « agents », « utilisateurs » et « victimes » étaient donc tous concernés.



Interlocuteurs & objets d'étude	Outils de recueil		
	Entretiens (n=189)	Focus groups (n=30)	Observations (n=40)
<b>Agents - Gestionnaires et opérateurs du programme</b>			
Niveau central	13	-	-
Niveau régional	20	-	-
Niveau préfectoral	26	-	-
Niveau local/communautaire	20	-	-
<b>Utilisateurs et victimes - Bénéficiaires, parents et communautés</b>			
Femmes bénéficiaires	60	15	-
Maris des bénéficiaires	20	5	-
Belles-mères des bénéficiaires	10	-	-
Femmes non-bénéficiaires des villages « Cash transfers »	10	5	-
Femmes non-bénéficiaires des villages « Contrôle »	10	5	-
<b>Activités &amp; services délivrés par le programme- Transferts monétaires et activités CCC</b>			
Causeries socioéducatives santé- ASC	-	-	9
Causeries socioéducatives protection - ACPE	-	-	11
Visites à domicile - ACPE	-	-	10
Distribution des TM	-	-	10

Figure 25- Triangulation des outils de recueil et interlocuteurs

Les observations menées ici étaient de nature dirigées et non-participantes. Les enquêteurs se positionnaient donc en observateurs extérieurs. Ils se contentaient d'observer les activités sans y prendre part et opéraient « à découvert », l'ensemble des personnes observées ayant été informées de l'étude en cours. Ils disposaient pour les guider dans leurs observations de grilles constituées des différents items auxquels ils devaient porter une attention particulière. Ces grilles, construites à partir du manuel des opérations du programme de TM et des manuels des ASC et ACPE, devaient permettre de confronter les prescriptions et recommandations des manuels à la réalité du terrain. Divers aspects allant du contenu des causeries aux comportements des bénéficiaires en passant par les techniques de communication des agents communautaires ont ainsi été examinés. Ces grilles faisaient également appel à un certain nombre de procédés de recension (ex : décompte des participants aux causeries). Tout comme les guides d'entretien, elles devaient permettre aux enquêteurs d'orienter leurs observations sur certains axes spécifiques correspondant aux objectifs de recherche de l'évaluation de processus. Elles visaient également à standardiser le processus d'observation de manière à faciliter par la suite l'agrégation des données recueillies sur différents sites et par différents observateurs. Toutefois, si « *l'observation sans armes est vide, l'observation trop armée n'apprend rien* » (Beaud et Weber). Les enquêteurs étaient donc également invités à observer « en dehors » de ces grilles, à s'en détacher, et à consigner leurs observations dans un journal de terrain pouvant par exemple contenir un plan des lieux, des photos ou des bribes de conversation.

Les données issues des grilles d'observation ont été agrégées sous forme de tableaux afin de dégager de grandes tendances, et les journaux de terrain des enquêteurs analysés au même titre que les données discursives issues des entretiens ou *focus groups*.

**Les chapitres suivants présentent les différents résultats issus des évaluations d'impact et de processus décrites ci-avant. Ces résultats ont également été valorisés sous d'autres formes, notamment sous forme de rapports à destination des bailleurs et opérateurs du programme, et sous forme de communications affichées et orales pour des congrès internationaux, séminaires et ateliers d'experts. La liste de cette valorisation est fournie en annexe 1.**

## **CHAPITRE IV**

### **Pratiques alimentaires et croissance des jeunes enfants au Nord Togo**

# Dissimilarities across age groups in the associations between complementary feeding practices and child growth: Evidence from rural Togo

*Running title: Complementary feeding and child growth in Togo*

**Briaux Justine<sup>9,2</sup>, Fortin Sonia<sup>1</sup>, Kameli Yves<sup>1</sup>, Agboka Yawavi<sup>3</sup>, Romedenne Magali<sup>4</sup>, Boko Joachim<sup>5</sup>, Martin-Prevel Yves<sup>1</sup>, Becquet Renaud<sup>2</sup>, Savy Mathilde<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> NUTRIPASS, Institut de Recherche pour le Développement – University of Montpellier - Montpellier SupAgro, Montpellier, France.

<sup>2</sup> University of Bordeaux, Inserm, UMR 1219, Bordeaux Population Health Research Center, Team IDLIC, Bordeaux, France

<sup>3</sup> Projet de Développement Communautaire et Filets Sociaux, Ministère du Développement à la Base, Lomé, Togo

<sup>4</sup> UNICEF, Child Survival and Development, Lome, Togo

<sup>5</sup> The World Bank, Social Protection and Labor Global Practice, Country Office of Cotonou, Benin

---

**Source of funding:** The Cash Transfer component implementation was funded by the World Bank through the PDCPlus Togo (Projet de Développement Communautaire et Filets Sociaux), and the Nutrition and Health components were funded by UNICEF Togo. The research was funded by the World Bank and Unicef Togo. JB received a PhD research grant from the IDeX Bordeaux University excellency scholarship program through the doctoral school SP2 (Sociétés, politique, santé publique, Bordeaux University), which funded half of her PhD; the other half was funded by the research project, with a complement provided by the Institut de Recherche pour le Développement.

**Contributor statement:** The authors' contributions were as follow: YMP and MS designed the research. JB, MS, YK and SF conducted the research. AA, MR and JoB took part and facilitated the conduction of research. JB and SF analyzed the data. JB, YMP, MS and RB wrote the paper and had primary responsibility for final content. All authors have read and approved the final manuscript.

**Conflict of interest statement:** JB, SF, YK, AA, MR, JB, YMP, RB, and MS had no conflicts of interest to disclose.

**Acknowledgements:** We would like to thank Viviane Van Steirteghem and Christine Jaulmes from Unicef, John Van Dyck and Patrick Eozenou from the World Bank, as well as Jean-Pierre Somana from PDC Togo, for their inputs on the study protocol and for their valuable help in facilitating the study preparation and data collection. We also thank the field enumerators and supervisors for their hard work on data collection; a special thought to Zumero Mayimbo and his family, one of our local supervisor who died during the survey. We are also very grateful to women and households who participated to the study for their time and kindness.

**Main body word count:** 4688

**Abstract word count:** 250

**Number of figures:** 1

**Number of tables:**4

**Number of references:** 48



**Dissimilarities across age groups in the associations between complementary feeding practices and child growth: Evidence from rural Togo**

Journal:	<i>Maternal &amp; Child Nutrition</i>
Manuscript ID	MCN-10-18-OA-3491
Manuscript Type:	Original Article
Keywords:	Complementary Feeding practices, Infant and Young Child Feeding indicators, Feeding style, Linear growth, Stunting, Togo

SCHOLARONE™  
Manuscripts

Review

## **Dissimilarities across age groups in the associations between complementary feeding practices and child growth: Evidence from rural Togo**

*Running title: Complementary feeding and child growth in Togo*

### 1 **Abstract**

2 Adequate complementary feeding (CF) practices are essential for achieving optimal growth  
3 but challenging to measure comprehensively. This paper describes CF practices in children  
4 aged 6-23 months in Togo, and investigates their relationships with linear growth and  
5 stunting using data from a cross-sectional study including 2034 mother-child pairs. The WHO  
6 Infant and Young Child Feeding (IYCF) indicators were computed, along with ancillary  
7 indicators relating to feeding style and timing of introduction of complementary foods. The  
8 associations between those indicators and children's height-for-age (HAZ) and stunting were  
9 assessed using linear and logistic regressions, after stratification by age group and  
10 adjustment for children, maternal and household characteristics. CF practices were  
11 suboptimal and their associations with child's growth varied across indicators and age  
12 groups. In children aged 6-11 months, reaching the Minimum Dietary Diversity and the  
13 Minimum Acceptable Diet was associated with higher HAZ ( $p<0.05$ ). In 18-23 month-old  
14 children, only the consumption of iron-rich food was associated with both HAZ ( $p=0.02$ ) and  
15 stunting ( $p=0.05$ ). The late introduction of family foods was associated with higher odds of  
16 being stunted and lower HAZ in children aged 12-17 months ( $p<0.001$ ). The untimely  
17 introduction of porridge was also associated with higher odds of stunting in children aged 9-  
18 23 months ( $p<0.05$ ). Unexpectedly, helping the child to eat was negatively associated with  
19 linear growth in all age groups. These findings nurture the ongoing process of review of the  
20 WHO IYCF indicators showing that, in their current version, they hardly capture the links  
21 between CF and child's growth at different ages.

22 **Keywords** - Complementary feeding practices, Infant and Young Child Feeding indicators,  
23 feeding style, linear growth, stunting, Togo

## 24 Introduction

25 The complementary feeding (CF) period, between 6 and 23 months of age, is of paramount  
26 importance for linear growth (Prendergast *et al.* 2014; Stewart *et al.* 2013; White *et al.* 2017).  
27 In low and middle income countries, most of the decline in height-for-age occurs during the  
28 ~500-day transition time when breastmilk is gradually replaced by family food (Aguayo &  
29 Menon 2016; Bégin 2017). Covering children's nutritional needs during this critical period can  
30 be challenging because of their high requirements but small gastric capacity (Dewey 2016).  
31 To ensure optimal growth and proper brain development, complementary foods (CFo) should  
32 not only be nutritious but also sufficient in quantity, of adequate consistency, safely stored  
33 and prepared, timely introduced, and adequately given using a responsive feeding style  
34 (PAHO/WHO 2003; WHO 2005). In West Africa where feeding practices are far from optimal  
35 and traditional CFo known to be of low nutritional value, 31% of children under 5 were  
36 stunted in 2016 (Development Initiatives 2017; Issaka *et al.*, 2015).

37 Evidence of association between CF and linear growth varies across studies, countries,  
38 indicators and age groups. As it encompasses several dimensions and interrelated practices,  
39 CF is difficult to measure (Ruel 2017). Over years, various scores and indices have been  
40 developed to try to measure it accurately. Researchers' attention was first focused on single  
41 aspects of feeding practices. The role of diet quality on child anthropometry was often  
42 examined separately from that of age appropriate introduction of CFo (Cohen *et al.* 1994;  
43 Hop *et al.* 2000; Marquis *et al.* 1997; Simondon & Simondon 1997). In 2002, Ruel & Menon  
44 proposed a synthetic child feeding index which combined breastfeeding, meal frequency and  
45 diet diversity (Ruel & Menon 2002). Using Demographic and Health Survey (DHS) data from  
46 five Latin American countries, they found a positive association between adequate feeding  
47 practices and height-for-age z-scores (HAZ) of children aged 12-36 months in all but one  
48 country. Adapted to different settings and at a smaller scale, this index showed mitigated  
49 associations with child anthropometric outcomes (Moursi *et al.* 2009; Ntab *et al.* 2005;  
50 Sawadogo *et al.* 2006).

51 In 2008, to address the need for simple indicators to assess children's feeding practices at  
52 the population level, the World Health Organization (WHO) introduced eight core infant and  
53 young child feeding (IYCF) indicators (WHO 2008). These indicators have been widely used  
54 to describe and compare CF practices across countries, and also to explore their  
55 relationships with child's anthropometry, although they were not originally designed to do so.  
56 Pooling data from 14 countries, Marriott *et al.* found that better IYCF core indicators, except  
57 the minimum meal frequency (MMF), were associated with a lower probability of being  
58 stunted, whereas studies analyzing country-specific data found less clear-cut results (Jones  
59 *et al.* 2014; Marriott *et al.* 2012; Onyango *et al.* 2014).

60 Those conflicting results unveiled some of the IYCF indicators limitations. While they have  
61 enhanced awareness on CF practices and allowed tremendous progress in CF measurement  
62 and understanding, IYCF indicators are not performing well in exploring associations with  
63 individual outcomes such as child's health or nutrition (Jones *et al.* 2014; Ruel 2017). They  
64 hardly capture the complexity of CF and put aside some critical aspects such as portion size,  
65 adequate food texture and responsive feeding (Ruel 2017). These indicators are also often  
66 used without further distinction of age within the 6-23 month age range, which may contribute  
67 to reduce the strength of associations. Considering those limitations, a growing number of  
68 researchers are now calling for their review (Jones *et al.* 2014; Michaelsen *et al.* 2017; Ruel  
69 2017; UNICEF 2017). Nonetheless, IYCF indicators remain the most relevant means  
70 currently available to assess complementary feeding practices. Country-specific  
71 investigations of associations between CF and child growth are needed to promote their  
72 appropriate and cautious use in different contexts (Jones *et al.* 2014) and suggest avenues  
73 for their improvement.

74 Country-specific studies analyzing the association between the whole gamut of WHO CF  
75 indicators and child anthropometry are still scarce in West Africa. In Togo, where little is  
76 known yet on the role of CF practices in regards to child's growth, our objectives were: (i) to  
77 characterize Togolese CF practices; (ii) to study their association with child's linear growth  
78 and stunting through IYCF indicators, focusing more specifically on dissimilarities in

79 associations between age groups; and (iii) to examine the added value of ancillary indicators  
80 about the timeliness of introduction of CFo and caregivers' feeding styles.

## 81 **Key messages**

- 82     ▪ Complementary feeding practices are suboptimal in north Togo, especially in younger  
83         children. Their associations with child growth vary across indicators and age groups.
- 84     ▪ The minimum dietary diversity and the consumption of iron-rich foods are important  
85         predictors of growth in children aged 6-11 months and 18-23 months, respectively.
- 86     ▪ The untimely introduction of complementary foods (CFo) and, paradoxically, the fact  
87         that children are helped to eat are associated with lower HAZ.
- 88     ▪ A better picture of infant and young child feeding practices and their association with  
89         children growth is given when analyses are disaggregated by age groups and when  
90         feeding styles and timely initiation to CFo are also examined.

## 91 **Methods**

### 92 **Study area and design**

93 This study was part of a cluster-randomized controlled trial (RCT) which aimed to assess the  
94 impact of a pilot cash transfer program on growth retardation. It was implemented in north  
95 Togo within the five districts presenting the worst rates of stunting nationally. A total of 162  
96 rural villages were stratified by district and randomized in either an "intervention" group which  
97 received cash transfers and behavior change communication (BCC) activities or a "control"  
98 group which received BCC only. The data analyzed here stems from the baseline survey of  
99 the RCT which was carried out in both groups from May to July 2014, before the start of the  
100 intervention.

101 In each of the 162 villages, 24 households were randomly selected using the program's  
102 census list of all households who were eligible to receive the intervention, i.e. all households  
103 with a pregnant woman or a 0-23 month old child. These households were used as "starting  
104 points" from which we applied a random-route sampling method to select the households to  
105 be surveyed at baseline, i.e. households with at least one 6-59 months old child and his/her  
106 mother or tutor. Within each household, all mothers with a child aged 6-59 months were  
107 selected to participate to the study. If a mother had more than one eligible child, only one  
108 was randomly selected. A total of 3281 households and 4201 mother-child pairs were  
109 recruited; however for the present analysis we only considered children aged 6-23 months,  
110 representing a subsample of 2034 mother-child pairs disseminated in 1824 households.

### 111 **Data collection and measurements**

112 Data was collected using a standardized questionnaire which was administered by  
113 extensively trained enumerators during home visits. Enumerators worked in different districts  
114 depending on the local languages they spoke.

115 *Complementary feeding practices* - Children's CF practices were assessed by the standard  
116 WHO IYCF indicators (WHO 2008; WHO 2010): Introduction of solid, semi-solid, soft foods;

117 Consumption of iron-rich, iron-fortified foods; Minimum Dietary Diversity (MDD), Minimum  
118 Meal Frequency (MMF); Minimum Acceptable Diet (MAD). These indicators were computed  
119 from a qualitative multiple-pass 24-h dietary recall. The exact composition of each meal,  
120 snack and drink consumed by the child was determined with very special care. Food items  
121 were categorized into food groups directly by the enumerators.

122 We also computed four ancillary indicators to capture important dimensions of CF practices  
123 that are not appraised by the IYCF indicators (Table 1): *Timely introduction of porridge* which  
124 meant to estimate the timing of the regular eating of semisolid foods and *Timely introduction*  
125 *of family foods* which sought to approximate that of solid foods' consumption. The  
126 introduction of such foods was considered as being timely when occurring within the 9-11  
127 month old "critical window" when food consistency should gradually increase and  
128 progressively transit from infant to family foods (PAHO/WHO 2003; WHO 2000, WHO 2005).  
129 The two other ancillary indicators relate to the caregivers' feeding style: *The child eats with*  
130 *the help of a caregiver (yes/no)* and *The child eats in his own plate (yes/no)*.

131 *Anthropometric measurements* - All anthropometric measurements were standardized  
132 according to the WHO recommendations (WHO 1995) and carried out by 5 specifically  
133 trained enumerators and assistants. The recumbent length of children was measured to the  
134 nearest millimeter with portable devices equipped with height gauges. Their weight was  
135 assessed undressed to the nearest 100g on Seca ® electronic taring scales allowing for  
136 double weighing. Usual anthropometric indicators: weight-for-height (WHZ) and height-for-  
137 age (HAZ) were computed using the WHO multicenter growth reference standards' macro for  
138 R (WHO 2006). Children with a HAZ < -2 SD were considered as stunted while those having  
139 a WHZ < -2 SD or a bilateral edema were classified as wasted.

140 *Covariates* - We also considered in our analyses various covariates that may influence the  
141 relationships between child growth and complementary feeding practices. They reflected  
142 child's general condition and living environment, comprising data on health and hygiene  
143 along with information on caregivers' and households' resources. These including the

144 Household Hunger Score (Ballard *et al.* 2011), the Minimum Dietary Diversity for Women  
145 (WDDP Study Group 2017), and hygiene assessment from spot checks (Ruel & Arimond  
146 2002). Details on these variables and indicators are given in Figure 1.

#### 147 **Data management and analysis**

148 Data was collected using android tablets allowing for direct quality controls at data entry.  
149 Data was regularly sent to an online server allowing for additional quality checks and overall  
150 data monitoring throughout the survey. Additional data cleaning and data management were  
151 performed using R.3.3.2 while data analysis was performed using Stata 14.2.

152 To study the associations between children's CF practices and nutritional status, we  
153 performed multivariate linear and logistic regressions where HAZ and stunting were the  
154 dependent variables, respectively, and CF indicators the primary predictors. We stratified all  
155 analyses by age groups: 6–11, 12–17 and 18–23 month old and separate models were ran  
156 for each age group. To identify the covariates of the fitted models, we followed a two-stage  
157 procedure. In a first step, we performed bivariate analyses to study the associations between  
158 our set of covariates and stunting/HAZ, on the one hand, and those covariates and CF  
159 indicators, on the other hand. In each age group, we selected as potential confounders the  
160 covariates significantly linked to either stunting, HAZ or CF indicators with a type I error  
161 threshold of 0.05. For the covariates linked to both CF indicators and HAZ/stunting, the  
162 threshold was set at 0.20. In a second step, to obtain our final multivariate models, we used  
163 a forward block-wise selection procedure. Relying on the UNICEF conceptual framework of  
164 undernutrition (Figure 1), we grouped the previously selected covariates into blocks and  
165 entered them one by one in the models starting with the most immediate causes of  
166 undernutrition (Figure 1- block B1) and ending with the most distant ones (Figure 1- block  
167 B5). In each added block, we ran a forward selection using the same thresholds as in  
168 bivariate analyses. We ran that procedure for each CF indicator and age group using HAZ as  
169 a dependent variable, and we used the same set of adjustment variables in models on  
170 stunting.

171 All analyses took into account the study design (stratification, clustering, sampling weights)  
172 using svy Stata commands. The type I error risk was set at 0.05.

### 173 **Ethics**

174 The trial was registered in the ISRCTN registry (ISRCTN83330970) and the protocol was  
175 approved by the ethical committee of the Togolese Ministry of Health. Participation in the  
176 study was voluntary and each respondent signed a written informed consent prior to be  
177 interviewed.

## 178 **Results**

### 179 **Descriptive statistics**

180 *Sociodemographic characteristic of the sample* – A total of 2034 mother-child pairs randomly  
181 selected from 1824 households in 162 villages in rural Northern Togo were included in the  
182 study. Households from our sample comprised on average 8 members (Table 2). Almost all  
183 heads of household were men; more than half of them were animist and only 45% were  
184 literate. Maternal level of education was even lower with 75% of women who never received  
185 any education or literacy training. A very large majority of women attended at least one  
186 prenatal visit when they were pregnant of the eligible child (90%), but only 41% gave birth at  
187 a health facility. At the time of the survey, children were on average 15 months old and 52%  
188 were boys. Although one third of children were sick on the last 15 days prior to the survey,  
189 70% of mothers considered that their child had been in rather good health since birth.

190 *Children's anthropometrics* - Overall, the mean HAZ and WHZ were -1.01 and -0.82  
191 respectively (Table 3). The mean WHZ increased with child's age, while the mean HAZ  
192 decreased as the child grew older. The latter fell from -0.56 in children aged 6-11 months to -  
193 1.25 in those aged 18-23 months. The mean HAZ was lower for boys than girls, resulting in a  
194 prevalence of stunting of 30% for boys versus 20% for girls ( $p < 0.001$ ) (42). Overall, 27% of  
195 children were stunted and 14% were wasted.

196 *Diet quality and quantity* - Three quarters of children reached the MMF (Table 3). While  
197 children aged 18-23 months had the largest number of eating occasions, they were the least  
198 likely to reach the MMF. The latter was the most frequently reached by children aged 12-17  
199 months, of whom 93 % were still breastfed versus only 74% of those aged 18-23 months. A  
200 total of 31% of children reached the minimum diet diversity (MDD), but this proportion  
201 dropped to 18% when considering the 6-11 mo old children compared to approximately 37%  
202 in the two other age groups. The 6-11 mo old children ate one food group less than their  
203 older counterparts (2 food groups vs. 3 food groups). The three food groups most commonly  
204 consumed by children, regardless of their age, were by order of frequency: grains, roots and  
205 tubers; vitamin A-rich fruits and vegetables; and flesh foods. This matched the usual local  
206 diet which consists of a maize paste with a sauce of green leaves to which small dried fish  
207 are sometimes added. Besides, the latter accounted for most of the iron-rich foods  
208 consumed by children. Finally, only a quarter of children met the MAD, with significant  
209 differences between age groups (Table 3).

210 *Timeliness of complementary feeding* - Three quarters of children started eating porridge at  
211 the recommended time (i.e. between 6 and 8 months of age), but only 40% of children  
212 started eating family foods within the preferable 9-11 mo old time frame. Family foods were  
213 introduced too late for 33% of children and too early for 27% of them. Although we did not  
214 expect differences between age groups, we observed that children aged 18-23 months were  
215 more likely to be introduced to family foods late than those aged 12-17 months (37% vs 30%,  
216  $p=0.03$ ).

217 *Feeding style* - Two third of children ate in their own bowl. Unexpectedly, there was no  
218 significant difference among age groups. However, differences were found in the proportion  
219 of children being assisted during meals which was higher in younger children.

**220 Multivariate regressions' results**

221 *Diet quality and quantity*- Children who achieved the MDD had higher HAZ than children who  
222 did not (+0.23 Z-score,  $p=0.01$ ); similar results were found using the MAD (+0.20 Z-score,  
223  $p=0.03$ ) (Table 4). When stratifying the analyses by age group, these associations remained  
224 in the 6-11 month group only. The consumption of iron-rich food was associated with higher  
225 HAZ and with lower rate of stunting within the whole sample ( $p=0.01$  for both indicators); but  
226 by age group these associations were statistically significant in the 18-23 month old children  
227 only. Among this age group, children eating iron-rich foods had a 0.66 reduced risk of being  
228 stunted ( $p=0.05$ ) than children who did not.

229 *Timeliness of complementary feeding* –The introduction of solid, semisolid and soft foods to  
230 the diet was not significantly associated with children's nutritional status at 6-8 mo old. Those  
231 links turned out when looking at the ancillary indicators. Overall, children who timely  
232 introduced porridge were less likely to be stunted than those with late initiation. Similar trends  
233 were observed when stratifying by age group, in particular in children aged less than 18  
234 months; however associations were statistically non-significant, probably because of small  
235 sample size in some of the categories. Surprisingly, among the 18-23 mo old children, higher  
236 HAZ were found in those who introduced porridge lately. Even if not statistically significant,  
237 analogous associations were observed with family foods in this age group. Among children  
238 aged 12-17 months, those who were not introduced to family foods before their first birthday  
239 had both significantly lower HAZ and higher odds of stunting.

240 *Feeding style* - There was no association between the child's nutritional status and the plate  
241 in which he took his meal (individual bowl vs. family plate). Children who benefited from a  
242 help while eating had both lower HAZ, on average, and higher odds of being stunted than  
243 those who ate alone. When analyzed by age group, this negative association with HAZ  
244 remained in all age groups; however, the negative association with stunting was observed in  
245 the oldest children only.

## 246 Discussion

247 This study took stock of CF practices in rural Togo and explored their links with children's  
248 linear growth. CF practices were found to be suboptimal, especially in younger children, and  
249 their associations with children's growth were mixed, varying across indicators and age  
250 groups. Overall, mean HAZ and/or stunting rates were linked with the nutrient quality of CFo  
251 and the timeliness of their initiation. Reaching the MDD or the MAD was associated with  
252 higher HAZ in the youngest children, while the consumption of iron-rich food was linked to a  
253 better growth in the oldest. The untimely introduction of soft and solid foods was associated  
254 with poorer linear growth as was also, somehow paradoxically, the fact that children were  
255 helped to eat during meals. However, no association was found with the use of a separate  
256 bowl nor with the MMF.

257 The association between the MDD and HAZ had been previously observed in other studies  
258 conducted in Asia and Africa but very few studies run separate models by age group. We  
259 found one such study from India, where the positive associations of MDD with both HAZ and  
260 stunting observed in the entire data set disappeared when disaggregating the analyses by  
261 age group (Menon *et al.* 2015). Our findings are however consistent with some studies that  
262 used dietary diversity scores either as continuous or categorical variables instead of the  
263 dichotomous MDD, showing differences in associations of those indicators with children's  
264 anthropometric status depending on their age. For instance, in a pooled analysis using data  
265 from 39 DHS, the strongest association of the child dietary diversity score with stunting was  
266 found in children aged 6–11 months (Krasevec *et al.* 2017). Similarly, in two longitudinal  
267 studies from Zambia and Côte d'Ivoire, dietary diversity appeared to be more critical for  
268 child's subsequent growth at 6 months than at 12 months of age (Becquet *et al.* 2006;  
269 Mallard *et al.* 2014). Unsurprisingly, in our dataset, the MAD was also found to be linked with  
270 higher HAZ in younger children. Indeed, in numerous studies, the association between the  
271 MAD and child's anthropometry was found to be mainly shaped by the dietary diversity  
272 component of the indicator (Jones *et al.* 2014; Mallard *et al.* 2014). In our sample, the

273 consumption of iron-rich food was not found to be associated with linear growth of the  
274 youngest children but with that of the oldest. Except in pooled analyses, this indicator is  
275 rarely associated with child anthropometry and less studied than the others (Marriott *et al.*  
276 2012). A growing number of researchers prefer focusing on animal source foods (ASF) which  
277 comprise flesh foods, eggs and dairy products (Allen & Dror 2011; Krasevec *et al.* 2017;  
278 Michaelsen *et al.* 2017). Two pooled analysis from DHS data showed lower odds of stunting  
279 in children who consumed ASF over the last 24-h than in those who ate less or no ASF  
280 (Headey *et al.* 2017; Krasevec *et al.* 2017). As a complementary analysis, we ran the  
281 multivariate model using a dichotomous variable distinguishing children who consumed at  
282 least one ASF over the last 24-h and those who did not. This analysis showed that  
283 consuming ASF was associated with higher HAZ and lower odds of stunting in the entire  
284 sample and also across all age groups (results not shown).

285 The lack of association between the MMF and anthropometric status has already been  
286 reported in other cross-sectional studies, even in those with large data sets (Jones *et al.*  
287 2014; Marriott *et al.* 2012). One common explanation is that this indicator hardly captures  
288 child's energy intakes that depend more on the amount of CFo ingested and on their energy  
289 density, than on the number of feeding episodes (Jones *et al.* 2014). Moreover, since  
290 children often eat very small quantities, the exact count of feeding episodes is difficult to  
291 assess (Ruel 2017). This is even more difficult in Togo where there is no real structuration of  
292 meals and where a significant share of food intakes might happen outside parental  
293 supervision (Jaffré 2015).

294 In addition to the importance of diet quality, we found that the timing of introduction of CFo  
295 also matters. We observed a non-significant but clear trend towards better growth in children  
296 aged 6-8 months who consumed solid, semisolid or soft foods on the day prior to the survey  
297 compared to children who were only breastfed. We postulate that the lack of significant  
298 results was due to the narrow age range prescribed by the computation of the IYCF indicator,  
299 resulting in a small sample and in insufficient statistical power. When considering the  
300 ancillary indicator on the timely introduction of porridge, computed on a largest sample, we

301 found significantly lower odds of stunting in children who introduced semisolid foods timely,  
302 compared to those who started late. However, children who initiated CFo before 6 months  
303 were not found to be significantly more stunted. Among the 12-17 mo old group, introducing  
304 porridge before 6 months of age was associated higher HAZ than children of the same age  
305 who initiated it in the recommended time frame, while among the 18-23 mo old children this  
306 early introduction was associated with lower HAZ. In the latter group, late introduction of  
307 porridge was also associated with higher HAZ. Regarding family foods, the late introduction  
308 was associated with both significantly higher odds of stunting and lower HAZ in children aged  
309 12-17 months, but not in children aged 18-23 months. This interaction on age groups might  
310 be due to the effect of seasonality, of which the impact on weaning patterns, availability of  
311 CFo and subsequent diet diversity has been documented elsewhere (Sellen 2001). The  
312 recommended time frames to introduce both semisolid and solid foods corresponded to the  
313 harvest season for children aged 12-17 months at the time of the study, while it  
314 corresponded to the hunger gap for children aged 18 to 23 months. During the hunger gap, it  
315 seems preferable to delay the introduction of CFo rather than to replace breastmilk by  
316 unvaried and nutrient-poor foods that are available in that season. Although this hypothesis  
317 would need to be verified using longitudinal designs, these results highlight the importance of  
318 considering seasonality in analyses looking at stunting, not only wasting as commonly  
319 acknowledged (Lokshin & Radyakin 2012; Prentice & Cole 1994).

320 Child's growth was also affected by caregivers' feeding style. Children who ate with the help  
321 of someone had significantly lower HAZ than those who ate on their own. At first sight, those  
322 results seemed to be in complete contradiction with the literature on the subject which  
323 highlights the positive role of responsive feeding style in regards to both food intakes and  
324 child growth (Baye *et al.* 2018; Bentley *et al.* 2011; Engle *et al.* 2000; Ruel *et al.* 1999). We  
325 hypothesize that these results might be due to a phenomenon of reverse causality, where  
326 children with poor growth are those who are helped to eat. In Togo, children are expected to  
327 be autonomous at a very young age, and meals are often left to their own initiative. There is  
328 a strong belief that the child knows what is good for him, and he is therefore expected to feed

329 himself (Jaffré 2015). Hence in that context, helping a child to eat may mean that s/he has a  
330 problem and needs special attention. Besides, in low incomes countries where women have  
331 a high workload, they tend to feed their children quickly to save time, often preferring liquid  
332 porridge over solid foods as it requires less time to be fed (Abubakar *et al.* 2011; Kulwa *et al.*  
333 2006). In Togo, children are often forced-fed with maize paste to fill their stomach and ward  
334 off the feeling of hunger (Jaffré 2015). In that case, the help they receive may have  
335 deleterious effects on their growth, resulting in loss of appetite and in a decrease in their  
336 daily consumption of breastmilk (Jones *et al.* 2014). Finally, not only mothers but also other  
337 members of the family are usually involved in the feeding process, including very young  
338 siblings which are not always aware of the attitudes and patient gestures necessary to feed  
339 an infant. Further details on the type of help provided, and on the person who provided the  
340 help, are therefore necessary to clarify the associations between feeding style and children's  
341 growth.

342 Our study has some limitations. Our sample was not strictly representative of the situation in  
343 all districts since the program originally targeted districts with high rate of stunting; practices  
344 in these areas may be worse than in other areas. The cross-sectional nature of the data  
345 precludes interpretation in terms of causal relationships and does not allow either to capture  
346 the dynamic nature of CF practices, nor their long-term cumulative effects on child's growth.  
347 The possibility of a recall bias should also be considered since respondent mothers had been  
348 exposed to behavior change communication activities including information on IYCF  
349 practices, even though this information was not necessarily understood or put into practices.  
350 Others limitations were related to the construction of the CF indicators. Although CF is a  
351 gradual process varying from day to day, IYCF indicators were calculated over the previous  
352 24-h and might not reflect usual practices. Some of the ancillary indicators tried to overcome  
353 that limit, but they were also more prone to recall errors since they were based on caregivers'  
354 long-term memory. Finally, as many dichotomous and proxy indicators, mainly intended for  
355 use at the population level, IYCF indicators are prone to misclassifications at the individual

356 level, which result in the attenuation of the magnitude and statistical significance of the  
357 associations that were tested (Jones *et al.* 2014).

358 Our study also has unique strengths. Each statistical model was adjusted for its own  
359 confounders and not for a common set of covariates that would be applied to all models. Our  
360 dataset also allowed to control for numerous and diverse confounders in order to generate  
361 the best possible models. We also went beyond the recommended IYCF indicators to  
362 provide additional insight on CF and to better understand the links between CF and child's  
363 nutritional outcomes.

364 To conclude, this study shed light on CF practices among a sample of 6-23 month old  
365 children in north Togo. While the introduction of CFo was rather timely and the age-specific  
366 feeding frequency quite good, diet diversity and minimum acceptable diet were low. Our  
367 findings reassert the importance of diet quality for child's subsequent growth, the MDD and  
368 the consumption of iron-rich food being both important predictors of children's growth. We  
369 also underlined some limitations and inconsistencies of the WHO IYCF indicators, thus  
370 adding to the growing literature calling for their review. Future studies using these indicators  
371 should systematically disaggregate the analyses by age range and, whenever possible, use  
372 ancillary measures to provide a global picture of CF practices. A special attention should be  
373 paid to the timely introduction of different types of foods, as well as to feeding styles and,  
374 more broadly, to caregiver-child interactions around food preparation and eating. An  
375 extensive portfolio of indicators able to capture several dimensions of CF practices should  
376 help clarifying the associations between these practices and nutritional status of children  
377 across various contexts

## References

- Abubakar, A., Holding, P., Mwangome, M., & Maitland, K. (2011). Maternal perceptions of factors contributing to severe under-nutrition among children in a rural African setting. *Rural and Remote Health, 1*, 1423.
- Aguayo, V. M., & Menon, P. (2016). Stop stunting: improving child feeding, women's nutrition and household sanitation in South Asia. *Maternal & Child Nutrition, 12*(Suppl 1), 3–11.
- Allen, L. H., & Dror, D. K. (2011). Effects of Animal Source Foods, with Emphasis on Milk, in the Diet of Children in Low-Income Countries. In *Milk and Milk Products in Human Nutrition* (Vol. 67, pp. 113–130). Basel: KARGER.
- Ballard, T., Coates, J., Swindale, A., & Deitchler, M. (2011). *Household Hunger Scale: Indicator Definition and Measurement Guide*. Washington, DC: Food and Nutrition Technical Assistance Project II
- Baye, K., Tariku, A., & Mouquet-Rivier, C. (2018). Caregiver-infant's feeding behaviours are associated with energy intake of 9-11 month-old infants in rural Ethiopia. *Maternal & Child Nutrition, 14*(1), e12487.
- Becquet, R., Leroy, V., Ekouevi, D. K., Viho, I., Castetbon, K., Fassinou, P., ... ANRS 1201/1202 Ditrane Plus Study Group. (2006). Complementary Feeding Adequacy in Relation to Nutritional Status Among Early Weaned Breastfed Children Who Are Born to HIV-Infected Mothers: ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Cote d'Ivoire. *PEDIATRICS, 117*(4), e701–e710.
- Bégin, F. (2017). First foods : Why improving young children's diets matter. *Maternal & Child Nutrition, 13*, 1–9.
- Bentley, M. E., Wasser, H. M., & Creed-Kanashiro, H. M. (2011). Responsive Feeding and Child Undernutrition in Low- and Middle-Income Countries. *The Journal of Nutrition, 141*, 502–507.
- Cohen, R. J., Brown, K. H., Dewey, K. G., Canahuati, J., & Landa Rivera, L. (1994). Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *The Lancet, 344*, 288–293.
- Development Initiatives. (2017). *Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs*. Bristol: Development Initiatives
- Dewey, K. G. (2016). Reducing stunting by improving maternal, infant and young child nutrition in regions such as South Asia: evidence, challenges and opportunities. *Maternal & Child Nutrition, 12*(Suppl 1), 27–38.
- Engle, P. L., Bentley, M., & Pelto, G. (2000). The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proceedings of the Nutrition Society, 59*(1), 25–35.
- Headey, D. D., Hirvonen, K., & Hoddinott, J. F. (2017). Animal sourced foods and child stunting: Evidence from 112,887 children in 46 countries. *IFPRI Discussion Paper 01695*. Washington, DC: IFPRI.

- Hop, L. T., Gross, R., Giay, T., Sastroamidjojo, S., Schultink, W., & Lang, N. T. (2000). Premature Complementary Feeding Is Associated with Poorer Growth of Vietnamese Children. *The Journal of Nutrition*, 130, 2683–2690.
- Issaka, A. I., Agho, K. E., N. Page, A., L. Burns, P., Stevens, G. J., & Dibley, M. J. (2015). The problem of suboptimal complementary feeding practices in West Africa: what is the way forward? *Maternal & Child Nutrition*, 11, 53–60.
- Jaffré, Y. (2015). *Enfances et malnutritions au Nord du Togo : réflexions anthropologiques sur les dimensions sociales de la nutrition dans les régions de Kara et des Savanes*. Marseille, Éditions Résurgences.
- Jones, A. D., Ickes, S. B., Smith, L. E., Mbuya, M. N. N., Chasekwa, B., Heidkamp, R. A., ... Stoltzfus, R. J. (2014). World Health Organization infant and young child feeding indicators and their associations with child anthropometry: A synthesis of recent findings. *Maternal and Child Nutrition*, 10, 1–17
- Krasevec, J., An, X., Kumapley, R., Bégin, F., & Frongillo, E. A. (2017). Diet quality and risk of stunting among infants and young children in low- and middle-income countries. *Maternal & Child Nutrition*, 13 Suppl 2(S2), e12430.
- Kulwa, K. B. M., Kinabo, J. L. D., & Modest, B. (2006). Constraints on Good Child-Care Practices and Nutritional Status in Urban Dar-Es-Salaam, Tanzania. *Food and Nutrition Bulletin*, 27, 236–244.
- Lokshin, M., & Radyakin, S. (2012). Month of Birth and Children's Health in India. *Journal of Human Resources*, 47, 174–203.
- Mallard, S. R., Houghton, L. A., Filteau, S., Mullen, A., Nieuwelink, J., Chisenga, M., ... Gibson, R. S. (2014). Dietary diversity at 6 months of age is associated with subsequent growth and mediates the effect of maternal education on infant growth in urban Zambia. *The Journal of Nutrition*, 144, 1818–1825.
- Marquis, G. S., Habicht, J., Lanata, C. F., Black, R. E., & Rasmussen, K. M. (1997). Breast milk or animal-product foods improve linear growth of Peruvian toddlers consuming marginal diets. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66, 1102–1109.
- Marriott, B. P., White, A., Hadden, L., Davies, J. C., & Wallingford, J. C. (2012). World Health Organization (WHO) infant and young child feeding indicators: associations with growth measures in 14 low-income countries. *Maternal & Child Nutrition*, 8(3), 354–370.
- Menon, P., Bamezai, A., Subandoro, A., Ayoya, M. A., & Aguayo, V. (2015). Age-appropriate infant and young child feeding practices are associated with child nutrition in India: Insights from nationally representative data. *Maternal and Child Nutrition*, 11(1), 73–87.
- Michaelsen, K. F., Grummer-Strawn, L., & Bégin, F. (2017). Emerging issues in complementary feeding: Global aspects. *Maternal & Child Nutrition*, 13(S2), e12444.
- Moursi, M. M., Trèche, S., Martin-Prével, Y., Maire, B., & Delpéuch, F. (2009). Association of a summary index of child feeding with diet quality and growth of 6–23 months children in urban Madagascar. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, 718–724.
- Ntab, B., Simondon, K. B., Milet, J., Cissé, B., Sokhna, C., Boulanger, D., & Simondon, F. (2005). A Young Child Feeding Index Is Not Associated with Either Height-for-Age or Height Velocity in Rural Senegalese Children. *The Journal of Nutrition*, 135(3), 457–

464.

- Onyango, A. W., Borghi, E., de Onis, M., Casanovas, M. del C., & Garza, C. (2014). Complementary feeding and attained linear growth among 6–23-month-old children. *Public Health Nutrition*, 17(9), 1975–1983.
- PAHO/WHO (2003). *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Geneva: PAHO/WHO.
- Prendergast, A. J., & Humphrey, J. H. (2014). The stunting syndrome in developing countries. *Paediatrics and International Child Health*, 34(4), 250–265.
- Prentice, A. M., & Cole, T. J. (1994). Seasonal changes in growth and energy status in the Third World. *Proceedings of the Nutrition Society*, 53, 509–519.
- Ruel, M. T. (2017). Measuring Infant and Young Child Complementary Feeding Practices: Indicators, Current Practice, and Research Gaps. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, 87, 73–87.
- Ruel, M. T., & Menon, P. (2002). Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: innovative uses of the demographic and health surveys. *The Journal of Nutrition*, 132(6), 1180–7.
- Ruel, M., & Arimond, M. (2002). Spot-check Observational Method for Assessing Hygiene Practices: Review of Experience and Implications for Programmes. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 20(1), 65–76.
- Ruel, M. T., Levin, C. E., Armar-Klemesu, M., Maxwell, D., & Morris, S. S. (1999). Good Care Practices Can Mitigate the Negative Effects of Poverty and Low Maternal Schooling on Children's Nutritional Status: Evidence from Accra. *World Development*, 27(11), 1993–2009.
- Sawadogo, P. S., Martin-Prével, Y., Savy, M., Kameli, Y., Traissac, P., Traoré, A. S., & Delpuech, F. (2006). An infant and child feeding index is associated with the nutritional status of 6- to 23-month-old children in rural Burkina Faso. *The Journal of Nutrition*, 136, 656–663.
- Sellen, D. W. (2001). Weaning, Complementary Feeding, and Maternal Decision Making in a Rural East African Pastoral Population. *Journal of Human Lactation*, 17(3), 233–244.
- Simondon, K., & Simondon, F. (1997). Age at introduction of complementary food and physical growth from 2 to 9 months in rural Senegal. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51(10), 703–707.
- Stewart, C. P., Iannotti, L., Dewey, K. G., Michaelsen, K. F., & Onyango, A. W. (2013). Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal & Child Nutrition*, 9(S2), 27–45.
- UNICEF, WHO, FANTA III, & USAID. (2017). *Meeting Report on Reconsidering, Refining, and Extending the World Health Organization Infant and Young Child Feeding Indicators*. New York, N.Y., USA: UNICEF.
- White, J. M., Bégin, F., Kumapley, R., Murray, C., & Krusevec, J. (2017). Complementary feeding practices: Current global and regional estimates. *Maternal & Child Nutrition*, 13(S2), e12505.

- WHO (2005). *Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age*. Geneva: WHO.
- WHO (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices - Part I: Definitions*. Geneva: WHO.
- WHO (2010). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices - Part II: Measurement*. Geneva: WHO.
- WHO (2000). *Complementary feeding: Family foods for breastfed children*. Geneva: WHO.
- WHO (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry - Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization technical report series; Vol 854*. Geneva: WHO
- WHO (2006). *WHO child growth standards : length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-for-age : methods and development*. Geneva: WHO.
- Women's Dietary Diversity Project (WDDP) Study Group (2017). Development of a Dichotomous Indicator for Population-Level Assessment of Dietary Diversity in Women of Reproductive Age. *Current Developments in Nutrition*, 1, cdn.117.001701-117.001701.

**Figure 1- UNICEF's conceptual framework of malnutrition presenting the main predictors and the different blocks of adjustment variables considered in the multivariate analyses**

**Legend:**



<sup>1</sup> Household Hunger Scale score (HHS): since in our dataset the HHS standard categorical indicator classified too few households in severe hunger to run a consistent analysis, we re-categorized the households following the HHS score distribution in our sample. Households with a score of 0-2 were classified as experiencing no to moderate hunger; those with a score of 3-6 were considered as suffering from severe hunger.

<sup>2</sup> Hygiene: Household's environmental hygiene was assessed using spot-check observational method. The investigators notably checked the household's courtyard condition taking notice of waste and animal feces. Maternal and child hands cleanliness was estimated through the same methodology, differentiating between "clean", "dusty" and "dirty" hands. Given the rural context "clean" and "dusty" were combined and opposed to "dirty".

<sup>3</sup> Mothers' diet: was assessed through the women dietary diversity score (WDDS -10). Usually used to compute the minimum dietary diversity of women (MDD-W), that score based on a 24-h recall classifies in ten food groups all food items consumed by women on the last 24-h.

<sup>4</sup> Mothers' knowledge on the ways to encourage a child to eat: evaluated through a score allocating or removing one point respectively to each good or bad practices mentioned by mothers, who were then classified in terciles according to their score.

<sup>5</sup> Wealth index: generated using a multiple correspondence analysis including both data on household's assets (ex: mobile phone, bicycle, motorcycle, flashlight) and information on housing quality and facilities (building materials, toilet facility, main sources of light, drinking water, cooking fuel). All households were classified into quintiles according to their index value.

Table 1 – Description of WHO and ancillary complementary feeding indicators analyzed as independent variables

Indicators	Description
<b>WHO INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING (IYCF) INDICATORS</b>	
<b>Introduction of solid, semi-solid, soft foods</b>	<u>Numerator:</u> infants 6-8 months of age who received solid, semi-solid, or soft foods on the previous day <u>Denominator:</u> infants 6-8 months of age
<b>Consumption of iron-rich, iron-fortified foods</b>	<u>Numerator:</u> children 6-23 months of age who received at least one iron-rich food or iron-fortified food on the previous day* <u>Denominator:</u> children 6-23 months of age * Iron-rich foods: flesh foods (meat, organ meats, fish) * Iron-fortified foods: iron-fortified formulas, locally available iron-fortified foods designed especially for infants and young children, foods fortified at home with micronutrient powders/sprinkles, lipid-based nutrient supplements (LNS)
<b>Minimum Dietary Diversity (MDD)</b>	<u>Numerator:</u> children 6-23 months of age who received foods from 4 or more food groups (out of 7*) on the previous day <u>Denominator:</u> children 6-23 months of age * 7 food groups: grains, roots and tubers; legumes and nuts; dairy products; flesh foods; eggs; vitamin-A rich fruits and vegetables; other fruits and vegetables
<b>Minimum Meal Frequency (MMF)</b>	<u>Numerator:</u> children 6-23 months of age who received solid, semi-solid or soft foods the minimum number of times* or more on the previous day <u>Denominator:</u> children 6-23 months of age * Minimum is defined as: - 2 times for breastfed infants 6-8 months of age - 3 times for breastfed children 9-23 months of age - 4 times for non-breastfed children, irrespective of child's age NB: Meals include both meals and snacks other than trivial amounts
<b>Minimum Acceptable Diet (MAD)</b>	<b>Breastfed children</b> <u>Numerator:</u> breastfed children 6-23 months of age who had at least the minimum dietary diversity and the minimum meal frequency on the previous day <u>Denominator:</u> breastfed children 6-23 months of age <b>Non-breastfed children</b> <u>Numerator:</u> non-breastfed children 6-23 months of age who received at least 2 milk feedings* and had at least the minimum dietary diversity (not including milk feeds) and the minimum meal frequency during the previous day. <u>Denominator:</u> non-breastfed children 6-23 months of age * In this study we considered any milk intake as sufficient regardless of the number of times it was provided to the child.
<b>ANCILLARY INDICATORS</b>	
<b>Timely introduction of porridge</b>	<u>Numerator:</u> children 9-23 months of age who introduced porridge before 6 months (early); <b>between 6-8 months (timely)</b> ; or after 8 months (late) <u>Denominator:</u> children 9-23 months of age
<b>Timely introduction of family foods</b>	<u>Numerator:</u> children 12-23 months of age who started family foods before 9 months (early); <b>between 9 and 11 months (timely)</b> ; or after 11 months (late) <u>Denominator:</u> children 12-23 months of age
<b>The child eats with the help of a caregiver</b>	<u>Numerator:</u> children 6-23 months of age who have started complementary foods and are usually assisted by someone older (relatives, siblings, others caregivers) during meals <u>Denominator:</u> children 6-23 months of age who have started complementary foods
<b>The child eats in his own plate</b>	<u>Numerator:</u> children 6-23 months of age who have started complementary foods and usually eat in their own plate <u>Denominator:</u> children 6-23 months of age who have started complementary foods

Table 2 - Description of the analyzed sample

	% or mean ( $\pm$ SE)
<b>Statistical unit: HOUSEHOLDS</b> (n=1824)	
<b>Sociodemographic characteristics</b>	
Household head's sex - male	94.99
Household head's religion	
- Animist	59.65
- Muslim	18.81
- Christian	12.62
- none	8.92
Household head's education - None	55.31
<b>Resources and access to food</b>	
Wealth quintiles	
- poorest	16.18
- poor	18.68
- medium	19.38
- rich	20.56
- richest	25.20
Household food insecurity (using HHS- household hunger scale)	
- no hunger to moderate hunger	73.67
- severe hunger	26.33
<b>Water, sanitation and hygiene</b>	
Main source of drinking water - unimproved	48.19
Sanitary facilities - no facilities (open defecation in bush or field)	85.53
Waste in the household's yard - yes	44.44
Animal feces in the household's yard - yes	41.48
<b>Statistical unit: MOTHERS</b> (n=2034)	
<b>Sociodemographic characteristics</b>	
Education - None	74.48
Marital status	
- monogamous union	43.39
- polygamous union – first spouse	22.61
- polygamous union – second spouse or above	29.91
- alone (widow, single, divorced/separated)	4.08
<b>Biological and anthropometric characteristics</b>	
Age at child's birth (in years)	27.35 ( $\pm$ 0.23)
Height in cm	159.62 ( $\pm$ 0.16)
Pregnant at the time of the survey - yes	5.82
BMI in kg/m <sup>2</sup> – in non-pregnant women only (n= 1926)	20.73 ( $\pm$ 0.09)
<b>Nutrition, health care, hygiene and knowledge</b>	
Dietary Diversity Score (WDDS-10)	3.41 ( $\pm$ 0.03)
Minimum Dietary Diversity Women ( $\geq$ 5 food groups out of 10) - yes	15.27
Antenatal visits	
- no visits	9.64
- 1 - 3 visits	33.91
- 4 or more visits	56.45
Place of delivery - in health facilities	40.66
Postnatal check-up - yes	80.82
Hands cleanliness - clean	74.46
Knowledge on the ways to encourage a child to eat	
- mother does not know any good practices	36.29
- mother knows one good practice	36.21
- mother knows two or more good practices	27.50
<b>Statistical unit: CHILDREN</b> (n=2034)	
<b>Biological characteristics</b>	
Sex – male	51.82
Age in months	15.03 ( $\pm$ 0.15)
Perceived size at birth (n= 2027)	
- small	15.62
- average	53.50
- large	30.88
<b>Health status and health care</b>	
Perceived health since birth	
- bad, very bad	28.01
- good, very good	71.99
Morbidity on last 15 days prior to the survey - yes	35.27
Medical follow-up	
- never followed-up	22.86
- ever and still followed-up	39.16
- ever but no longer followed-up	37.98

Table 3 - Children's anthropometrics and complementary feeding practices

	% or mean ( $\pm$ SE)			
	6-23 mo	6-11 mo	12-17 mo	18-23 mo
<b>ANTHROPOMETRICS</b>	<b>(n=2034)</b>	<b>(n=636)</b>	<b>(n=717)</b>	<b>(n=681)</b>
Stunted children	26.47	16.31	29.78	32.55
Mean HAZ	-1.01 ( $\pm$ 0.05)	-0.57 ( $\pm$ 0.09)	-1.20 ( $\pm$ 0.06)	-1.25 ( $\pm$ 0.08)
Wasted children	14.02	17.63	13.91	10.74
Mean WHZ	-0.82 ( $\pm$ 0.03)	-0.93 ( $\pm$ 0.05)	-0.87 ( $\pm$ 0.04)	-0.66 ( $\pm$ 0.05)
<b>BREASTFEEDING</b>				
Breastfeeding status	(n=2034)	(n=636)	(n=717)	(n=681)
- <i>never breastfed</i>	4.32	1.56	2.56	8.73
- <i>ever and still breastfed</i>	87.88	97.45	92.73	73.86
- <i>ever but no longer breastfed</i>	7.80	0.99	4.71	17.42
Early initiation of breastfeeding - <i>yes</i>	(n=2020)	(n=627)	(n=715)	(n=678)
	62.17	62.50	64.21	59.75
<b>COMPLEMENTARY FEEDING</b>				
<b>Diet quality &amp; quantity</b>	<b>(n=2026)</b>	<b>(n=631)</b>	<b>(n=716)</b>	<b>(n=679)</b>
Consumption of iron-rich or iron-fortified foods - <i>yes</i>	51.42	33.85	53.41	57.24
Consumption of at least one animal source food (ASF)*- <i>yes</i>	50.43	34.18	56.33	59.40
Minimum dietary diversity - <i>yes</i>	30.77	18.25	36.15	36.82
Dietary diversity score (...over 7 food groups)	2.72 ( $\pm$ 0.05)	2.04 ( $\pm$ 0.08)	2.98 ( $\pm$ 0.06)	3.09 ( $\pm$ 0.07)
Detailed consumption of the 7 groups constituting the DDS-7:				
• Grains, roots and tubers	88.78	78.40	91.59	95.50
• Vitamin-A rich fruits and vegetables	67.08	48.15	73.23	78.28
• Flesh foods (meat, fish, poultry and liver/organ meats)	45.98	28.64	51.85	55.98
• Legumes, pulses, beans and nuts	33.83	23.43	37.96	39.21
• Other fruits and vegetables (than vitamin-A rich)	25.70	15.43	30.00	30.76
• Dairy products (milk, yogurt, cheese)	6.57	6.25	8.19	5.18
• Eggs	4.32	3.50	4.97	4.40
Minimum meal frequency - <i>yes</i>	75.30	74.88	80.04	70.77
Average number of meals & snacks	3.10 ( $\pm$ 0.04)	2.72 ( $\pm$ 0.07)	3.21 ( $\pm$ 0.07)	3.35 ( $\pm$ 0.07)
Minimum acceptable diet - <i>yes</i>	25.14	17.03	33.17	24.32
<b>Timeliness of introduction of complementary foods</b>				
Introduction of solid, semi-solid, soft foods <i>in children aged 6-8 mo (n=339)</i>	74.33	-	-	-
Introduction of porridge <i>in children aged 9-23 mo</i>	(n=1628)	(n=284)	(n=689)	(n=655)
- <i>early (&lt;6 months)</i>	13.20	12.28	14.59	12.16
- <i>timely (6-8 months)</i>	77.50	78.34	75.00	79.73
- <i>late (&gt;8 months)</i>	9.30	9.39	10.41	8.11
Introduction of family foods <i>in children aged 12-23 mo</i>	(n=1315)	-	(n=668)	(n=647)
- <i>early (&lt;9 months)</i>	40.14	-	42.09	38.13
- <i>timely (9-11 months)</i>	26.50	-	27.97	24.98
- <i>late (&gt;11 months)</i>	33.37	-	29.93	36.90
<b>Meals' organization, feeding style</b>	<b>(n=1895)</b>	<b>(n=571)</b>	<b>(n=672)</b>	<b>(n=652)</b>
Child eats in his own plate - <i>yes</i>	66.33	69.85	65.54	64.04
Someone helps the child to eat - <i>yes</i>	70.26	89.22	74.09	49.74

**Table 4– Adjusted\* logistic and linear regressions for the association of stunting and HAZ with complementary feeding practices (WHO IYCF indicators)**

WHO IYCF INDICATORS	n	Stunted children (%)	STUNTING			HAZ		
			OR [95% CI]	p	Mean HAZ (se)	Est [95% CI]	p	
<b>Introduction of solid, semi solid or soft foods</b>								
Children aged 6-8 mo								
- No	86	18.83	ref.	0.06	-0.64 (0.13)	ref.	0.07	
- Yes	254	10.84	0.48 [0.22 ; 1.02]		-0.32 (0.12)	0.31 [-0.02 ; 0.65]		
<b>Consumption of iron-rich or iron-fortified foods</b>								
Children aged 6-23 mo								
- No	1041	29.57	ref.	0.01	-1.12 (0.05)	ref.	0.01	
- Yes	943	23.44	0.69 [0.54 ; 0.89]		-0.91 (0.06)	0.21 [0.07 ; 0.36]		
Children aged 6-11 mo								
- No	407	16.46	ref.	0.73	-0.61 (0.08)	ref.	0.48	
- Yes	213	15.35	0.91 [0.54 ; 1.54]		-0.51 (0.15)	0.11 [-0.19 ; 0.41]		
Children aged 12-17 mo								
- No	334	31.78	ref.	0.23	-1.20 (0.09)	ref.	0.94	
- Yes	359	27.19	0.78 [0.52 ; 1.17]		-1.19 (0.07)	0.01 [-0.23 ; 0.25]		
Children aged 18-23 mo								
- No	284	37.36	ref.	0.05	-1.45 (0.09)	ref.	0.02	
- Yes	355	29.99	0.66 [0.44 ; 0.99]		-1.16 (0.08)	0.29 [0.05 ; 0.52]		
<b>Minimum Diet Diversity (MDD)</b>								
Children aged 6-23 mo								
- No	1390	27.83	ref.	0.12	-1.09 (0.04)	ref.	0.01	
- Yes	629	23.73	0.78 [0.57 ; 1.07]		-0.86 (0.08)	0.23 [0.05 ; 0.42]		
Children aged 6-11 mo								
- No	508	17.60	ref.	0.10	-0.66 (0.07)	ref.	0.02	
- Yes	122	10.26	0.49 [0.21 ; 1.16]		-0.19 (0.19)	0.47 [0.08 ; 0.87]		
Children aged 12-17 mo								
- No	450	30.49	ref.	0.39	-1.17 (0.08)	ref.	0.56	
- Yes	243	27.25	0.84 [0.56 ; 1.26]		-1.24 (0.08)	-0.07 [-0.29 ; 0.16]		
Children aged 18-23 mo								
- No	394	31.90	ref.	0.55	-1.33 (0.08)	ref.	0.20	
- Yes	245	34.64	1.16 [0.70 ; 1.93]		-1.19 (0.09)	0.14 [-0.10 ; 0.38]		
<b>Minimum Meal Frequency (MMF)</b>								
Children aged 6-23 mo								
- No	495	30.19	ref.	0.13	-1.08 (0.08)	ref.	0.42	
- Yes	1524	25.34	0.76 [0.52 ; 1.09]		-1.00 (0.05)	0.08 [-0.12 ; 0.27]		
Children aged 6-11 mo								
- No	155	20.51	ref.	0.17	-0.61 (0.12)	ref.	0.80	
- Yes	476	14.76	0.64 [0.33 ; 1.21]		-0.57 (0.09)	0.04 [-0.26 ; 0.34]		
Children aged 12-17 mo								
- No	146	34.68	ref.	0.17	-1.03 (0.17)	ref.	0.24	
- Yes	547	28.00	0.71 [0.43 ; 1.16]		-1.24 (0.06)	-0.21 [-0.56 ; 0.14]		
Children aged 18-23 mo								
- No	182	27.91	ref.	0.17	-1.12 (0.14)	ref.	0.33	
- Yes	476	34.57	1.45 [0.85 ; 2.48]		-1.31 (0.09)	-0.19 [-0.57 ; 0.19]		
<b>Minimum Acceptable Diet (MAD)</b>								
Children aged 6-23 mo								
- No	1507	27.90	ref.	0.07	-1.07 (0.04)	ref.	0.03	
- Yes	512	22.77	0.73 [0.52 ; 1.02]		-0.87 (0.08)	0.20 [0.02 ; 0.38]		
Children aged 6-11 mo								
- No	518	17.60	ref.	0.09	-0.66 (0.07)	ref.	0.02	
- Yes	112	9.62	0.45 [0.19 ; 1.12]		-0.18 (0.21)	0.48 [0.07 ; 0.90]		
Children aged 12-17 mo								
- No	472	30.27	ref.	0.48	-1.15 (0.07)	ref.	0.21	
- Yes	221	27.40	0.86 [0.56 ; 1.32]		-1.29 (0.08)	-0.15 [-0.37 ; 0.08]		
Children aged 18-23 mo								
- No	471	31.99	ref.	0.51	-1.27 (0.08)	ref.	0.75	
- Yes	166	35.24	1.19 [0.70 ; 2.03]		-1.31 (0.09)	-0.04 [-0.30 ; 0.22]		

\* All multivariate analysis were adjusted for child's age and sex, maternal height and for various confounders depending on their link with the assessed indicators in each age group, as explained in the method section and Figure 1.

**Table 4 (continuation) – Adjusted\* logistic and linear regressions for the association of stunting and HAZ with complementary feeding practices (ancillary indicators)**

ANCILLARY INDICATORS	n	STUNTING			HAZ		
		Stunted children (%)	OR [95% CI]	p	Mean HAZ (se)	Est [95% CI]	p
<b>Timely introduction of porridge</b>							
Children aged 9-23 mo							
- Early	219	28.85	1.21 [0.85 ; 1.72]	0.04	-1.16 (0.10)	-0.00 [-0.23 ; 0.22]	1.00
- Timely	1220	25.13	ref.		-1.16 (0.04)	Ref.	
- Late	148	35.48	1.64 [1.10 ; 2.44]		-1.15 (0.18)	0.01 [-0.32 ; 0.34]	
Children aged 9-11 mo							
- Early	38	18.53	1.02 [0.40 ; 2.59]	0.13	-0.76 (0.27)	-0.03 [-0.65 ; 0.59]	0.98
- Timely	217	18.34	ref.		-0.74 (0.14)	ref.	
- Late	23	36.36	3.03 [0.99 ; 9.32]		-0.64 (0.54)	0.09 [-0.87 ; 1.06]	
Children aged 12-17 mo							
- Early	96	30.71	1.18 [0.63 ; 2.24]	0.16	-0.91 (0.21)	0.30 [-0.16 ; 0.75]	0.14
- Timely	502	27.63	ref.		-1.21 (0.07)	ref.	
- Late	69	40.02	1.88 [0.99 ; 3.59]		-1.52 (0.20)	-0.31 [-0.73 ; 0.11]	
Children aged 18-23 mo							
- Early	83	34.38	1.28 [0.78 ; 2.10]	0.62	-1.40 (0.15)	-0.09 [-0.39 ; 0.21]	0.03
- Timely	498	29.08	ref.		-1.31 (0.06)	ref.	
- Late	55	31.40	1.12 [0.60 ; 2.06]		-0.82 (0.20)	0.48 [0.09 ; 0.88]	
<b>Timely introduction of family foods</b>							
Children aged 12-23 mo							
- Early	533	26.73	0.92 [0.57 ; 1.49]	0.31	-1.19 (0.07)	0.13 [-0.08 ; 0.34]	0.48
- Timely	335	28.35	ref.		-1.32 (0.07)	ref.	
- Late	441	31.55	1.17 [0.81 ; 1.68]		-1.24 (0.09)	0.08 [-0.15 ; 0.31]	
Children aged 12-17 mo							
- Early	274	22.11	0.76 [0.43 ; 1.36]	0.00	-1.02 (0.09)	0.18 [-0.11 ; 0.47]	0.00
- Timely	175	27.11	ref.		-1.20 (0.11)	ref.	
- Late	196	37.43	1.61 [0.92 ; 2.82]		-1.53 (0.11)	-0.33 [-0.65 ; -0.01]	
Children aged 18-23 mo							
- Early	241	33.52	1.22 [0.78 ; 1.90]	0.95	-1.30 (0.10)	0.14 [-0.11 ; 0.40]	0.16
- Timely	155	32.26	ref.		-1.44 (0.09)	ref.	
- Late	230	32.13	1.10 [0.57 ; 2.11]		-1.15 (0.11)	0.29 [-0.01 ; 0.60]	
<b>The child eats in his own plate</b>							
Children aged 6-23 mo							
- No	640	24.20	ref.	0.16	-1.00 (0.06)	ref.	0.65
- Yes	1249	27.32	1.20 [0.93 ; 1.56]		-1.04 (0.04)	-0.03 [-0.17 ; 0.11]	
Children aged 6-11 mo							
- No	169	14.12	ref.	0.39	-0.51 (0.14)	ref.	0.61
- Yes	392	16.95	1.28 [0.72 ; 2.26]		-0.59 (0.09)	-0.08 [-0.40 ; 0.23]	
Children aged 12-17 mo							
- No	232	27.90	ref.	0.77	-1.23 (0.09)	ref.	0.28
- Yes	418	28.82	1.05 [0.75 ; 1.48]		-1.12 (0.08)	0.12 [-0.09 ; 0.33]	
Children aged 18-23 mo							
- No	220	31.62	ref.	0.81	-1.27 (0.09)	ref.	0.85
- Yes	413	32.70	1.06 [0.67 ; 1.68]		-1.29 (0.07)	-0.02 [-0.25 ; 0.20]	
<b>The child eats with an help</b>							
Children aged 6-23 mo							
- No	550	22.96	ref.	0.03	-0.70 (0.08)	ref.	0.00
- Yes	1339	27.68	1.33 [1.02 ; 1.73]		-1.15 (0.05)	-0.45 [-0.65 ; -0.25]	
Children aged 6-11 mo							
- No	54	17.15	ref.	0.84	0.06 (0.26)	ref.	0.01
- Yes	517	16.07	0.92 [0.38 ; 2.19]		-0.65 (0.08)	-0.71 [-1.22 ; -0.19]	
Children aged 12-17 mo							
- No	168	25.14	ref.	0.28	-0.70 (0.18)	ref.	0.00
- Yes	482	29.71	1.29 [0.81 ; 2.04]		-1.32 (0.06)	-0.62 [-1.01 ; -0.23]	
Children aged 18-23 mo							
- No	303	26.88	ref.	0.01	-1.05 (0.10)	ref.	0.00
- Yes	308	38.14	1.86 [1.17 ; 2.96]		-1.55 (0.09)	-0.51 [-0.79 ; -0.22]	

\* All multivariate analysis were adjusted for child's age and sex, maternal height and for various confounders depending on their link with the assessed indicators in each age group, as explained in the method section and Figure 1.

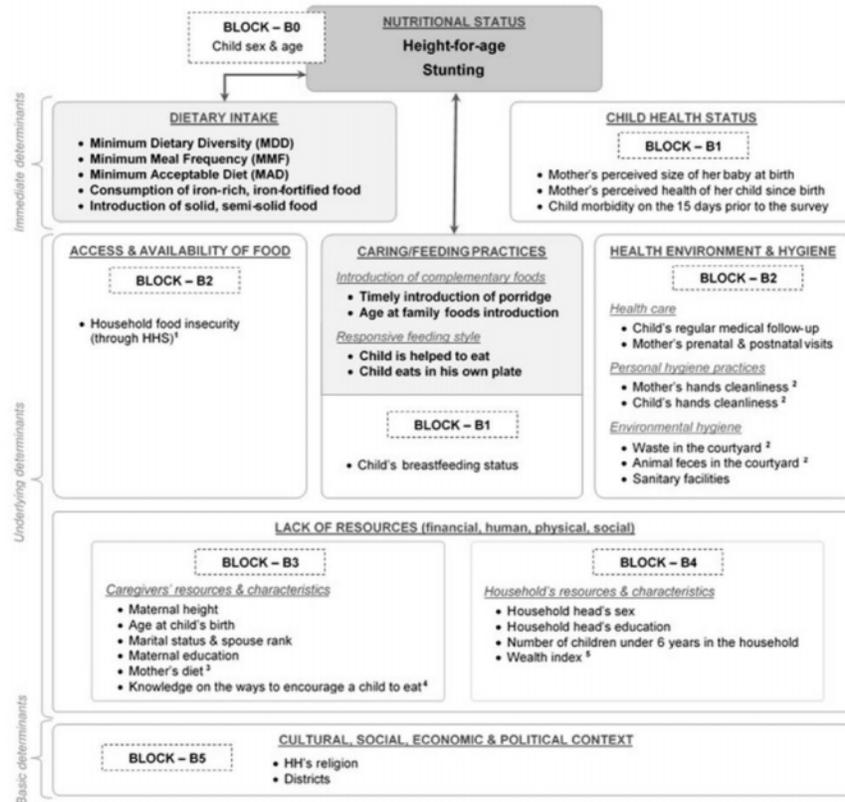


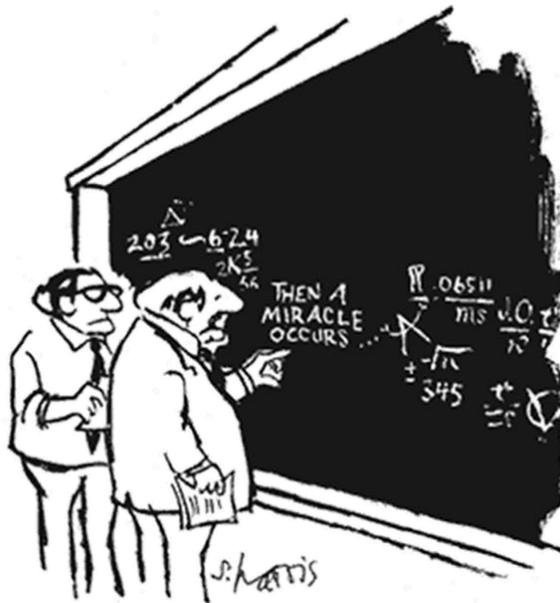
Figure 1- UNICEF's conceptual framework of malnutrition presenting the main predictors and the different blocks of adjustment variables considered in the multivariate analyses

195x187mm (96 x 96 DPI)

# CHAPITRE V

## La construction du schéma des voies d'impact du programme

Une première étape cruciale pour structurer l'évaluation de processus



"I THINK YOU SHOULD BE MORE EXPLICIT HERE IN STEP TWO."

## 1. Déroulement des ateliers et construction du schéma des voies d'impact

Deux ateliers d'une journée et demi chacun ont été organisés à Kara et à Dapaong. L'atelier de Dapaong s'est tenu les 25 et 26 mars 2015 et a rassemblé 31 participants. Celui de Kara s'est déroulé les 27 et 28 mars 2015 et a regroupé 35 participants. Pour rappel, l'objectif était de reconstruire la théorie du programme pensé au niveau central avec les acteurs impliqués au niveau local dans l'implémentation du programme. Les acteurs des divers secteurs impliqués (santé, action sociale, développement à la base, plan, poste) dans la mise en oeuvre du programme aux niveaux régional, préfectoral et local, ont donc été invités à y participer.

La théorie d'un programme est souvent traduite schématiquement par un modèle logique permettant de décomposer l'enchaînement « *inputs – process– outputs – outcomes – impact* » et d'explicitier ainsi les relations causales entre les activités mises en oeuvre par le programme et les résultats escomptés. Ce modèle logique peut prendre plusieurs formes. Nous avons ici choisi de construire un schéma des voies d'impact du programme ou *Program Impact Pathways* (PIP) qui permet de mettre en évidence les voies d'impact de l'intervention mais aussi d'identifier les différents facteurs facilitants et limitants (*effect modifiers*) susceptibles de s'immiscer tout au long de ces voies et d'en modifier la trajectoire.

Le processus d'élaboration du schéma des voies d'impact du programme reposant sur une approche participative impliquant dialogues, discussions et débats, a permis aux participants d'échanger sur le programme, de partager leurs diverses perceptions et interprétations de l'intervention et de ses objectifs, tout au long des ateliers.

Le schéma détaillé des voies d'impact du programme construit avec les acteurs est présenté à la **figure 26**.



Petit aperçu des ateliers de construction du schéma des voies d'impact du programme



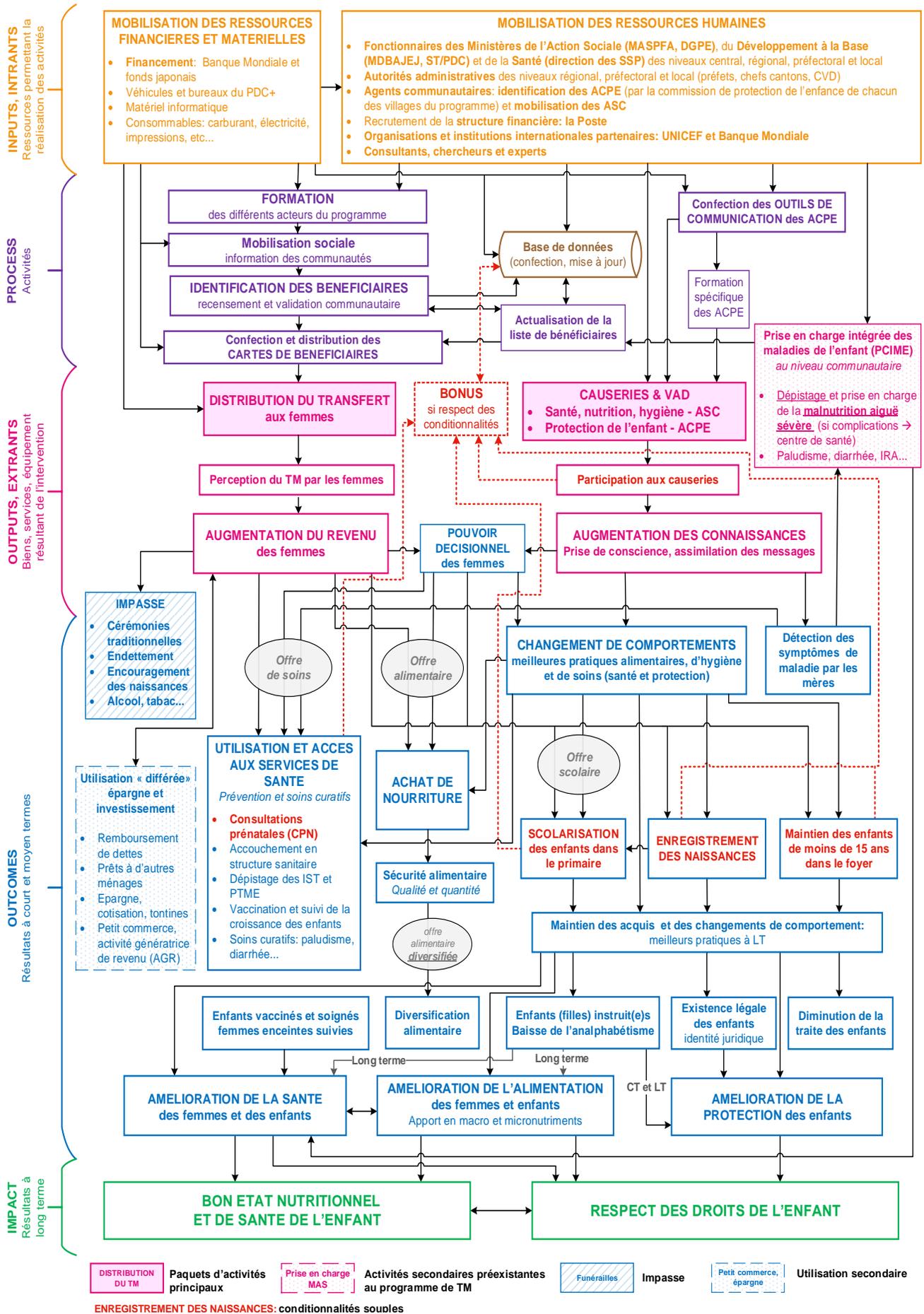


Figure 26 – Schéma détaillé des voies d'impact du programme

## 2. Facteurs limitants et facilitateurs – « Effect modifiers »

En théorie, les différentes étapes présentées ci-avant s'enchaînent et fonctionnent parfaitement pour mener à l'impact escompté. En réalité, les chemins d'impact du programme sont loin d'être rectilignes. De nombreux facteurs viennent, en effet, entraver (*facteurs limitants*) ou, au contraire, faciliter (*facteurs facilitateurs*) l'atteinte des objectifs du programme.

Nous avons classé ici ces facteurs en deux grandes catégories : les facteurs « internes » et « externes » à la sphère de l'intervention elle-même. En revanche, nous n'avons pas distingué, de manière systématique facteurs « limitants » et « facilitateurs » dans la mesure où la plupart de ces facteurs peuvent être à la fois facilitateurs ou limitants, selon les circonstances. Le niveau d'instruction des femmes peut, par exemple, faciliter l'atteinte des objectifs du programme lorsqu'il est élevé, ou au contraire l'entraver lorsqu'il est trop faible. De même la taille du ménage peut être considérée comme un facteur facilitateur ou limitant selon qu'elle est restreinte ou élargie (dilution du transfert plus ou moins importante).

### 2.1. Facteurs internes au programme et potentiels effets négatifs engendrés par l'intervention

#### 2.1.1. Facteurs internes au programme

- Formation des acteurs sur le programme
- Régularité du transfert
- Relations entre ASC et ACPE (conflit ou bonne entente)
- (Manque de) sensibilisation/implication des maris
- (Manque d') organisation, anticipation de la Poste
- (Manque d') organisation des points de paiement
- Bonus/diplôme pour les meilleures participantes (encourage la participation aux causeries)
- Qualité des causeries : formation des ASC et ACPE aux techniques de communication, outils de communication adéquats, etc.

#### 2.1.2. Potentiels effets négatifs engendrés par le programme

- Charge de travail des différents acteurs du programme (ACPE en particulier)
- Risque sécuritaire (braquage)
- Baisse/suppression des dons d'argent des maris à leurs femmes: sachant que leurs femmes perçoivent un transfert, certains maris qui leur donnaient régulièrement un peu d'argent ont stoppé leurs versements. Dans ce cas, même si le TM permet une augmentation du revenu des ménages, il ne contribue pas à l'augmentation du revenu des femmes.

- Endettement « sur le dos » du transfert : sachant qu'elles vont percevoir leur transfert, certaines femmes s'endettent
- Encouragement des naissances : le ciblage des femmes enceintes et enfants de moins de deux ans pourrait contribuer à encourager les naissances notamment chez les jeunes filles (→ déscolarisation)
- Conflit intrafamilial relatif au transfert monétaire : l'utilisation du transfert est source de querelles au sein du couple et, plus largement, de la famille.

## **2.2. Facteurs externes au programme**

### *2.2.1. Facteurs sociodémographiques*

- Niveau d'instruction des membres du ménage, en particulier des femmes
- Niveau d'instruction des ASC, ACPE et agents d'état civil (qualité des causeries, qualité des actes de naissance)
- Chef de ménage de sexe féminin (pouvoir décisionnel)
- Taille du ménage (dilution du transfert plus ou moins importante)

### *2.2.2. Facteurs socioculturels - liés aux pratiques culturelles et sociales*

#### *Facteurs communs à différents chemins*

- Poids de la tradition, des us et coutumes et normes sociales (ex : les femmes qui accouchent à domicile, à l'inverse de celles qui accouchent dans une structure de santé, sont considérées comme courageuses)
- Religion, spiritualité et croyances (vodou, sorcellerie)
- Hiérarchie sociale et statut/place de la femme
- Problèmes de genre : inégalités filles – garçons
- Notion de temps : problème de ponctualité, « rendez-vous manqués » -

#### *Chemin achat de nourriture – amélioration de l'alimentation et du statut nutritionnel :*

- Habitudes alimentaires et interdits alimentaires (ex : la consommation d'œufs rendrait voleur)
- Allocation intrafamiliale de la nourriture : les enfants reçoivent généralement très peu de viande. C'est seulement lorsqu'ils ont terminé leur plat (à base de céréales ou tubercules: pâte de maïs ou igname pilé) et qu'ils sont généralement rassasiés qu'on leur donne certains morceaux. A chaque membre de la famille est, en effet, attribué un morceau de viande spécifique. Lorsqu'il s'agit d'un poulet, par exemple, les pattes et une partie des cuisses sont réservés aux enfants de sexe masculin alors que les ailerons et le cou sont des parties attribuées aux enfants de sexe féminin. Le reste revient aux parents.
- Règles d'hygiène alimentaire

*Chemin utilisation des services de santé - amélioration de la santé des femmes et des enfants :*

- Automédication (plantes et décoctions)
- Recours aux charlatans/guérisseurs et sorcellerie
- (Manque de) confiance dans la médecine moderne
- (Manque de) considération pour le patient : accueil, informations et explications lors des consultations, traitement des patients (notamment des parturientes)

*Chemin protection de l'enfant : scolarisation, enregistrement des naissances...*

- Inégalité garçons-filles quant à la scolarisation et à l'enregistrement des naissances : les garçons sont plus systématiquement enregistrés et scolarisés que les filles qui restent à la maison pour aider aux tâches ménagères. Cependant, ceci n'est pas valable chez les Peuls, où ce sont les filles qui sont plus souvent scolarisées que les garçons qui doivent eux s'occuper des bœufs.
- Répartition des tâches : l'enregistrement des naissances est toujours confié au père puisque l'on considère que c'est à lui qu'« appartient» les enfants.

### *2.2.3. Facteurs sociopolitiques, économiques et environnementaux*

*Facteurs communs à différents chemins*

- Organisation communautaire :
  - Dynamisme et implication du chef du village dans la vie de la communauté
  - Entente, groupements de femmes et tontines (ex : bureaux des femmes bénéficiaires)
  - Choix des ASC et ACPE par la communauté: dynamisme, honnêteté, intégration, genre (peu de femmes ASC ou ACPE)
- Degré d'implication des autorités administratives (préfets, agents d'état civil, etc.)
- Absence de décentralisation
- Niveau de développement des infrastructures : routes, écoles, centres de santé (offre de soins)
- Enclavement des villages (accès difficile, éloignement, distance)
- Etendue, dispersion des villages
- Autres programmes en cours dans la zone (attention : nécessaire harmonisation des messages et limitation du nombre d'intervention au sein d'un même ménage)

*Chemin achat de nourriture – amélioration de l'alimentation et du statut nutritionnel :*

- Saisons et récoltes (saison des pluies, période de soudure, récoltes abondantes)
- Offre alimentaire diversifiée (protéines, fruits et légumes)

*Chemin protection de l'enfant : scolarisation, enregistrement des naissances...*

- Travail des enfants
- Cantines scolaires : les cantines scolaires incitent les parents à scolariser leurs enfants (meilleure scolarisation, moins d'absentéisme)

*Chemin fréquentation du centre de santé - santé :*

- Offre de soins
- Infrastructures sanitaires, équipement des unités de soins périphériques (USP)
- (Rupture des) stocks d'intrants et de médicaments
- Gratuité du traitement du paludisme simple
- « Stratégie avancée » - équipes mobiles

Si l'on détaille les deux composantes du programme que sont les transferts monétaires et la sensibilisation/éducation à travers les causeries et visites à domicile, ainsi que leur voie d'impact, on se rend compte que de très nombreux facteurs viennent s'immiscer tout au long de ces voies (cf. **figures 27 et 28**).

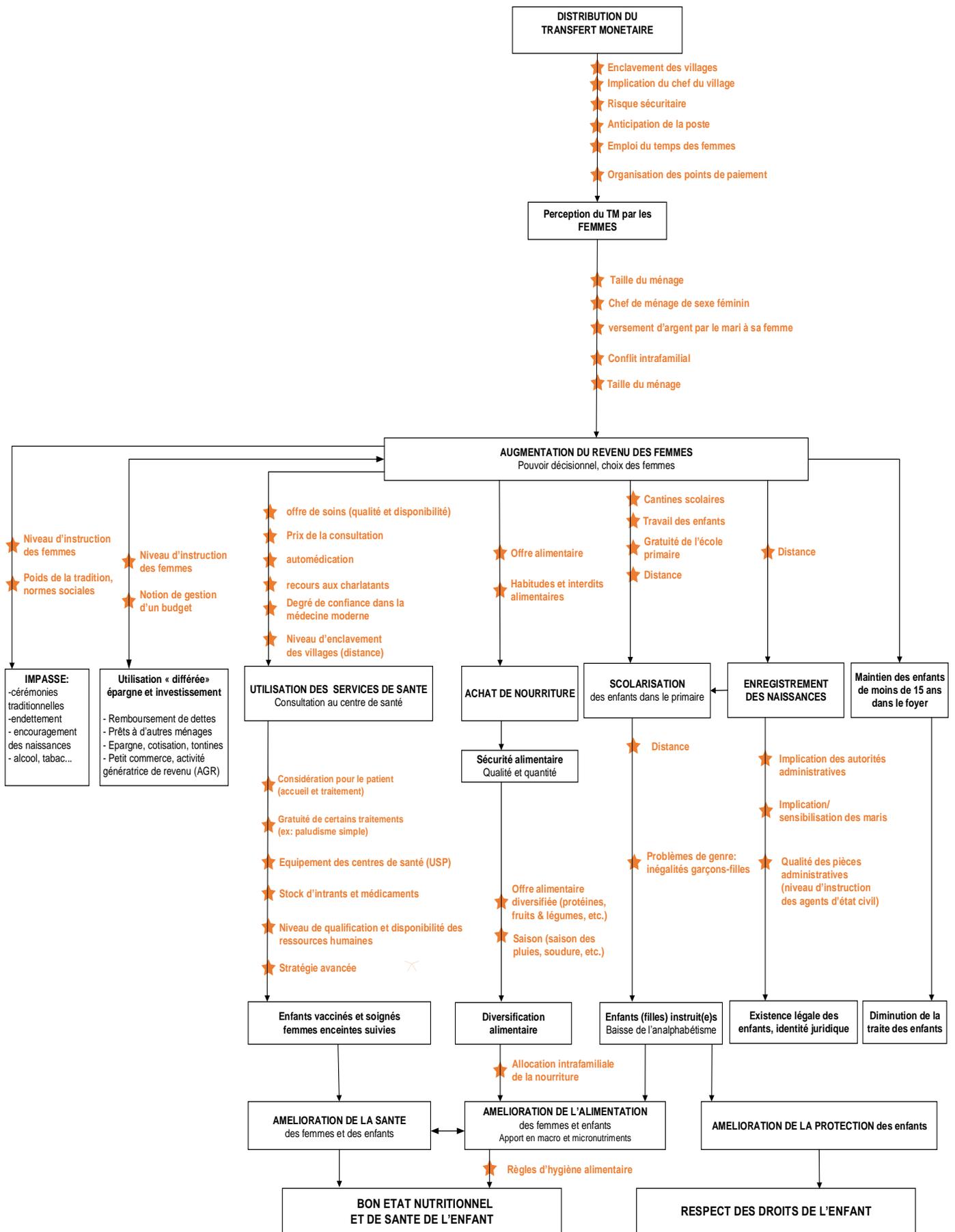


Figure 27 – Facteurs facilitateurs et limitants - Voie transferts monétaires

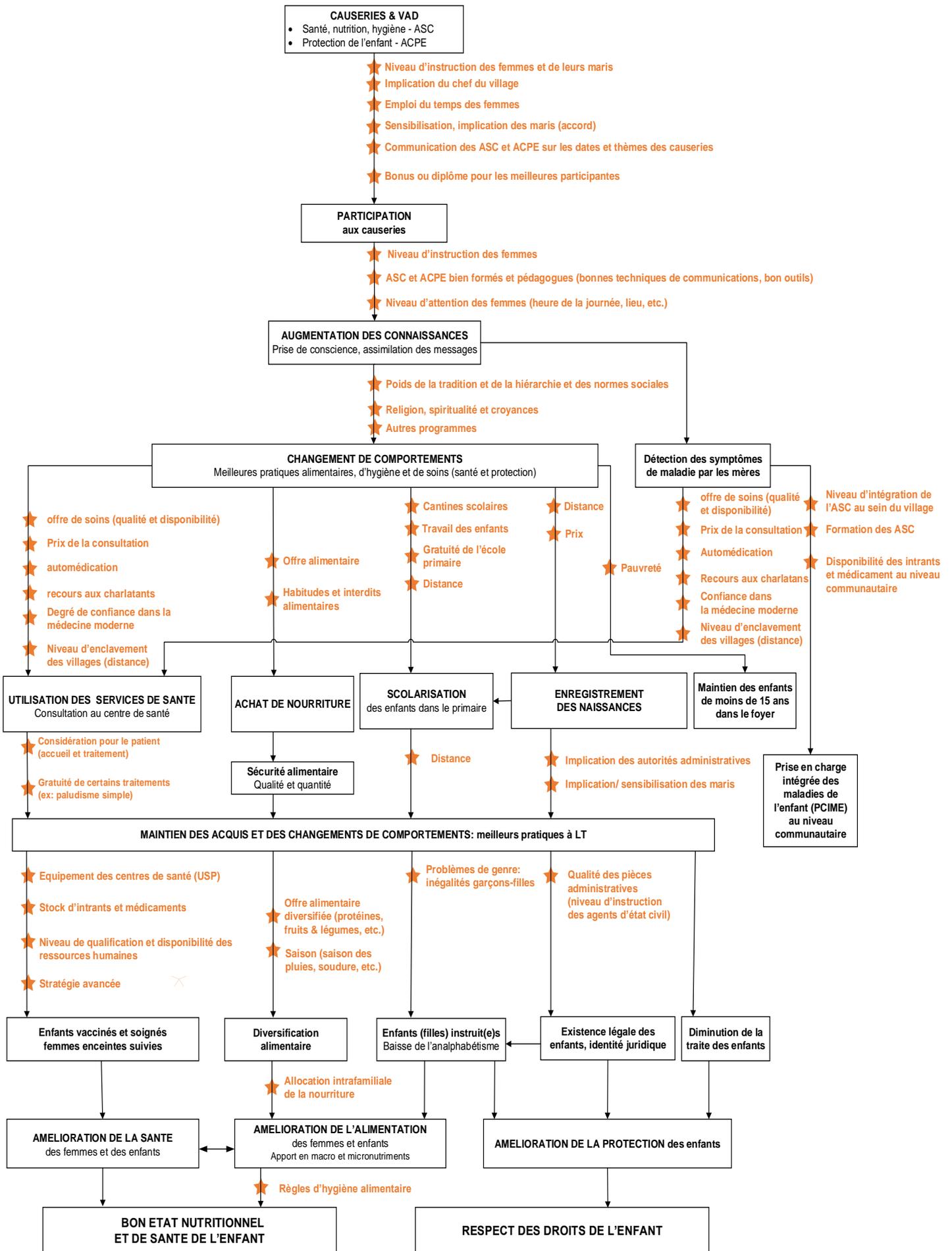


Figure 28 – Facteurs facilitants et limitants – voie causeries

### **3. Problèmes de mise en œuvre et propositions de solutions**

Si l'évaluation de processus est généralement l'occasion de soulever les points faibles et les problèmes de mise en œuvre d'un programme, elle permet également, lorsqu'elle est réalisée assez précocement, de proposer un certain nombre d'ajustements susceptibles d'améliorer l'intervention en cours, autrement dit d'affiner ou de redresser certains aspects du programme.

Lors des ateliers, différents types de problèmes ont été soulevés. A chacun de ces problèmes, les acteurs du terrain ont essayé de proposer un certain nombre de solutions. Ces diverses suggestions ont, par la suite, été présentées aux différents ministères en charge du programme lors d'un atelier de restitution organisé le 13 avril 2015 à Lomé. Ces derniers ont ainsi évalué la pertinence et la faisabilité de ces différentes propositions émanant du terrain et formulé, eux aussi, certaines améliorations.

## CONNAISSANCE, COMPREHENSION & INTERPRETATION DU PROGRAMME

### ↳ **Les conditionnalités attachées au TM (et leur caractère non contraignant) sont mal connues**

Les conditionnalités à respecter pour percevoir le bonus de sortie sont mal connues des acteurs du programme, à tous les niveaux. Seule la participation aux causeries est évoquée comme conditionnalité.

Une partie importante des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme au niveau régional et local, notamment dans la région des Savanes, pense que les femmes absentes à plus de trois causeries devraient être exclues du programme. Ils considéreraient alors ces sorties comme étant des « sorties imprévues », normalement réservées aux cas de décès d'enfants bénéficiaires ou aux cas d'émigration hors du village.

Pour jouer leur rôle incitatif, les conditionnalités doivent être clairement énoncées et connues de tous. Elles vont donc être clarifiées et réexpliquées aux différents acteurs du programme.

Le principe des conditionnalités souples, qui ne s'applique qu'au bonus de sortie et non au TM, sera réexpliqué lors du nouveau recensement. Une attention particulière sera prêtée aux différents cas de « sorties imprévues » dont les raisons devront être précisément documentées

### ↳ **Les femmes de certains villages *Contrôle* pensent être éligibles au bonus de sortie**

Dans un certain nombre de villages *Contrôle*, les femmes enceintes et mères d'enfants de moins de deux ans ont reçu l'information selon laquelle elles recevraient une gratification de 20.000 FCFA si elles participaient de manière assidue aux causeries.

La situation sera régularisée dans les villages *Contrôle* où des erreurs de communication ont été commises. Les femmes assidues aux causeries ne recevront pas de bonus mais un diplôme leur sera remis.

## CAUSERIES ET VISITES A DOMICILE (VAD)

### ↳ **La charge de travail des ACPE des gros villages est excessive**

Dans les gros villages, où les bénéficiaires sont très nombreuses, les ACPE sont dans l'obligation de répéter plusieurs fois par mois la même causerie et ne sont pas en mesure d'assurer toutes leurs visites à domicile. Par ailleurs, la même rémunération est offerte aux ACPE de ces gros villages qu'à ceux des plus petits, qui ont une charge de travail bien moindre. Cette situation génère des disparités qui se retrouvent également entre ACPE et ASC. Ces deniers ont en effet un maximum de 80 ménages à leur charge et sont payés à la fois pour le volet préventif de leur activités (causeries et visites à domicile) et pour le volet curatif (PCIME et prise en charge de la MAS). Ils bénéficient donc en général d'une meilleure rémunération.

Tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de renforcer le nombre d'ACPE dans les gros villages.

Pour ce faire, deux solutions ont été proposées :

- Mettre en place un système de quota de ménages par ACPE comme cela existe pour les ASC, autrement dit définir un nombre maximum de ménages à couvrir au cours du mois.

- Définir des zones de couverture par ACPE, autrement dit découper les gros villages en plusieurs zones géographiques en tenant compte à la fois du nombre de ménages dans chacune des zones mais également de la dispersion des habitations.

Il a par ailleurs été proposé d'harmoniser la rémunération des ASC et ACPE.

### ↳ **La participation des hommes aux causeries socioéducatives reste insuffisante**

Les causeries sont trop axées sur les femmes. Certains sujets concernent pourtant directement les hommes, comme par exemple l'enregistrement des naissances qui est presque systématiquement confié aux pères.

Un effort sera fait pour impliquer davantage les hommes, en prenant soin que leur participation n'entrave pas celles des femmes.

↳ **Les causeries ne comportent pas de modules spécifiques sur la planification familiale, ni sur les différentes manières de gérer un budget**

Certains acteurs déplorent l'absence dans les causeries d'un module de formation consacré à la gestion d'un budget (emprunt, épargne, AGR, remboursement de dettes, cotisation, etc.). La seule information dont disposent les femmes est la suivante : l'argent du TM doit servir à la satisfaction des besoins de l'enfant bénéficiaire. Aucune information ne leur est donnée sur la façon de gérer au mieux cet argent.

Certains craignent que, de par son ciblage (basé sur les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans), le TM encourage les naissances, notamment chez les jeunes filles. Or, le programme ne prévoit pas d'activités ou d'information particulière relative au planning familial.

↳ **Les superviseurs des agents de santé communautaires n'ont pas été formés au programme de TM**

Les ICP et agents PROVONAT, en charge de la supervision des ASC, ne sont pas au même niveau d'information que les superviseurs des ACPE (les RZ) qui ont reçu une formation spécifique sur le programme de TM. Les ICP et agents PROVONAT regrettent de ne pas avoir été invités à cette formation, à laquelle ont pourtant participé les ASC dont ils sont chargés.

Tous les acteurs ne sont pas unanimes sur ce point. Alors que les acteurs des niveaux déconcentrés proposent d'ajouter un module de formation sur l'économie familiale et les diverses manières de gérer un budget (aussi petit soit-il), pour les acteurs du niveau central ce n'est pas l'objectif du programme. Il ne s'agit pas d'encourager les AGR ou l'épargne, ni d'influer de manière directe sur les choix des femmes mais de leur permettre d'initier des changements de comportements favorables à la santé et à la protection de l'enfant. Les causeries leur transmettent les connaissances, les TM les moyens de les mettre en œuvre. Pour eux, le programme doit s'arrêter là et laisser aux mères la liberté d'utiliser le TM comme bon leur semble. Aucun module de formation sur les différentes manières de gérer son budget ne sera donc ajouté. En revanche, les ACPE pourraient être mieux formés aux techniques de communication interpersonnelles afin de pouvoir, lors des visites à domicile par exemple, conseiller les bénéficiaires lorsqu'elles le souhaitent et, les accompagner dans leurs choix sans être dirigistes.

Là encore les acteurs ont des points de vue divergents. Au niveau régional et local, ils préconisent de renforcer l'information sur la planification familiale lors des causeries et visites à domicile, alors que pour les acteurs du niveau central, ces activités doivent rester la prérogative des centres de santé. Ils rappellent par ailleurs que les ASC évoquent dans leurs causeries la nécessité d'espacer les naissances.

Une session de « rattrapage » sera organisée afin de former les ICP et agents PROVONAT sur le programme de TM. Par ailleurs, ils seront désormais conviés aux réunions et formations pour lesquelles les ASC sont concernés.

Des réunions entre ICP/agents PROVONAT et RZ pourraient également être organisées en vue d'un partage d'expériences et de bonnes pratiques.

## DISTRIBUTION DES TRANSFERTS

### ↳ Certaines femmes éligibles n'ont pas encore perçu de transferts

Deux raisons principales sont évoquées:

- Un retard dans la confection des cartes de bénéficiaires : ce retard est essentiellement dû à un problème de photos. Le planning du photographe est très chargé. Il doit visiter plusieurs villages dans une même journée. Dans la précipitation, il ne prend pas le temps de s'assurer de l'identité des personnes et prend parfois en photo des femmes non bénéficiaires. Par ailleurs, les ACPE, qui doivent mobiliser les femmes bénéficiaires et aider à l'identification, ne sont pas toujours prévenus suffisamment à l'avance de la venue du photographe.

- Un retard dans l'actualisation des listes: les listes de bénéficiaires devaient initialement être actualisées tous les deux mois, or depuis le début de l'intervention elles n'ont toujours pas été mises à jour. Aucune nouvelle entrée dans le programme n'a donc eu lieu, engendrant un certain nombre de frustrations et incompréhensions.

Les acteurs régionaux et locaux suggèrent que le photographe profite des jours de distribution, où les femmes sont toutes rassemblées, pour prendre en photo les bénéficiaires. Les comités villageois de développement et chefs de village pourraient alors aider à l'identification des femmes. Ils proposent également qu'un appareil photo soit mis à disposition des responsables de zone (RZ). Ces derniers connaissent bien la zone et les communautés et pourraient profiter de leurs déplacements réguliers sur le terrain pour prendre les photos que le photographe n'aurait pas pu prendre lors des distributions. Pour les acteurs du niveau central, la confection des cartes a été confiée aux agences régionales du Ministère du développement à la base (AGAIB), c'est donc à elles de prendre les mesures nécessaires pour trouver des solutions aux problèmes de photo. Les RZ (Ministère de l'Action Sociale) ont un planning déjà chargé et ne peuvent pas se permettre de prendre en charge la confection des cartes de bénéficiaires.

Un nouveau recensement est en cours (Mai 2015).

### ↳ La planification des distributions n'est pas optimale

Deux problèmes principaux sont ressortis :

- Le manque d'anticipation des distributions, ne permettant pas toujours aux ACPE d'avertir à temps l'ensemble des bénéficiaires. Afin de pallier à ce problème certaines femmes, organisées en « **bureau des bénéficiaires** », se cotisent pour payer le *gongonneur* (le crieur public). Ce dernier est alors chargé d'aider l'ACPE à informer les bénéficiaires de la date de distribution du TM.

- Les retards de la poste le jour des distributions, entraînant une longue attente des bénéficiaires

Tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de renforcer la collaboration entre les directeurs préfectoraux de l'Action sociale (DPAS) et la poste, afin qu'ils définissent ensemble un calendrier précis des distributions assorti d'un itinéraire optimal tenant compte à la fois des distances entre les villages, de l'accessibilité et des éventuels problèmes de sécurité. Enfin, le programme pourrait payer le *gongonnage* qui ne devrait en aucun cas être à la charge des bénéficiaires

Lorsque la poste a du retard, elle devrait en informer les ACPE par téléphone. Ces derniers, qui craignent le retard des bénéficiaires, devraient par ailleurs éviter de les convoquer avant l'heure prévue, allongeant d'autant leur temps d'attente.

### ☞ Certains points de paiements sont très éloignés du domicile des femmes bénéficiaires

Certains hameaux sont très éloignés des points de paiement. Quelque-soit la grandeur du village ou son étendue, un seul point de paiement prévu.

Dans certains villages très dispersés, comptant de nombreux hameaux, plusieurs points de paiement devraient être établis. Le contrat de la poste stipule en effet que les points de paiement doivent se trouver à moins de 5 Km des bénéficiaires. La distance au point de paiement des hameaux les plus éloignés sera donc vérifiée. Si elle dépasse un rayon de 5km des dispositions seront prises pour établir des points de paiement supplémentaires

## PLANNIFICATION DES ACTIVITES & COMMUNICATION

### ☞ Les activités ne sont pas planifiées suffisamment à l'avance

Les acteurs de terrain (RZ, ACPE) se plaignent d'un manque général d'anticipation. Ils sont très souvent prévenus trop tardivement des activités à mener, et sont alors obligés de travailler dans l'urgence et la précipitation, ce qui impacte négativement la qualité de leur travail.

Ils proposent que des réunions de planification des activités soient organisées au niveau régional. Ces réunions permettraient d'établir un calendrier avec des échéances précises. Toutefois, pour qu'un tel calendrier soit établi, le niveau central doit également s'engager à fournir les informations suffisamment à l'avance et à les faire circuler aux différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme.

### ☞ Le programme souffre d'un déficit général de communication horizontale et verticale

Tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme, à différents niveaux, ont rapporté des problèmes de communication à la fois horizontale et verticale. Au manque de communication entre les différents ministères impliqués dans le programme s'ajoute en effet un déficit de communication entre le niveau central et les niveaux déconcentrés de chacun de ces ministères. De manière générale, les différentes parties prenantes regrettent que la stratégie de communication du programme soit exclusivement tournée vers l'extérieur. Pour eux, il est urgent de se pencher sur la communication interne afin de favoriser une meilleure coordination des activités et une plus grande collaboration entre ministères à tous les échelons.

Pour remédier à ce problème de communication, les acteurs ont proposés de :

- Mettre en place, en interne, un bulletin mensuel d'information de type «newsletter» portant sur l'avancement du programme, les problèmes et difficultés rencontrés et les activités/échéances à venir. Ce bulletin serait envoyé à l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme à tous les échelons et constituerait ainsi un socle commun d'informations. Cette proposition formulée par les acteurs des niveaux déconcentrés a été bien accueillie au niveau central notamment par le Ministère du Développement à la base qui propose de se charger de la rédaction du bulletin.

- Organiser des réunions interministérielles de suivi des progrès et des activités au niveau central mais également dans les niveaux déconcentrés (à l'initiative des régions). Au niveau central, le Ministère du Développement à la base propose d'instaurer des réunions bimensuelles réunissant tous les comités concernés par le programme. Ces réunions tous comités confondus constitueraient ainsi un cadre d'échange formel sur le programme.

### AUTRES PROBLEMES & DEFIS

#### ↳ **Il n'existe à l'heure actuelle aucun mécanisme de gestion des plaintes**

A l'exception d'une ligne verte, commune à l'ensemble des programmes du PDC Plus, aucun mécanisme de plainte indépendant n'est actuellement effectif. La mise en place d'un tel mécanisme est pourtant essentielle, notamment en vue de protéger les agents communautaires. Les ACPE, qui sont en première ligne, ne sont pas toujours en mesure de répondre aux différents mécontentements et, subissent des pressions, voire des menaces.

Tous les acteurs s'accordent sur la nécessité d'instaurer un mécanisme de gestion des plaintes au niveau communautaire de type «bureau des pleurs». Le chef du village, qui dispose de la légitimité et de l'autorité nécessaire, et qui est traditionnellement en charge de régler les conflits au sein de la communauté, est pressenti pour être au centre de ce dispositif. Il serait ainsi en charge de recueillir les différentes plaintes des bénéficiaires et réglerait les éventuels conflits engendrés par le TM.

#### ↳ **Les autorités villageoises sont peu impliquées dans le programme**

Pour les acteurs des niveaux déconcentrés, les chefs de village et de quartier n'ont pas été assez impliqués dans le programme. Une meilleure prise en compte des autorités villageoises pourrait pourtant améliorer à la fois la mise en œuvre et l'utilisation du programme. Les chefs de villages, qui ont beaucoup d'influence et une bonne connaissance des communautés, seraient par exemple en mesure d'appeler les maris à participer aux causeries ou pourraient attester de l'identité des bénéficiaires.

Les acteurs des niveaux régional et local pensent que l'intéressement des chefs de village pourrait favoriser leur implication dans le programme et assurer ainsi son bon déroulement au niveau communautaire (ex : mobilisation du *gongonneur*). Les acteurs du niveau central considèrent qu'il revient au chef de s'impliquer dans la vie de la communauté. Aucun intéressement ne sera donc accordé. En revanche, l'instauration d'un « comité de gestion des plaintes (» dirigé par le chef du village, permettra de l'impliquer directement dans le programme.

#### ↳ **Les agents d'état civil, qui n'ont pas été sensibilisés au programme, ne sont pas assez proactifs**

Pour les acteurs de terrain, les agents d'état civil n'encouragent pas assez les ménages à enregistrer les naissances et, ne se déplacent pas suffisamment vers les villages. Par ailleurs, la qualité des pièces administratives qu'ils établissent est souvent médiocre. De nombreux actes de naissance comportent ainsi des erreurs.

Les acteurs régionaux proposent de sensibiliser les agents d'état civil sur le programme, via les RZ, qui pourraient profiter de leur visite mensuelle dans les villages pour impliquer les agents concernés. La mise en place d'une « stratégie avancée » similaire à celle existant dans le domaine de la santé a également été suggérée. Il s'agirait de fournir aux agents un vélo pour qu'ils puissent venir à la rencontre des ménages.

Pour les acteurs du niveau central, il revient avant tout aux ACPE de sensibiliser les communautés sur l'importance de l'enregistrement des naissances. Une sensibilisation trop poussée des agents d'état civil sur le programme pourrait par ailleurs engendrer une augmentation du prix de l'enregistrement. Les agents d'état civil ayant connaissance des TM pourraient alors faire payer davantage aux bénéficiaires

## 4. Questions de recherche clés pour l'évaluation de processus

Les ateliers de construction du schéma des voies d'impact du programme ont donc permis d'identifier un certain nombre de questions de recherche (cf. **Encadré 6**) que nous avons hiérarchisées et organisées selon deux grands axes, à savoir : (1) l'analyse du contexte et de la mise en oeuvre du programme ; (2) l'étude de son appropriation par les bénéficiaires et de son impact social global sur les communautés.

### *Contexte et mise en oeuvre du programme*

Le bon fonctionnement d'une intervention étant intimement lié à l'implication des acteurs qui sont chargés de la mettre en oeuvre, il s'agira dans un premier temps d'étudier le fonctionnement du programme d'un point de vue institutionnel, autrement dit à sa dynamique interne, aux interactions interpersonnelles et aux logiques d'acteurs en jeu. Il s'agissait ici : (i) de décortiquer le montage institutionnel du programme (rôle et responsabilités des acteurs et des comités) ; (ii) d'apprécier la communication/coopération entre les différentes parties prenantes (circuits d'information, moyens de communication, goulots d'étranglement et blocages), (iii) d'analyser la charge de travail des différents acteurs et d'évaluer leur perception du programme.

Dans un deuxième temps, nous avons analysé le fonctionnement du programme d'un point de vue opérationnel, nous nous sommes donc intéressés à sa mise en oeuvre proprement dite. Il s'agissait ici de documenter l'intensité de mise en oeuvre de l'intervention à savoir la qualité et le niveau de couverture des activités du programme ainsi que le niveau d'exposition des bénéficiaires aux différentes composantes de l'intervention. Il s'agissait par ailleurs d'identifier les principaux problèmes de mise en oeuvre, d'en analyser les causes et de proposer certains ajustements.

### *Appropriation par les bénéficiaires et impact social global sur les communautés*

Si la réussite d'un programme dépend de sa mise en oeuvre, elle dépend également de son utilisation/appropriation par les bénéficiaires. Même lorsqu'un programme est bien conçu et bien mis en oeuvre, s'il n'est pas assez ou s'il est mal utilisé/approprié par ses bénéficiaires, l'impact escompté ne pourra pas être atteint.

L'appropriation d'une intervention recouvre plusieurs dimensions : la connaissance et la compréhension du programme par les bénéficiaires et leurs proches ; leur perception de l'intervention ; et l'utilisation qu'ils en font (utilisation du transfert et participation aux causeries).

Il s'agissait donc ici non seulement d'évaluer la perception et l'utilisation du programme par les bénéficiaires mais également d'apprécier la conception/compréhension qu'en a leur entourage proche qui influe directement sur leurs choix et leurs actions.

## **Encadré 6- Questions de recherche identifiées avec les acteurs lors des ateliers PIP**

### **1- Mise en œuvre, fonctionnement et pérennisation du programme**

*Comment le programme est-il administré ? Comment fonctionne-t-il? Quels sont les problèmes de mise en œuvre?*

- Quels sont les outils de gestion, de management (cahier des charges, manuel de procédures, plan de travail, etc.) dont disposent les différents acteurs du programme pour assurer son bon fonctionnement ?
- Comment s'organise la coordination des diverses activités du programme ? Y-a-t-il à chacun des niveaux et pour chacun des secteurs une personne en charge de la coordination ?
- Quels sont les facteurs favorisants et limitants qui peuvent entraver ou au contraire favoriser le bon fonctionnement du programme (motivation des acteurs, ressources matérielles, problèmes sécuritaires) ?
- Comment le programme tient-il compte des villages non-bénéficiaires (des conflits éventuels entre villages bénéficiaires et témoins) ?
- Quelle est la stratégie de communication dans ces villages témoins ?
- Quelles sont les perspectives d'avenir du programme ? Comment maintenir ses acquis et envisager sa pérennisation ?

### **2- Acteurs du programme : communication, charge de travail et motivation**

*Quel est le degré d'information/implication des différents acteurs (santé, action sociale, développement à la base) dans le programme?*

- Quelle vision ces différents acteurs ont-ils du programme (maîtrise du programme et de ses objectifs)?
- Quel est, en particulier, le niveau d'implication et le rôle de la santé dans la mise en œuvre du programme?

*Comment fonctionne la communication entre les différents acteurs du programme?*

- Quel est le circuit d'information ?
- Quels sont les mécanismes de partage de l'information (rapport, réunion, etc.) existants ?

*Comment le programme affecte-t-il la charge de travail des différents acteurs impliqués dans sa mise en œuvre ?*

- La motivation financière des ACPE est-elle adaptée à leur charge de travail ? Ne devrait-elle pas être reconsidérée ?

### **3- Niveau d'information des bénéficiaires et perception du programme**

*Qu'est-ce que les femmes bénéficiaires savent du programme de TM (niveau d'information/de connaissance)?*

*Quelle perception en ont-elles ?*

- Connaissent-elles et comprennent-elles les critères d'éligibilité et les conditionnalités à respecter pour recevoir le bonus de sortie ?
- Quelle perception les communautés ont-elles du programme? Que pensent-elles du principe même de transfert monétaire?

### **4- Utilisation du programme par les bénéficiaires**

*Comment et par qui l'argent du transfert est-il utilisé?*

- Quelles sont les stratégies du ménage : AGR, endettement, épargne, remboursement de dettes, prêt ou partage avec d'autres ménages ?
- Quelle est l'implication/influence des maris et belles-mères sur la gestion et l'utilisation de l'argent du transfert ?
- Quelle est l'influence des us et coutumes, traditions sur la manière dont les ménages utilisent l'argent du TM et prennent part au programme?

*Les bénéficiaires participent-elles aux causeries et pourquoi ? Comment leur participation est-elle encouragée ?*

- Comment la participation des femmes aux causeries est-elle encouragée dans les villages témoins ?

#### **5- Répercussions du programme sur les ménages et les communautés**

*Quelles améliorations le programme a-t-il apporté dans la vie des femmes et des enfants ?*

- A qui bénéficie réellement le transfert (ménage, femmes, enfants) ?
- Des changements sont-ils intervenus dans la protection, la nutrition et les soins apportés aux enfants depuis la mise en place du programme ?
- Les transferts distribués aux mères d'enfants malnutris permettent-ils d'éviter les rechutes fréquentes chez ces enfants ?

*Quelles sont les répercussions du programme sur les liens sociaux au sein des communautés, à la fois entre femmes bénéficiaires et entre femmes bénéficiaires et non-bénéficiaires ?*

- Le programme a-t-il suscité de nouvelles formes de solidarité, d'organisation (tontines, bureaux des bénéficiaires, autres) ?
- Le programme est-il au contraire une source de problème/conflict au sein du couple, du village, entre villages d'une même zone ?
- Le programme a-t-il des répercussions sur les marchés de la zone (pénurie de certains aliments, augmentation des prix, nouveaux débouchés pour les petits producteurs) ?

#### **6- Satisfaction des bénéficiaires**

*Les bénéficiaires sont-elles satisfaites du programme et de son contenu ?*

- Les femmes auraient-elles préféré recevoir des vivres plutôt qu'un TM ou un TM via téléphone mobile et pourquoi ?
- Le montant est-il suffisant ?
- Auraient-elles préféré recevoir une plus grosse somme moins régulièrement ?
- Le contenu des causeries est-il satisfaisant ?
- Les femmes ont-elles d'autres thèmes de causerie à proposer ?
- Les ASC et ACPE prêtent-ils assez attention aux besoins des femmes ?
- Que pensent-elles de la chronologie des thèmes des causeries ? Souhaiteraient-elles la modifier ?
- Les bénéficiaires sont-elles libres de proposer une date pour la causerie ? Les ASC et ACPE tiennent-ils compte de la disponibilité des femmes ?

*Les bénéficiaires sont-elles satisfaites de la mise en œuvre, du fonctionnement du programme (accès aux points de paiement, temps d'attente, retards de paiement, rattrapage, etc.) ?*

- Quels problèmes liés à l'exécution du programme affectent directement les bénéficiaires ?
- Quelles améliorations les bénéficiaires souhaiteraient apporter au programme ? Quelles solutions proposent-elles de mettre en place pour pallier aux dysfonctionnements actuels ?

#### **7- Questions liées à l'impact du programme**

- Quel est l'impact du programme sur les changements de comportement ?
- Quelle est la contribution des causeries aux changements de comportement ?
- Quelle est la contribution du programme à la réduction de la morbi-mortalité materno-infantile ?
- Quel est l'impact du programme de TM sur les autres programmes menés dans la zone ?



Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus des entretiens, *focus groups* et observations réalisés lors de l'enquête qualitative de avril-juin 2015. Ce chapitre intègre également les résultats clés du module quantitatif complémentaire administré aux femmes bénéficiaires et non bénéficiaires lors de l'enquête *endline* (mai 2016), afin de mettre en avant les convergences ou divergences entre les résultats qualitatifs et quantitatifs.

## 1. Mise en œuvre et fonctionnement

### 1.1. Fonctionnement institutionnel et logiques d'acteurs

#### 1.1.1. Montage institutionnel : « Dans ces conditions-là, la bagarre est là ! »

Comme déjà exposé au chapitre II, de nombreux acteurs sont intervenus dans ce programme avec des niveaux d'implication variables dans un montage complexe. Pour rappel, le secrétariat technique du programme de développement communautaire (ST/PDC), sous la tutelle du Ministère du Développement à la Base, était chargé d'assurer la gestion courante du programme et sa coordination, alors que sa mise en œuvre sur le terrain était confiée au Ministère de l'Action Sociale, par l'intermédiaire de sa Direction générale de la Protection de l'Enfant (DGPE).

Ce montage complexe a été considéré par de nombreux acteurs comme « *lourd* », « *pesant* » et a généré des tensions et frustrations. Si la DGPE s'est appuyée sur un système déconcentré performant permettant la mise en œuvre du programme à tous les échelons, elle n'a en revanche pas disposé des moyens financiers correspondant à ses fonctions. Elle s'est donc trouvée limitée dans ses activités et s'est sentie « dépossédée » de ses moyens face au ST/PDC qui a semblé trop dirigiste et trop omniprésent, voire qui a parfois outrepassé ses fonctions. Le ST/PDC quant à lui a dû jongler entre les impératifs de rentabilité de la Banque mondiale (BM), les contraintes budgétaires et les sollicitations de la DGPE. Par ailleurs, le Ministère de la Santé ne s'est pas senti assez impliqué dans le programme et l'a déploré.

*« En début d'année vous émettez vos besoins [...]. Ils vous disent que pour ça, ça et ça vous avez le financement. Vous préparez le budget, vous transmettez et ils vous transfèrent l'argent sur votre compte. Vous gérez et vous venez rendre compte avec les justificatifs et un rapport moral. Moi, j'ai pensé que c'est dans ce sens qu'on va évoluer pour que progressivement nous on acquière les compétences techniques et les compétences financières [...] pour que si un jour on passe à l'échelle on puisse valablement gérer. Mais, en ce moment même les compétences techniques ça se limite à l'exécution. On vous dit aller exécutez, c'est tout ! [...] Vous n'avez pas la latitude de proposer quelque chose qui passe [...] Au point de vue satisfaction, c'est des frustrations que nous ressentons [...] On perd de jour en jour l'engouement [...] En m'engageant, je m'attendais à une valeur ajoutée dans mes expériences, acquérir des expériences en matière de transferts monétaires. Acquérir de l'expérience, ce n'est pas uniquement recevoir des instructions de quelque part. Aller faites ceci, aller faites cela. Non ! [...] Je ne vois pas ce que j'apprends dans le processus. [...] J'avais cru comprendre qu'on avait la gestion technique et le PDC la gestion fiduciaire [...] Je ne vois plus mon rôle. »*

Acteur niveau central

*« Et les résultats rapportés au coût que ça soit acceptable par le bailleur et que ça soit acceptable par le gouvernement [...] de l'autre côté, on aimerait qu'on libère, on libère, on libère [des fonds] sans savoir qu'on est limité. »*

Acteur niveau central

*« Ils ont écrit : améliorer l'état nutritionnel, non ? Mais quand on dit ça, il ne faut pas chercher midi à quatorze heures pour dire qu'il y a un acteur clé qu'il faut impliquer ! »*

Acteur niveau central

Certains manquements dans le cahier des charges du programme ont encore complexifié la situation. Une définition trop imprécise des rôles et responsabilités de chacune des institutions impliquées ont en effet engendré des « vides » dans certains domaines, des recouvrements et empilements dans d'autres. Un memorandum redéfinissant les attributions et responsabilités de chacun des ministères, notamment du Ministère de l'Action sociale et du Ministère du Développement à la base, était en attente de signature en juillet 2015, mais n'avait toujours pas été signé en juillet 2016.

*« On me balance la balle, moi aussi je balance et on est là [...] et le projet piétine. »*

Acteur du niveau central

*« Finalement on ne sait pas qui dirige le projet parce que le projet devrait être piloté par l'Action sociale mais en fait le projet est piloté par PDC plus. »*

Acteur niveau régional, Savanes

*« C'est un projet pilote, on apprend. C'est comme lorsque l'on apprend le tango, au début on se marche sur les pieds, on ne sait pas bien qui mène la danse et au fur et à mesure ça va mieux. »*

Partenaire international

De ces imprécisions a résulté un manque de définition des tâches et des activités. Une absence de plan opérationnel clair a été grandement déplorée par les opérateurs de terrain. Ces derniers ont d'ailleurs été nombreux à invoquer un manque de planification et d'anticipation des opérations ; manque qui a engendré des improvisations de dernière minute et complexifié la mise en œuvre des activités sur le terrain.

*« L'une des difficultés aussi c'est qu'il n'y a pas un plan d'action annuel [...] chaque projet doit avoir un plan opérationnel ; le projet a seulement le téléphone. »*

Acteur niveau régional, Savanes

*« Un coup de téléphone, on dit demain il y a ceci, alors que ce ceci que l'on doit faire demain doit être préparé ! Donc, ça nous met un peu mal à l'aise nous à la base. »*

Acteur niveau régional, Kara

*« Quand on dit par exemple le DP va faire la supervision, combien de supervisions le DP doit faire ? Et comment il va le faire ? [...] Quel rapport le DP doit faire, le RZ doit faire ? Rien n'est défini ! »*

Acteur niveau préfectoral, Kéran

### 1.1.2. La communication : « un monstre à deux têtes »

Ce montage institutionnel complexe n'a pas facilité la communication entre les différents gestionnaires et opérateurs du programme. Du fait de la mésentente entre les deux principaux Ministères impliqués, le circuit de l'information n'a pas toujours été respecté. Dans l'urgence, le PDC a parfois directement contacté les acteurs du terrain qui étaient sous la tutelle de la DGPE. Les informations et directives transmises aux acteurs de terrain par ces deux Ministères n'ont d'ailleurs pas toujours été en accord et ont même parfois été contradictoires. Par chance, la communication entre les acteurs des niveaux déconcentrés a semble-t-il été moins problématique.

*« La communication est comme un monstre à deux têtes, avec d'un côté le PDC et de l'autre l'Action sociale. »*

Acteur niveau régional, Savanes

*« Ici, nous sommes dans un style administratif pure [...], si une information vient je dois dire oui j'ai entendu, je vais vers leur niveau central ici pour poser le problème et leur demander de faire descendre la réponse sur le terrain. Ça prend du temps, ça prend du temps. Ce n'est pas le style de gestion que l'on souhaite aujourd'hui. Je dis que c'est archaïque ! »*

Acteur niveau central

*« La communication à la base ça va mais c'est là-bas, c'est ceux qui sont au sommet, là-bas à Lomé, qui communiquent peu. »*

Acteur niveau local, Kéran

Le problème de communication semble également être venu d'un manque de diffusion de l'information et de l'absence de rencontres périodiques entre les différents acteurs du programme. La chargée de communication du Ministère du Développement à la Base avait déjà proposé de mettre en place un cadre de communication plus formel, avec des réunions plus régulières qui ne seraient pas simplement convoquées de manière *ad hoc* lorsque l'apparition d'un problème ou d'une urgence l'exigeait. Mais, elle s'est retrouvée seule pour gérer à la fois la communication interne et externe du programme et n'a pas toujours trouvé le soutien nécessaire auprès des gestionnaires et opérateurs du programme.

*« [...] Il y a des difficultés, une insuffisance de communication entre les acteurs, une mauvaise circulation de l'information [...] Je ne veux pas incriminer un acteur en particulier. Je crois aussi que c'est un peu la responsabilité de tout le monde. [...] La culture de partage de l'information n'est pas ancrée dans les habitudes des acteurs du projet. »*

Acteur niveau central

*« Il devait y avoir une commission qui siège au niveau régional mais on n'a même pas fait une seule réunion ! »*

Acteur niveau régional, Kara

*« J'avais proposé dès le départ qu'il puisse y avoir un cadre formel de réunions. Ne serait-ce que pour se dire tout va bien voilà, dans telle zone il n'y a pas de problème ou bien dans telle zone on m'a appelé, rien que pour voilà, pour que tout le monde puisse avoir la même information. Ça ne se fait pas ! [...]. Les propositions que j'ai faites personne n'est dessus, personne n'est derrière [...] »*

Acteur niveau central

Un certain nombre de comités étaient prévus par le programme au niveau central comme régional. Ils devaient se réunir régulièrement et faciliter la communication entre les différents ministères impliqués dans le programme mais ils ont en réalité été peu fonctionnels et une grande confusion a régné quant à leur composition et à leurs rôles respectifs. Il y avait au niveau central pas moins de cinq comités concernés par le programme – le comité d’orientation, le comité de pilotage, le comité d’étude d’impact, le comité technique et le comité des filets sociaux. La plupart des acteurs ont jugé qu’ils étaient trop nombreux et certains ont même préconisé de les fusionner pour n’en créer qu’un seul.

*« On ne s’y retrouve plus dans tous les comités. Les termes de références c’est d’une confusion totale. [...] Faisons un comité du TM et qui aborde les aspects de mise en œuvre, de suivi et tout ça, point ! Et, que ce comité se réunisse régulièrement. »*

Partenaire international

Enfin, les problèmes de communication semblent également être venus d’un mode de gestion autoritaire laissant finalement peu de place à la discussion. Les décisions ont été prises de manière unilatérale et les différents acteurs impliqués n’ont pas réellement été invités à prendre part aux décisions, ni même à exposer leur point de vue. Les services déconcentrés du Ministère de l’Action Sociale, qui pourtant étaient chargés de la mise en œuvre du programme n’ont, par exemple, jamais été consultés malgré leur connaissance approfondie du terrain.

*« Il y a un déficit criard en communication. On a un vrai problème communicationnel. Il n’y a pas de communication, c’est des instructions. On ne discute pas, il n’y a pas de collaboration. [...] Les décisions sont prises de manière unilatérale [...] C’est vrai parfois c’est pour le bien du projet mais ce que nous nous demandons c’est qu’il y ait un échange »*

Acteur niveau central

*« C’est assimilé à un système dictatorial. C’est du sommet qu’on décide, on demande aux gens d’appliquer ce que l’on décide sans, sans nous dire »*

Acteur niveau préfectoral, Kéran

*« Au moins qu’on nous réunisse, que l’on puisse nous associer pour qu’on puisse améliorer. Voilà donc c’est ça, c’est ça qui manque »*

Acteur niveau préfectoral, Dankpen

### **1.1.3. Charge de travail et motivation des acteurs**

Malgré la complexité des relations entre acteurs, la majeure partie des gestionnaires et opérateurs du programme ont fait preuve d’une forte implication et de motivation. Tous ont reconnu le caractère pilote du programme et les difficultés engendrées par toute nouvelle intervention mais tous se sont pleinement investis pour assurer son bon fonctionnement.

*« Il y a eu beaucoup de difficultés. D’abord, c’est un programme nouveau, on ne maîtrisait pas donc nous avons beaucoup marché à tâtons. Nous avons certes été voir ici et là mais les contextes ne sont pas toujours les mêmes, il faut des adaptations sincèrement »*

Acteur niveau central

*« Nous sommes dans un programme naissant car cela n'a jamais été tenté [...]. Nous sommes les tous premiers, les cobayes. On espère que nous serons vraiment concluants à la fin pour que tout le pays puisse bénéficier. Mais, comme c'est une tâche nouvelle qu'on nous confie, il y a des problèmes [...]. Rien n'est parfait pour le moment »*

Acteur niveau régional, Savanes

Peu de personnels étaient uniquement dédiés au programme. Les transferts monétaires sont généralement venus s'ajouter à d'autres activités engendrant une surcharge de travail et limitant parfois la disponibilité des acteurs. Cela a notamment été le cas de la coordinatrice du PDC, qui était en charge de la coordination de plusieurs autres programmes et qui n'a plus eu le temps de s'y consacrer. Toutefois, cette charge de travail supplémentaire n'a globalement pas été mal perçue par les acteurs qui ont généralement éprouvé une certaine fierté à participer au programme et qui y ont également vu une possibilité d'accomplissement personnel.

*« On était là pour d'autres choses que ce soit les DRAS, que ce soit les DP, que ce soit les RZ. Ça nous absorbe énormément »*

Acteur niveau central

*« Ce n'est pas une charge qui est pesante mais c'est une charge favorable »*

Acteur niveau communautaire, Dankpen

*« Le cash transfer nous permet d'exceller dans le domaine traditionnel où nous travaillons [...] C'est une école ; c'est une expérience formidable que nous sommes en train de vivre. Nous sommes les tous premiers dans ce pays à piloter un programme comme celui-là. Pour les jeunes cadres qui sont avec moi et qui auront la chance de continuer, c'est une référence pour demain. Lorsqu'il y aura un programme similaire, ils deviennent des experts en la matière. Moi je trouve que c'est génial ! Et, les agents eux-mêmes, ils sont en train d'apprendre ».*

Acteur du niveau régional, Savanes

*« Les charges sont énormes. Il y a deux volets qui prennent beaucoup de temps le transfert et les cantines scolaires, ce qui fait que nous sommes moins présents au niveau des agences pour les infrastructures. Nous sommes en train de recruter du personnel additionnel. Et, pour les transferts monétaires ce qui est prévu, c'est un spécialiste qui va rester ici et qui va me décharger de tout ce qui est transfert monétaire. Il y aura quelqu'un aussi qui sera chargé des filets sociaux.[...] Donc, je serai au-dessus pour faire la coordination. Sinon, jusqu'à présent je suis à l'opérationnel uniquement, ce n'est pas mon job »*

Acteur niveau central

Il n'en demeure pas moins que certains opérateurs, même bien organisés, sont restés surchargés par le travail, notamment en raison de sous effectifs dans certains domaines. Cela a par exemple été le cas des ACPE. L'insuffisance du nombre d'ACPE dans les grands villages, pour les activités de recensement et les visites à domicile entre autres, a posé problème. Contrairement aux ASC qui étaient en charge de 80 ménages au maximum, chaque ACPE était responsable d'un village indépendamment du nombre de ménages y résidant. Les gestionnaires de la base de données ont eux aussi évoqué une surcharge de travail et un manque de temps ne permettant pas d'assurer un suivi correcte des bénéficiaires (saisie mensuelle des états de paiement et des listes de présence aux causeries par exemple). Enfin,

la Poste a également été surchargée, notamment en raison de l'ajout de la partie gouvernementale du programme de transferts monétaires.

En effet, dès 2015, avant même que l'évaluation d'impact du programme pilote ne soit terminée, le gouvernement a décidé d'étendre le programme aux autres préfectures des régions de Kara et Savanes (soit 7 préfectures supplémentaires), entraînant une surcharge de travail pour de nombreux acteurs et entravant de fait le bon fonctionnement du programme pilote initial.

*« Le travail est tellement énorme quelquefois nous sommes vraiment submergés [...] Le nombre a grandi d'un seul coup [de bénéficiaires] or les effectifs [d'agents] sont restés les mêmes. »*

Acteur niveau régional, Savanes

Enfin, plusieurs acteurs ont regretté un manque de moyens au début du programme. Ils ont déploré la lenteur de la mobilisation des ressources, les obligeant parfois à utiliser leurs propres fonds pour assurer la bonne mise en œuvre du programme. Ces plaintes ont par exemple concerné les moyens de locomotion. La mise à disposition de motos en cours de programme (mars 2015) pour faciliter les déplacements sur le terrain a ainsi été très appréciée et est souvent revenue dans les discours des acteurs, à tous les niveaux.

*« Je ne vois pas quelqu'un qui va quitter Lomé, prendre son véhicule et mettre son propre argent, mettre le carburant pour venir faire une supervision. Et que l'on ne demande pas à un DP ou à un RZ de mettre ses propres moyens pour faire le travail. C'est ce que ça signifie quand on vous donne les moyens qui sont insuffisants. »*

Acteur niveau préfectoral, Kéran

*« Depuis que les motos sont arrivées, on a poussé un petit ouf de soulagement. »*

Acteur niveau local, Doufelgou

## **1.2. Fonctionnement opérationnel et défis de mise en œuvre**

### *1.2.1. Mise en œuvre de la composante TM*

**Identifier les bénéficiaires** - L'identification des bénéficiaires du TM a engendré un certain nombre de problèmes. Tout d'abord, s'agissant des femmes enceintes, beaucoup n'avaient pas fait de CPN ou avaient perdu leur carnet et n'ont donc pas pu être enregistrées. Par ailleurs, en raison de l'absence d'actes de naissance, la détermination de l'âge des enfants, devant servir à établir leur éligibilité, a parfois été approximative. Ces approximations ont engendré certains conflits, et les ACPE en charge du recensement ont quelques fois été accusés de « *favoriser leurs copines* » (cf. partie impact social du TM). Toutefois, la validation communautaire des listes de bénéficiaires a permis d'enrayer ces conflits.

*« Nous avons eu quelques petits problèmes pour identifier, liés à l'âge des enfants. Comme je vous l'ai dit il y a certains ménages qui mettent au monde les enfants. On ne déclare pas les enfants. »*

Acteur niveau local, Dankpen

Le système de cartes utilisé pour identifier les bénéficiaires du TM s'est également avéré très compliqué à mettre en œuvre, notamment en raison des problèmes de communication et de coopération entre le Ministère du Développement à la Base (AGAIB) et le Ministère de l'Action Sociale (RZ, ACPE). Lors de la prise initiale des photographies devant permettre la confection des cartes, les acteurs régionaux de l'Action Sociale n'ont pas été informés par les AGAIB et n'ont pas pu mobiliser les populations. Un grand nombre de femmes étaient donc absentes lors de la venue des photographes. Une fois les cartes confectionnées, plusieurs problèmes relatifs à l'identité des bénéficiaires et à la netteté des photographies ont également été rencontrés par les acteurs.

*« On n'a pas invités les ACPE, on n'a pas invités les RZ. Alors AGAIB a pris un opérateur pour faire la photo, il va seul sur le terrain et il a dit que la population n'était pas sortie ! »*

Acteur niveau régional, Savanes

*« On a rencontré beaucoup de difficultés : les nombres, les noms mal écrits, tout ça là, les photos à la place de l'autre »*

Acteur niveau local, Doufelgou

Par ailleurs, l'actualisation des listes de bénéficiaires initialement prévue tous les deux mois n'a jamais été réalisée, pénalisant de fait les femmes nouvellement éligibles. Afin de rattraper le retard, un deuxième recensement de la population a tout de même été réalisé en mai 2015, soit plus de 8 mois après le démarrage des premiers TM. Ce recensement supplémentaire a généré un surplus de travail et un surcoût important. En juin 2015, la validation communautaire de la nouvelle liste de bénéficiaires (issue de ce second recensement) n'avait toujours pas été réalisée, notamment du fait d'une « explosion » du nombre de bénéficiaires. Contrairement au premier recensement, que la population n'avait pas vraiment « pris au sérieux » et pour lequel elle ne s'était que faiblement mobilisée, ce deuxième recensement a conduit toutes les femmes ayant connaissance des transferts à se positionner et à aspirer en bénéficiaire. Elles se sont donc presque toutes présentées en possession de leurs carnets de CPN et des actes de naissance des enfants. Il semblerait même que certaines mères aient « contournés les règles » en ayant recours au jugement supplétif. Cette procédure permet de modifier la date de naissance d'un enfant, en vue généralement de revoir son âge à la baisse.

*« Pour le premier recensement, il n'y a pas eu de problème parce que comme c'est le début il n'y avait pas tellement eu d'engouement comme ça. Maintenant comme ils ont su l'importance, comme nous avons déjà démarré, il y a tellement d'engouement ! »*

Acteur niveau préfectoral, Kpendjal

*« Maintenant comme on a fait le deuxième recensement tout le monde a été recensé. Comme leurs camarades ont bénéficié, la femme qui a trois mois de grossesse est allée à l'hôpital [pour obtenir son carnet de CPN] »*

Acteur niveau communautaire, Kéran

**NB** : Lors de l'enquête *endline* de nombreuses incohérences ont été relevées entre les dates de naissance ou de premières vaccinations figurant dans les carnets de santé et celles figurant sur leurs actes de naissance. Dans le bras *Cash Transfers*, les dates des actes de naissance conféraient à de nombreux enfants un âge systématiquement moins avancé que les informations de leurs carnets de santé. Ceci laisse à penser que lors de l'enregistrement de leur enfant à l'état civil, certains ménages auraient volontairement donné une date de naissance erronée en vue de bénéficier du TM. Le programme aurait donc indirectement engendré une certaine « falsification » des actes de naissances.

Certaines femmes auraient également fait enregistrer des enfants éligibles de villages voisins comme étant leurs propres enfants (ou des enfants confiés) en vue de percevoir le TM, qu'elles auraient ensuite partagées avec les mères biologiques ayant « prêtées » leur enfant pour la manœuvre. Ces différentes pratiques ont contribué à faire exploser le nombre de bénéficiaires et ont obligé les opérateurs du programme à de nombreuses vérifications, freinant de fait la validation communautaire des listes de bénéficiaires issues du second recensement.

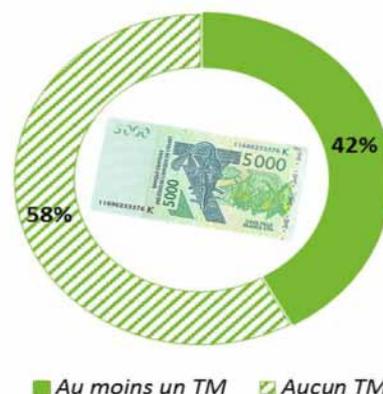
**Lors de l'enquête *endline*, en juin 2016, la nouvelle liste de bénéficiaires n'avait pas encore été validée. Par conséquent, plus de la moitié des femmes éligibles enquêtées au sein du bras *Cash transfers* n'avaient perçu aucun TM (cf. encadré ci-après).**

\* Enquête *endline* – module complémentaire

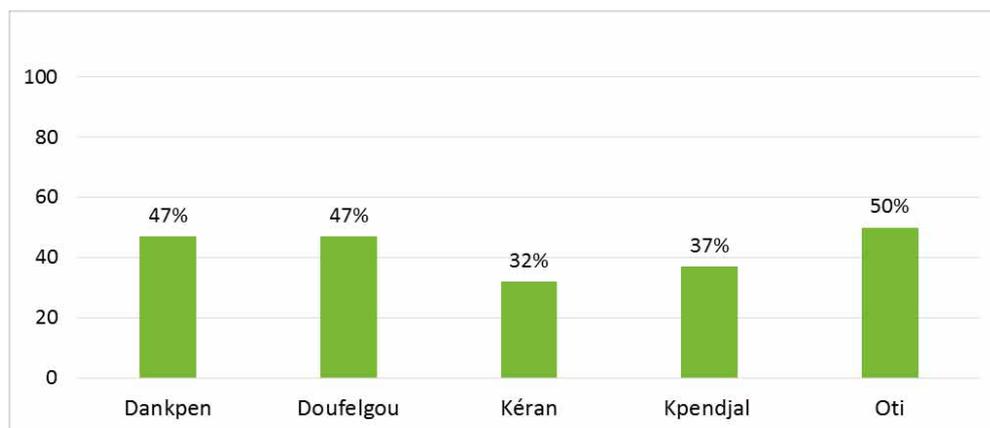
**Couverture du TM** - Seulement 42% des femmes du bras *Cash Transfers* enquêtées lors de l'enquête *endline* avaient reçu au moins un TM pour l'enfant enquêté (400 femmes sur 1035). Un peu moins d'un tiers (31%) avaient par ailleurs reçu leur premier TM lorsqu'elles étaient enceintes de l'enfant enquêté (cf. **Figure 30**).

On note, sur ce point, d'importantes variations entre préfectures. Les femmes enquêtées étaient plus nombreuses à avoir reçu au moins un TM dans la préfecture de l'Oti (50%) et beaucoup moins nombreuses dans la préfecture de Kéran où seulement 32% des femmes éligibles avaient effectivement perçu au moins un TM pour l'enfant enquêté.

La majorité des femmes qui n'avaient pas reçu de TM pour l'enfant enquêté ont déclaré avoir été recensées en mai 2015 lors du second recensement. D'autres, n'avaient pas encore été recensées.



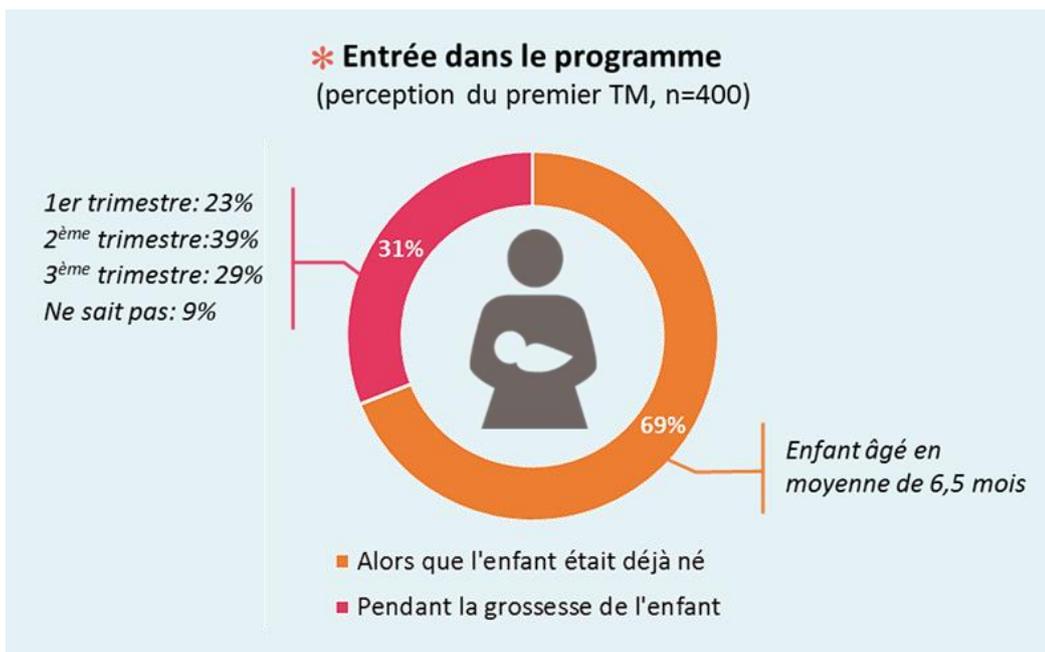
**Figure 30- Part des femmes du bras *Cash Transfers* ayant reçu au moins un TM pour l'enfant enquêté (n=1035)**



**Figure 29- Répartition par préfecture des femmes du bras *Cash Transfers* ayant reçu au moins un TM pour l'enfant enquêté (n=1035)**

**Sommes perçues-** Les bénéficiaires ont déclaré avoir touché le TM en moyenne **13 fois**. Ce nombre moyen varie entre préfectures. Alors que dans les préfectures de Dankpen, Kéran et Kpendjal, il oscille entre 14 et 15, il est de 12 dans l'Oti et de 11 à Doufelgou. Toutefois, ces deux dernières préfectures sont également celles où la part des femmes ayant déclaré avoir touché plus de 5000 FCFA en une seule fois est parmi les plus élevée.

Dans l'ensemble, 66% des femmes bénéficiaires ont déclaré avoir déjà touché au moins une fois plus de 5000 FCFA lors d'une même distribution. Cette situation s'est présentée en moyenne 2 fois. La grande majorité d'entre elles (83%) ont déclaré avoir reçu un montant plus élevé lorsque les distributions des mois précédents n'avaient pas eu lieu. Il s'agissait donc dans la plupart des cas de rattrapages d'impayés. La seconde raison principalement évoquée était l'absence de monnaie de la Poste qui versait donc 10 000 FCFA à une femme bénéficiaire qui devait ensuite partager avec une autre bénéficiaire.



**Figure 31- Trimestre de grossesse ou âge de l'enfant lors de la perception du premier TM par les bénéficiaires (enquête endline, module complémentaire, n=400).**

### **Distribuer les TM**

*Planification* - Les distributions ont été planifiées par les acteurs régionaux et préfectoraux de l'Actions Sociale (DRAS et DPAS) et ceux de la Poste. La collaboration s'est bien passée. En revanche, certains ACPE ont parfois été prévenus tardivement des jours de paiement et ont donc pu avoir des difficultés pour prévenir la population dans les temps. Au fur et à mesure de l'avancement du programme, les distributions ont cependant été de mieux en mieux planifiées. Sur 10 distributions observées, 7 ACPE avaient été prévenus plusieurs jours avant et 3 la veille du paiement. Lorsque cela était nécessaire, l'ASC et le *gongonneur* venaient également en aide à l'ACPE pour prévenir les bénéficiaires.

*« Avant ils ne nous disaient pas les choses, les jours. Peut-être la nuit, on appelle l'ACPE [...] Maintenant ils nous disent en avance quoi, pour que toutes les femmes comprennent »*

Acteur niveau communautaire, Kéran

*« Selon moi ce qui se passe est que chez nous ici la distance entre les maisons est très grande. Quelques fois avant que celui-là n'arrive de l'école, parce qu'il est élève, pour pouvoir donner l'information, ça fait que d'autres ne sont pas informées. Ainsi quand elles ne sont pas vite informées, le temps qu'elles soient informées et qu'elles arrivent, tout a été clôturé. Je souhaiterais qu'on ajoute des ACPE dans ces quartiers lointains pour que ceux qui vivent dans ces quartiers soient aussi vite au courant de l'information. »*

Femme bénéficiaire, 25 ans

Les annonces tardives permettaient d'assurer une certaine confidentialité sur les itinéraires des agents de la Poste et de garantir leur sécurité. La date des paiements à venir n'était jamais annoncée lors du paiement en cours (0 observation sur 10). Selon la Poste, les deux principaux problèmes relatifs à la distribution des transferts ont été : les difficultés d'accès aux villages,

surtout en saison des pluies, et les problèmes liés à la sécurité. Le risque de braquage était semble-t-il important et les routes, parfois peu praticables, ont obligé les agents qui se déplaçaient généralement à moto, à se rendre à pieds dans les villages.

*« Il y a des petites mesures de sécurité comme c'est de l'argent qu'ils transportent, on n'avertit pas trop à l'avance »*

Acteur niveau local, Kéran

*« Un village à côté ici, il fait aller-retour 16 km à pied avant d'aller les payer parce qu'il n'y a pas de chemin ! »*

Acteur niveau préfectoral, Doufelgou

*« Si en moment de pluie, si on pouvait, peut-être juillet, août, bon donner ça (le TM) en septembre là, on donne peut-être trois mois en septembre puisque vraiment il y a aura des moments où on ne pourra pas »*

Acteur niveau régional, Savanes

**Distribution** - La Poste qui devait couvrir plusieurs villages pour respecter les 7 jours par mois impartis à la distribution du transfert a très souvent accusé un retard. Sur les 10 observations de distribution réalisées, seule une distribution a commencé à l'heure. Cependant, l'attente des femmes excédait rarement une heure (2 cas sur 10 observations). Toutefois, lors de l'enquête *endline*, 42% des femmes ont dit avoir patienté plus d'une heure lors de leur dernier paiement (cf. encadré ci-après).

*« La Poste ne respecte pas l'heure, c'est la difficulté que nous avons car les femmes sont toujours à l'heure et elles attendent longtemps avant l'arrivée de la Poste »*

Acteur niveau communautaire, Kpendjal

Les femmes bénéficiaires arrivent sur le lieu de paiement dès 7h00. Toutes les femmes sont présentes à l'heure prévue du paiement 8h00. L'agent de la poste a 50 minutes de retard, il arrive à 8h50. Le paiement débute 5 minutes plus tard, à 8h55 en toute tranquillité et en présence de l'ACPE qui était arrivé sur les lieux à 7h10. Parmi les 64 femmes enregistrées, 63 ont été payées, il y avait une absente.

Extrait d'un journal de terrain, observation du point de paiement du village de Kadjiteri, Oti

Ces retards n'ont en revanche pas été mal perçus par les femmes qui la plupart du temps se sont montrées très patientes. Elles ne se sont pas plaintes du temps d'attente et sont apparues plutôt reconnaissantes envers les agents qui se déplaçaient jusque dans les villages pour leur remettre l'argent. La plupart des bénéficiaires ont considéré, au contraire, qu'elles devaient se mettre à la disposition des agents « venus de loin » et ne pas les faire attendre.

*« La durée ne nous gêne pas, si on se rassemble, à leur arrivée ils (les agents de la poste) commencent à nous partager l'argent. Après ça, on rentre, on ne dure pas ; ils ne nous retardent pas »*

Femme bénéficiaire, Oti

*« Eux, ils quittent de loin pour venir, c'est nous qui allons les attendre. Nous devons nous rassembler à l'heure en les attendant [...]. Nous ne devons pas attendre leur arrivé avant de venir au lieu de paiement. C'est nous qui devons les attendre afin qu'ils viennent nous payer »*

Femme bénéficiaire, 41 ans, Kpendjal

La distribution du transfert se faisait généralement à l'école ou chez le chef du village. Le contrat signé entre la Poste et le PDC stipulait que les femmes ne devaient pas faire plus de 5 km pour atteindre le point de paiement afin qu'elles n'engagent pas de frais de déplacement pour récupérer leur transfert. Mais, dans les villages très dispersés cette clause ne semblait pas toujours respectée. Toutefois, ce sont surtout les opérateurs du programme qui s'en sont inquiétés. Les bénéficiaires, elles, étaient habituées à parcourir de longues distances et, l'éloignement du point de paiement n'a pas été mentionné comme étant un problème ni lors des entretiens, ni lors des *focus groups*. Comme évoqué ci-dessus, elles ont déclaré être plutôt satisfaites que les agents de la Poste se soient déplacés jusque dans leur village. Lors de l'enquête *endline*, les bénéficiaires ont déclaré mettre en moyenne 40 minutes pour se rendre au point de paiement, soit 1h20 pour faire l'aller-retour (cf. encadré).

*« Nous voulons les payer dans leur milieu. Sinon les 5000 FCFA seront émiettés, elles n'auront plus la valeur des 5000 FCFA »*

Acteur niveau central

*« C'est les bénéficiaires qui se déplacent sur des distances importantes [...] au-delà de 5 km. Parfois ça peut faire 8 km. »*

Acteur niveau préfectoral, Dankpen



**Illustration 4 - Un point de paiement**

Le point de paiement n'a pas besoin d'une grande préparation. Il s'agit de l'*apatame* [préau] de l'école. L'ACPE nettoie simplement la poussière sur les bancs.

Extrait d'un journal de terrain, observation du point de paiement du village d'Aworo, Doufelgou

### Aspects logistiques liés à la réception des TM

**Temps pour se rendre au point de paiement** - Les femmes ont dit mettre en moyenne 40 minutes pour se rendre au point de paiement. Ce temps de trajet différait toutefois entre préfectures, variant de 57 minutes dans la préfecture de Kéran à 32 minutes dans celle de Dankpen. Seulement 2% des bénéficiaires ont déclaré avoir déjà eu à payer leur transport pour se rendre sur le lieu de distribution. Le montant de ce transport aller-retour était en moyenne de 644 FCFA.

**Temps d'attente sur place** - Une fois arrivées au point de paiement, le temps d'attente était très variable : 26% des femmes ont déclaré avoir reçu leur transfert le plus récent en moins de 30 minutes, alors que 18% d'entre elles ont déclaré avoir attendu plus de 2 heures. Ce temps d'attente variait là encore entre préfectures. Dans la préfecture de Doufelgou, plus de 40% des femmes bénéficiaires ont déclaré avoir attendu plus de 2 heures (contre 14% à Dankpen et Oti, 15% à Kéran, et 7% à Kpendjal). A Doufelgou, ce temps d'attente a eu des répercussions sur le taux de satisfaction concernant le déroulement des paiements.

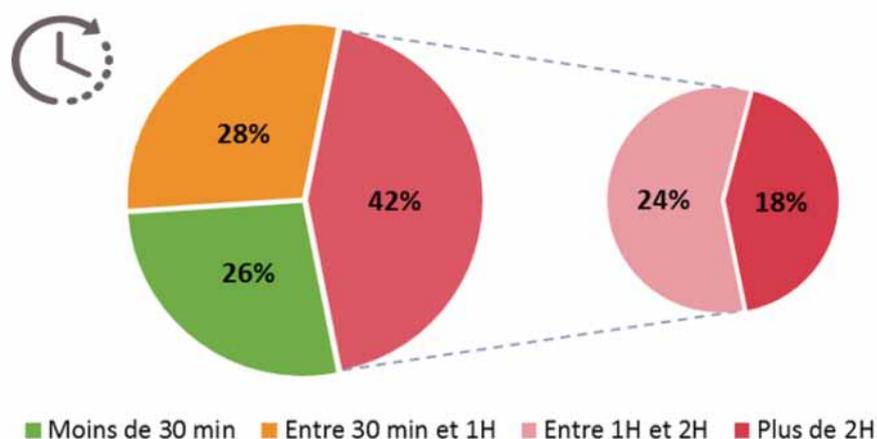


Figure 32- Temps d'attente au point de paiement des bénéficiaires du TM (n=400)

**Satisfaction des bénéficiaires** - Alors que plus de 90% des femmes des préfectures de Kpendjal, Oti, Kéran et Dankpen ont dit être satisfaites du déroulement des paiements, elles ont été « seulement » 81% à être satisfaites dans la préfecture de Doufelgou, leur principal motif d'insatisfaction étant sans surprise le temps d'attente. Toutefois, en considérant l'ensemble des préfectures, 92% des bénéficiaires ont déclaré être satisfaites du déroulement des paiements. Chez celles qui ne l'étaient pas, les principales raisons d'insatisfaction étaient l'attente trop longue (76%), mais aussi le manque d'organisation (33%) et le manque d'amabilité de certains agents de la poste (18%).

### 1.2.2. Mise en œuvre des causeries et visites à domicile

La mise en œuvre des causeries et visites à domicile reposait directement sur les ACPE et ASC. Issus des différents villages concernés par l'étude, ils avaient une bonne connaissance des communautés mais pas toujours le niveau minimum d'instruction requis, ce qui a parfois impacté la compréhension et réalisation de leurs tâches. Des formations et « recyclages » mensuels sur les différents thèmes de causeries ont toutefois permis de maintenir le niveau des agents.



*« Bon c'est question de disponibilité, donc quand tu vas dans les villages, on ne trouve pas mieux que ce que l'on recrute »*

Acteur niveau préfectoral, Dankpen

*« Les autres ils ont CM1/CM2, bon ils voient que c'est moi qui suis un peu mieux ; ils m'ont choisi comme ACPE »*

Acteur niveau communautaire, Oti



*« Les formations nous aident à bien s'exprimer à la population. Ça nous aide beaucoup »*

Acteur niveau communautaire, Doufelgou

**Illustration 5- ACPE lors des causeries**

*Planification et organisation* - Les ASC et ACPE organisaient chacun une causerie par mois, chaque fois sur un thème différent. Bien que le manuel de formation des agents communautaires ait préconisé d'organiser des causeries en petits groupes pour qu'elles soient plus efficaces, les observations ont montré que le nombre de participantes par causerie était parfois très élevé. Les causeries animées par les ACPE ont en effet généralement rassemblé plus de 50 participantes. Dans le village de Namab par exemple (préfecture de Dankpen), elles ont ainsi été plus de 200 à assister à la causerie sur le travail des enfants du 12 juin 2015. Pour éviter ce genre de situations peu propices à l'apprentissage et aux échanges, certains agents communautaires ont été dans l'obligation d'organiser une même causerie plusieurs fois dans le mois. Afin de pallier à la réduction du taux de participation lors de la saison correspondant aux travaux champêtres, beaucoup ont également adapté leurs sessions de causeries en fonction des impératifs agricoles.

*« Si c'est en saison sèche toute la population sort mais si c'est en saison pluvieuse [...] le jour de la réunion d'autres vont au champ »*

Acteur niveau communautaire, Oti

L'ASC m'explique que la causerie a commencé en retard parce que les femmes sont prises par les travaux champêtres et se libèrent difficilement pour assister aux réunions

Extrait d'un journal de terrain, observation d'une causerie sur l'allaitement maternel exclusif, village de Bongongonna, Kpendjal.

**Techniques et outils de communication** - Les résultats des observations ont montré que les ACPE et ASC étaient plutôt de bons orateurs. Ils savaient utiliser des mots simples, parler distinctement, récapituler régulièrement, signaler les points importants et inviter le groupe à poser des questions. Lorsqu'ils corrigeaient les erreurs des participants, ils le faisaient, pour la plupart, de manière neutre, sans blesser, ni juger. Dans les rares cas, où l'ACPE/l'ASC s'est moqué ou a répondu de manière agressive, les observations ont montré que les femmes participaient alors peu et prenaient difficilement la parole.

Tous les agents ont utilisé les cartes conseil mises à disposition et organisé leurs sessions autour de ce support. Ils ont moins souvent pensé, en revanche, à utiliser des anecdotes pour illustrer leurs propos ou à recueillir l'expérience des participants. Avant de démarrer un nouveau thème, ils ont parfois demandé aux participantes de se remémorer la session précédente. Cette technique permet de faire participer les femmes dès le commencement de la causerie.

Neuf heures, l'ASC commence la causerie. Il prend une carte conseil et montre aux femmes l'image d'une mère donnant le sein à son enfant. Les femmes interviennent et disent ce qu'elles comprennent de cette image.

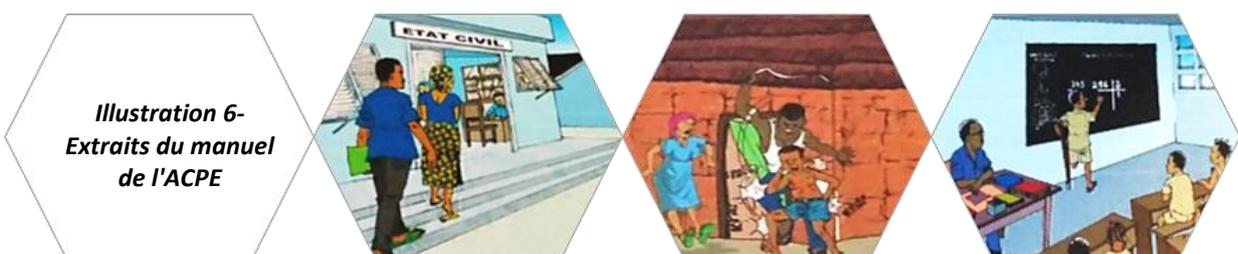
Extrait d'un journal de terrain, observation d'une causerie sur l'allaitement maternel exclusif, village de Bongongonna, Kpendjal

*« Oui ça (les cartes conseil) facilite, ça a toujours été un succès. C'est, je crois, la meilleure méthode même de transmission des informations pour les communautés à la base »*

Acteur niveau local, Kéran

09h14 : l'ASC salue les participants et ouvre la réunion. Il est accompagné de l'ACPE. Il demande aux femmes de rappeler ce qu'elles ont retenu des causeries précédentes. Les femmes interviennent pêle-mêle et donnent chacune une idée

Extrait d'un journal de terrain, observation d'une causerie sur les consultations postnatales et la vaccination des enfants, village de Nabenga, Kpendjal



*Contenu des causeries* - Les thèmes développés lors des causeries étaient adaptés aux problèmes de terrain. Certains thèmes ou problèmes étaient d'ailleurs spécifiques à certaines préfectures. Les Directeurs Préfectoraux de l'Action Sociale ont donc choisi de manière indépendante les thèmes qui ont été développés chaque mois dans leur préfecture en fonction des réalités du terrain.

*« Chez nous, ici, il y a le problème de mariage précoce, d'infanticide [...] les cartes sont déjà élaborées, maintenant en fonction de la pertinence nous choisissons »*

Acteur niveau préfectoral, Dankpen

*« L'infanticide on ne peut pas trouver ça à Doufelgou, mais Dankpen c'est possible [...] (ici) on ne peut pas, lors des causeries, utiliser ce thème-là »*

Acteur niveau préfectoral, Doufelgou

Outre, les différents thèmes prévus par les manuels des ASC et ACPE, les observations ont montrées que les causeries étaient également l'occasion d'évoquer les transferts monétaires et leur utilisation.

L'ASC recommande aux femmes de bien se nourrir, notamment grâce à l'argent du transfert monétaire, pour bien allaiter les enfants

Extrait d'un journal de terrain, observation d'une causerie sur l'allaitement maternel exclusif, village de Bongongonna, Kpendjal

*« On leurs pose la question de savoir comment elles gèrent l'argent qu'on leurs donne chaque mois, on cherche à savoir ce qu'elles ont acheté pour le manger de l'enfant »*

Acteur niveau communautaire, Kpendjal

*« Je leur fais des petits plannings pour la gestion de l'argent et ça les fait rire »*

Acteur niveau local, Dankpen

*Visites à domiciles* - Ces visites avaient souvent lieu après les causeries et permettaient de vérifier l'état de santé de l'enfant, les actes de naissance, la scolarisation et les connaissances acquises lors des causeries passées. Elles constituaient également un moment de partage au cours duquel les femmes pouvaient discuter avec l'ACPE des divers problèmes et préoccupations de leur foyer. L'ACPE pouvait également profiter de ce moment privilégié pour faire des activités pratiques et des « démonstrations » (ex : préparation de la bouillies enrichie). Comme déjà évoqué, le principal problème lié à la mise en œuvre de ces visites a résidé dans la surcharge de travail de certains ACPE. Ces derniers ont parfois été dans l'impossibilité de visiter tous les ménages de manière mensuelle, notamment en raison de leur nombre et des distances qui les séparaient. Toutefois, lors de l'enquête *endline*, plus de 70% des femmes ont déclaré avoir reçu la visite de l'ACPE moins d'un mois avant la date de l'enquête (cf. encadré ci-après)

*« Après la causerie, tu dois passer dans les maisons pour la visite à domicile pour voir, est-ce que ce qu'on a parlé, est-ce que réellement elles font ou bien elles ne font pas. Mais, les ménages sont un peu dispersés et pour les atteindre seulement ce n'est pas du tout facile »*

Acteur niveau communautaire, Dankpen

Le frère aîné de l'enfant bénéficiaire est au CP1. L'ACPE vérifie son assiduité à l'école au cours de la semaine écoulée. Il prévient la mère qu'il vérifiera ces informations auprès de l'enseignant de l'enfant

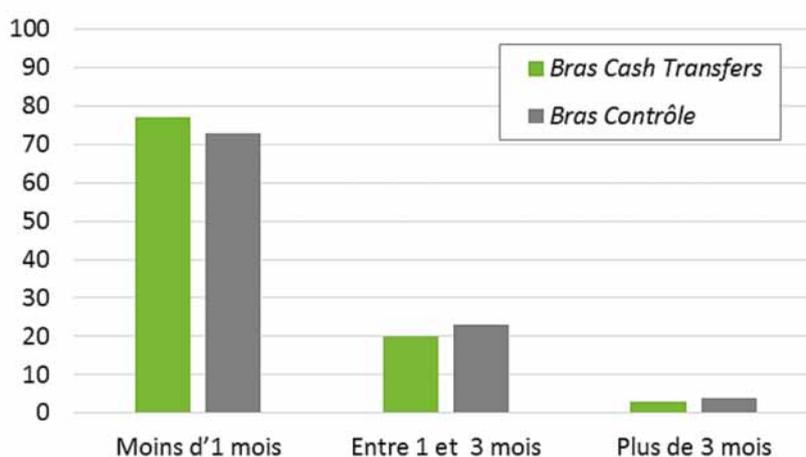
Extrait d'un journal de terrain, observation d'une VAD,  
village de Broukou, Doufelgou

L'ACPE discute avec la femme de certains sujets évoqués lors des causeries, notamment le fait de ne pas battre ses enfants et de les scolariser. Elle demande également à la femme d'utiliser l'argent du transfert pour prendre soins des enfants. La femme bénéficiaire reconnaît que tous les enfants n'ont pas de pièces de naissance mais qu'elle et son mari sont en train de faire des démarches pour leur en établir. »

Extrait d'un journal de terrain, observation d'une VAD,  
village de Sagdjoaga, Kpendjal

## \* Enquête *endline* – module complémentaire

**Visites à domicile de l'ACPE** - Les femmes des villages *Cash transfers* ont déclaré avoir reçus en moyenne 8 fois la visite de l'ACPE contre 7 fois pour les femmes des villages *Contrôle*. Dans 77% et 73% des cas respectivement, la dernière visite remontait à moins d'un mois.



**Figure 33 – Date de la dernière visites de l'ACPE par bras (n= 2031)**

La plupart des femmes se sont dites satisfaites à la fois de la fréquence des visites (92% et 84% des femmes des *bras Cash transfers* et *Contrôle*) et de leur contenu (99 % des femmes).

Le nombre moyen de visites à domicile variait toutefois de manière importante entre préfectures, allant de 5 à 6 visites à Dankpen et Oti jusqu'à 12 visites en moyenne à Kéran. Ces variations s'expliquent par la configuration géographique des préfectures concernées par le programme. Les préfectures de Dankpen et Oti comptent beaucoup de « grands » villages, tant en termes d'habitants que de superficie, les ACPE y ont donc à la fois plus de ménages à visiter et de plus grandes distances à parcourir entre chacun de ces ménages.

### 1.3. Suivi-évaluation des activités

Le suivi-évaluation interne au programme n'a jamais été bien défini et n'a pas été effectif lors de la période d'évaluation par l'IRD. Là encore, il semble qu'il n'y ait pas eu un partage clair des rôles entre la DGPE et le PDC. Si la DGPE a mis en place les outils de suivi, le suivi-évaluation et l'exploitation de ces outils a été confié au ST/PDC, qui ne disposait pas du personnel nécessaire.

*« Il n'y a pas un mécanisme clair de suivi et de reporting »*

Acteur niveau central

Sur le terrain, le problème semblait principalement venir du remplissage des outils de suivi, qui ont souvent été mal compris par les agents de terrain. Bien que les ACPE aient dit remplir les fiches de présence aux causeries, les observations dirigées des causeries ont montrées que ces fiches n'étaient pas systématiquement complétées. Ils ont par ailleurs eu beaucoup de difficultés pour remplir les autres outils de suivi, parfois trop complexes ou peu clairs ; et ni les responsables de zone, ni les directeurs préfectoraux n'ont semblé être réellement en mesure de les aider ou d'apporter les corrections nécessaires.

*« La fiche là, elle est bizarre. C'est à dire que nous-mêmes on n'arrive pas à maîtriser ça. Chaque RZ donne sa version dans sa zone »*

Acteur niveau local, Kéran

Finalement, nombreux ont été les acteurs qui ont confondu suivi-évaluation et évaluation d'impact, comme en atteste le témoignage de la personne censée être en charge du suivi-évaluation ! :

*« [En parlant du suivi-évaluation] Je crois que c'est vous qui le faites. Je sais que l'évaluation, l'étude d'impact à la fin va permettre de mesurer les résultats et peut-être amener une extension ou pas. Je crois que c'est sur ça que nous comptons tous. Sinon un plan de suivi et évaluation proprement dit, intégrer au projet de développement comme ça se fait dans... je n'ai pas connaissance. Donc, c'est ce que l'IRD fait qui va apporter ça »*

Acteur niveau central

## 2. Appropriation et impact social

La réussite d'une intervention dépend non seulement de sa mise en œuvre mais également de son appropriation par les bénéficiaires. Même lorsqu'un programme est parfaitement implémenté, s'il n'est pas ou s'il est « mal » utilisé par ses bénéficiaires, l'impact escompté ne pourra pas être atteint. Il convient donc de s'intéresser également aux destinataires d'une intervention, à leurs pratiques, sentiments, représentations et perceptions vis-à-vis de cette dernière. Il s'agit ici de comprendre comment les populations s'approprient le programme, comment elles l'accueillent et le transforment. Il s'agit, en d'autres termes, d'analyser comment la logique du programme vient s'insérer dans les logiques populaires et les pratiques ordinaires des populations.

### 2.1. Appropriation

L'appropriation d'un programme par ses bénéficiaires recouvre plusieurs dimensions : la connaissance et la compréhension du programme et de ses objectifs, l'utilisation du programme (transferts monétaires et causeries) et la perception des populations directement ou indirectement impactées par l'intervention.

#### 2.1.1. Connaissances et compréhension du programme

**Objectifs et critères d'éligibilité** - Les femmes bénéficiaires avaient globalement une bonne connaissance des objectifs du programme. Toutes avaient conscience qu'elles recevaient cet argent pour « s'occuper des petits enfants ». Elles savaient également que l'on ne choisissait pas les bénéficiaires au hasard et connaissaient, tout comme leurs proches (maris et belles-mères), les critères d'éligibilité permettant de bénéficier du programme.

*« L'objectif premier c'est de prendre soin de l'enfant bénéficiaire. Je fais tout mon possible pour que mon enfant ne soit pas malnutri. Lorsque l'enfant tombe malade, c'est avec cet argent que je l'amène au centre de santé pour le faire soigner »*

Femme bénéficiaire, 20 ans, Kpendjal

*« Avant de choisir quelqu'une pour lui remettre l'argent, on vérifie si elle porte une grossesse. Elle leurs présente son carnet de consultation et on l'enregistre. Si elle n'est pas enceinte mais elle a un petit enfant, on lui demande la naissance de l'enfant et si c'est convenable, on l'enregistre [...] on ne choisit pas au hasard »*

Femme bénéficiaire, 30 ans, Kéran

*« On donne aux femmes enceintes de trois mois qui vont à la consultation. On les inscrit et on leur donne cet argent [...] et les enfants qui ne sont pas bien solides, les mamans dont les enfants ont de 0 à 2 ans »*

Belle-mère, 32 ans, Kéran

Le fait d'être enceinte et d'avoir un « petit enfant » était presque systématiquement évoqué. En revanche, il subsistait pour certaines femmes un flou quant à l'âge jusqu'auquel les enfants

pouvaient bénéficier du programme et le seuil de trois ans (au lieu de deux) a parfois été évoqué. Par ailleurs, le fait d'avoir un enfant de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère n'a presque jamais été mentionné par les femmes. Seules les mères directement concernées y ont fait référence.

*« On a dit que si les enfants dépassent deux ans ou deux et quelque-chose, on ne va pas leur donner [...] »*

Femme bénéficiaire, 25 ans, Doufelgou

*« Ce n'est pas à toutes les femmes qu'on donne cet argent ; on a un choix, et les mamans des enfants qui ne pèsent pas. On nous donne cet argent parce que nos enfants sont maigres et ne pèsent pas assez. On nous donne cet argent pour faire bien manger les enfants afin qu'eux aussi comme leurs camarades, ils soient bien en forme »*

Femme bénéficiaire, 35 ans, Kéran

Enfin, si le ciblage sur la fenêtre d'opportunité des 1000 jours semble avoir fait l'unanimité au niveau central ; au niveau communautaire le choix de cette période n'a pas toujours été bien compris, ni par les opérateurs, ni par les populations. Ces dernières, qui étaient plutôt habituées aux programmes ciblant les enfants de moins de 5 ans (tranche d'âge ciblée par la plupart des programmes de l'UNICEF mis en œuvre dans la zone), auraient aimé que la durée d'inclusion dans le programme soit étendue. Certains acteurs de terrain ont également estimé que le ciblage ne profitait pas forcément au plus vulnérables.

*« La période des 1000 jours est cruciale pour le développement harmonieux de l'enfant »*

Partenaire international.

*« Il y a d'autres villages, d'autres ménages mêmes qui ont plus besoin mais comme il n'y a pas une femme enceinte dans ce ménage »*

Acteur niveau local, Kéran

*« Pour nous, le projet devait se poursuivre sur 5 ans mais nous avons été étonnées et inquiétées lors de notre dernière rencontre [...] Nous avons été surprises d'apprendre que dans peu de temps, certaines d'entre nous [...] vont quitter le groupe ».*

Femme bénéficiaire, 41 ans, Oti

**Ciblage des villages bénéficiaires**- Les bénéficiaires savaient que dans certains villages voisins les femmes enceintes et mères d'enfants de moins de deux ans ne recevaient pas de transferts mais elles ne savaient généralement pas pourquoi. Le caractère pilote du programme et l'existence de villages *Contrôle* n'ont été que très rarement mentionnés. Par ailleurs, même lorsque l'idée de randomisation a été évoquée son but n'a pas toujours été bien compris. Certaines bénéficiaires ont craint que leur village ne soit exclu du programme en cas d'absence d'impact positif. Lors de l'enquête *endline*, la plupart des femmes des villages *Cash Transfers* comme *Contrôle* ont d'ailleurs estimé ne pas avoir reçu suffisamment d'information sur la sélection des villages (cf. encadré ci –après)

*« J'ai appris qu'il y a certains villages qui ne prennent pas et je ne sais pas pourquoi »*

Femme bénéficiaire, 28 ans, Kéran

*« Au départ du recensement, ils ont dit que c'est un temps de trois ans, que c'est un essai pour voir comment ça va évoluer. Donc, si ça évolue bien à la longue ils vont étendre ça dans tout le Togo, donc il y a certains villages qui sont des villages euh comment donc ?*

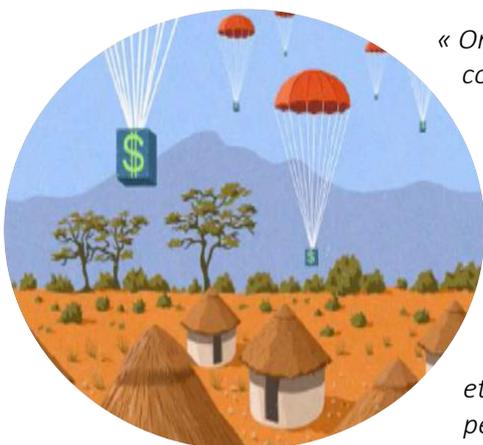
Observateurs ? Ou bien comment ? [...] Ils ont pris certains villages et d'autres sont villages témoins ou bien quoi donc ? »

Mari, Doufelgou, 34 ans

« On nous a dit que ça va prendre 3 ans. Ces 3 ans là, on va vérifier voir si quand on nous donne ça là (le transfert) est-ce qu'il y a un changement dans notre village au niveau des enfants et sur nous-mêmes. [...] Il y a certaines localités qu'on n'aide pas donc ils vont vérifier entre ces localités et nous quels sont ceux qui s'entretiennent mieux surtout du côté des enfants [...] Si on constate qu'on vous aide et vous prenez l'argent là pour faire autre chose et non pour supporter les enfants, on peut vous abandonner et changer de localité »

Femme bénéficiaire, 25 ans, Doufelgou

Pour la plupart des femmes des bras *Cash Transfers* et *Contrôle*, le ciblage des villages relevait tout simplement de la « chance ». L'idée d'une bénédiction divine a été très souvent évoquée. Les femmes remerciaient fréquemment Dieu pour ce transfert. Elles adressaient également leurs remerciements au « blanc » et bien plus rarement au gouvernement. La « *pauvreté* », la « *souffrance* », le « *malheur* » et la « *misère* » ont été évoqués pour justifier la sélection des bénéficiaires et des villages.



**Illustration 7- Pennies from heaven, in *The Economist*-**

« On est venu prendre mais on n'a pas pris tout le monde ; c'est comme nous, nous avons gagné la loterie ici et nous avons eu cet argent. [...] C'est comme notre chance ici de gagner quoi ! Parce qu'on n'a pas pris toutes les localités. »

Femme bénéficiaire, 32 ans, Kéran

« Tout est question de chance. Celles qui ont été choisies étaient les chanceuses et nous demandons à Dieu de donner la chance à celles qui n'ont pas été choisies d'être parmi les chanceuses la prochaine fois [...] C'est la chance, et c'est la preuve que cet enfant sera une grande personnalité et qu'il est nécessaire de l'amener à l'école »

Belle-mère, 70 ans, Oti

« Ce que moi j'ai remarqué c'est qu'actuellement, nous toutes, nous sommes des pauvres. Celles qui bénéficient actuellement, je suis fière d'elles et cela contribuera au développement de leur milieu. Ma prière de tous les jours, c'est que moi aussi je puisse bénéficier de cet argent un jour »

Femme non bénéficiaire, village *Contrôle*, Dankpen.

**Conditionnalités et bonus-** Le bonus associé au respect des conditionnalités n'était pas ou très mal connu lors de notre enquête de processus en 2015. Il n'a donc pas pu jouer son rôle d'incitatif, en tout cas pas avant qu'il soit un peu mieux connu, c'est-à-dire lorsque les premières femmes bénéficiaires sont sorties du programme. Lors de notre enquête, les rares femmes qui avaient entendu parler d'un bonus n'en connaissaient pas le montant et parlaient de « cadeau de fin de programme » plutôt que de bonus ou récompense ; un cadeau qu'elles n'associaient pas au demeurant au respect de conditionnalités ou à une quelconque « bonne conduite ». Par ailleurs, certains acteurs n'avaient pas eux-mêmes connaissance du bonus alors que d'autres pensaient, de manière erronée, qu'il serait distribué aux femmes des villages *Cash Transfers* et *Contrôle* (un problème déjà relevé lors des ateliers PIP).

*« Je ne suis pas informée de cette prime. Même les ASC et ACPE ne nous ont rien dit à ce propos »*

Femme bénéficiaire, 22 ans, Dankpen

*« Les bénéficiaires du transfert monétaire et ceux qui ne sont pas bénéficiaires sont ensemble pour bénéficier des causeries parce qu'il y a un bonus à la fin et le bonus est destiné à tout le monde »*

Acteur niveau régional, Kara

*« Ils ne nous ont rien dit à propos d'une récompense à la fin du programme. Tout ce qu'ils nous disent c'est de ne pas prendre cet argent pour acheter des pagnes ni boire la boisson avec ».*

Femme bénéficiaire, 35 ans, Oti

Par ailleurs, les conditionnalités souples n'ont pas été présentées comme telles mais ont plutôt été « imposées » aux populations. Elles ont été exposées comme étant « les bonnes façons » d'utiliser l'argent qu'il convenait de respecter, faute d'exclusion du programme. Certains opérateurs ont cherché à « effrayer » les femmes en leur cachant volontairement le caractère souple des conditionnalités pour les inciter à participer aux causeries et, de manière à ce qu'elles utilisent le TM en faveur des enfants. Cet aspect est développé de manière plus approfondie dans la section consacrée à l'utilisation du TM.

*« On essaye d'effrayer un peu les femmes en leur disant que si elles ne font pas les pièces de naissance aux enfants, ou si elles n'amènent pas les enfants à l'école, elles ne seront plus éligibles »*

Acteur niveau communautaire, Kpendjal

*« Des fois, je dis à celle qui s'absente à la causerie, elle sera retirée du paiement et elles (les femmes) viennent toujours »*

Acteur niveau communautaire, Doufelgou

*« Moi je croyais que j'allais le faire autrement sans vous mentir. Premièrement quand on nous avait remis cet argent nous avons pensé aller acheter des pagnes, des chaussures. Et, on nous a dit que cet argent n'est pas pour nous, que c'est pour les enfants. Ils ont dit qu'ils vont tourner dans les maisons pour voir si effectivement les enfants, nous arrivons à leur donner bien à manger. Ils ont même dit qu'ils prendront les poids des enfants pour voir si ces poids vont changer. C'est là qu'on s'est dit que c'est sérieux, s'il arrive que le poids de l'enfant n'a pas changé, ils ne vont plus nous donner. C'est en ce moment qu'on était obligé de suivre les conseils qu'ils nous donnent. »*

Femme bénéficiaire, Kéran

### Connaissance du programme, niveau d'information

Près de 91% des femmes éligibles enquêtées au sein du bras *Cash transfers* ont dit connaître le programme contre 56% des femmes du bras *Contrôle*.

Les femmes des villages *Cash Transfers* et *Contrôle* ont déclarées être plutôt satisfaites des informations communiquées sur les conditions à remplir pour être bénéficiaires, le montant et la fréquence du TM. En revanche, la majorité d'entre elles (83% des femmes du bras *Cash Transfers* et 94% des femmes du bras *Contrôle*) se sont dites insatisfaites des informations reçues sur la sélection des villages bénéficiaires et sur la durée du programme. Elles étaient légèrement plus satisfaites de l'information reçue sur la durée d'inclusion dans le programme. Toutefois, moins de la moitié des femmes du bras *Cash Transfers*, pourtant directement concernées par le programme, ont déclaré avoir reçu suffisamment d'information sur ce point (44%).

En outre, si un peu plus de 65% des femmes des villages *Cash Transfers* se sont dites satisfaites des informations reçues sur les causeries animées par l'ACPE, le niveau de satisfaction des femmes des villages *Contrôle* n'était que de 43%, laissant à penser que ces dernières recevaient moins d'informations que les femmes du bras *Cash Transfers*. Les causeries de l'ACPE s'adressant aussi bien aux femmes qui bénéficiaient des TM qu'à celles qui n'en bénéficiaient pas, le niveau d'information aurait pourtant dû être équivalent.

Enfin, 68% des femmes du bras *Cash Transfers* ont déclaré connaître l'existence du bonus de sortie du programme (lors de l'enquête *endline*) et en ont fourni une estimation moyenne correcte (19 908 FCFA). Elles savaient qu'il fallait assister de manière assidue aux causeries pour pouvoir en bénéficier. Parmi les 15% de femmes du bras *Contrôle* ayant connaissance du bonus, seules 56% ont évoqué le fait de bénéficier du transfert comme condition nécessaire à l'obtention du bonus. Ceci laisse à penser que certaines femmes des villages *Contrôle* ont continué de croire qu'elles pouvaient percevoir le bonus en participant de manière assidue aux causeries.

### 2.1.2. Perception générale du TM - « l'argent du blanc » perçu sans aucune contrepartie

A l'exception de certains maris qui ont craint que leurs femmes n'acquièrent trop d'indépendance (cf. partie. Impact sur les relations intrafamiliales), le TM a été perçu de manière très positive par l'ensemble de la communauté. Cet argent a été considéré par les populations comme « une aubaine », une « chance », un « cadeau ». Il s'agissait d'une somme perçue sans aucune contrepartie. Elle ne résultait ni d'une vente de leur production ni d'un quelconque travail.

*« Je ne sais plus quoi dire parce qu'on ne vend rien et à chaque fin du mois on nous appelle et on nous donne cinq mille francs. On se demande d'où vient cet argent-là. Si on connaissait cette personne, nuit et jour on devrait le remercier »*

Femme bénéficiaire, 30 ans, Kéran

*« Nous n'avons jamais rendu service à ces personnes, ils ne nous connaissent pas, pourtant ils nous donnent de l'argent. [...] Tu ne leurs a pas vendu une chèvre, ni une poule et ils te donnent l'argent.»*

Belle-mère, Kéran

*« Les blancs ont pensé à moi et m'ont donné quelque chose et je suis joyeuse »*

Femme bénéficiaire, 25 ans, Doufelgou

L'absence de contrepartie a entraîné chez de nombreuses bénéficiaires un sentiment de redevabilité qui a conditionné en grande partie l'utilisation qu'elles ont fait des TM. Par ailleurs, il s'agissait également de faire bon usage de l'argent pour que « le blanc continue de leurs venir en aide ». Ainsi, bien que le TM ait été inconditionnel, son utilisation, comme nous le verrons dans la section suivante, a en réalité été extrêmement encadrée.

*« Si je prêtais cet argent à quelqu'un et le blanc apprenait cela, va-t-il accepter ? Si je lui donnais et après je retourne pour prendre et il n'en a pas, comment ferais-je pour rembourser au blanc ? Là, je deviens une voleuse. Surtout que les consignes ont été qu'on entretienne nos enfants avec ; je ne peux pas prêter » F*

Femme bénéficiaire, 22 ans, Dankpen.

*« Nous ne sommes pas fortes pour fabriquer le charbon, c'est sur l'argent du Blanc que nous comptons pour nous acheter des condiments et la nourriture que nous n'achetions pas».*

Femme bénéficiaire, 37 ans, Dankpen

### Encadré 7 - Montant, fréquence et nature du TM

**Montant** - Près de la moitié des bénéficiaires (48%) enquêtées en juin 2016 pensaient que le montant du transfert était suffisant pour prendre soin de l'enfant éligible. Les entretiens menés en 2015 lors de l'évaluation de processus avaient également fait ressortir l'importance du montant du TM comparativement à ce que les femmes pouvaient par exemple gagner en commerçant. Les acteurs s'accordaient par ailleurs sur le fait que cette somme ne devait pas « *se substituer aux revenus des familles* ». L'objectif était avant tout d'inciter les femmes à adopter des comportements favorables à la santé et à la protection de l'enfant sans créer de disparités entre bénéficiaires et non-bénéficiaires.

« *Nous-mêmes des fois on amène des choses au marché qu'on ne vend même pas 2000F [...] et ici c'est 5000F qu'on donne !* » - Femme bénéficiaire, 30 ans, Kéran

« *Je vais laisser mes marchandises c'est-à-dire mes fromages et mon lait pour aller prendre cet argent car l'argent de ces marchandises ne vaut pas plus que ce que je vais recevoir.* » - Femme bénéficiaire, 41 ans, Dankpen

« *Nous ne fixons pas un montant qui sera comme un salaire.* » - Partenaire international

« *Ce n'est pas suffisant mais c'est mieux que zéro.* » - Acteur niveau local, Kéran

**Fréquence** - Lors de l'enquête *endline*, 93% des femmes ont déclaré être satisfaites de la fréquence des paiements ; 4% auraient préféré recevoir de plus grosses sommes moins souvent et, à l'inverse 3% auraient préféré recevoir de plus petites sommes mais plus souvent.

« *A chaque fin du mois, elles reçoivent et c'est bien. [...] Personne ne peut jamais dire ici que l'argent lui suffit d'un seul coup pour la première fois, c'est au fur et à mesure que tu verras que ça te suffira. [...] Un peu un peu tous les mois c'est bien; je trouve même que c'est ça qui nous aide [...]* » - Belle-mère, 55 ans, Kpendjal

**Nature du TM** - Si plus de la moitié des bénéficiaires enquêtées en *endline* étaient satisfaites de recevoir de l'argent, 40% déclaraient toutefois qu'elles auraient préféré recevoir des vivres. Les entretiens menés en 2015 avaient également mis à jour des points de vue divergents sur cette question.

« *Tout est bon, si c'était aussi les vivres c'est aussi bon. Tout aide ; les vivres aussi aident. L'argent là quand tu le reçois si tu n'as pas su le gérer [...] tu peux en prendre acheter en même temps quelque chose or cela ne peut pas te servir alors que si tu prenais les vivres, tu peux savoir comment préparer pour ton enfant. Tout ça là va dans le même sens. Mais, pour les vivres, tu ne peux pas prendre les vivres pour emmener ton enfant à l'hôpital ou prendre pour supporter ton enfant à l'école, ou [...] lui faire son acte de naissance.* » - Femme bénéficiaire, 25 ans, Doufelgou

« *Selon moi le transfert d'argent est encore mieux ; puisque si c'est la nourriture nous allons en consommer mais dès qu'un enfant aura la fièvre, on n'aura pas des moyens pour l'amener dans un centre de santé pour voir de quoi il s'agit. Donc, le mieux c'est l'argent. Avec l'argent, on peut aller à l'hôpital. Les vivres s'arrêtent au niveau du foyer seulement.* » - Mari, 29 ans, Kéran

### 2.1.3. Utilisation du TM

**Une utilisation très encadrée** - L'utilisation de l'argent, présentée comme libre, a en réalité été très encadrée et soumise à un contrôle social très fort. Les femmes ont subi une triple pression : (i) des gestionnaires et opérateurs du programme, (ii) de la famille et (iii) de la communauté. Les notions de « devoirs », d' « obligations » et d' « interdits » étaient très présentes dans le discours des femmes, de même que les notions de « suivi », « contrôle » et « vérification ».

Les opérateurs du programme ont en effet régulièrement invité les femmes à être de « bonnes élèves » et, selon l'expression d'une bénéficiaire, à ne pas « dépenser en désordre ». Ils ont exercé un contrôle parfois très fort, qui pouvait prendre la forme de menaces (exclusion du programme, appel à la gendarmerie).

*« Quand ils nous donnent l'argent [...] nous achetons tout ce qu'on nous demande. [...] Ils nous montrent certaines photos, et on voit tout ce que tu dois acheter avec cet argent et qu'est-ce qu'il faut faire. [...] Ils nous avertissent qu'ils ne veulent pas voir un jour un enfant tombé malade ou un enfant resté affamé. »*

Femme bénéficiaire, 33 ans, Kéran

*« Nous ne devons pas finir cet argent dans les débits de boisson (...) J'insiste sur le fait que nous ne devons utiliser cet argent de façon rationnelle et modérée. »*

Femme bénéficiaire, 20 ans, Kpendjal.

*«Toi qui prend l'argent, si après ils constatent que les enfants ne vont pas à l'école, ils vont vous arrêter toi et ton mari pour vous amener à la gendarmerie.»*

Femme bénéficiaire, Kéran

*« Quand ils nous ont donné l'argent, ils nous ont dit de ne pas envoyer les enfants dans un autre pays, et s'ils apprenaient que quelqu'un a envoyé son enfant dans un autre pays, ils vont l'arrêter et l'enfermer.»*

Femme bénéficiaire, Oti



**Illustration 8- Focus group, préfecture de Doufelgou**

La famille veillait également à la bonne gestion de l'argent du TM. Les maris se sont positionnés en conseillers et garants de la bonne utilisation des sommes perçues par leurs épouses. Les familles bénéficiaires voulaient montrer au reste de la communauté que l'argent du transfert était « bien utilisé » et qu'il n'était pas « détourné » de son but premier. Les familles devaient être en mesure de « fournir des preuves », de montrer concrètement ce qu'elles avaient fait de cet argent. A cette peur de « perdre la face » s'est ajoutée la peur des répercussions présentes et futures d'un mauvais usage de l'argent.

*« Lorsque la femme ramène l'argent, le maisonier doit s'asseoir discuter sur comment elle va payer tout ce qu'il faut [...] l'homme doit toujours vérifier voir si les femmes donnent vraiment du poisson à manger aux enfants [...] »*

Mari, Dankpen

*« [...] Si on t'insulte au centre de santé parce que tu ne prends pas bien soin de l'enfant, ce n'est plus à moi que la responsabilité incombe mais à elle la femme. Donc lorsqu'elles ramènent l'argent nous leur donnons des conseils. »*

Mari, Kpendjal

*« [...] c'est par ma propre volonté que je veux faire de bonnes choses pour que si un jour quelqu'un vient demander d'après l'argent de l'enfant, que je puisse montrer ce que j'ai fait avec. »*

Femme bénéficiaire, 32 ans, Kéran.

*« Quand on voit ton enfant sale et laissé à lui-même, on te demande ce que tu fais avec cet argent pour que ton enfant reste encore dans une telle situation. »*

Belle-mère, 60 ans, Kpendjal

La communauté dans son ensemble a également exercé une forte pression sur les bénéficiaires, afin de préserver l'intérêt collectif. Il fallait que le village continue de percevoir « l'argent du blanc », la « manne » des transferts monétaires. Il était donc dans l'intérêt de tous de se conformer aux règles établies, de sorte que certains membres de la communauté allaient parfois jusqu'à dénoncer les bénéficiaires « non-conformistes » et « déviantes ».

*« Même les hommes du village interviennent pour leurs dire que si elles ne le font pas [utiliser l'argent à bon escient et mettre en pratique ce qu'elles apprennent lors des causeries], ils iront les signaler chez leurs responsables. Et, si on les signale aux responsables, ils se chargeront de les exclure [...] »*

Belle-mère, 65 ans, Dankpen

*« Certaines femmes bouffent cet argent. On les appelle ici pour leur demander pourquoi elles font cela ? On leurs fait des remarques et des leçons en leur rappelant que cet argent est destiné à s'occuper des enfants et non à utiliser pour autre chose. Si vous venez ici un jour et vous constatez que les enfants sont toujours malheureux, est-ce que vous allez encore donner de l'argent ? »*

Femme bénéficiaire, 35 ans, Kéran

Les femmes bénéficiaires ont donc bien intégré les objectifs du programme et se sont efforcées de dépenser l'argent du transfert conformément à ceux-ci.

**Les utilisations immédiates et « conformes » aux objectifs du programme-** La plupart des femmes ont déclaré utiliser l'argent avant tout en faveur des enfants, selon les conseils qu'on leur a donnés et conformément aux conditionnalités souples. Elles ont notamment acheté de la nourriture (« petits poissons », « viande », « condiments », « haricots », etc.), des habits et des chaussures, des fournitures scolaires et du savon. Elles ont également utilisé cet argent pour enregistrer leurs enfants à l'état civil et les amener au centre de santé en cas de maladie. Les mêmes utilisations ont été rapportées lors de l'enquête *endline* (cf. encadré ci-après).

*« Je paie les choses en fonction des conseils qu'on nous donne. L'argent que j'ai pris, je ne l'ai pas gardé, j'ai acheté de la nourriture pour les enfants et leur habillement comme on nous avait recommandé »*

Femme bénéficiaire, 35 ans, Kéran

*« Nous achetons de beaux vêtements pour les habiller et les aliments, les bons condiments pour faire la sauce et ils vont manger. Et aussi les boîtes de conserve de tomates; le lait peak plus les œufs. Et, si l'enfant n'est pas en bonne santé, nous prenons une partie de cet argent pour l'amener au centre de santé » »*

Femme bénéficiaire, 19 ans, Kéran

*« Je paie son écolage, je paie les cahiers et le kaki (uniforme) pour lui pour qu'il aille de l'avant »*

Femme bénéficiaire, Kéran

*« Je n'utilise pas cet argent pour des activités génératrices de revenu. Imaginez que je prenne cet argent pour le stockage, et qu'au même moment mon enfant tombe malade »*

Femme bénéficiaire, 41 ans, Kpendjal

**Les utilisations « non conseillées », les chemins indirects -** Bien que la plupart des femmes se soient strictement conformées aux conseils prodigués et n'aient pas osé utiliser le transfert monétaire à d'autres fins, certaines (moins nombreuses) s'y sont risquées. Ces dernières ont notamment utilisé l'argent du transfert pour acheter du bétail, commercer, entreprendre ou continuer une activité génératrice de revenus avec comme objectif d'assurer l'avenir de l'enfant lorsqu'elles seront amenées à sortir du programme.

*« En dehors de l'accent mis sur la cause des enfants, je peux utiliser légèrement une partie pour développer mon petit commerce que je menais. Ca n'empêche pas. »*

Femme bénéficiaire, 41 ans, Kpendjal

*« Quand tu entres en possession de cet argent, tu peux payer une bête femelle pour élever. Cette pratique d'élevage, dans les années à venir, va nous permettre d'avoir plusieurs bêtes. Ces bêtes nous permettront de supporter nos enfants lorsqu'ils ne seront plus bénéficiaires. Ce sont ces moutons qui vont nous aider à supporter nos enfants »*

Femme bénéficiaire, Kpendjal

Certaines femmes se sont également servies de l'argent du transfert pour acheter de l'engrais ou des intrants agricoles, et ont ainsi contribué aux activités champêtres. D'autres ont également pensé à épargner et placer une partie de leur argent dans des tontines.

*« Cet argent nous a permis d'acheter de l'engrais ; de prendre les ouvriers pour nous aider à sarcler les herbes »*

Femme bénéficiaire, Oti

*« Je prépare si ça reste un peu, je dépose comme on a un groupement à quelque part je peux aller déposer aussi les 25f (une petite somme) là-bas dans le but que si un jour j'ai des problèmes que je puisse récupérer pour emmener mon enfant à l'hôpital »*

Femme bénéficiaire, 25 ans, Doufelgou

Ces différentes utilisations bien que « non conseillées » par les opérateurs du programme n'étaient pas pour autant contraires aux objectifs de ce dernier. L'argent du TM a certes emprunté des chemins plus indirects mais n'a pas été détourné de sa finalité. En outre, ces stratégies moins directes ont cherché à maintenir les acquis du TM, et ont également permis aux femmes d'envisager de manière plus sereine leur sortie du programme.

*Les utilisations détournées : les impasses* - Si l'investissement dans un élevage, l'épargne ou le commerce ne pouvaient pas être assimilés à un détournement du transfert, les dépenses liées par exemple à certaines cérémonies ou à l'achat de pagnes étaient quant à elles contraires aux objectifs du programme. Ces dépenses n'ont pas pu contribuer, même de manière indirecte, à l'amélioration de l'état nutritionnel ou de santé des enfants. Il s'agit donc bien « d'impasses » (cf. schéma PIP). Ce type de dépenses est toutefois resté très marginal.

*« Mon oncle était mort, cet argent m'a beaucoup aidé, le gouvernement nous a aidé à s'occuper du décès de notre oncle »*

Femme bénéficiaire, Dankpen

*« Moi-même, je me suis habillée, puisque je m'habillais mal »*

Femme bénéficiaire, Oti



**Illustration 9- Rassemblement lors d'un paiement**

## Utilisations des TM

Lors de l'enquête *endline*, les femmes bénéficiaires ont déclaré majoritairement utiliser l'argent du TM pour l'alimentation (91%) et la santé de l'enfant (68%). L'achat de savon (64%), de vêtements d'enfants et de nourriture pour les autres membres du ménage figuraient également parmi les utilisations prédominantes du TM. Près de 10% des bénéficiaires ont par ailleurs déclaré avoir contracté des dettes sachant qu'elles allaient percevoir le TM.

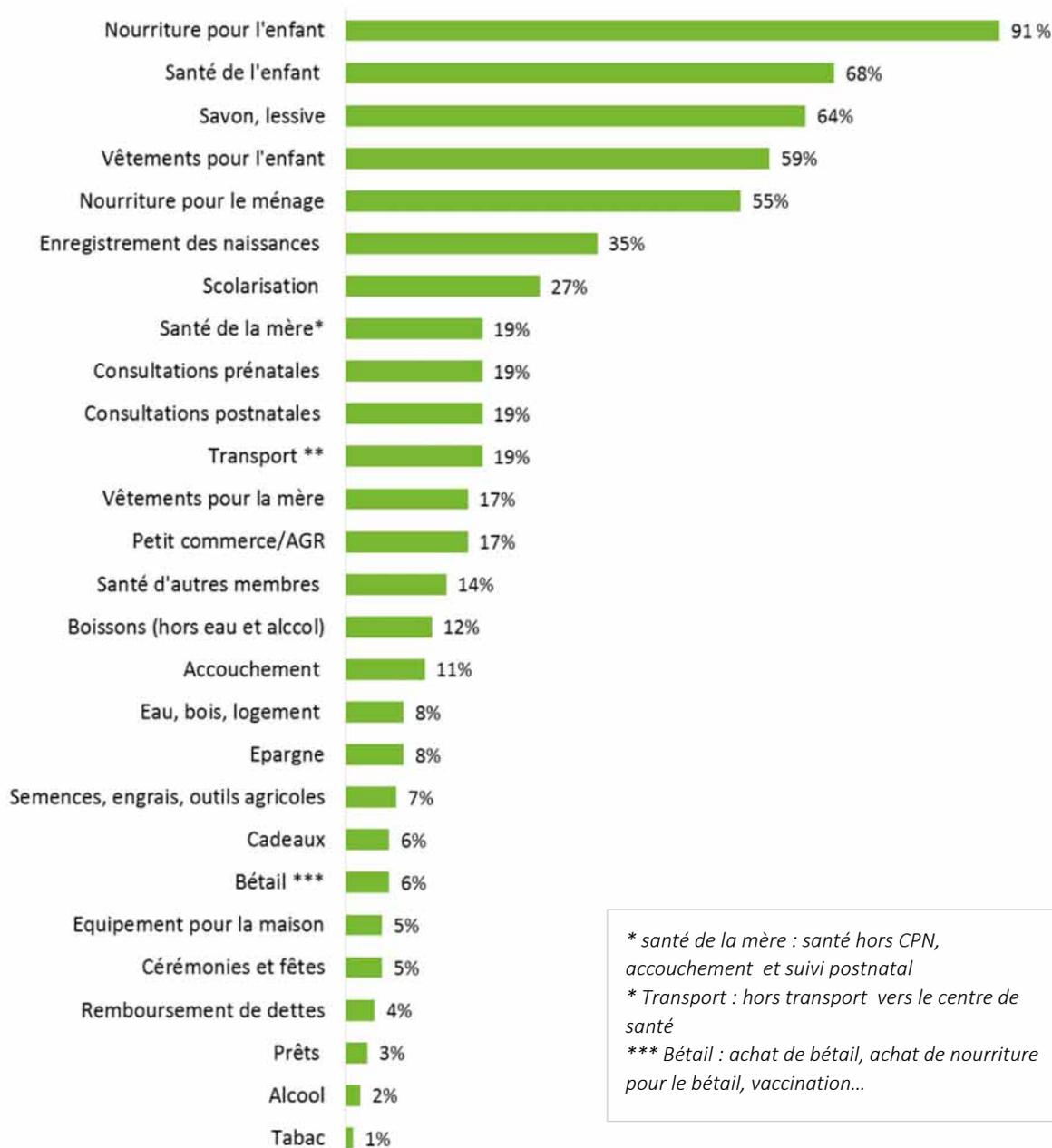


Figure 34 – Principales utilisations des TM citées par les femmes bénéficiaires des TM (n=400)

Lorsque les mères ont utilisé le transfert pour acheter de la nourriture pour l'enfant éligible, elles ont principalement acheté des condiments (92%), du poisson ou de la viande (75%), des légumes (60%) et des céréales (52%).

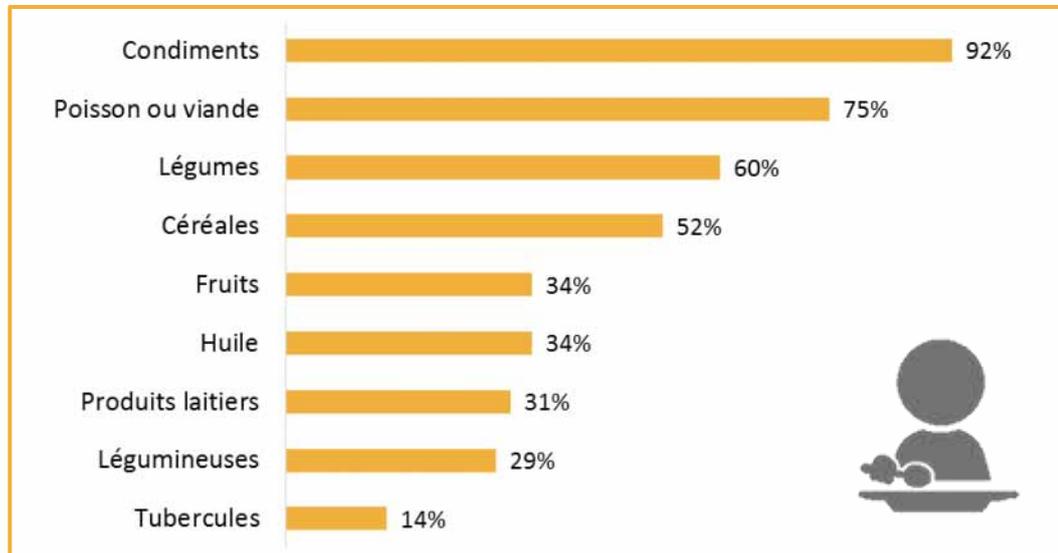


Figure 36 – Type d'aliments achetés pour l'alimentation des enfants avec l'argent du TM (n=366)

Lorsque les femmes ont déclaré avoir utilisé l'argent du TM pour la santé de l'enfant, elles ont déclaré l'avoir utilisé plus précisément pour les motifs suivants : achat de médicaments prescrits sur ordonnance (77%) ; consultation au centre de santé pour maladie ou accident (75%) ; et consultation de routine au dispensaire dans le cadre par exemple de la vaccination ou du suivi de la croissance des enfants (68%).

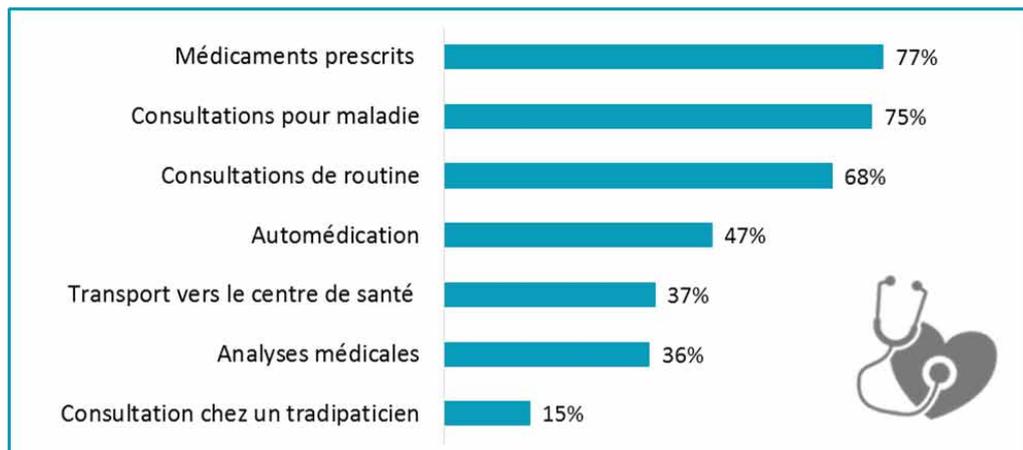


Figure 35- Détails des utilisations du TM en faveur de la santé de l'enfant (n=280)

#### 2.1.4. Partage du TM : les réaffectations familiales et communautaires

Bien que l'argent du TM était réceptionné par les femmes et destiné avant tout aux enfants, les sommes perçues ont fait l'objet de redistributions au sein de la famille. Cette redistribution intrafamiliale du transfert s'opérait de deux manières: en nature et en espèces.

L'argent du transfert a tout d'abord été redistribué de manière indirecte et non monétaire à travers les repas dont toute la famille bénéficiait, et les soins de santé qui ont profité aux personnes malades du foyer, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes.

*« Même si tu dis non, quand tu prépares tout le monde profite pour goûter à la nourriture des enfants. Donc je ne peux pas dire que nous tous nous ne mangeons pas »*

Femme bénéficiaire, 29 ans, Kéran

*« Premièrement quand on prend l'argent, arrivé à la maison, on fait des assises avec nos maris, si personne n'est malade, on utilise. S'il y a un malade, qu'il soit ton enfant ou l'enfant de ta coépouse, si c'est toi-même, ton mari, ta belle-mère qui est malade, c'est obligatoire de prendre cet argent pour soigner la personne. La manière dont on a eu pitié de toi et on t'a donné, toi aussi ais pitié des autres. Tu donnes à la personne pour qu'elle se soigne avec pour retrouver sa santé »*

Femme bénéficiaire, Oti

En outre, une redistribution directe et monétaire s'est également opérée en faveur des maris et belles-mères. Cette pratique n'a cependant pas été systématique. Le partage avec les coépouses semblait avoir été beaucoup plus généralisé, et a permis de maintenir la cohésion familiale. Il a même parfois été opéré directement par le mari qui récupérait l'argent et le redistribuait lui-même à ses différentes épouses. Certaines mères ont également envoyé de l'argent aux enfants qui ne vivaient plus au sein du foyer.

*« Elles sont cinq [ses belles-filles]; quand elles vont prendre et qu'elles rentrent, [...] elles me donnent 200F chacune pour ma collation. Les maris n'ont rien à dire, moi-même qui suis la plus âgée, elles me le donnent elles-mêmes, je ne prends pas cet argent de force [...]. Les hommes ne réclament rien dans cet argent. Voilà comment cela se passe chez moi »*

Belle-mère, Dankpen

*« Lorsqu'on nous donne cet argent à la fin du mois, aussitôt arrivée à la maison je donne 1000 FCFA à mon mari et je dépose le reste de l'argent pour les besoins de l'enfant ».*

Femme bénéficiaire, 20 ans, Kpendjal

*« Nous vivons ensemble dans le foyer avec nos coépouses, quand nous percevons cet argent la solidarité veut qu'on leur donne quelque chose pour leur permettre aussi de s'occuper de leurs enfants. Si nous n'appliquons pas cette solidarité envers elles et que demain le contraire se produisait, ça ne nous plaira pas. Alors aussitôt que nous entrons en possession de notre argent, nous leur faisons de petites aides pour garder cette solidarité »*

Femme bénéficiaire, 20 ans, Kpendjal

*« Quand tu prends l'argent, je sais que c'est pour entretenir les enfants avec, mais tu ne peux pas t'occuper d'un enfant et laisser les autres, tu vas t'occuper des autres aussi. Quand tu prends tu enlèves un peu pour donner à celui qui est de l'autre côté pour qu'il arrive à fréquenter et étudier ».*

Femme bénéficiaire, Oti

Enfin, le transfert a également fait l'objet de redistributions au sein des réseaux de sociabilité intracommunautaires, répondant aux logiques de solidarité de proximité.

*« Il peut arriver qu'un non bénéficiaire ou qu'une femme qui n'a pas un enfant qui a l'âge requis de bénéficier vienne te demander de lui prêter cet argent parce que son enfant souffre ou est malade. Tu es obligée de lui prêter cet argent en attendant qu'il te le rembourse après [...] Si le blanc nous aide nous qu'il ne connaît pas ou n'a jamais vu, comment nous, nous n'allons pas aider nos sœurs qui souffrent à côté de nous ? »*

Femme bénéficiaire, 37 ans, Dankpen.

Bien que ces diverses réaffectations, plus ou moins inévitables, ne soient pas allées à l'encontre des objectifs du programme, elles ont tout de même participé à une dilution du transfert.



**Illustration 10- Focus group auprès des femmes bénéficiaires des TM, préfecture de Doufelgou**

**Partage régulier du transfert** - Près de 20% des bénéficiaires ont déclaré avoir partagé leur transfert de manière régulière, le montant total partagé à chaque fois étant d'environ 2000 FCFA. Elles partageaient le plus souvent avec leur mari auquel elles donnaient en moyenne 1936 FCFA. Elles ont dit partager leur TM volontairement/par envie dans 53% des cas ; partager par « obligation sociale » (c'est normal, c'est la norme sociale, « ça va de soi ») dans 31% des cas et, parce qu'elles y avaient été contraintes par leur mari (qui leur « retire l'argent ») dans 16% des cas.

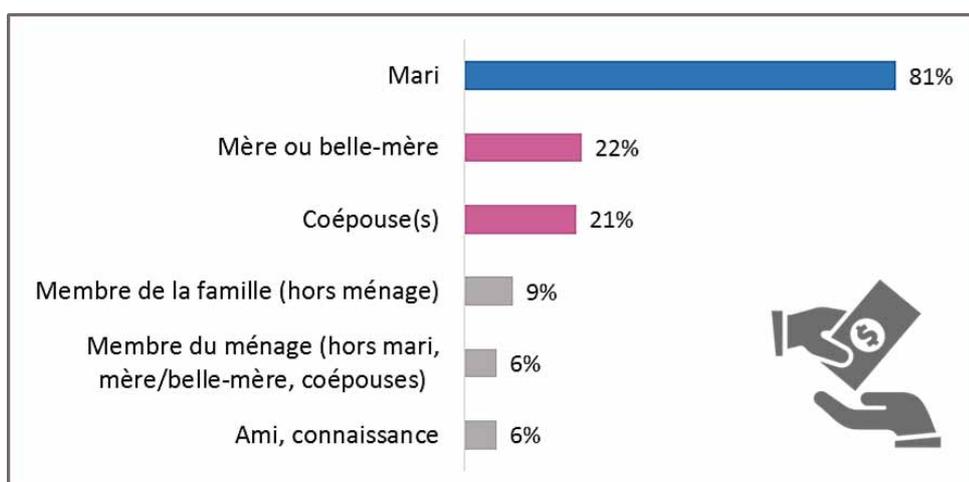


Figure 37- Principaux récipiendaires du partage régulier du TM (n= 69)

Un peu plus de 22% d'entre elles ont déclaré avoir partagé le transfert avec leur mère ou belle-mère. Elles leur ont globalement versé une somme moins importante qu'à leur mari, 586 FCFA en moyenne mais ont semblé le faire plus volontiers. En effet, seulement 4% des bénéficiaires qui ont partagé le TM avec leur mère ou belle-mère ont déclaré l'avoir fait sous la contrainte. Enfin, 21% des femmes ont déclaré avoir partagé le TM de manière régulière avec leur(s) coépouse(s). Elles leur(s) ont donné en moyenne une somme un peu plus importante qu'à leur mère ou belle-mère, à savoir environ 815 FCFA. Aucune d'entre elles n'a déclaré avoir été forcée au sens strict à partager son TM avec une coépouse. Près de 60 % ont déclaré l'avoir volontairement partagé et environ 40% l'ont fait pas par « obligation sociale ».

### 2.1.5. Causeries et visites à domicile : perception et participation

**Perceptions des causeries : « Nous sommes devenues intelligentes, avant on n'était pas malignes »** - Les femmes, qu'elles aient été ou non bénéficiaires, ont eu une perception très positive de « ces réunions qui leurs ajoutaient de l'intelligence ». Elles ont très souvent évoqué les nouvelles connaissances acquises lors des causeries qui leurs permettaient de mieux prendre en charge leurs enfants mais aussi de mieux gérer leur vie conjugale.

*« Nous assistons aux réunions parce que ce qu'on nous dit est intéressant. La première fois que nous sommes allées, on nous avait montré des photos, et sur une des photos, il y a une femme qui accouchait à l'hôpital chez une sage-femme. Lorsque l'enfant est sorti, la sage-femme a pris l'enfant et lui a bien soigné. En ce moment la femme qui a accouché était encore au lit. Ensuite, la sage-femme est revenue avec l'enfant et l'a porté sur le sein de sa maman. Ils disent qu'il faut que l'enfant tète ce premier lait de sa mère. Après, elle a fait le premier vaccin à l'enfant. Nous toutes nous assistons aux réunions. Ce qu'on nous dit là-bas nous plaît beaucoup parce qu'on nous donne des conseils. Ce qu'on ne savait pas, on nous le dit. Si tu n'assistes pas aux réunions, tu ne seras pas intelligente, qui va t'informer ? »*

Femme bénéficiaire, 19 ans, Kéran

*« Ces réunions nous permettent d'apprendre beaucoup ; dans le cadre de la santé, amener les enfants à l'hôpital, aller aux consultations prénatales ; faire des naissances aux enfants, sans cela c'est comme si nous avons mis au monde des animaux. Il faut se faire consulter pendant la grossesse ; certaines femmes négligent cela et lors de l'accouchement il y a des complications.»*

Femme bénéficiaire, 35 ans, Kéran

La perception positive des femmes sur les causeries est également transparue lorsqu'elles s'inscrivaient dans une perspective de comparaison, confrontant leurs habitudes et leurs pratiques avant et après la mise en œuvre du programme, ou lorsqu'elles comparaient leur époque à celles de leurs parents.

*« Avant, nous ne savions pas qu'il faut nécessairement balayer la cour de la maison, couvrir la nourriture, se coucher sous moustiquaire quand on est enceinte.»*

Femme bénéficiaire, Kéran

*« Nous sommes devenues intelligentes, avant on n'était pas malignes. Maintenant nous savons qu'il faut bien donner à manger à l'enfant pour qu'il soit solide. Nous savons aussi qu'après avoir lavé un enfant, il ne faut pas lui vêtir d'habits sales. Avant de lui faire son bain, il faut chercher des habits propres pour lui. »*

Femme bénéficiaire, Doufelgou

*« Grâce à ces causeries, je peux dire que nous sommes très en avance par rapport au temps de nos parents qui n'avaient pas eu cette chance. »*

Femme bénéficiaire, 41 ans, Oti

Bien que certains hommes aient eu une appréciation parfois mitigée des causeries qu'ils avaient tendance à considérer comme des séances d'autonomisation des femmes, la plupart d'entre eux encourageait leurs femmes à s'y rendre. Il en a été de même de leurs mères et belles-mères.

*« Nous leurs donnons toujours l'autorisation de participer et de poser beaucoup de questions pour mieux comprendre »*

Mari, Kpendjal

*« On veut qu'elles aillent aux réunions pour que ça leurs ouvre les yeux. Evidemment que celle qui y va est plus intelligente que celle qui n'y va pas. Ces dernières sont souvent des personnes renfermées, et ne sont qu'ignorantes. Elles sont même incapables de s'exprimer. Mais quand tu y assistes et que tu vois que tes camarades sont épanouies, tu changeras aussi de mentalité. C'est pour cette raison que je lui dis de toujours y aller. Et même quand elle ne se sent pas bien, je demande à son mari d'aller la déposer à vélo et ensuite retourner la chercher à la fin. [...] Ces réunions sont très instructives. En tout cas, il y a une différence entre celles qui assistent aux réunions et celles qui n'y vont pas. »*

Belle-mère, 58 ans, Kpendjal



**Illustration 11- Belle-mère. Kéran**

**Participation aux causeries** - La plupart des femmes bénéficiaires ont dit être très assidues aux causeries. Lorsqu'elles ne pouvaient pas s'y rendre, elles avaient même pour habitude de demander à leurs camarades de leur rapporter ce qu'il s'y était dit, ou de se rendre directement chez l'agent communautaire en charge de la causerie pour rattraper « leur retard ».

*« Toutes les réunions qu'on convoque j'y vais, je ne me suis jamais absentée un seul jour. Si tu es restée à la maison tu n'auras pas de connaissances comme celui qui est allé à la réunion »*

Femme bénéficiaire, 27 ans, Doufelgou

*« Lorsqu'il y a une réunion, tout le monde sort pour écouter de ses propres oreilles. Même si tu as voyagé, à ton retour tu vas demander pour qu'on te le dise ».*

Femme bénéficiaire, 38 ans, Kéran

Les observations des causeries ont montré que les femmes étaient globalement très attentives et participaient beaucoup. Elles s'encourageaient, intervenaient librement et ne se moquaient pas les unes des autres.

Les femmes participent beaucoup. L'ASC m'explique que c'est la troisième fois que ce thème est abordé et que les femmes connaissent bien le sujet.

Extrait d'un journal de terrain, observation d'une causerie sur la préparation de la bouillie enrichie, village de Kpessidé, Kéran

Les femmes posent des questions et répondent entre elles avant même l'intervention de l'ACPE. Lorsque les réponses ne sont pas correctes, l'ACPE intervient et explique. Les femmes demandent à multiplier les séances qui « *leurs font du bien et ont commencé à changer leur vie* ».

Extrait d'un journal de terrain, observation d'une causerie sur les violences et abus sexuels, village de Padori, Oti

L'une des principales motivations des femmes les ayant poussées à assister aux causeries, outre l'acquisition de nouvelles connaissances, était l'argent du transfert. Bien que les causeries s'adressaient aux communautés villageoises dans leur ensemble, les femmes du bras *Cash Transfers* étaient davantage motivées à participer et plus assidues que les femmes du bras *Contrôle*.

*« Les femmes qui ne bénéficient pas participent moyennement. Celles qui bénéficient participent beaucoup, toujours »*

Acteur niveau communautaire, Doufelgou

*« C'est difficile d'avoir l'adhésion de tout le monde là-bas [dans les villages Contrôle] »*

Acteur niveau local, Kéran

*« C'est à cause de cet argent que nous assistons aux réunions, avant quand on dit qu'il y a réunion personne ne vient. Maintenant celles qui viennent aux réunions, c'est parce qu'elles reçoivent de l'argent »*

Femme bénéficiaire, Oti

*« Souvent celles qui prennent l'argent sont les premières aux lieux de causeries ; celles qui ne prennent pas viennent un peu en retard ou sont absentes »*

Femme bénéficiaire, 30 ans, Kéran

La plupart des hommes n'ont pas participé aux causeries auxquelles ils étaient d'ailleurs rarement explicitement conviés. Cette absence des hommes était assez récurrente mais ne témoigne toutefois pas d'un désintérêt de leur part pour ces réunions. Ils ont en effet affirmé que les causeries et visites à domicile les aidaient dans la consolidation des bonnes pratiques sanitaires et leurs apportaient des conseils utiles et nécessaires à une bonne prise en charge des enfants. Certains ont même demandé à leur épouse de leur rapporter ce qu'il s'y était dit. En outre, nombreuses ont été les femmes qui auraient aimé que leurs maris participent aux causeries afin qu'ils comprennent mieux le programme et les aident à « gérer les affaires du foyer ».

*« On ne m'a jamais convoqué. [...] Dès son retour, j'appelle ma femme pour savoir de quoi elles ont discuté, et elle me fait le compte rendu de ces causeries »*

Mari, 42 ans, Dankpen

*« Ils ne viennent pas tous. Nous les informons, nous leur disons que ces réunions ce ne sont pas les femmes seules qui doivent assister, mais les hommes aussi doivent sortir pour qu'on s'aide et pour que l'évolution vienne. Si c'est les femmes seules, cela ne va pas marcher car l'homme détient une intelligence que la femme ne possède pas et vice-versa. Moi la femme, je peux voir quelque chose au cours de la réunion que l'homme n'a pas vu et c'est aussi vice-versa, donc il faut qu'on se complète. »*

Femme bénéficiaire, Doufelgou

*« La présence de nos époux à nos côtés au cours (des causeries) va constituer un plus dans la gestion des affaires du foyer. Les enseignements que nos époux suivront au cours de ces réunions leurs permettront eux aussi de comprendre le bienfait de la propreté dans nos maisons, l'importance de la prise en charge des enfants, de la croissance normale des enfants et de l'état de santé des enfants. Ils comprendront aussi que le transfert monétaire est prévu pour l'enfant bénéficiaire. »*

Femme bénéficiaire, 34 ans, Kpendjal

Quelques hommes ont assisté à la causerie. Ils sont arrivés vers la fin mais ont participé activement. Ils ont pris la parole.

Extrait d'un journal de terrain, observation d'une causerie sur la traite des enfants, village de Tchitchira Maison, Kéran,

Si certains acteurs redoutaient au départ que la participation des maris n'entravent celles des femmes, tous ont ensuite préconisé aux agents communautaires de convier les hommes aux causeries.

*« Pour les causeries dans les villages, il faut inviter aussi les maris, qu'ils viennent sur les causeries qu'on fait. L'hygiène à la maison ce n'est pas la maman seule, c'est tout le monde. Amener la femme à l'hôpital, ce n'est pas la femme seule, c'est elle et son mari. Déclarer la naissance ce n'est pas la femme seule, c'est elle et son mari. Il faut qu'ils puissent comprendre que lorsque la femme accouche, on a 45 jours pour aller déclarer la naissance à l'état civil. Il faut qu'ils comprennent que l'école, elle n'est pas facultative, elle est obligatoire pour tous les enfants, garçons comme filles »*

Acteur niveau régional, Savanes

Enfin, les visites à domicile ont été globalement bien perçues par les femmes bénéficiaires comme par leurs proches. Elles leurs permettaient de demander des conseils ou de discuter des problèmes au sein du foyer. Mais elles étaient également parfois ressenties comme des « contrôles » lors desquels les ACPE venaient vérifier la mise en pratique des conseils prodigués lors des causeries.

*« Chaque matin, il [l'ACPE] se lève pour aller, parce que nous nous sommes devenues comme ses enfants. Si tu enseignes un travail à ton enfant, tu dois le suivre chaque matin pour voir s'il s'applique ou pas ? S'il t'avertit qu'il va venir tu vas entretenir forcément ta maison avant qu'il ne vienne, mais s'il vient te surprendre, il saura vraiment si tu fais l'entretien ou pas ? »*

Femme bénéficiaire, Oti

*« Ils viennent vérifier dans les chambres pour voir si elles sont balayées ; si les enfants se couchent sous les moustiquaires ; ils cherchent à savoir si nous donnons les produits aux enfants et quel est leur état de santé. Si l'enfant est malade, ils demandent pourquoi l'enfant est malade ? Nous n'avons pas donné de produits aux enfants ? Ils nous grondent qu'on a offert les produits pour sauver la vie humaine et non pour la perdre [...] Ils font cela et les femmes font un effort »*

Mari, 35 ans, Kéran



*Illustration 12 - Sessions de causeries*

## 2.2. Impact social

### 2.2.1. Au niveau des ménages

**Rapports intrafamiliaux** - Bien que certains maris, peu nombreux, aient redouté que leurs femmes acquièrent trop d'indépendance via les transferts et « quittent » le foyer, le TM n'était généralement pas une source de conflit au sein des ménages (lors de l'enquête *endline* seules 8 femmes sur 400 font état de conflits dus aux TM, cf. encadré). Au contraire, les TM ont permis d'apaiser certaines tensions. Grâce à cette allocation mensuelle, les femmes étaient plus sereines, et n'ont plus été systématiquement obligées de quémander de l'argent auprès de leurs maris. Les disputes concernant les dépenses liées aux enfants se sont donc faites plus rares.

*« Si un jour je te fais quelque chose un peu, peut-être que tu vas t'énerver, tu vas prendre cet argent pour prendre une voiture et partir [...] tu vas prendre mon enfant là pour fuir et aller en aventure. »*

Mari, Doufelgou

*« Depuis qu'on donne cet argent aux femmes, tout se passe bien avec nous [...]. Je félicite nos épouses car elles ont compris le message et prépare de bonnes sauces pour les enfants. Il y a toujours du poisson, du sel, de l'huile à notre disposition. »*

Mari, Kpendjal

*« Nous ne nous querellons pas à propos de cet argent. Quand elle reçoit cet argent, elle fait ce qu'elle peut faire avec. Nous ne pouvons pas nous tirailler »*

Mari, 32 ans, Kéran

*« Plutôt cet argent nous procure plutôt la paix. [...] Avant, la pauvreté provoquait la querelle entre mon mari et moi puisque parfois quand l'enfant est malade, le père n'a rien. Quand tu lui dis que l'enfant est malade, c'est comme si tu le déranges, et il verse la colère sur toi, et vous commencez à vous quereller. Mais, grâce à ce transfert monétaire, si l'enfant est malade et que son père est au champ, tu peux prendre cet enfant pour l'amener à l'hôpital et vous vivez heureux dans le foyer »*

Femme bénéficiaire



**Illustration 13- Femmes en bordure de route, Kpendjal**

La distribution du transfert aux femmes a globalement été bien acceptée par les maris. Beaucoup ont insisté sur le fait que s'ils percevaient cet argent à la place de leurs femmes, ils le dépenseraient de manière beaucoup moins raisonnable, notamment dans les débits de boisson. Pour beaucoup, les femmes qui s'occupent directement des enfants et dont les intérêts sont principalement tournés vers le foyer, étaient plus à même d'en faire bon usage. D'autres ont également mis en avant l'unité de la cellule familiale, affirmant qu'aider leurs femmes revenait à les aider eux-mêmes.

*« J'allais dire que le programme a bien réfléchi en octroyant ce projet aux femmes. Si ça ne tenait qu'à nous les hommes, nous ne sommes pas capables d'agir comme une femme. Notre réaction est toujours négative, puisque si ça rentrait dans les mains d'un homme comme moi qui suis ici, je vais préférer aller m'amuser avec. Alors que la femme quand elle reçoit, elle ne pense qu'à son foyer ; elle pense comment épargner pour qu'en cas de mauvaise santé de l'enfant on puisse agir. Je trouve que c'est très bien que cela soit pour les femmes »*

Mari, 29 ans, Kéran

*« [...] C'est les femmes qui doivent prendre cet argent. Si on donne cet argent aux hommes ils vont le dépenser dans les débits de boisson, et de retour ils vont aller se coucher que l'enfant ait mangé ou pas ils s'en foutent ! C'est la femme qui connaît comment elle doit prendre en charge son enfant »*

Mari, Kpendjal

Malgré tout, certains maris se sont arrogé un « droit de regard » sur les dépenses de leurs épouses. Cette situation ne semble toutefois pas avoir été mal vécue par les femmes qui ont considéré que leurs maris, en tant que pères des enfants bénéficiaires, devaient également avoir leur mot à dire. Maris et femmes se sont alors accordés pour planifier et rationaliser leurs dépenses en fonction des objectifs du programme. Lors de l'enquête *endline*, 64% des bénéficiaires ont toutefois déclaré prendre seules les décisions concernant l'utilisation du TM (cf. encadré *endline*).

*« C'est les femmes qui doivent prendre c'est bon, mais de temps à autre l'homme doit souvent faire le contrôle pour voir la façon dont elle gère cet argent »*

Mari, 42 ans, Dankpen

*« Quand je prends cet argent, je le montre toujours à mon mari car l'enfant grâce à qui je suis bénéficiaire n'appartient pas à moi seule. Nous décidons ensemble de son utilisation sans se disputer. Toutes les dépenses se font ensemble [...] Quand j'amène l'argent, nous apportons tous nos idées pour le gérer ensemble »*

Femme bénéficiaire, Oti, 41 ans

*« La gestion de l'argent, c'est le mari et la femme car l'enfant leurs appartient tous. Ce n'est pas parce que c'est la femme qui a pris l'argent qu'elle va prendre seule les décisions. Ce n'est pas l'eau qu'elle a bu pour tomber enceinte, c'est un homme qui lui a fécondé avant qu'elle ne donne cet enfant »*

Belle-mère, Oti

Enfin, même s'ils ne sont pas majoritaires, certains maris ont « *arraché l'argent chez leur femmes* », autrement dit ils ont tenté de récupérer tout ou une partie de l'argent du transfert. Les quelques femmes concernées étaient généralement résolues à se défendre, certaines allant même jusqu'à cacher, voire enterrer leur argent pour en garder le contrôle.

*« [...] ce n'est pas général, tous les hommes ne sont pas les mêmes. Par exemple, nous qui avons les maris qui n'ont pas le cerveau, qui ont le cerveau qui tourne mal ce sont eux qui nous font les problèmes. Sinon, ce n'est pas toutes les femmes ; je ne peux donc pas dire qu'on doit changer une manière ou une autre dans le programme, cela me revient donc de me débrouiller parce que mon seul mari ne peut pas faire problème pour toute la société ».*

Femme bénéficiaire, Kéran.

*« Au fait, il n'y a pas d'inconvénients sur ce programme ; le seul problème c'est avec nos maris qui font souvent la pression sur nous pour retirer cet argent mais nous sommes*

*réticentes. Personnellement, quand je prends pour moi ce n'est pas facile de garder mais je fais tout mon possible pour cacher, même s'il faut que j'enterre je le fais [...] »*

Femme bénéficiaire, Oti

*« Mon mari pense que l'argent que nous recevons est à se partager. Nous ne devons pas utiliser cet argent pour aller boire au marché comme le pense mon mari. Si les responsables remarquent que l'argent que vous recevez vous l'utilisez pour boire, ils ne seront pas fiers de toi. D'autres maris sont bêtes car ils oublient que lorsque la femme prépare pour l'enfant tout le monde dans la maison profite pour manger »*

Femme bénéficiaire, 30 ans, Kéran

**Autonomisation des femmes** - Bien que le TM n'ait globalement pas contribué à une hausse du pouvoir décisionnel des femmes [lors de l'enquête *endline*, seules 18% des bénéficiaires ont déclaré avoir pu prendre plus de décisions depuis qu'elles reçoivent le TM, cf. encadré suivant], il a néanmoins permis à certaines bénéficiaires d'acquérir plus d'autonomie. En fin de programme, elles étaient alors en mesure d'assumer certaines dépenses sans faire appel à leur mari, notamment celles concernant la santé des enfants, qui auparavant étaient l'objet de négociations.

*« Avant ce programme, nous étions très dépendantes de nos époux mais aujourd'hui cet argent nous permet d'avoir notre mot à dire dans la gestion des problèmes du foyer. Nous contractons désormais les dépenses liées à la nutrition des membres de nos familles. [...] Ce programme a beaucoup changé ma vie, je suis devenue autonome. Cet argent me permet de soigner mon enfant s'il est malade, de subvenir aux besoins de la famille sans demander de l'aide à mon mari et surtout mon mari et moi nous nous entendons très bien maintenant ».*

Femme bénéficiaire, 20 ans, Kpendjal

*« Cet argent a permis à la femme de s'occuper des enfants, si la femme va à l'hôpital les infirmiers lui disent de faire quelque chose elle enlève dans cet argent pour le faire, elle ne gêne plus son époux du côté argent comme avant [...] cela m'a diminué les difficultés. Je suis libre maintenant. »*

Femme bénéficiaire

Pourtant le TM n'a pas toujours contribué à une réelle augmentation du revenu des femmes, mais il est parfois simplement venu se substituer à l'aide qu'accordaient certains maris à leurs femmes (cf. statut du TM, encadré).

*« Avant mon mari me donnait l'argent des condiments mais depuis que je reçois cet argent (le TM), il a cessé de me donner et cela ne m'arrange pas »*

Femme bénéficiaire, 41 ans, Oti.

*« Non, l'argent qu'il me remettait pour les condiments, il me le donne, ce n'est l'argent qu'on donne pour l'enfant qui va se mêler à celui qu'on utilisait, cet argent ne se mêle pas, il a son utilité ».*

Femme bénéficiaire, 30 ans, Kéran



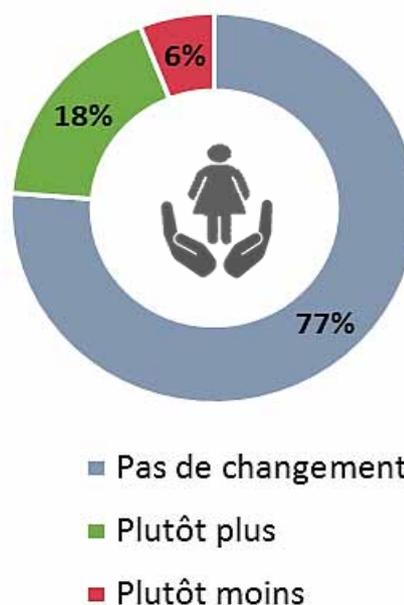
*Illustration 14 – Fin d'un focus group, Kpendjal*

### **Répercussions des TM sur les relations intrafamiliales**

**Conflits** – Le TM n’a globalement pas engendré de conflits au sein des ménages. En effet, seules 2,4% des femmes (n=8) ont déclaré que le TM avait été source de conflit au sein de leur ménage. Ces conflits impliquaient généralement leur mari et portaient sur la manière d’utiliser l’argent du TM.

**Statut du TM au sein du ménage** – Plus de 70% des femmes bénéficiaires ont déclaré que le TM était considéré dans leur ménage comme de « l’argent réservé à l’enfant bénéficiaire uniquement » et non comme de « l’argent du ménage ». Elles sont par ailleurs près de 32% à avoir déclaré prendre en charge, depuis qu’elles bénéficient du TM, des dépenses qui incombait auparavant aux hommes. De plus, 30% des femmes qui recevaient de l’argent de la part de leur mari ont dit ne plus en recevoir suite à leur entrée dans le programme.

**Pouvoir décisionnel des femmes** – Le fait de recevoir le TM n’a globalement pas modifié le pouvoir décisionnel des femmes. Seules 18% des bénéficiaires du TM ont déclaré prendre plutôt plus de décisions après avoir reçu l’argent du transfert et 6% à l’inverse en prendre plutôt moins. Chez celles déclarant prendre plus de décisions, l’amélioration du pouvoir décisionnel concernait principalement les décisions relatives à la santé de l’enfant (citée par 90% des femmes) et à son alimentation (82%); venaient ensuite les décisions relatives à leur propre santé et à leur suivi de grossesse. Elles étaient beaucoup moins nombreuses à avoir pu influencer sur les décisions en matière de planification familiale (21%) ou d’enregistrement des naissances (40%), une responsabilité qui revient généralement aux pères.



**Figure 38- Le TM vous a-t-il permis de prendre plus de décisions? (n=400)**

**Décision quant à l'utilisation du TM** - Si globalement le transfert n'a pas permis aux femmes bénéficiaires de prendre plus de décisions au sein de leur ménage, elles sont néanmoins 64% à avoir déclaré prendre seules les décisions concernant l'utilisation du TM.

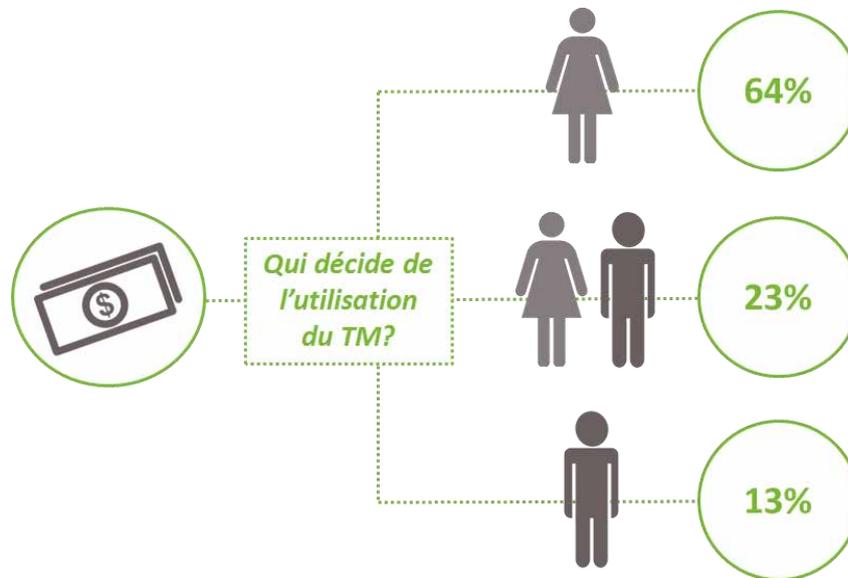


Figure 39 - Qui décide de l'utilisation du TM? (n=400)

**Amélioration des conditions de vie et du bien-être des ménages**- Tous les ménages ont été unanimes quant à l'amélioration de leurs conditions de vie. Tous ont mis en avant une diminution de l'état de précarité dans lequel ils se trouvaient auparavant. Des expressions telles que « nous sommes joyeuses », « nous sommes contentes » revenaient très fréquemment dans les discours des bénéficiaires.

*« Cet argent a apporté un grand changement dans notre vie. La souffrance que nous endurons dans nos maisons a beaucoup diminué. On ne souffre plus comme avant »*

Femme bénéficiaire, 38 ans, Kéran

*« Avant nous étions dans une pauvreté sans précédent mais aujourd'hui notre situation s'est améliorée. Le transfert monétaire constitue un programme qui a révolutionné positivement notre foyer. Avant la mise en marche de ce programme, nous vivons dans une vie précaire. Mais aujourd'hui, nous sommes capables de prendre soin de nos enfants, de les instruire et de les éduquer »*

Femme bénéficiaire, 20 ans, Kpendjal

Beaucoup ont témoigné d'une plus grande résilience. En fin de programme, ils n'avaient plus besoin de vendre leurs bêtes ou leurs stocks de céréales pour faire face aux besoins de la

famille. Ils pouvaient donc auto-consommer leur production et la nourriture ne constituait plus pour eux une « variable d'ajustement ».

*« Maintenant avec cet argent que vous nous donnez, je n'ai plus besoin de vendre encore mes moutons, et je n'ai plus à me plaindre »*

Mari

*« Avant, on empruntait de l'argent pour soigner nos enfants, et comme nos maris sont des cultivateurs après nous vendions nos réserves de céréales pour pouvoir rembourser nos dettes. Mais, depuis que ce transfert monétaire est arrivé, cela n'est plus le cas »*

Femme bénéficiaire, 37 ans, Dankpen

Certains ménages ont également dit pouvoir varier davantage leurs repas et avoir ainsi une meilleure alimentation.

*« Nous pouvons varier nos aliments. Si nous préparons aujourd'hui quelque chose, demain nous pourrons aussi préparer autre chose. Ceci, c'est grâce à l'effort du projet ».*

Femme bénéficiaire, 37ans, Dankpen

*« Le transfert monétaire nous a beaucoup arrangé et ce n'est pas moi seul mais tout le village. Il y avait des gens qui avaient des difficultés pour nourrir leurs enfants mais aujourd'hui ils s'en sortent grâce au transfert monétaire. Les enfants mangent bien et se portent bien. Le transfert monétaire nous arrange bien dans notre village ici à Nassiéguou.»*

Mari, Oti



**Illustration 15- Enfants mangeant du néré, Dankpen**

De très nombreux ménages ont également évoqué une amélioration de leurs conditions d'hygiène. Ils étaient désormais en mesure d'acheter du savon, de faire la lessive et de changer les enfants lorsque cela était nécessaire. L'achat de savon a en effet été l'une des principales utilisations du TM rapportées par les bénéficiaires.

*« Dès que l'enfant pisse ou fait les selles dans sa couche, on le change d'autres vêtements. Avant, on le laissait ainsi. Les choses ont vraiment changé, cela a beaucoup aidé ma belle-fille »*

Belle-mère

*« La mise en place de ce programme nous a beaucoup aidé. Avant on nous traitait de femmes sales mais ce n'était pas de notre volonté car nous n'avions pas du savon pour laver nos vêtements ; l'enfant défèque mais tu ne peux pas trouver du savon pour lui laver ».*

Femme bénéficiaire, Kpendjal

L'argent du transfert a aussi permis aux femmes de bénéficier d'un meilleur suivi de grossesse, d'améliorer leur état de santé et celui de leurs enfants, de les amener au centre de santé en cas de besoin et d'acheter des médicaments. Ces aspects revenaient très souvent dans le discours des bénéficiaires et de leur entourage. La possibilité de faire face aux dépenses de santé de l'enfant sans contracter de dettes auprès d'autres membres de la famille, et le fait de pouvoir amener rapidement l'enfant à l'hôpital ont été particulièrement appréciés.

*« Avant quand ton enfant est malade, tu es obligée de le porter au dos jusqu'à Korbongou mais maintenant quand tu croises la grande route, tu peux prendre un taxi moto (...) tu arrives plus tôt pour qu'on puisse vite l'examiner »*

Femme bénéficiaire, Kpendjal

*« Cela m'a apporté d'abord une grande joie ; une grande santé parce que c'est avec ça que moi aussi je peux me dire aujourd'hui femme enceinte, je vais à l'hôpital pour me faire consulter pour avoir une santé meilleure. Je peux aussi aller faire consulter mon enfant. Les agents de santé m'ont toujours bien accueilli au cours de ma CPN ; et ils ont toujours prescrit s'il y a à prescrire, et j'ai toujours acheté. C'est ce qui fait que j'ai une bonne santé et mon dernier accouchement a été plus facile que le précédent ».*

Femme bénéficiaire, Kéran.

*« Avant, s'il était malade, et que je n'avais pas d'argent, je me rendais chez mon père de me prêter deux mille ou trois mille francs pour que j'achète les produits à ton petit fils. Si mon père n'en a pas, je vais chez ma mère pour lui dire de me donner. Je ne pouvais plus dire à ma mère de me prêter parce que je ne pourrai pas la rembourser. Depuis qu'on a commencé par nous donner cet argent, je ne suis plus allé emprunter ».*

Mari, 29 ans, Kéran

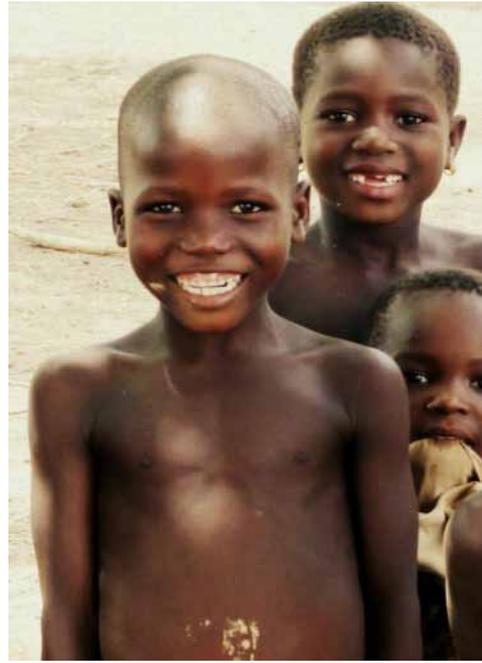
*In fine*, le transfert semble avoir contribué à une amélioration « visible » du bien-être des enfants et de leurs mères.

*« Leur peau devient plus belle, elles ont des beaux yeux, et quand tu les vois, tu devineras sur le champ, qu'elles mangent bien. [...] Sinon il y a du changement positif, et quand tu les vois toutes, tu sais qu'elles prennent bien soin d'elles-mêmes. Le bénéfice de cet argent se trouve dans l'organisme des enfants et de leur maman. Cet argent n'a pas construit des chambres. C'est dans l'organisme de la mère et de son enfant »*

Belle-mère, 60 ans, Kpendjal

*« Cet argent que vous nous remettez a changé beaucoup de choses et dans tous les domaines : dans l'accouchement, dans la santé de l'enfant, l'alimentation de l'enfant, son état civil et dans l'éducation. Avec cet argent l'enfant est toujours propre et il est aussi bien habillé. Cet argent fait du bien dans notre maison en particulier et dans notre village en général »*

Femme bénéficiaire



**Illustration 16- Enfants, Dankpen**



**Illustration 17- Enfants, Doufelgou**

Ces diverses améliorations sont également le résultat des causeries et visites à domicile qui ont permis aux femmes de prendre conscience d'un certain nombre de bonnes pratiques, qu'elles ont pu mettre en œuvre grâce au TM. Les deux témoignages suivants, issus d'entretiens menés auprès de belles-mères, attestent d'un changement de comportement positif dans les pratiques de leurs belles-filles.

*« Aujourd'hui, mes belles filles vont aux consultations prénatales quand elles sont enceintes, elles accouchent également à l'hôpital. Ces réunions ne font pas que nous donner des belles idées. Quand tu assistes régulièrement à ces réunions, tu verras que ta façon de penser et ta perception des choses changent. Tu arrives à faire les bons choix. C'est pourquoi nous devons tous aller à ces réunions »*

Belle-mère, 70 ans, Oti

*« Le fait de se réveiller et balayer proprement la maison et la devanture de la maison, de faire proprement la vaisselle, récuser les marmites, de chauffer l'eau pour laver l'enfant et se laver montre qu'elles ont changé »*

Belle-mère, Dankpen, 65 ans

Même certains hommes, pourtant peu présents aux causeries, ont semblé avoir intégrés les conseils prodigués à leurs femmes et ont témoigné eux aussi d'un changement d'attitudes, voire de comportements.

*« Un exemple de conseils à donner que j'ai bien assimilé ; ça ne serait même pas un je vais donner plus qu'un. Autrefois, dans le passé, nos parents faisaient l'accouchement à domicile ; avec le programme là, ils sont venus nous sensibiliser ; nous parler de l'importance de la consultation prénatale ; nous parler de l'accouchement à la maternité ; et nous avons compris et on a commencé. Nos femmes ont commencé par aller se faire consulter et elles vont accoucher à l'hôpital ; voilà une bonne chose qu'on a découvert qu'on ne connaissait pas. Autrefois nos parents mettaient les enfants au monde sans pièces d'identité: la naissance. Maintenant le programme est venu nous dire qu'un enfant sans naissance c'est un enfant sans identité, et nous avons pris (le problème) à deux mains et nous avons commencé à faire les naissances [...] Je m'arrête ici pour ne pas tout finir ; sinon il y a beaucoup de choses qu'on nous a donné comme conseils et que nous mettons en pratique ».*

Mari, Kpendjal

Finalement, huit mois après le démarrage du programme et malgré les difficultés constatées dans sa mise en œuvre, de nombreux acteurs ont également dit percevoir les effets positifs de l'intervention. Plusieurs témoignages indiquaient des améliorations quant à la réalisation des CPN, à l'enregistrement des naissances et à la scolarisation des enfants.

*« Beaucoup d'enfants maintenant ont les actes de naissance établis »*

Acteur niveau local, Doufelgou

*« Avant il n'y a pas les élèves [...] Comme on a commencé les causeries, ils ont amené les enfants à l'école »*

Acteur niveau communautaire, Oti

*« Et même dans les villages témoins où les femmes ne profitent que des causeries, il y a un plus, car les directeurs nous disent que maintenant tout le monde a amené son enfant à l'école »*

Acteur niveau local, Kpendjal

\* Enquête *endline* – module complémentaire

**Confiance** - Le TM a permis à près de 13% des mères de ne pas confier un enfant qu'elles envisageaient de confier et à 2% d'entre elles de récupérer un enfant qu'elles avaient confié. Cependant le manque de moyens n'était pas toujours la principale raison du confiage, la scolarisation de l'enfant constituant également un motif important.

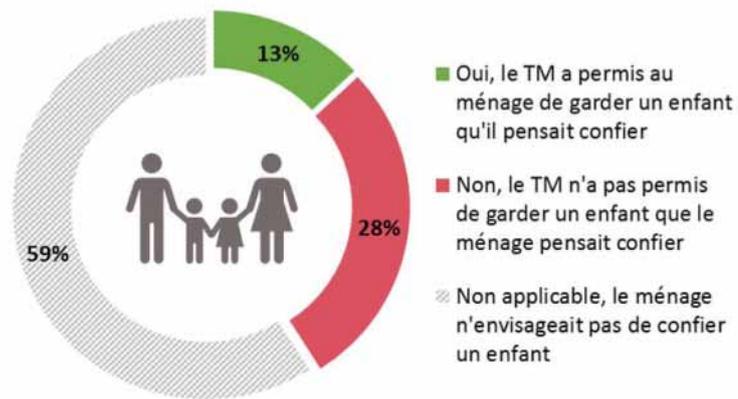


Figure 40- Le TM vous a-t-il permis de garder un enfant que vous pensiez confier? (n=400)



Illustration 18- Enfants de la zone d'enquête

Etant donné les nombreux bienfaits attribués au programme, certaines bénéficiaires redoutaient d'en sortir de peur de « *retomber dans la souffrance, la pauvreté et la saleté* » (lors de l'enquête *endline* près d'un quart des bénéficiaires se sont dit inquiètes à l'idée de sortir du programme, cf. **Figure 41**). D'autres plus prévoyantes se sont organisées de manière à pouvoir affronter leur sortie. Elles ont notamment utilisé une partie du transfert pour initier une AGR, constituer un petit élevage ou épargner dans l'optique de démarrer ce genre d'activité lors de leur sortie du programme. Nombreuses étaient celles qui avaient également pensé à « *céder leur place* » aux autres afin que toutes puissent équitablement bénéficier des TM.

*« C'est à cause de cet argent que nous sommes à l'aise maintenant, on nous dit qu'un jour viendra qu'on ne va plus nous donner cet argent; nous allons retourner dans notre souffrance [...]. »*

Femme bénéficiaire, Oti

*« Tu ne peux pas penser à toujours bénéficier de cette aide alors que les autres n'ont pas cette chance, s'il est donc temps que tu n'en fasses plus partie, alors tu cèdes ta place à l'autre »*

Femme bénéficiaire, 34 ans, Kpendjal

*« Nous avons un groupement chargé de faire la tontine. Le jour où nous serons exclues du projet, nous aurons à nous partager cet argent afin de continuer ou de commencer un petit commerce pour nous permettre de nous occuper toujours de nos enfants »*

Femme bénéficiaire, 37 ans, Dankpen



**Figure 41- Sentiment des bénéficiaires vis à vis de la sortie du programme**

Si certaines auraient aimé qu'un prêt leur soit octroyé lors de leur sortie du programme, d'autres envisageaient d'enfanter à nouveau ou de demander un jugement supplétif pour modifier la date de naissance de l'enfant et continuer à bénéficier des transferts.

*« J'ai peur car je sais que je suis toujours dans ma souffrance. C'est la vérité que je dis. Même si mes enfants sont finis dans mon ventre que Dieu me donne un enfant encore »*

Femme bénéficiaire, Kéran

*« Je vais soit faire un jugement supplétif ou demander à mon mari de m'enceinter »*

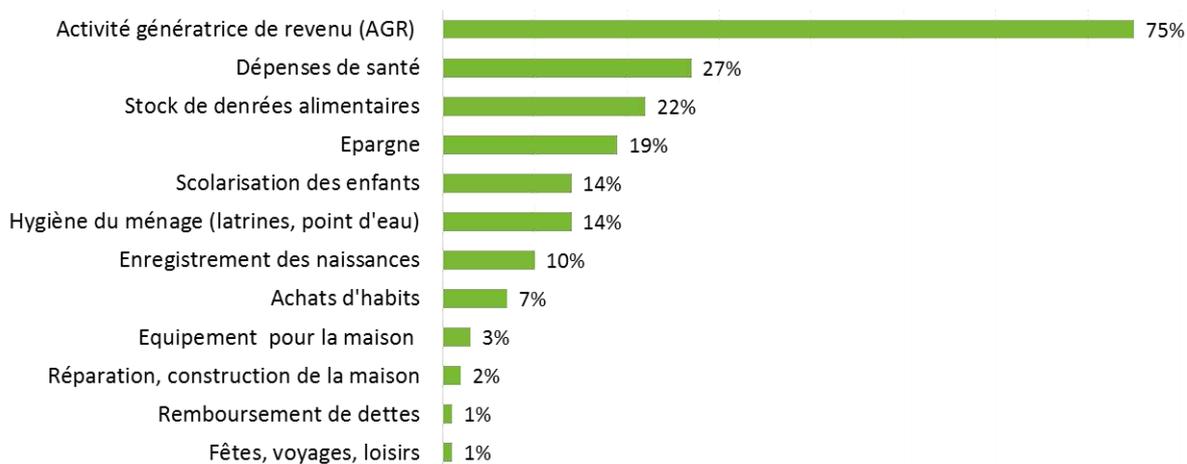
Femme bénéficiaire, 20 ans, Kpendjal

*« Je souhaiterais que le projet nous octroie un petit prêt avant de nous laisser, ce qui nous permettrait de mener des petites activités commerciales pour pouvoir vivre avec nos enfants. Des prêts remboursables dans un à trois ans. C'est ce que je souhaite »*

Femme bénéficiaire, 41 ans, Oti

## \* Enquête endline – module complémentaire

**Bonus de sortie** – Lors de l'enquête endline, aucun bonus de sortie n'avait encore été distribué. Nous nous sommes donc basés sur les utilisations envisagées par les femmes. Parmi les 400 femmes bénéficiaires enquêtées, 320 avaient une idée de la manière dont elles envisageaient d'utiliser leur bonus : 75% de ces femmes avaient prévu l'initiation d'une activité génératrice de revenu.



**Figure 42- Utilisations du bonus de sortie envisagées par les bénéficiaires (n=320)**

**Encouragement des naissances-** Certaines femmes avaient conscience de la nécessité d'espacer les naissances et ont affirmé que le transfert n'influaient en rien sur leurs décisions en matière de planification familiale. D'autres, en revanche, ont reconnu avoir été tentées de faire un autre enfant pour continuer de bénéficier du transfert, comme décrit plus haut, ou commencer à en bénéficier, si elles n'étaient pas encore éligibles, et ce y compris dans les villages *Contrôle*.

*« Si mon enfant n'a pas encore l'âge d'être secondé, je ne peux pas tomber encore enceinte à cause de l'argent, je vais espérer. Si tu te presses encore d'avoir un nouvel enfant à cause de cet argent, cela ne te suffirait même pas à prendre soin d'eux. Même si ton mari t'y obligeait, tu vas essayer de le raisonner tout en lui montrant les inconvénients. J'aurais une grossesse au temps convenable et si cela coïncide avec un nouvel enregistrement, je me présente »*

Femme bénéficiaire, 37 ans, Dankpen

*« Tu ne dois pas vouloir attraper encore une autre grossesse à cause de l'argent, tu dois plutôt laisser bien grandir l'enfant et reprendre des forces avant de tomber enceinte à nouveau »*

Femme bénéficiaire, Kpendjal

*« Quand ce serait fini, nous serons toujours dans notre souffrance. Moi je pense que si ce moment arrive, je vais tomber grosse encore pour pouvoir prendre de nouveau »*

Femme bénéficiaire, Kéran

*« Comment faire pour être bénéficiaire ? Je dois coucher avec mon époux pour faire des enfants. Après s'être couché avec son mari, la grossesse arrive, et par conséquent l'enfant. Lorsque l'enfant va naître, c'est en ce moment que l'aide va arriver, ce qui va nous permettre de bien entretenir nos enfants »*

Femme non bénéficiaire d'un village *Cash Transfers*, 33 ans, Kpendjal

*« Maintenant que nous avons su que c'est ainsi, l'espacement entre nos enfants serait court pour permettre à cette aide de nous parvenir aussi »*

Femme non bénéficiaire d'un Village *Contrôle*



**Illustration 19- Couples mère-enfant, préfecture de Kpendjal**

Le transfert semble même avoir constitué pour certains ménages une véritable incitation à la procréation.

*« C'est tout juste comme on nous a remonté la force de faire des enfants même si tu n'as pas de moyens. Parce que si tu tombes grosse on te trouve un peu d'argent pour tes petits besoins pour les analyses et faire un trousseau de bébé. Et, si tu enfantes, tu auras les moyens pour la vaccination. Maintenant, même si tu n'as pas de moyens, tu peux faire les enfants car le blanc a promis de nous aider »*

Femme bénéficiaire, 30 ans, Kéran

*« On va faire pour baiser les femmes et les enfants vont venir vite vite »*

Mari, Doufelgou.

*« Aussi, avant là, les femmes ne faisaient pas d'enfants ; nous avons adopté des méthodes de planification parce qu'il y a trop de souffrance [...]. Maintenant, cette association (le programme de TM) est venue ; nous-mêmes nous sommes contents. Les femmes sont biens ; la dernière fois j'ai compté les femmes enceintes... non, maintenant c'est bon et nous remercions le blanc »*

Mari, Doufelgou

Certains acteurs pensaient effectivement que le risque d'encouragement des naissances était bien présent.

*« Il y a des femmes qui sont tombées enceintes un peu plus. Vous allez voir que quand on va recenser ça, il y a un boom. Je pense que c'est un peu le revers de la médaille »*

RZ Kéran

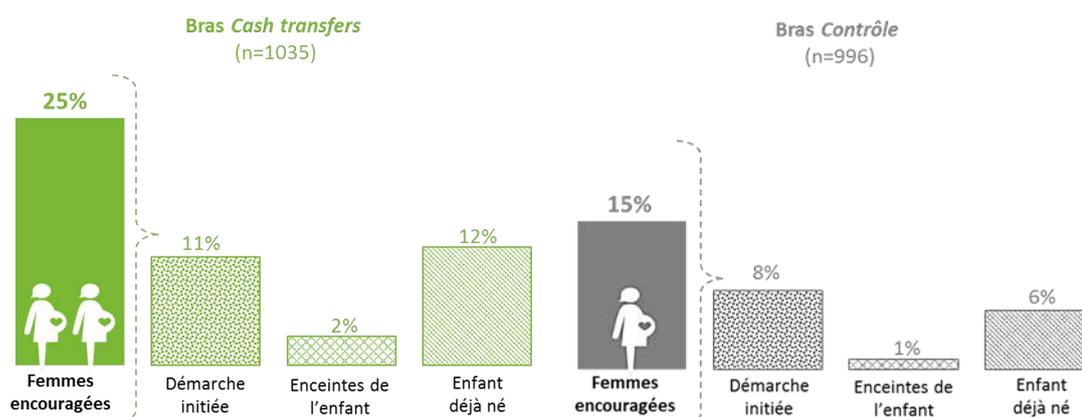


**Illustration 20- Scène de village, Kéran**

## Enquête *endline* – module complémentaire

Plus du quart des femmes enquêtées pensaient que le fait de recevoir un TM pouvait encourager les naissances. Parmi elles, 70% des femmes des villages *Cash Transfers* et 58% des femmes des villages *Contrôle* ont déclaré que les TM les avaient personnellement encouragées à faire un enfant. Lorsque l'on rapporte ces proportions à l'ensemble des femmes enquêtées (indépendamment de leur point de vue sur la question), ce sont donc un quart des femmes du bras *Cash Transfers* et près de 15% des femmes du bras *Contrôle* qui ont déclaré avoir été personnellement encouragées à faire un enfant par le programme.

Dans les villages *Cash Transfers*, parmi les 25% de femmes personnellement encouragées à faire un enfant, 12% ont déclaré que cet enfant était déjà né, 11% qu'elles avaient initié la démarche mais que l'enfant n'était pas encore arrivé et 3% qu'elles étaient actuellement enceintes de cet enfant. Chez les femmes des villages *Contrôle*, ces pourcentages s'élevaient respectivement à 6%, 8% et 1%. Le problème ne se pose donc pas seulement dans le bras *Cash Transfers* mais aussi dans le bras *Contrôle*.



**Figure 43 - Part des femmes déclarant avoir personnellement été encouragées à faire un enfant par le programme par bras (ITT)**

### 2.2.2. Répercussions au niveau communautaire

Les répercussions positives du programme de TM sur les ménages ont également été retrouvées au niveau des villages. Les villages *Cash Transfers* étaient décrits comme étant plus beaux et plus propres par les enquêtées, qu'elles aient été ou non bénéficiaires des TM. Dans certains villages, les femmes bénéficiaires se sont même cotisées pour réparer la borne fontaine ou la construire un abri pour les causeries.

*« Notre village est bon. Le village était très sale, mais maintenant, il est propre et ce n'est plus comme avant »*

Femme bénéficiaire, Kpendjal

*« Cela a eu également un impact positif dans le village. Au début, on n'avait pas de puits, mais je peux dire que la tenue régulière de ces réunions a été la raison principale de l'installation de la pompe dans le village. Sinon, avant, on allait puiser de l'eau dans l'Oti. Ce sont ces transferts qui ont multiplié les dons pour que nous soyons libres aujourd'hui »*

Femme non bénéficiaire, 20 ans, Kpendjal.

Le programme de TM semble également avoir renforcé l'intérêt des populations pour les « affaires du village » en général. Les communautés se sont habituées aux réunions et s'y sont rendues plus volontiers qu'auparavant qu'il s'agisse de causeries ou de tout autre meeting.

*« Vraiment, nous opérons un grand changement au sein de notre communauté. Autrefois, les gens n'aimaient pas les meetings. A partir du programme, tout le monde s'intéresse au meeting quel que soit son genre. Quand on dit déjà rassemblement quelque part tout le monde y va »*

Mari, 29 ans, Kéran

Enfin, la mise en œuvre du programme a permis de renforcer les organisations et groupements de femmes préexistants de type tontines, et a également fait naître de nouvelles formes d'organisations : les « bureaux de bénéficiaires ». Ces bureaux étaient chargés de veiller au bon déroulement du programme au sein du village. Les « adhérentes » s'y rassemblaient pour discuter du programme, trouver des solutions aux différents problèmes liés à l'intervention et, pour assurer une bonne distribution des transferts. Elles se cotisaient par exemple pour payer un *gongonneur* et être averties à temps des distributions. Certains bureaux ont même mis en place un système d'amendes dont les bénéficiaires devaient s'acquitter lorsqu'elles étaient en retard ou absentes aux causeries. L'argent ainsi récolté a notamment servi à payer le *gongonneur*.

*« Lorsque nous avons un problème concernant le transfert monétaire, nous nous rassemblons entre nous pour discuter des problèmes qui minent ce programme, pour qu'à partir des suggestions des unes et des autres, nous puissions faire évoluer ce programme. »*

Femme bénéficiaire, Oti

*« Nous qui sommes des bénéficiaires, nous nous sommes entendues. On a formé des groupes, et chaque groupe est chargé de payer au gongonneur à tour de rôle »*

Femme bénéficiaire, Kéran

La constitution de ce genre de groupement, qui témoigne d'une réelle appropriation du programme par les populations, a été fortement encouragée par les opérateurs du

programme. Pour certains, ces comités auraient même dû être institutionnalisés et prendre en charge la gestion des plaintes et problèmes relatifs au programme qui pouvaient être résolus au niveau communautaire.

*« Il faut des mécanismes communautaires qui marchent, qui s'approprient le projet. Il faut que quand le RZ ou l'ACPE arrive, qu'ils réunissent les femmes, elles puissent dire quels sont les problèmes qu'elles ont constatés. Que ces femmes aient une cellule de femmes responsables auxquelles elles peuvent rapporter tout ce qui n'est pas normal. Quand il y a un problème, il faut que les femmes entre-elles sachent quelles sont les femmes désignées auxquelles elles peuvent s'adresser. Et, quand nous arrivons, il faut que les femmes soient capables de dire: il y a eu tel problème, voilà la solution qu'on a préconisé ; il y a tel autre, on a tenté, on n'a pas pu. A partir de ce moment, le programme devient leur propriété personnelle. Il faut que des comités efficaces soient institutionnalisés au sein des communautés »*

Acteur niveau régional, Savanes

### Enquête endline – module complémentaire

**Organisation des femmes en « bureaux des bénéficiaires »** - Au total 17% des bénéficiaires effectives du TM ont déclaré faire partie d'un « bureau des bénéficiaires » auprès duquel elles cotisaient en moyenne 448 FCFA par mois



Figure 44- Principaux rôles attribués aux bureaux des bénéficiaires par ses adhérentes (n=65)

Même si la distribution des transferts monétaires n'a globalement pas engendré de conflits au sein des communautés [lors de l'enquête endline, seulement 3% des femmes bénéficiaires ont déclaré que le TM avait créé des conflits au sein de leur communauté], le ciblage n'a pas toujours été bien compris et a tout de même engendré certaines jalousies et rancœurs, en particulier en début du programme.

*« Ce programme engendre des jaloux. Je suis ensemble avec d'autres femmes qui ne bénéficient pas du transfert monétaire. Ces particularités créent des jaloux. Le transfert monétaire nous a permis d'entreprendre des activités génératrices de revenus, or d'autres femmes ne bénéficient pas. Cet état de chose suscite la jalousie. Nos camarades femmes luttent pour être désormais les bénéficiaires, elles sont gênées du fait que nous percevons de l'argent chaque fin du mois »*

Femme bénéficiaire, 20 ans, Kpendjal

*« L'argent du blanc qu'on vous octroi suscite des problèmes, des querelles entre nous; par exemple, pourquoi on remet à Kodjo et on ne remet pas l'autre? »*

Mari, 35 ans, Kéran

Le seul fait que dans un même village il y ait eu des femmes bénéficiaires et non-bénéficiaires a parfois éveillé des suspicions d'*enclichage*, autrement dit de collusion, entre les agents de terrain et les femmes bénéficiaires. Certains ACPE et ASC ont alors été soupçonnés de favoriser certaines femmes au détriment d'autres.

*« Les premières bénéficiaires étaient mal vues par les autres. Certains disaient qu'il [l'ASC] a choisi ses copines et laissé d'autres. »*

Femme bénéficiaire, Kéran.

*« [...] ce genre de situation c'est difficile. Ces personnes manifestent une haine. Selon elles, c'est par affinité qu'on donne cet argent; elles disent qu'on ne les aime pas, on les trompe seulement, que leurs photos [pour les cartes] sont brûlées. Elles vont aux réunions, et pour quelles raisons elles ne sont pas bénéficiaires ? Elles s'interrogent ainsi. »*

Femme bénéficiaire

En outre, de nombreuses bénéficiaires se sont senties « coupables » de bénéficier d'une aide alors que leurs voisines, sœurs, coépouses n'en percevaient pas.

*« Notre souhait c'est qu'on intègre ces femmes qui n'avaient pas d'enfants et actuellement elles en ont. Il n'est pas bon que nous nous soyons dans la joie nous mangeons à notre faim tandis que les autres soient dans la souffrance. Donc s'ils les intégraient à nous, cela serait encore bon »*

Femme bénéficiaire, 37 ans, Dankpen

*« Maintenant nous qui sommes dedans et on nous donne, on trouve des avantages à notre niveau, mais ceux qui ne font pas partie, on prie Dieu pour qu'on vienne les prendre, pour que ça les couvre aussi »*

Femme bénéficiaire, Oti

Les diverses sensibilisations ont cependant permis de faire accepter ce ciblage aux populations.

*« Lorsque ce programme a commencé, toutes les femmes pensaient qu'elles devront être bénéficiaires, même il est arrivé que certaines chuchotaient entre-elles qu'il y avait du favoritisme dans ce programme. Mais, c'est après qu'on leur a expliqué comment le choix a été fait qu'elles commencent par comprendre ».*

Mari, Kéran

*« Avant de commencer par bénéficier, ils nous ont convoqués à une réunion pour nous dire que si tu portes une grossesse, on va t'enregistrer et commencer par te donner l'argent. Si tu as un enfant qui a l'âge, on commence aussi par te donner. Donc, je ne peux pas dire que du fait qu'on ne me donne pas, je vais me fâcher. A ce moment, je ne portais pas de*

*grossesse ni n'avais un bébé. C'est pourquoi je n'avais pas bénéficié. Cela ne me dérange pas, au contraire je suis contente »*

Femme non-bénéficiaire, village « intervention », Dankpen

S'agissant des villages du bras *Contrôle*, aucune stratégie d'information n'avait été envisagée par le programme. Les populations ont donc découvert par elles-mêmes l'existence des transferts dans les villages voisins. Cela a suscité des incompréhensions et plaintes obligeant les acteurs à réaliser un travail de sensibilisation qui n'avait pas été anticipé. Afin que les populations se sentent moins lésées et acceptent plus facilement ce ciblage géographique, certains acteurs ont proposé d'impliquer la population dès la sélection des villages.

*« Eux-mêmes, ils ont constaté qu'on est en train de donner ailleurs et qu'on ne donne pas chez eux, et maintenant il faut développer des stratégies pour leur expliquer pourquoi c'est comme ça »*

Acteur niveau préfectoral, Kéran

*« Il faudrait permettre aux bénéficiaires, elles-mêmes, de tirer au sort. Là tous les villageois devaient savoir que c'est le sort qui a fait que je ne suis pas dedans, je suis témoin »*

Acteur niveau central

Néanmoins, les femmes des villages *Contrôle* n'envisageaient en aucun cas de quitter leur localité pour s'installer dans un village *Cash Transfers*. Elles espéraient plutôt que le programme de TM soit étendu à leur localité.

*« Puisque tu n'es pas d'Egabong, tu ne peux pas déménager et aller t'installer là juste pour recevoir de l'argent. Nous ne pensons pas à aller s'installer à Egabong, nous pensons plutôt que ce projet arrive ici pour que nous puissions aussi en bénéficier. »*

Femme non bénéficiaire, bras *Contrôle*, Kpendjal

*« Nous avons appris de ce programme de transferts monétaires. Il ne s'agit pas de quitter son village pour une localité bénéficiaire pour en bénéficier. Il faut plutôt prier et te demander si toi, ton nom ne se trouve pas chez le blanc ? Si tu quittes pour aller rester chez quelqu'un, un jour, il te renverrait de retourner sur la terre de tes ancêtres. Toi qui quittes ton village pour aller rester chez quelqu'un, c'est toi qui perds ».*

Femme non bénéficiaire, bras *Contrôle*, Dankpen

*« Si un bon projet arrive, il faut espérer que cela soit chez soi et non chez l'autre. Nous, on ne veut pas aller là-bas, on veut que ça vienne ici aussi ».*

Femme non bénéficiaire, bras *Contrôle*, Doufelgou

*« Je veux toujours demeurer dans mon village, je n'ai pas l'intention de changer. Je préfère rester dans mon village pour bénéficier et permettre à mon village de se développer aussi ».*

Femme non bénéficiaire, bras *Contrôle*, Dankpen

### 3. Bilan et recommandations

Les entretiens, focus groups et observations menés dans le cadre de cette évaluation de processus nous ont permis de dresser un tableau détaillé de la mise en œuvre du programme, de son appropriation par les bénéficiaires et de ses premiers « effets » positifs et négatifs. Les forces, faiblesses, opportunités et menaces du programme sont présentées dans le **Tableau 6** et les résultats peuvent se résumer comme suit :

#### **Fonctionnement institutionnel du programme**

L'analyse de la mise en œuvre du programme a montré un véritable investissement de la part des différents opérateurs, d'une forte implication et motivation. Elle a également mis en évidence plusieurs difficultés relatives à la conception du programme comme à son implémentation. Le montage institutionnel complexe n'a pas facilité pas la collaboration et communication entre les différents opérateurs du programme, notamment au niveau central, ce qui a eu des répercussions dans la transmission des instructions aux niveaux déconcentrés et dans la mise en place des activités sur le terrain. Les réunions entre les acteurs du programme étaient principalement organisées de manière *ad hoc* lorsqu'il y avait un problème particulier à résoudre, et n'impliquaient jamais les acteurs des niveaux déconcentrés malgré leur connaissance approfondie du terrain. Enfin, l'absence de plan opérationnel détaillé et de système de suivi-évaluation opérationnel a conduit à un manque d'anticipation des opérations et engendré des improvisations de dernière minute. Certains acteurs, déjà surchargés de travail, se sont sentis frustrés et ont été contraints de travailler dans la confusion et précipitation.

#### **Organisation et déroulement des distributions**

Les distributions se sont généralement déroulées dans le calme et le respect de chacun. Les bénéficiaires étaient globalement satisfaites du lieu, de la durée des paiements et de l'accueil des agents ; elles excusaient volontiers les retards récurrents des agents de La Poste, conscientes de la charge de travail de ces derniers et des déplacements qu'ils devaient effectuer. Pour des raisons de sécurité, les ACPE étaient prévenus tardivement des paiements et n'avaient donc pas toujours le temps d'avertir l'ensemble des bénéficiaires. Les femmes se sont alors organisées pour payer un *gongonneur* et pour régler ce problème.

#### **Utilisation et perception des transferts**

Les femmes bénéficiaires s'efforçaient de dépenser l'argent conformément aux objectifs du programme et de manière à respecter les conditionnalités souples. Cette utilisation résultait d'un contrôle social très fort exercé à la fois par la famille et la communauté, et relayée par certains opérateurs du programme. Bien que l'argent était avant tout destiné aux enfants et réceptionné par les femmes, il faisait souvent l'objet de redistributions intrafamiliales et intracommunautaires, en nature au travers des repas et en espèce au profit des maris, coépouses et belles-mères. Ces réaffectations n'allaient pas à l'encontre des objectifs du programme, toutefois elles ont participé à une certaine dilution du transfert.

### **Déroulement et perception des causeries et visites à domicile**

La majorité des femmes était satisfaite du déroulement, de la fréquence et des thèmes abordés lors des causeries. La plupart des femmes bénéficiaires étaient très assidues et participaient beaucoup, sous les encouragements de leurs maris. Les femmes affirmaient mettre en pratique les connaissances acquises lors des causeries, grâce à l'argent du TM. Les visites à domicile des ACPE étaient également perçues très positivement et les motivaient d'autant plus. Les ménages souhaitaient que les visites soient plus fréquentes, mais ils avaient aussi conscience de la charge de travail qui pesait déjà sur les agents communautaires, et soulignaient leur travail remarquable.

### **Impact social du programme au niveau des ménages et villages**

Les ménages bénéficiaires ont rapporté des améliorations dans leurs conditions de vie, et en particulier une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation qui était plus variée, et la possibilité de faire face aux dépenses de santé de leurs enfants sans devoir s'endetter. Le programme a cependant généré quelques tensions et jalousies (femmes non bénéficiaires), difficilement évitables. Le ciblage basé sur les 1000 jours semblait relativement bien accepté par la communauté, mais il pourrait également favoriser un encouragement des naissances chez certaines femmes qui verraient par là un moyen d'entrer dans le programme ou de ne pas en sortir. Le recours au jugement supplétif a également été observé comme stratégie pour bénéficier ou rester plus longtemps dans le programme.

L'évaluation de processus a permis de formuler un certain nombre de recommandations :

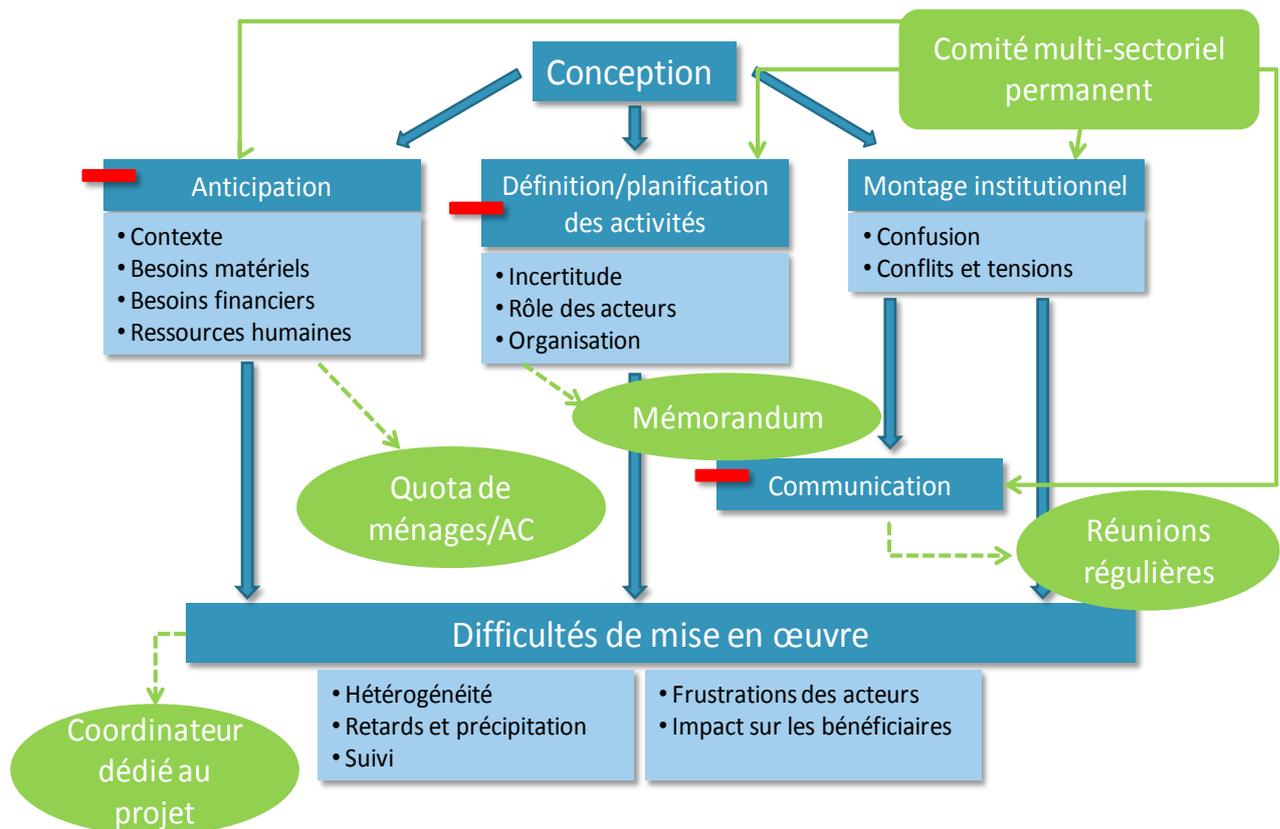
#### **a) Afin d'améliorer le fonctionnement du programme (Figure 45) :**

- Définir plus clairement et diffuser le plan d'activités et son chronogramme;
- Faire appliquer le mémorandum définissant les rôles et responsabilités de chacun des acteurs ;
- Mettre en place un comité unique exclusivement dédié au projet, qui se réunirait une fois par mois;
- Désigner un coordinateur entièrement dédié au programme à chacun des niveaux de mise en œuvre du programme afin d'alléger l'emploi du temps des acteurs;
- Renforcer la formation des acteurs de terrain afin de réduire les disparités dans le niveau de connaissances sur le programme, d'optimiser la qualité du travail et favoriser l'implication des acteurs et la bonne transmission de l'information aux bénéficiaires ;
- Augmenter les compensations financières des ACPE qui travaillent dans les gros villages, OU augmenter le nombre d'ACPE dans ces gros villages ;
- Clarifier les procédures de rattrapage des paiements;
- Simplifier les outils de suivi pour en faciliter le remplissage;

#### **b) Afin d'améliorer l'appropriation du programme par les bénéficiaires :**

- Renforcer ou entreprendre des activités de planification familiale afin de limiter le risque d'encouragement des naissances et envisager l'instauration d'un délai minimum à respecter entre deux naissances pour continuer de bénéficier du transfert ;

- Laisser plus de liberté aux bénéficiaires quant à la gestion de l'argent du transfert, en particulier ne pas les décourager d'entreprendre des activités génératrices de revenus qui leur permettront de préparer sereinement leur sortie du programme;
- Sensibiliser les maris afin de les convaincre de l'utilité des mesures préconisées et d'aider les femmes à faire leurs choix.



**Figure 45- Défis liés à la mise en œuvre du programme et recommandations**

**Tableau 6 : Analyse FFOM : Forces, faiblesses, Opportunités, Menaces**

	Points positifs <b>FORCES</b>	Points négatifs <b>FAIBLESSES</b>
<b>Internes</b>	<p><b>Mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Composantes du programme – synergie TM+causeries</li> <li>▪ Implication et motivation des gestionnaires et opérateurs du programme, fort investissement des ACPE et de leurs superviseurs</li> <li>▪ Compréhension convenable du programme et de ses objectifs par les acteurs</li> <li>▪ Perception positive du programme (ciblage, montant)</li> <li>▪ Satisfaction à participer au programme (accomplissement personnel)</li> <li>▪ Régularité des distributions – respect de la mensualisation des transferts (pour la première vague de bénéficiaires)</li> <li>▪ Régularité des causeries protection</li> <li>▪ Qualité des causeries : contenu, techniques et outils de communication adaptés</li> <li>▪ Organisation et déroulement des paiements satisfaisants</li> <li>▪ Supervision rapprochée des ACPE par les RZ</li> <li>▪ Mode de désignation des agents communautaires (par les communautés) adéquat → assure une bonne intégration au sein du village</li> </ul>	<p><b>Mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Complexité du montage institutionnel</li> <li>▪ Manque de communication horizontale entre les différents ministères impliqués dans le programme, notamment entre la DGPE et le ST/PDC</li> <li>▪ Prise de décisions parfois trop unilatérale</li> <li>▪ Niveaux déconcentrés peu consultés</li> <li>▪ Cahier des charges</li> <li>▪ Retard dans l’actualisation des listes</li> <li>▪ Procédure de rattrapage des impayés peu claire</li> <li>▪ Surcharge de travail de certains gestionnaires et opérateurs (Coordinatrice du PDC, Poste, ACPE) → potentielle source de découragement</li> <li>▪ Planification/anticipation des activités</li> <li>▪ Manque de supervision des ASC</li> <li>▪ Suivi-évaluation du programme défaillant ← outils de suivi mal compris des opérateurs de terrain</li> </ul>
	<p><b>Appropriation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bonne connaissance du programme par les populations</li> <li>▪ Perception positive du programme, satisfaction et adhésion des populations (TM +causeries) → amélioration perçue des conditions de vie du ménage</li> <li>▪ Acceptabilité sociale de la distribution du TM aux femmes - utilisation finale par les femmes (→ autonomisation des femmes)</li> <li>▪ Utilisation du TM conforme aux objectifs du programme</li> <li>▪ Mise en œuvre des connaissances acquises au cours des causeries</li> <li>▪ Cogestion du TM → dialogue au sein du couple et réflexion sur l’économie familiale</li> <li>▪ Organisations au sein des villages: bureaux de bénéficiaires (appropriation)</li> </ul>	<p><b>Appropriation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas connaissance du bonus, pas de rôle incitatif</li> <li>▪ Encouragement des naissances</li> <li>▪ Suppression par certains maris de l’aide mensuelle qu’ils accordaient auparavant à leurs femmes</li> <li>▪ Redistributions intrafamiliales→dilution du transfert</li> <li>▪ Manque de sensibilisation et d’implication des maris</li> <li>▪ Contestation du ciblage, ACPE suspecté de favoriser certaines femmes au détriment d’autres (ACPE= cible des mécontentements et plaintes)</li> </ul>
	<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
<b>Externes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contexte politique relativement stable</li> <li>▪ Engouement pour les programmes de TM – au niveau international et national (implication des gouvernements et des organisations internationales, financements)</li> <li>▪ Implications des autorités administratives (préfets, agents d’état civil)</li> <li>▪ Autres interventions à base communautaire (si messages harmonisés): assainissement total piloté par la communauté (ATPC), cantines scolaires, jardins d’enfant, etc.</li> <li>▪ Cohésion au sein du village, solidarité, groupements de femmes et tontines</li> <li>▪ Contrôle social de la communauté (si modéré)</li> <li>▪ Entraide entre ASC et ACPE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajout de la partie gouvernementale des TM (surcharge de travail, délaissement éventuel de la partie BM des TM)</li> <li>▪ Risque sécuritaire/ braquage</li> <li>▪ Décentralisation inexistante</li> <li>▪ Enclavement des zones d’intervention</li> <li>▪ Faible niveau de développement des infrastructures notamment de santé (engorgement des services de santé, rupture d’intrants, etc.)</li> <li>▪ Poids des traditions, us et coutumes, croyances</li> <li>▪ Société patriarcale, normes sociales très prégnantes</li> <li>▪ Habitudes et interdits alimentaires, allocation intrafamiliale de la nourriture</li> <li>▪ Taille du ménage (→ dilution du transfert)</li> <li>▪ Faible niveau d’instruction des femmes en milieu rural</li> </ul>

## **CHAPITRE VII**

### **Impact du programme sur la croissance de l'enfant**

1 **Unconditional cash transfers targeting the first 1,000 days improved child's linear growth:**  
2 **evidence and pathways from a cluster randomized controlled trial in rural Togo**

3 **Short title:** Unconditional cash transfer and child linear growth

4 Justine Briaux<sup>1,2</sup>, Sophie Carles<sup>1</sup>, Sonia Fortin<sup>1</sup>, Yves Kameli<sup>1</sup>, Yawavi Agboka<sup>3</sup>, Magali Romedenne<sup>4</sup>, Félicité  
5 Mukantambara<sup>5</sup>, John Van Dyck<sup>6</sup>, Joachim Boko<sup>7</sup>, Yves Martin-Prével Y<sup>1</sup>, Renaud Becquet<sup>2</sup>, Mathilde Savy<sup>1</sup>

6 <sup>1</sup> NUTRIPASS, Institut de Recherche pour le Développement – University of Montpellier - Montpellier  
7 SupAgro, Montpellier, France.

8 <sup>2</sup> University of Bordeaux, Inserm, UMR 1219, Bordeaux Population Health Research Center, Team IDLIC,  
9 Bordeaux, France

10 <sup>3</sup> Projet de Développement Communautaire et Filets Sociaux, Ministère du Développement à la Base,  
11 Lomé, Togo

12 <sup>4</sup> UNICEF, Child Survival and Development, Lome, Togo

13 <sup>5</sup> UNICEF, Social protection, Lome, Togo

14 <sup>6</sup> The World Bank, Social Protection and Labor Global Practice, Washington, DC, USA

15 <sup>7</sup> The World Bank, Social Protection and Labor Global Practice, Country Office of Cotonou, Benin

16 **Corresponding author:**

17 Justine Briaux, [justine.briaux@ird.fr](mailto:justine.briaux@ird.fr)

18 **Authors' contribution:** MS, YMP and RB design the study and acquired funding. BJ, YK, SF, YMP and MS  
19 supervised data collection. AA, MR, MGF, JvD and JBo provided some of the study material and  
20 facilitated data collection. JB, SC and SF analyzed the data. MS and JB coordinated and supervised  
21 research activities and execution, and wrote the initial draft. All co-authors reviewed and validated the  
22 final version of the article.

23 **Financial disclosure:** The Cash Transfer component implementation was funded by the World Bank  
24 through the PDCPlus Togo (Projet de Développement Communautaire et Filets Sociaux), and the Nutrition  
25 and Health components were funded by UNICEF Togo. The research was funded by the World Bank and  
26 Unicef Togo. JB received a PhD research grant from the IDeX Bordeaux University excellency scholarship  
27 program through the doctoral school SP2 (Sociétés, politique, santé publique, Bordeaux University), which  
28 funded half of her PhD; the other half was funded by the research project, with a complement provided  
29 by the Institut de Recherche pour le Développement.

30 **Author disclosures:** JB, SC, SF, YK, AA, MR, MGF, JvD, JBo, YMP, RB, and MS had no conflicts of interest to  
31 disclose.

## 32 **Abstract**

### 33 **Background**

34 North Togo is affected by high rates of children malnutrition. In 2014, the Government of Togo  
35 implemented a pilot cash transfer (CT) program delivering 8.40 USD/month and Behavior Change  
36 Communication activities (BCCA) to women during the “1,000 days period” (from conception until the child  
37 reaches the age of two years). We aimed to understand if, and how, this intervention had an impact on  
38 child growth-related outcomes.

### 39 **Methods and Findings**

40 We implemented a cluster randomized controlled trial in two regions in Northern Togo, where 162 villages  
41 were randomized to either an intervention group (CT+BCCA) or a control group (BCCA). Two repeated  
42 cross-sectional surveys were conducted among random samples of 6-29 mo old children and their mothers  
43 before the intervention (baseline, n=2,658) and two years after the start of the intervention (endline,  
44 n=2,031). Primary outcomes were linear growth (Height-for-Age Z score, HAZ), stunting (HAZ<-2SD) and  
45 low birth weight (BW) defined as BW from health cards<2500g. Secondary outcomes along the “Food and  
46 nutrients” pathway included: household food insecurity, child dietary diversity score (DDS) and  
47 consumption of animal source food (ASF) and along the “Health and hygiene” pathway: child health,  
48 maternal antenatal and postnatal care, child and maternal hygiene. Household monthly per capita total  
49 expenditure, women empowerment and knowledge were also collected. Analyses of impact were by  
50 difference-in-differences (DD) and intention-to-treat (ITT). Secondary outcomes which were either  
51 associated with the intervention or with HAZ were included into a final model to test their mediating effect  
52 in the relationship between CT and HAZ. The CT program improved HAZ which decreased from -1.1(0.07)  
53 to -1.3(0.06) in the control group between baseline and endline while it remained at 1.1(0.08) in the  
54 intervention group (DD=0.265, p-value=0.03). The prevalence of stunting increased from 28.1% to 30.6%  
55 in the control group between the two rounds and dropped from 30.3% to 26.7% in the intervention group  
56 (DD=-6.2, P=0.10). The CT program also had a positive impact on LBW (DD=-12.1, p-value=0.02). Impact  
57 on HAZ was primarily mediated by birth weight, as well as by household food security, children’s  
58 consumption of ASF, maternal antenatal and postnatal care, maternal hygiene, child health, and by  
59 household’s total per capita expenditure; the impact was not mediated by the child DDS or women  
60 empowerment and knowledge however.

61

62 **Conclusions**

63 The CT program improved linear growth among 6-29 mo old children, through improved birth weight, and  
64 through the “Food and nutrient” and “Health and Hygiene” pathways. Further studies are needed to  
65 document both impact and impact pathways of CTs on nutritional outcomes in West Africa, where  
66 evidence is scarce.

67 **Trial registration**

68 ISRCTN Registry [ISRCTN83330970](https://www.isrctn.com/ISRCTN83330970)

## 69 Introduction

70 Significant advances have been made in the fight to end malnutrition over the past decades. The number  
71 of children who are stunted has fallen in many countries, but figures remains globally alarming among  
72 children under age five, and stunting is declining too slowly to meet the 2025 target (1). In West and  
73 Central Africa, the number of stunted under 5 children has increased by 6.8 million between 2000 and  
74 2017 and little improvement is predicted in the coming years (2). This puts African children at great risk of  
75 impaired physical and cognitive development, reduced scholar success, poor health, and in the longer term  
76 low economic productivity and poor reproductive outcomes for girls (3). The nutrition community now  
77 agrees that a multisectoral approach combining both nutrition-specific and nutrition-sensitive  
78 interventions should be adopted to tackle the immediate and underlying causes of malnutrition (4).  
79 Furthermore, since growth retardation and other forms of malnutrition are more likely to occur within the  
80 timeframe between gestation and the first two years of life (5), targeting women and their children during  
81 this window of opportunity, referring to as the first “1000 days”, may also be critical to maximize impact  
82 of nutritional interventions.

83 Social protection programs are potentially a powerful mean to improve child and maternal nutrition, acting  
84 on structural factors such as household’s poverty (6). Among them, cash transfer (CT) programs, which  
85 distribute cash or vouchers directly to households or to specific individuals, have become extremely  
86 popular worldwide, as reflected by the number of reviews on the topic (7-16). First originated from Latin  
87 America, the majority of the CT programs are conditional in this part of the world, i.e. attached to specific  
88 behaviors or practices such as school enrolment. These programs have been rigorously evaluated and have  
89 demonstrated positive impacts on poverty, food security, school attendance and performance, use of  
90 health services and health status, as well as on knowledge and education (reviewed in (11)). The most  
91 recent reviews specifically integrate new and emerging evidence from sub-Saharan Africa (SSA) where the  
92 number of CT programs has considerably increased since the 2000’s (17, 18). Usually unconditional,  
93 programs in SSA either exist in the form of national pension schemes targeting specific groups such as  
94 orphans or elderly, or in the form of pilot, small-scale transfer programs with external funding and poor  
95 involvement from governments. The Latin America success may not be replicable in Africa, since design  
96 and modalities of programs differs, and also because constraints and development issues are different.  
97 The lack of rigorous and published evaluation of these programs does not allow firm conclusions about  
98 the impact of such strategies in SSA.

99 Globally, despite the potential of CTs to reduce childhood undernutrition, few programs specifically  
100 articulated nutritional goals. Evaluation of these programs revealed that cash transfers may improve  
101 nutritional outcomes, e.g. linear growth, growth retardation and micronutrient status (19). Results were  
102 mixed however and in case of demonstrated positive impact, the magnitude of effects was modest.  
103 Beyond impact, it is essential to provide insights into “how” and “why” CT programs may improve  
104 nutrition. Very few evaluations have thoroughly and systematically studied CT's mechanisms of action and  
105 documented impact pathways, using the theory of change of programs.

106 In 2014, the government of Togo implemented a pilot unconditional CT program in the north of the  
107 country. The program targeted mother-infant pairs during the first 1,000 days and aimed at improving  
108 child nutritional status. We measured the impact of the program on child linear growth and on  
109 intermediate economic, food security, health, hygiene, empowerment and knowledge outcomes to  
110 document the program's impact pathways.

## 111 **Methods**

### 112 **Setting and intervention**

113 The 30-month pilot CT program was initiated in 2014 by the Government of Togo, with financial and  
114 technical support from the World Bank and Unicef. The global aim was to improve child's nutrition, health  
115 and rights, and consisted in cash distribution to women during the “first 1,000 days” period  
116 (8.40USD/month) combined with behavior change communication (BCC) activities focusing on children's  
117 rights and organized by specifically trained community child protection workers (CCPWs). The program  
118 was implemented in the regions of Kara and Savanes, and more specifically in the five districts presenting  
119 the highest rates of acute and chronic malnutrition in under 5 children (Dankpen, Doufelgou, Keran and  
120 Kpendjal), and within these districts, in the 273 villages where a ICCM-Nut program (Integrated Community  
121 Case Management of childhood illnesses and undernutrition) was running. This ICCM-Nut program was  
122 carried out by the Ministry of Health and UNICEF in rural landlocked villages of Kara and Savanes regions,  
123 where community health workers (CHWs) were trained and equipped to screen and treat childhood  
124 malaria, diarrhea, pneumonia and acute malnutrition, and to lead BCC activities on nutrition, health and  
125 hygiene. CCPWs and CHWs of each village had to work in close collaboration so that mothers were taught  
126 the essential knowledge to ensure children's care and protection. The financial resources provided by the  
127 CT program aimed at helping mothers to put into practices the knowledge they acquired through BCC  
128 activities. In addition, women receiving CT were strongly encouraged to adopt good practices in five  
129 domains: to fulfill at least four antenatal visits, to register their children's birth, to enroll their children at

130 primary school, to keep children less than 15 years at home (no fostering), and to participate to BCC  
131 activities. Although the CT was unconditional *stricto sensu*, women attending BCC activities with assiduity  
132 were rewarded with a bonus of ≈35 USD when exiting the program (i.e. when their child turned 24 months  
133 of age). CCPWs were responsible for smooth running of the CT program, including organizing the CTs'  
134 distributions, updating beneficiary lists, handling complaints and monitoring compliance to BCC activities.

### 135 **Participants**

136 All pregnant women and mothers of children aged 0-24 months were eligible to receive the intervention.  
137 Women with several eligible children received the CTs for the youngest one only, but mothers of twins  
138 and those with both eligible biologic and foster children received CTs for both children. Mothers with a  
139 child aged between 2 and 5 years suffering from severe acute malnutrition were also eligible to receive  
140 the CTs. All beneficiaries, regardless of when they entered the program, received the CTs for a minimum  
141 of 12 months. Those who entered early in pregnancy took full advantage of the program, benefiting from  
142 the CTs for the maximum duration, i.e. 30 months. The list of eligible women was updated throughout the  
143 program.

### 144 **The impact evaluation**

#### 145 *Study design*

146 A cluster randomized controlled trial was carried out to assess the impact of the CT program. A total of  
147 162 villages (randomly selected among the 273 villages targeted by the ICCM-Nut program) were  
148 randomized into either a control arm where BCC activities from both CHWs and CCPWs were conducted  
149 (n=80 villages), or into an intervention arm where both BCC activities and CTs were implemented (n=82  
150 villages). The randomization was stratified by district. Initially, 81 villages were allocated to each group,  
151 but one control village was accidentally allocated to the CT arm while disseminating the randomization  
152 results to the communities; it was decided to maintain this village in the intervention arm for ethical  
153 reasons. Two repeated cross-sectional surveys were conducted exactly two years apart, during the hunger  
154 gap, in villages of both arms. The baseline survey was carried out in June 2014, before the first distribution  
155 of cash; the endline survey was conducted in June 2016, after 22 months of intervention (**Figure 1**).

#### 156 *Sampling*

157 Mothers and their 6-29 months old children were included in the study, at both baseline and endline. This  
158 age range was the best compromise for reasonable theoretical exposition of children to the program in

159 terms of duration (at least 12 months) and stage of exposition (early enough during pregnancy or no later  
160 than 6 months of age during infancy). In each village, a household with either a pregnant woman or a  
161 mother of an under-5 child were randomly selected from the census database provided by the program's  
162 implementers. These households were used as "starting points" from which we applied a random-route  
163 sampling method to select the households to be surveyed, i.e. households with at least one 6-29 months  
164 old child and his/her mother or tutor. At each "starting point" household, the enumerator rolled a dice.  
165 When the dice indicated 5 or 6, and if the household had a 6-29 months old child, it was included in the  
166 survey. If not, we included the nearest household with a 6-29 months old child. If the dice indicated 1, 2,  
167 3, or 4 the "starting point" household was not selected. In that case, the enumerator chose a direction  
168 using a pen, walked to the N<sup>th</sup> household in that direction using the dice number and checked for  
169 household eligibility to enter the study. If not eligible, the nearest eligible household was included. Within  
170 these households, we surveyed all eligible mother-infant pairs. If a mother had more than one eligible  
171 child, one was randomly selected by the enumerator and surveyed.

#### 172 *Sampling size*

173 The sample size was calculated to detect a meaningful change in height-for-age z-score among 6-29  
174 months old children, while considering the following parameters: 5% significance level, 90% of power, 10%  
175 of missing/invalid data between baseline and endline, 162 villages to be randomized in two arms, and an  
176 intra-class correlation coefficient of 0.02. It was estimated that detecting a 0.20 HAZ difference between  
177 the intervention and control arms at endline (assuming a variance of 1.3 determined from previous  
178 studies) required a sample size of 1020 children by arm and by survey. This sample size also allowed to  
179 detect a difference in the prevalence of stunting of 9% between the two arms. This calculation was  
180 conservative since it did not account for the district stratification of randomization. To meet this sample  
181 size an average of 13 mother-child pairs per village were included. This number was increased to 17 pairs  
182 in large villages (n=18) and was reduced to 5 pairs in small villages (n=16).

#### 183 **Data collection and analysis**

184 Data was collected through the same standardized questionnaire at baseline and endline. It was  
185 administered face-to-face to women and heads of households during home visits, by trained enumerators  
186 speaking the local languages of the study areas. Built upon the program's theory of changes (**Figure 1**), the  
187 questionnaire covered a wide range of intermediate outcomes meant to document the program's impact  
188 pathways in addition to the impact itself. An additional module was administered to women at endline in

189 order to document how the program rolled out and how it was used by beneficiaries, and to collect  
190 information on potential unexpected effects.

### 191 **Primary outcomes**

192 The impact was primarily evaluated on height-for-age (HAZ) and on stunting (HAZ < -2 SD). These indicators  
193 were computed using the WHO multicenter growth reference standards' macro for R (20). Children's  
194 height and weight were measured by specifically trained enumerators and assistants using WHO guidance  
195 (21). The recumbent length of under-two children and the standing height of older children were  
196 measured to the nearest mm using portable devices equipped with height gauges. Children's weight was  
197 measured to the nearest 100 g on Seca® electronic scales, either alone for children older than 2 years, or  
198 with their mother for younger children using the taring scale. Children's age was reported from an official  
199 document when available, or from the mother's memory and family using a calendar of local events if  
200 necessary. We also investigated the impact of the program on low birth weight (LBW) which was defined  
201 as a birth weight reported from an official health document < 2500g.

### 202 **Intermediate outcomes**

203 We collected information relating to the pathways by which the program may impact the children growth,  
204 i.e. the "food and nutrient" pathway and the "health and hygiene" pathway, as well as on various enabling  
205 factors that constituted a prerequisite for the impact pathways to work properly (**Figure 2**).

#### 206 The "food and nutrient" pathway

207 Indicators along this pathway included children dietary diversity (DD) which was measured using WHO  
208 guidance (22). Children DD was based on a simple count of 7 food groups consumed over the past 24h  
209 (DDS7): grains, roots & tubers; legumes & nuts; dairy products; flesh foods; eggs; vitamin-A rich fruits &  
210 vegetables; other fruits & vegetable. Other Infant and Young Child Feeding (IYCF) indicators, included the  
211 Minimum Dietary Diversity (MDD, proportion of children with DD ≥ 4 foods groups), the Minimum Meal  
212 Frequency (MMF, proportion of children who received meals 2, 3 or 4 times/24h, depending on  
213 breastfeeding status and age) and the Minimum Acceptable Diet (MAD, proportion of children reaching  
214 the MDD and MMF) were also computed, as recommended by WHO (22). Women's DD was measured  
215 using FAO guidance (23) and was based on the count of 10 food groups consumed over the past 24h  
216 (WDDS10): grains, roots & tubers; pulses; nuts & seeds; meat, poultry & fish; dairy; eggs; dark green leafy  
217 vegetables; other vitamin A-rich fruits & vegetables; other vegetables; other fruits. We also documented  
218 whether mothers ate 3 meals (excluding snacks) the previous day.

219 We computed for both children and women, from the same 24h qualitative recall, an indicator of  
220 consumption of animal source foods (ASF), corresponding to the proportion of individuals who consumed  
221 at least 2 types of ASF among a list of 3: flesh foods, eggs or dairy products. For children aged less than 20  
222 months (i.e. children at endline who had a chance to be exposed to the program during their *in utero* life  
223 and at birth) we computed a composite indicator relating to the optimal breastfeeding initiation; this was  
224 defined by 3 questions: the child received breastmilk within the hour after birth (yes/no), the child was  
225 given colostrum (yes/no), the child was not given any other liquids before initiating breastfeeding (yes/no).  
226 Each of these adequate practices equaled 1 point and the total was used as a continuous variable.  
227 At the household level, we estimated food insecurity using the standard Household Food Insecurity Access  
228 Scale (HFIAS) (24) to classify households into severe, moderate, mild food insecurity categories.

#### 229 The “health and hygiene” pathway

230 At the child level, we collected data on the perceived health from birth reported by the mother; the  
231 occurrence of morbidity episodes over the previous 15 days, and among children who were sick, the  
232 proportion of those who had been taken to the health center; the mean age at which the child stopped  
233 being followed-up at the health center; and the proportion of children who received vitamin A  
234 supplementation. At the mother level, we collected information on antenatal follow-up (number of visits,  
235 stage of pregnancy at first visit, iron supplementation, vaccination, preventive measures for malaria),  
236 delivery (place of delivery, assistance for delivery), and postnatal care (postnatal visit, iron and vitamin A  
237 supplementation).

238 Hygiene of both children and mothers, as well as of their living environment was also assessed using spot-  
239 check observations. For children, hygiene was considered as good if the child’s hands, face and hair were  
240 clean (clothes were not considered due to missing data). For mothers, hygiene was considered as good if  
241 the mother’s hands, face and clothes were clean (hair was not considered due to missing data, since many  
242 mothers refused to take their headscarf off). Environmental hygiene was considered as good when there  
243 was no garbage and no animal feces in the house yard. We computed a dichotomized variable to estimate  
244 the overall hygiene, which was considered as “good” when the hygiene of children, mothers, and yard  
245 were all good.

#### 246 Enabling environment

247 Mothers’ knowledge on breastfeeding, nutrition, child’s health, pregnancy and delivery, hygiene and birth  
248 registration were assessed. Women were attributed points depending on the number of correct answers  
249 they provided for each domain (**Table 1**); points were summed up to calculate a global knowledge score

250 of women which was further categorized into terciles to identify women with poor, medium or good global  
251 knowledge.

252 Two dimensions of women empowerment were assessed: the decision-making power of women within  
253 their household and intimate partner violence (IPV). One point was given when the woman made decision  
254 on her own on 12 different topics relating to their autonomy, social life and care for their children (**Table**  
255 **1**). Points were summed up to calculate a continuous decision-making score which was further divided  
256 into terciles to identify women with low, moderate or high decision-making power. Women who  
257 experienced at least once physical violence from their partner over the past 12 months were considered  
258 has having suffered from IPV.

259 At the household level, food expenditure – including on self-consumption – was estimated over the last  
260 month, while non-food expenditure was assessed over the past year, and reduced to the month. Both  
261 types of expenditure were divided by the number of individuals in the household (**Table 1**). The total  
262 monthly expenditure per capita was calculated by summing the food and non-food household  
263 expenditure. The local money devise, francs CFA, was used to express the amounts. Monthly ASF  
264 expenditure per capita was specifically calculated by summing the monetary value of self-consumption of  
265 ASF and the purchase amount of ASF at markets.

#### 266 Sociodemographic characteristics

267 Size of the household, primary occupation, quality of the house (source of drinking water, sanitation,  
268 number of rooms) as well as education, religion and sex of the head of household were collected. A youth  
269 ratio, defined as the number of household members <15 y of age over number of persons >= 15 y, and a  
270 dependency ratio, defined as number of people not contributing to household income over number of  
271 people contributing, were computed. Mother's age, pregnancy status, education, marital status, as well  
272 as the child's sex and age were collected.

#### 273 **Data management and statistical analysis**

274 Data was collected using Android tablets, ensuring quality controls at data entry. Throughout field work,  
275 data was regularly sent to an online server, allowing for additional quality checks and feedback for field  
276 work improvement. Data quality was also guaranteed by a close field supervision of enumerators  
277 throughout the study. Further data cleaning and management were performed with R 3.3.2., while data  
278 analysis was performed using Stata 14.2.

279 Comparability of the CT and control arms at baseline was first tested using linear regression models for  
280 continuous variables and logistic regression models for categorical variables. Although no difference was  
281 detected, we decided to include systematically the district as a covariate in all impact analyses, as well as  
282 the child's age and sex when examining the impact on HAZ and stunting, the child's sex and maternal  
283 height when examining the impact on low BW, the possession of a health document when examining the  
284 impact on pregnancy related outcomes.

285 The program's impact on primary outcomes (HAZ, stunting and low BW) and on secondary outcomes  
286 (variables from the pathways and enabling environment) were estimated using difference-in-differences  
287 (DD) analyses. DD estimates were computed using simple and multinomial linear and logistic regressions  
288 models depending on the quantitative, binary or categorical nature of the outcome variable. The  
289 regression equivalent for the DD estimator is represented by the following equation:

$$290 \quad Y_i = \beta_0 + \beta_1 \textit{phase} + \beta_2 \textit{arm} + \beta_3 \textit{phase} * \textit{arm} + \beta_4 X_i + \mu_i$$

291 Where  $Y_i$  is the outcome of interest; *phase* indicates the baseline/endline survey; *arm* indicates the  
292 control/intervention arm, *phase \* arm* is the interaction term between the phase and the trial arm;  $X_i$   
293 is a matrix containing a set of control variables;  $\beta_1$  represents the change over time between baseline and  
294 endline survey;  $\beta_2$  accounts for the time-invariant differences between the CT and control arms;  $\beta_4$  is the  
295 vector of coefficients corresponding to the matrix of control variables;  $\beta_3$  is the DD estimator which  
296 captures the program's effect. A p-value <0.05 for the DD estimator meant that the program had an impact  
297 on the variable of interest.

298 All intermediate variables which were impacted by the program and were associated with HAZ (using a  
299 cutoff for significance of 0.15) were included as "control variables" in a final model investigating the  
300 adjusted impact of the program on HAZ. One exception was made for the women decision making power  
301 because of missing value or "does not know" response. This analysis allowed to assess the mediating effect  
302 of each variable in the global impact on HAZ.

303 All analyses were conducted using Stata's svy commands to account for clusters, strata, and sampling  
304 weights. Analyses were primarily conducted using an intention-to-treat (ITT) approach. However, due to  
305 the high proportion of eligible women who never received the CTs at the time of the endline survey due  
306 to implementation issues (58%), we decided to run *per protocol* analyses as well. These analyses are not  
307 formally presented but are used to discuss the main ITT results.

## 308 **Ethics**

309 Ethical clearance was provided by the Ministry of Health of Togo and by the consultative ethic committee  
310 of the Institut de Recherche pour le Développement in France. Written informed consent was obtained  
311 from all mother-child pairs who took part to the study. The trial was registered in the ISRCTN registry under  
312 the reference 83330970.

## 313 **Results**

### 314 **Participants' characteristics**

315 At baseline, we surveyed 1301 mother-child pairs and 1123 households from the 80 control villages, and  
316 1347 mother-child pairs and 1171 households from the 82 intervention villages (**Figure 2**). At endline, we  
317 surveyed 996 mother-child pairs and 841 households from the control villages, and 1035 mother-child  
318 pairs and 867 households from the intervention villages. We did not find any significant difference  
319 between the control and intervention arms in any of the sociodemographic and economic characteristics  
320 at the household, mothers and children levels (**Table 2**). In both arms, households had a mean size of 8  
321 persons and were mostly headed by men (>93%) with poor education. The main occupation of households  
322 was farming. Around 50% of households had access to improved sources of drinking water and less than  
323 5% had access to improved sanitation. Mothers from both arms were 29 years old on average,  
324 approximately 74% of them had no education and almost all were engaged in a marital union, either  
325 monogamous (42%) or polygamous (53%). The children of our sample were 17 months old on average and  
326 half of them were boys.

### 327 **Impact on child's linear growth and stunting**

328 At baseline, children had a mean HAZ of -1.10 ( $\pm 0.07$ ) and -1.13 ( $\pm 0.06$ ) in the control and intervention  
329 arms, respectively (**Figure 3**). The intervention had a positive impact on mean HAZ of children, after  
330 adjustment for sex, gender and district, which was mainly due to a decrease in HAZ between the two  
331 rounds in the control arm, while it remained similar in the intervention arm (DD=0.25, p-value=0.04). In  
332 per protocol analysis (n=347), we observed an increase in the mean HAZ between baseline and endline in  
333 the intervention arm, which resulted in a larger positive impact of the program (DD=0.62, p-value<0.001).  
334 We also observed a clear trend of a positive impact of the program on stunting since the prevalence  
335 increased from 26.7% to 28.7% between the two rounds in the control arm, while it decreased from 30.5%  
336 to 26.3% in the intervention arm (DD=-6.2, p-value=0.10). The test was statistically significant in the PP  
337 analysis (DD=-12.6, p-value<0.01).

### 338 **Impact on low birth weight**

339 The analysis on LBW was restricted to 6-19 month old children because only those children had a chance  
340 to be sufficiently exposed to the program during their *in utero* life (n=388 at baseline, n=433 at endline).  
341 After adjustment for the child's sex, maternal height and the district, we observed that LBW increased  
342 between baseline and endline in the control arm (+2.4 percentage points), while it decreased in the  
343 intervention arm (-9.7 percentage points), showing a positive impact of the program on this outcome (p-  
344 value=0.02) (**Figure 4**).

### 345 **Impact on intermediate outcomes**

#### 346 *The food and nutrient pathway*

347 The intervention had an impact on the proportion of 6-19 months old children who received optimal  
348 breastfeeding initiation (**Table 3**); this proportion slightly decreased between baseline and endline in the  
349 control group while it increased from 39.2 to 47.3% in the intervention arm (p-value=0.03). The proportion  
350 of 6-29 months old children who consumed ASF doubled between baseline and endline in the intervention  
351 group while it remained stable in the control group; the p-value was not statistically significant however  
352 (p-value=0.08). The intervention had no impact on the children dietary diversity since the mean DDS7  
353 slightly decreased between the two rounds in both arms. No impact was observed on children's MDD,  
354 MMF and MAD either (results not shown). No difference was found between the control and intervention  
355 arms regarding the women dietary diversity either (DD=0.13, p-value=0.23) (**Table 3**). However, the  
356 program positively affected the proportion of women who consumed ASF (DD=4.6, p-value=0.03) and the  
357 proportion of women who ate at least 3 meals on the day prior the survey (DD=6.5, p-value=0.02). In the  
358 control arm food insecurity did not vary between the two rounds. In the intervention arm households  
359 declared perceiving less severe food insecurity (and more moderate and mild food insecurity) at endline  
360 compared to baseline (p-value for impact=0.02) (**Table 3**).

#### 361 *The Health and hygiene pathway*

362 Globally the indicators related to the child's health improved between baseline and endline, with no clear  
363 difference between the intervention and control arms (**Table 3**). The proportion of children who received  
364 vitamin A decreased in the control arm while it remained stable in the intervention arm (DD=6.6, p-  
365 value=0.02). Maternal antenatal care globally tended to worsen between baseline and endline in the  
366 control arm while it improved in the intervention arm (**Table 3**). The only variables for which we observed  
367 no impact were the stage of pregnancy at first antenatal visit (>4<sup>th</sup> month for all women) and the fact that  
368 the mother had a minimum of 4 antenatal visits. The proportion of women who delivered in a health

369 facility with assistance by a skill birth attendant increased from 39.4% at baseline to 47.8% at endline in  
370 the CT arm, while it remained unchanged in the control arm ( $p$ -value=0.03) (**Table 3**). The program also  
371 had a significant impact on postnatal care. Attending the post-delivery visit increased by +10.8 pp in  
372 women who received the CT versus -1 pp in women who did not. Similar results were found with iron and  
373 vitamin A post-natal supplementation.

374 Hygiene of both mothers and children, as well as hygiene of the yard, significantly increased between the  
375 two rounds and in both arms. Effects were statistically significant only for the mothers' hygiene (+10 pp of  
376 good hygiene in the control arm versus +19.4 pp in the intervention arm, DD=6.7,  $p$ -value=0.04) and were  
377 borderline significant for the overall hygiene (**Table 3**).

### 378 **Impact on enabling variables**

379 The proportion of women with good global knowledge was much higher at endline compared to baseline  
380 in both arms, but this improvement was more prominent in the CT arm than in the control arm (**Table 4**).  
381 Women decision making tended to improve between the two rounds in the control arm while it did not  
382 vary in the CT arm, but the difference was not statistically significant. Physical violence sharply decreased  
383 between the two rounds for all women, in particular for women in the CT arm (DD=-7.88,  $p$ =0.05).

384 Households who received CTs increased their monthly food expenditure per capita between baseline and  
385 endline, and in particular the purchase of foods at markets, compared to households from the control  
386 group (DD=518 FCFA,  $p$ =0.05) (**Table 4**). Food groups which were more purchased at markets included  
387 ASF - meat, fish, eggs, dairy products - vegetables and legumes (results not shown). Beneficiary households  
388 did not increased their monthly non-food expenditures per capita between the two rounds, but  
389 households from the control arm did so (DD=486 FCFA/month/capita,  $p$ -value=0.02).

### 390 **Pathways analysis: mediating effect of intermediate outcomes on the program's impact on HAZ**

391 We examined how much the impact of the program on children HAZ went through the "food and nutrient"  
392 pathway or "health and hygiene", while taking account for the enabling environment. We tested the  
393 mediating effects by including these variables to the basic model looking at the program's effect on HAZ,  
394 after adjustment for the child's age, sex and districts ( $M_0$ , **Table 5**). The analysis was performed on the  
395 4130 mother-child pairs with no missing data for any of the variable included in the models (at baseline:  
396  $n$ =1151 in the control arm and 1153 in the CT arm; at endline corresponding figures were 878 and 948).  
397 The program's effect on mean HAZ was worth 0.265 [0.024; 0.507],  $p$ -value=0.03 (this was slightly different  
398 from Figure 2 because of differences in sample size). The effect decreased to 0.247 after the inclusion of

399 the child's consumption of ASF and household food insecurity, meaning that the "food and nutrients"  
400 pathway had a mediating effect of -0.018. Including variables from the "health and hygiene" pathway  
401 decreased the effect to 0.259. The low mediating effect of the latter pathway (-0.006) was due to the  
402 inclusion of "delivery at a health facility" and the "postnatal visit" variables which both had a negative  
403 mediating effect due to their unexpected association with a lower mean HAZ (results not shown).

404 The full model ( $M_1$ ) which included the variables from the "food and nutrients" and from the "health and  
405 hygiene" pathways, as well as the household's monthly total expenditure per capital (=the "enabling  
406 environment" variable) revealed that the adjusted effect of the program on HAZ was 0.238 [-0.003; 0.480]  
407 and that these variables mediated 0.027 of this effect.

408 Finally, we examined how much of the program's impact on HAZ was explained by low birth weight. The  
409 exact same analysis was performed but on the 1161 mother-infant pairs who had a birth weight reported  
410 from a health document and with no missing data for any variable included to the model. The  $M_0$  model  
411 resulted in a DD of 0.253 [-0.079; 0.585] and the  $M_1$  model resulted in a DD of 0.220 [-0.108; 0.549], with  
412 mediating effects 0.029, 0.012 and 0.0003 for "food and nutrients" pathway, the "health and hygiene"  
413 pathway, and household's total monthly expenditure per capita, respectively. By including LBW to the  
414 basic model ( $M_0$ ), we observed that this variable mediated 0.053 of the global effect on HAZ (DD=0.200 [-  
415 0.120; 0.520]). By including LBW to the full model ( $M_1$ ), we observed that this variable mediated 0.087 of  
416 the effect on HAZ (0.166 [-0.148; 0.480]).

## 417 **Discussion**

418 Our study showed that a pilot unconditional cash transfer program targeting the first “1,000 days” in two  
419 vulnerable regions of north Togo had a positive impact on growth among 6-29 month old children, in  
420 particular on mean HAZ and to a lesser extent on the prevalence of stunting. The program also had a  
421 positive impact on low birth weight, which significantly decreased in the intervention arm between  
422 baseline and endline while it increased in the control arm. Our analysis revealed that a large part of the  
423 program’s impact on HAZ was mediated by the weight at birth. Some of the impact was also mediated by  
424 key variables along the “food and nutrient” pathways – the child’s consumption of animal source foods  
425 and household food security – and along the “health and hygiene” pathways – antenatal visits, hygiene of  
426 the mother and perceived health of the child since birth; and by the household’s monthly per capita total  
427 expenditure as well.

428 The impact of CT programs on nutritional outcomes have been reported in several meta-analysis and  
429 reviews (15, 17, 25, 26), but none of them found conclusive evidence, whatever HAZ, WAZ or WHZ were  
430 considered. In the most recent review, De Groot et al. further pointed out that pathways of impact or non-  
431 impact were unclear. From these reviews, it is very clear that most of the data come from conditional CT  
432 studies conducted in Latin America, even though efforts are being made to document impact evaluation  
433 results that are emerging from sub-Saharan Africa, including a small handful of West African countries. In  
434 Togo, the CT program was associated with a significant increase in HAZ, a significant decrease in LBW (in  
435 6-19 month old children) and with a tendency of reduction of stunting as well, using an ITT analysis. Per  
436 protocol analysis was also performed because only 38.6% of eligible women had received the intervention  
437 at the time of our endline survey, due to implementation issues. Those women had received 13 CT on  
438 average. This analysis revealed clear impacts of the program on the three nutritional outcomes we  
439 considered. Such positive results may be explained by several factors associated to the program. The  
440 program was implemented in the five districts of the country with the highest rates of acute and chronic  
441 malnutrition in the under-five children; and within these districts within villages with limited access to  
442 health services. It is very likely that the program targeted poor and at-risk populations who lived in these  
443 areas, which was recognized as a factor of success in CT programs (26). Furthermore the program  
444 specifically targeted woman-child pairs during the window of opportunity for addressing growth  
445 retardation and other forms of malnutrition. It has long been acknowledged that implementing nutrition  
446 interventions during this time frame was critical to maximize their impact (26). The transfer size of the  
447 program was also rather significant for this area. The literature suggests that transfers that range between

448 15% and 25% of total monthly household expenditure are more likely to have impacts (26, 27). In Togo the  
449 program targeted mother-infant pairs rather than households. We estimate that the transfer represented  
450 a minimum of 25-30% of the total monthly expenditure of woman-infant pairs, even though it is very likely  
451 that the transfer benefited indirectly to the entire household. Finally CTs were combined with BCC  
452 activities including monthly community-level training as well as regular home visits during which  
453 sensitization and information on health, hygiene, nutrition, and social protection of children were  
454 provided. Personal counselling on how to use cash transfers was made by community workers during  
455 home visits; psycho-social support addressing the specific needs/problems of each beneficiary was also  
456 provided on these occasions. These activities, along with the CTs, have increased the participants'  
457 awareness and knowledge on key children-care practices, as well as the confidence and financial resources  
458 that are necessary to truly adopt these practices. Moving toward "cash plus" programs - i.e. programs  
459 which associate cash transfer with additional components with the aim of enhancing the effect of cash -  
460 has been increasingly recognized in making social protection really transformative (28). The qualitative  
461 study we conducted throughout the program revealed that all women tried hard to wisely use the money  
462 for their children (unpublished results). Women also undergone some pressure from different sides –  
463 program's implementers, husbands, community members - for the best use of cash transfers and  
464 subsequently for the success of the pilot program.

465 A major strength of our study is that we examined along which pathways the CT program improved child  
466 growth. The CT increased the household's disposable income, and we observed that households used the  
467 cash to purchase foods at markets, in particular animal source foods - meat, fish, eggs, dairy products - as  
468 well as vegetables and legumes. This finding is in line with the fact that 91% of women reported buying  
469 food for their children (result from the endline complementary questionnaire, not shown). This resulted  
470 in a decrease in household food insecurity, which echoed what was observed in 8 CT programs in sub-  
471 Saharan Africa (Ethiopia, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, South Africa, Uganda and Zambia, as  
472 reviewed in De groot et al (17). This also led to improvement in the consumption of different types of ASF  
473 in both children and mothers, but not in dietary diversity indicators at the individual level or in other  
474 standard IYCF indicators. While impact of CT programs on food consumption and on dietary diversity have  
475 been demonstrated at the household level (29, 30), evidence on dietary intake at the individual level is  
476 more limited. Improvement in the intake of high-protein food such as eggs and fish has been documented  
477 in the Philippines (31) and in the intake of high nutritional-value foods in Burkina Faso (32). Dietary  
478 diversity scores and IYCF indicators have some known limitations (33, 34) and may not be the most  
479 appropriate for assessing changes in dietary intake among 6-29 month old children, without disaggregating

480 by narrower age ranges. Further information on intra-household food distribution may have helped to  
481 understand why dietary diversity at the child level was not affected.

482 The other pathway which explained some of the impact was the “health and hygiene” pathway. Children  
483 morbidity was reduced in both arms, however per protocol analysis revealed that this reduction was much  
484 more marked in children who received the CT (-19.1 versus 8.2 percentage points,  $p < 0.01$ ). In the literature  
485 effects of CTs on children health status are mixed, with studies showing reduction in the prevalence of  
486 diarrhea, or reduction in episodes of illness, and other studies showing no impact at all (14). In our study  
487 the proportion of sick children who were not taken to the health center because of a lack of financial  
488 resources dropped from 83.2% to 60.2 in households who received the intervention while it did not change  
489 in the control arm (results not shown). Similar findings were observed in Malawi where beneficiaries of  
490 the Mchinji Social CT were more likely to received care when sick compared to non-beneficiaries (35). In  
491 our sample 68% of women declared spending part of the CT on health care for their children. The CT  
492 program therefore helped to overcome the financial barrier for children healthcare.

493 The intervention positively affected maternal antenatal and postnatal care, as well as the proportion of  
494 delivery at health facilities, which confirms the benefit of targeting women very early in pregnancy.  
495 Unexpectedly, at baseline, we observed that women who gave birth at a health center had babies with  
496 lower HAZ than women who delivered at home. We hypothesize that in that specific context, women who  
497 delivered at a health center were also those who were more likely to have complications during pregnancy  
498 and at birth, and subsequently who gave birth to smaller babies. For those women the intervention may  
499 have contributed to give birth to small but safe babies. At endline the negative association between  
500 delivery at a health center and HAZ remained but was less pronounced than at baseline. Since women  
501 were all strongly encouraged to give birth at a health center through BCC activities, we hypothesize that  
502 women who delivered at a health center at endline were not only the ones with suspected complications  
503 but also women with normal pregnancies.

504 Our findings did not show any impact of CT on women’s decision making indicator. It may not be surprising  
505 since decision making is probably more dictated by social norms and gender-related concerns in these  
506 communities than on money. Moreover the validity of decision-making measures have been criticized (36);  
507 for example the concept of sole versus joint decision - potentially with or without disagreement – and how  
508 individuals perceive the notion of “ultimate decision maker” is difficult to understand and to capture  
509 quantitatively. However the proportion of IPV decreased in both arms and in particular in women who  
510 received the CTs ( $p$ -value borderline significant). Very few studies looked at the impact of CTs on this

511 outcome, and to our knowledge none of these were conducted in West Africa. These studies usually  
512 showed that CTs reduced physical and/or sexual IPV as reviewed in Buller et al. (37), mostly through an  
513 economic security and emotional well-being pathway (ibid.). We also examined the program's impact on  
514 psychological/emotional violence and the only impact we observed was on the humiliation of women by  
515 their partner, which dropped from 20.9% to 12.5% in recipients women while it decreased from 20.3% to  
516 18.1% in non-recipients ( $p < 0.05$ , results not shown).

517 This impact evaluation was conducted over a relatively short period of time (2 years), which may explain  
518 why the impact on stunting was not so strong, using ITT analysis. In addition, the endline survey was  
519 conducted whilst the program still had important implementation issues, which further weakened some  
520 of the associations and constrained us to run per protocol analysis; this helped in confirming trends but  
521 results must be taken cautiously because the study was not originally designed for this specific type of  
522 analysis. Finally some of the interviewee's responses may have been influenced because of the program,  
523 either because they wanted to stay in or just because they wanted to make a good impression as  
524 beneficiaries. This phenomenon is well known in epidemiological studies, and in particular in evaluative  
525 studies of interventions. We are confident in the fact that our enumerators were well trained to minimize  
526 this bias.

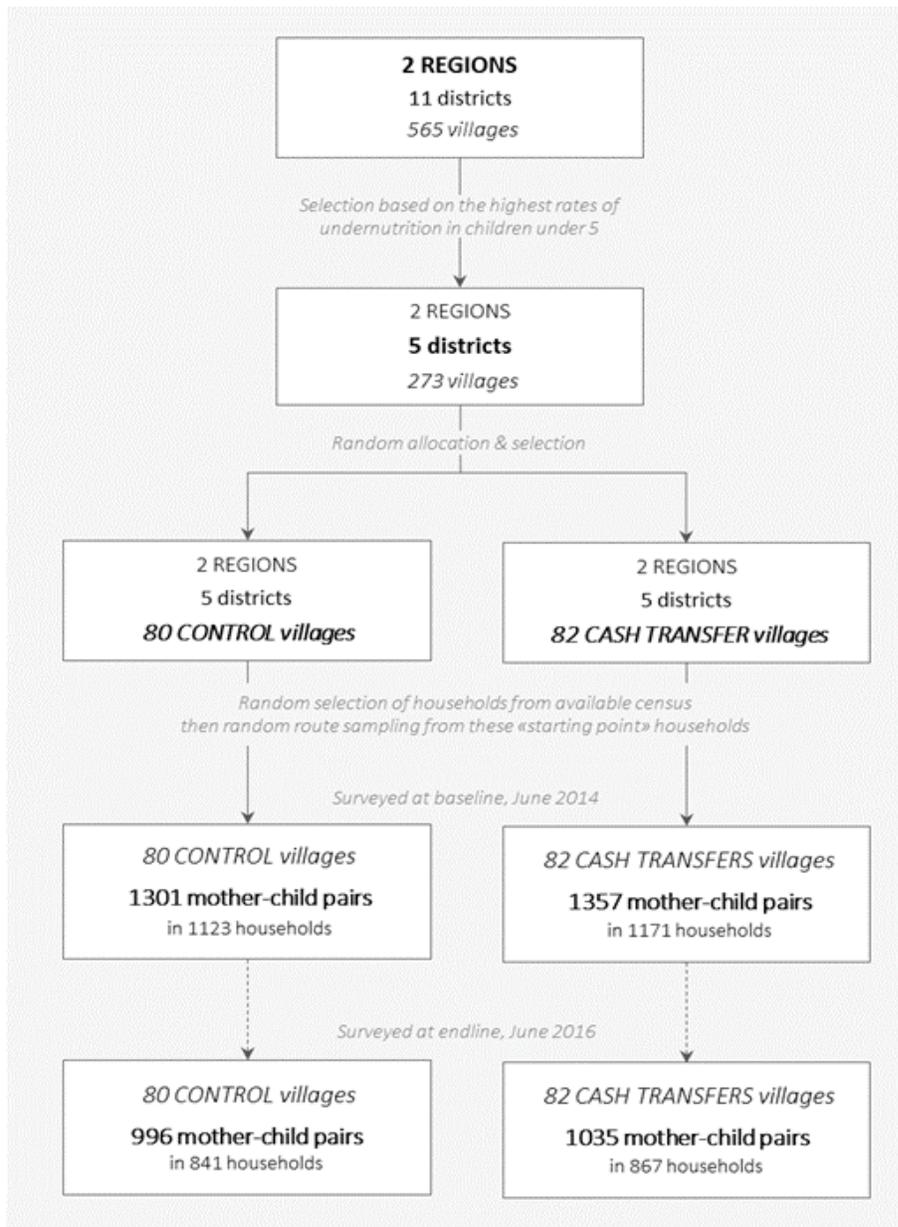
527 This study provides new evidence that CTs implemented during the first "1,000 days" and combined with  
528 BCC activities had a positive impact on growth-related outcomes among children living in a vulnerable area  
529 of north Togo, West Africa. It also fills a gap in research by examining how, and along which pathways CTs  
530 improved child nutritional outcomes. Factors which contributed the most to the impact was birth weight,  
531 antenatal and postnatal care and maternal hygiene from the "Health and hygiene" pathway, household  
532 food security and children's consumption of ASF from the "Food and nutrients" pathway. Household's  
533 total expenditure was also an enabling factor which indirectly contributed to the impact. Additional  
534 evidence on CTs are needed from sub-Saharan Africa and in particular from West Africa, as the largest  
535 share of the evidence still comes from Latin America.

## References

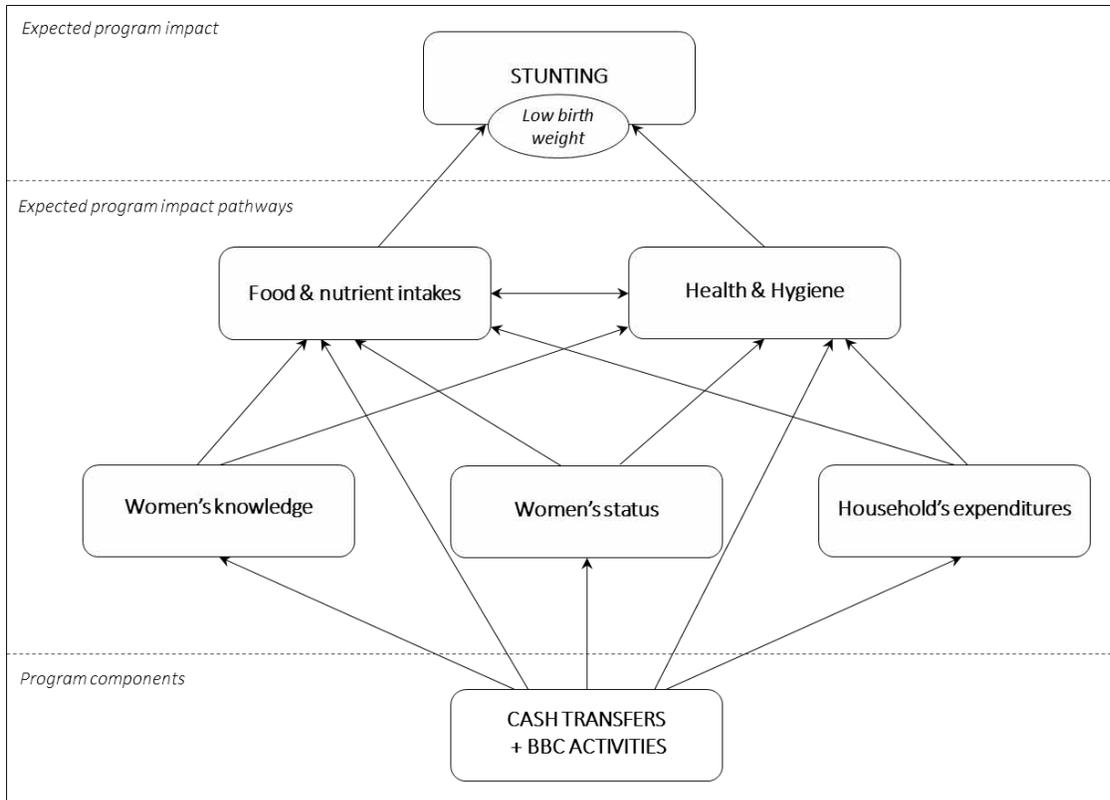
1. Development Initiatives. Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs. Bristol, UK: Development Initiatives; 2017
2. UNICEF, WHO, World Bank. Joint Child Malnutrition Estimates. May 2018 [Accessed on 2018 November 10<sup>th</sup>]
3. Dewey KG, Begum K. Long-term consequences of stunting in early life. *Matern Child Nutr.* 2011;7 (Suppl 3):5-18.
4. Bégin F. Stratégies d'intervention pour la nutrition. In: *La nutrition dans un monde globalisé : bilan et perspectives à l'heure des ODD.* Karthala-IRD editions; 2018. p. 157–84.
5. Leroy JL, Ruel M, Habicht J-P, Frongillo EA. Linear growth deficit continues to accumulate beyond the first 1000 days in low- and middle-income countries: global evidence from 51 national surveys. *J Nutr.* 2014;144(9):1460-6.
6. Ruel MT, Alderman H. Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet.* 2013;382:536-51.
7. Arnold C, Conway T, Greenslade M. *Cash Transfers - Literature Review.* London: DFID; 2011.
8. Bastagli F, Hagen-Zanker J, Harman L, Barca V, Sturge G, Schmidt T, et al. *Cash transfers: what does the evidence say? A rigorous review of programme impact and of the role of design and implementation features.* London: Overseas Development Institute;2016.
9. Evans DK, Popova A. *Cash Transfers and Temptation Goods: a Review of Global Evidence.* The World Bank Policy Research Working Paper, May 2014.
10. Garcia M, Moore C. *The Cash Dividend - The Rise of Cash Transfer Programs in Sub-Saharan Africa.* Washington, DC: World Bank; 2012.
11. Handa S, Davis B. The experience of conditional cash transfers in Latin America and the Caribbean. *Development Policy Review.* 2006;24:513-36.
12. Hunter BM, Harrison S, Portela A, Bick D. The effects of cash transfers and vouchers on the use and quality of maternity care services: A systematic review. *PLoS ONE.* 2017;12:1-37.
13. Independent Commission for Aid Impact. *The effects of DFID's cash transfer programmes on poverty and vulnerability - An impact review.* ICAI Report. London: ICAI; 2017.
14. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009.

15. Owusu-Addo E, Cross R. The impact of conditional cash transfers on child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int J Public Health*. 2014;59(4):609-18.
16. Sridhar D, Duffield A. A Review of the Impact of Cash Transfer Programmes on Child Nutritional Status and some Implications for Save the Children UK Programmes. London: Save the Children; 2006.
17. De Groot R, Palermo T, Handa S, Ragno LP, Peterman A. Cash Transfers and Child Nutrition: Pathways and Impacts. 2017;35(5):621-43.
18. Owusu-Addo E, Renzaho AMN, Smith BJ. Evaluation of cash transfer programs in sub-Saharan Africa: A methodological review. *Eval Program Plann*. 2018;68:47-56.
19. Groot R, Palermo T, Handa S, Ragno LP, Peterman A. Cash Transfers and Child Nutrition: Pathways and Impacts. *Development Policy Review* 2017;35(5):621-43.
20. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height for age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age, methods and development. Geneva: WHO; 2006.
21. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry - Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization technical report series; Vol 854; Geneva: WHO; 1995.
22. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices - Part I: Definitions. Geneva: WHO; 2008.
23. FAO and FHI 360. Minimum Dietary Diversity for Women: A Guide to Measurement. Rome: FAO; 2016.
24. Coates J, Swindale A, Bilinsky P. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for measurement of food access: indicator guide. Washington, DC: FANTA Project; 2007.
25. Manley J, Gitter S, Slavchevska V. How effective are cash transfer programmes at improving nutritional status? A rapid evidence assessment of programmes' effects on anthropometric outcomes. London: Institute of Education, University of London; 2012.
26. Leroy J, Ruel M, Verhoefstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: A review of evidence using a programme theory framework. *Journal of Development Effectiveness*. 2009;1:103-209.
27. Davis B, Handa S. How much do programmes pay? Transfer size in selected national cash transfer programmes in sub-saharan Africa. Florence: Innocenti Research Brief; 2015.
28. Molyneux M, Jones W, Samuels F. Can Cash Transfer Programmes Have 'Transformative' Effects? *Journal of Development Studies*. 2016;52:1087-98.

29. Bhalla G, Handa S, Angeles G, Seidenfeld D. The effect of cash transfers and household vulnerability on food security in Zimbabwe. *Food Policy* 2018;74:82-99.
30. Seidenfeld D, Handa S, Tembo G. Zambia's Child Grant Program: 24 month impact report. Washington, DC: American Institute for Research; 2013.
31. Chaudhury N, Friedman J, Onishi J. Philippines conditional cash transfer program impact evaluation. Washington, DC: The World Bank; 2013.
32. Tonguet-Papucci A, Hougbe F, Huybregts L, Ait-Aissa M, Altare C, Kolsteren P, et al. Unconditional Seasonal Cash Transfer Increases Intake of High-Nutritional-Value Foods in Young Burkinabe Children: Results of 24-Hour Dietary Recall Surveys within the Moderate Acute Malnutrition Out (MAM'Out) Randomized Controlled Trial. *J Nutr.* 2017;147(7):1418-25.
33. Ruel M. Measuring Infant and Young Child Complementary Feeding Practices: Indicators, Current Practice, and Research Gaps. Nestle Nutr Inst Workshop Series; 2017.
34. Briaux J, Fortin S, Kameli Y, Agboka A, Romedenne M, Boko J, et al. Dissimilarities across age groups in the associations between complementary feeding practices and child growth: Evidence from rural Togo. Unpublished results (submitted to *Maternal and Child Nutrition*).
35. Adato M, Bassett L. Social protection to support vulnerable children and families: The potential of cash transfers to protect education, health and nutrition. *AIDS Care.* 2009;21:60–75.
36. Peterman A, Schwab B, Roy S, Hidobro M, Gilligan D. Measuring Women's Decisionmaking: Indicator Choice and Survey Design Experiments from Cash and Food Transfer Evaluations in Ecuador, Uganda, and Yemen. Washington, DC: IFPRI; 2015.
37. Buller AM, Peterman A, Ranganathan M, Bleile A, Hidrobo M, Heise L. A Mixed-Method Review of Cash Transfers and Intimate Partner Violence in Low- and Middle-Income Countries. *The World Bank Research Observer.* 2018;33:218–58.



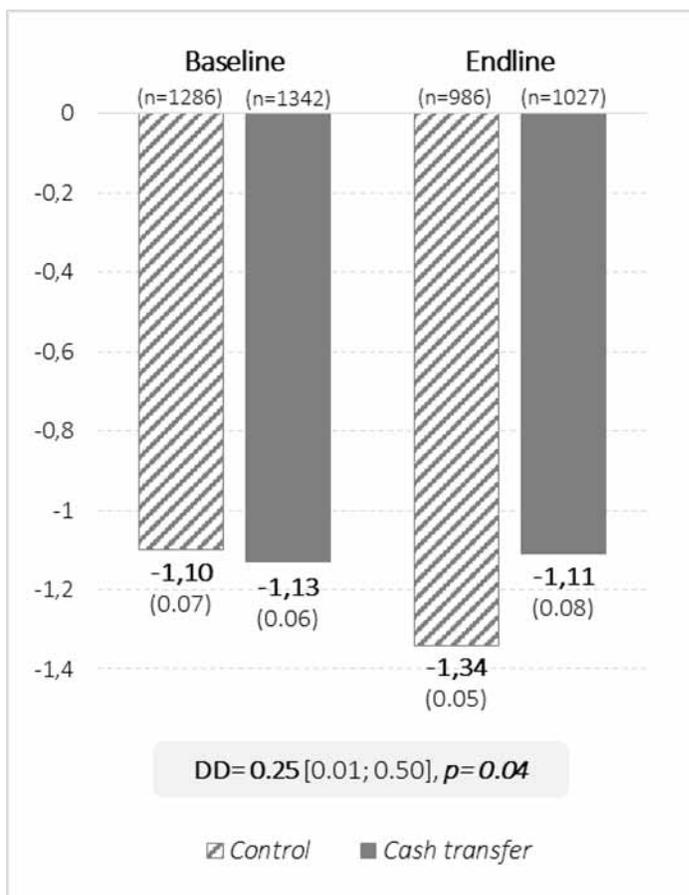
**Figure 1- Flow chart of the study**



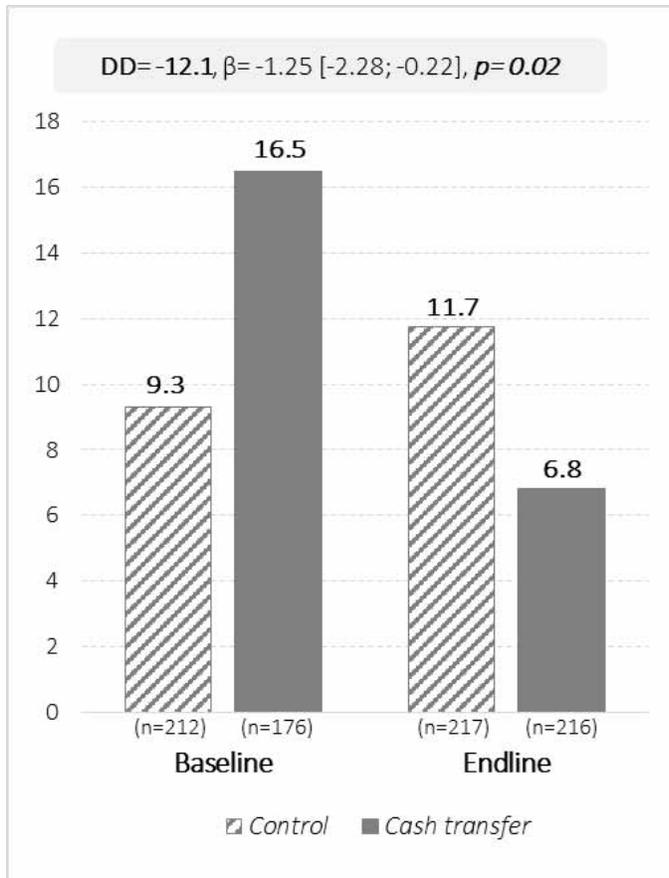
**Figure 2- Theoretical impact pathways of the program**

Table 1 – Description of variables and indicators measuring the enabling environment

	Variables, indicators, scores	Description
WOMEN'S KNOWLEDGE	<b>Global knowledge</b>	Women with poor (0-8 pts), medium (9-12 pts), good (13-25 pts) global knowledge / all women <i>Sum of mother knowledge on breastfeeding, nutrition, child's health, pregnancy and delivery, hygiene, and birth registration (details below)</i>
	Knowledge on breastfeeding	Women with poor (0-3 pts), average (4 pts), good (5-6 pts) knowledge on nutrition / all women <i>The mother knew: that the colostrum should be given to the child right after birth (0-1pt); that six months is the minimum age to introduce liquids other than breastmilk (0-1pt); that a child should be breastfed at minimum until 24 months (0-1 pt); that she should continue to breastfeed his child even if she is sick (0-1 pt); good practices to have enough milk (0-2 pts)</i>
	Knowledge on nutrition	Women with poor (0-2 pts), average (3-4 pts), good (5-8 pts) knowledge on nutrition / all women <i>The mother knew: the timing of introduction of complementary foods (0-1pt); at least one vitamin A - rich food (0-1pt); how to feed a child after illness (0-2 pts); how to encourage a child to eat (0-2 pts); what to do when a child loses weight (0-2 pts)</i>
	Knowledge on child's health	Women with poor (0-1 pts), average (2-3 pts), good (4-7 pts) knowledge on health / all women <i>The mother knew: the timing of the first vaccination (0-1pt); the number of vaccination sessions a child should attend before his first birthday (0-1pt); from what age a child should be supplemented with vitamin A (0-1pt); how to prevent malaria (0-2 pts); what to do in case of childhood diarrhea (0-2 pts)</i>
	Knowledge on pregnancy and delivery	Women with poor (0-2 pts), average (3 pts), good (4-5 pts) knowledge on health / all women <i>The mother knew: that she should attend at least 4 prenatal visits (0-1pt); that the best place to give birth is a health center (0-1pt); why it is important to give birth in health center (0-3 pts)</i>
	Knowledge on hygiene	Women with poor (0-3 pts), average (4-5 pts), good (6-10 pts) knowledge on hygiene / all women <i>The mother knew: when she should wash her hands or those of her child (0-4pt); good practices regarding food hygiene, i.e. food preparation &amp; storage (0-4 pts); how to ensure the safe disposal of human feces (0-2pt)</i>
	Knowledge on birth registration	Women with poor (0pt), average (1 pt), good (2-3 pts) knowledge on hygiene / all women <i>The mother knew: the legal deadline to register her child's birth (45 days) (0-1pt); why it is important to register her child's birth (0-2 pts)</i>
WOMEN'S STATUS	<u>Intra-household decision making</u>	
	Women sole decision	Women with low (0-1 pts), moderate (2-3 pts), high (3-12 pts) decision making power/ all women <i>1 point per item when the woman decided only by herself</i> <i>Twelve items - Who decide: of the food to purchase to feed children; to bring a child to medical follow-up; to seek treatment if a child is sick; to enroll children in school; of the children's education/discipline; if she can use health care services for her own health; to use family planning; to have another child; whether she can work to earn money; how to use her own money; if she can go shopping outside the village; if she can visit her friends/family or travel away.</i>
	<u>Intimate partner violence (IPV) – partnered women only</u>	
	Physical violence	Women who experienced at least once physical violence* from their partner the last 12 mo / all women <i>*Partner's physical violence: he slapped her, pulled her hair or threw something at her that could hurt her</i>
HOUSEHOLD EXPENDITURES	Monthly food expenditures per capita (FCFA)	Monetary value of self-consumption + expenditure on markets
	Monthly non-food expenditures per capita (FCFA)	Rent, bills for water (excluding drinking water), electricity, combustible, phone, transport, health, schooling, clothing, purchase of assets, leisure, tobacco, other expenses.
	Monthly ASF expenditures per capita (FCFA)	Monetary value of self- consumption and purchase of : eggs, dairy products, flesh food
	Total monthly expenditures per capita (FCFA)	Food expenditure + non-food expenditure



**Figure 3 - Program's impact on mean HAZ of children aged 6 -29 months adjusted for child's sex, child's age and district**



**Figure 4- Program's impact on low birth weight of children aged 6-19 months adjusted for child's sex, maternal height and district**

**Table 2 – Comparison of households and mother-infant pairs' basic characteristics by treatment arm at baseline**

	Control	Cash transfer	<i>p</i> of the
	Mean (± SE) or %	Mean (± SE) or %	difference
<b>HOUSEHOLD LEVEL</b>	<b>(n=1123)</b>	<b>(n=1171)</b>	<b>549</b>
<i>Household composition &amp; sociodemographic characteristics</i>			
Household size (number of members)	8.48 (±0.25)	8.13 (±0.13)	0.24
Children aged <6 y	2.68 (0.07)	2.52 (0.06)	0.21
Children aged 6-14 y	2.42 (0.11)	2.32 (0.08)	0.41
Adults (>15 y)	3.38 (0.10)	3.29 (0.04)	0.40
Youth ratio	1.62 (±0.04)	1.57 (±0.04)	0.41
Dependency ratio	1.75 (±0.04)	1.67 (±0.04)	0.14
Gender of Household head (HH) – male	95.3	93.8	0.79
HH religion			0.66
- Animist	60.4	62.2	558
- Muslim	11.0	12.7	
- Christian	19.2	17.1	559
- None	9.5	8.0	
HH primary occupation – Farming	93.1	93.1	0.99
HH education - None	53.7	56.7	0.43
<i>Household socioeconomic characteristics</i>			
Access to improved drinking-water-sources	50.3	55.4	0.44
Access to improved sanitation	3.5	2.6	0.46
Number of rooms in the house	3.46 (0.12)	3.35 (0.06)	0.49
Ownership of farm animals	89.1	87.0	0.33
Total monthly expenditures per capita (FCFA)	10 584 (±349)	10 868 (±419)	0.68
Monthly food expenditures per capita (FCFA)	7 315 (±272)	7 677 (±323)	0.47
Monthly non-food expenditures per capita (FCFA)	2 329 (±96)	2 219 (±106)	0.56
<b>MOTHER-CHILD PAIRS LEVEL</b>	<b>(n=1301)</b>	<b>(n=1357)</b>	
Birth mother	99.0	99.4	0.24
Maternal age in years	29.0 (0.27)	29.0 (0.30)	0.15
Maternal height (cm)	159.5 (0.20)	159.6 (0.18)	0.66
Pregnant women	8.7	9.9	0.38
Maternal education -None	74.4	75.3	0.90
Marital status			0.35
- Monogamous union	42.2	42.6	
- Polygamous union	54.4	52.4	
- Alone (widow, single, divorced/separated)	3.4	5.0	
Child's sex – male	50.3	50.9	0.82
Mean child's age in months	17.4 (0.24)	17.6 (0.19)	0.58

**Table 3 – Program’s impact on intermediate outcomes along the food and health pathways and health and hygiene pathways, adjusted for district**

	BASELINE		ENDLINE		PROGRAM’S IMPACT		
	Control %, mean (SE)	Cash %, mean (SE)	Control %, mean (SE)	Cash %, mean (SE)	$\beta$ 3 [95 %CI]	DD	<i>p</i>
<b>FOOD &amp; NUTRIENTS INTAKE PATHWAY</b>							
<u>Child feeding</u>							
Mean dietary diversity score (DDS7)	(n=1292) 2.76 (0.05)	(n=1352) 2.85 (0.06)	(n=992) 2.75 (0.07)	(n=1024) 2.93 (0.06)	0.09 [-0.17; 0.34]	0.09	0.50
At least 2 types of animal source food	5.84	5.98	5.92	10.18	0.56 [-0.07; 1.20]	4.12	0.08
Optimal breastfeeding initiation*	(n=761) 37.36	(n=754) 35.29	(n=628) 39.16	(n=623) 47.35	0.42 [0.04; 0.81]	10.26	0.03
<u>Maternal nutrition</u>							
Mean dietary diversity score (W-DDS10)	(n=1301) 3.39 (0.04)	(n=1357) 3.41 (0.05)	(n=996) 3.48 (0.06)	(n=1035) 3.64 (0.06)	0.13 [-0.09; 0.36]	0.13	0.23
At least 2 types of animal source food	4.55	4.18	4.46	8.73	0.81 [0.09; 1.53]	4.64	0.03
At least 3 meals on the previous day	83.06	81.91	81.14	86.45	0.47 [0.07; 0.88]	6.46	0.02
<u>Household food insecurity</u>							
- food secure	(n=1123) 7.57	(n=1171) 6.70	(n=841) 8.20	(n=867) 11.06	-0.46 [-0.84; -0.09]	3.73	0.02
- mildly food insecure	4.82	4.33	5.16	6.61		1.94	
- moderately food insecure	21.11	19.61	22.11	25.67		5.06	
- severely food insecure	66.50	69.36	64.53	56.65		-10.74	
<b>HEALTH &amp; HYGIENE PATHWAY</b>							
<u>Child health</u>							
Perceived morbidity since birth - good	(n=1301) 73.40	(n=1357) 72.94	(n=996) 82.14	(n=1035) 86.17	0.32 [-0.01; 0.67]	4.49	0.06
Morbidity – last 15 days	34.88	32.66	26.23	20.47	-0.22 [-0.58; 0.13]	-3.54	0.21
Regular medical follow up since birth	79.58	78.28	91.28	93.04	0.32 [-0.19; 0.84]	3.06	0.22
Supplementation with vitamin A	(n=1275) 87.48	(n=1312) 86.45	(n=982) 80.74	(n=1015) 86.35	0.50 [0.07; 0.94]	6.64	0.02
<u>Maternal antenatal care</u>							
At least 1 antenatal visit	(n=1286) 88.84	(n=1349) 84.97	(n=983) 85.40	(n=1027) 88.22	0.59 [0.17; 1.00]	6.69	0.01
At least 4 antenatal visits	57.98	53.66	49.18	52.14	0.29 [-0.01; 0.60]	7.28	0.06
Stage of pregnancy at first ANC	(n=1173) 4.52 (0.06)	(n=1167) 4.46 (0.05)	(n=890) 4.48(0.06)	(n=964) 4.19 (0.09)	-0.22 [-0.50; 0.06]	-0.22	0.13
Received iron	(n=1254) 94.09	(n=1299) 92.59	(n=947) 91.20	(n=979) 95.00	0.85 [0.30; 1.39]	5.30	0.01
Received tetanus vaccine	(n=1243) 94.14	(n=1296) 91.99	(n=954) 90.77	(n=985) 94.29	0.85 [0.29; 1.42]	5.67	0.00

Received ITP malaria	(n=1242)	(n=1284)	(n=947)	(n=980)			
	90.88	88.34	91.17	95.71	1.04 [0.44; 1.65]	7.08	0.00
Slept under a mosquito net	(n=1284)	(n=1345)	(n=979)	(n=1021)			
	92.63	90.55	89.51	94.08	0.89 [0.43; 1.36]	6.65	0.00
<u>Delivery &amp; postnatal care</u>							
Assisted by a skill birth attendant (SBA)	(n=1286)	(n=1349)	(n=983)	(n=1027)			
	48.71	45.19	48.55	52.61	0.30 [-0.01; 0.61]	7.58	0.06
In a health facility & assisted by a SBA							
	42.96	39.42	42.54	47.76	0.36 [0.04; 0.67]	8.76	0.03
Attended the post-delivery visit							
	87.06	81.07	86.05	91.95	1.07 [0.55; 1.57]	11.89	0.00
Received iron	(n=1219)	(n=1261)	(n=959)	(n=989)			
	75.62	72.13	75.21	80.88	0.51 [0.15; 0.88]	9.16	0.01
Received vitamin A	(n=1268)	(n=1316)	(n=976)	(n=1012)			
	80.42	75.83	74.86	78.62	0.48 [0.06; 0.90]	8.35	0.02
<u>Child, maternal &amp; environmental hygiene</u>							
Child's hands, face & hair clean	(n=1205)	(n=1247)	(n=953)	(n=968)			
	49.51	47.89	62.09	67.45	0.30 [-0.12; 0.72]	6.98	0.16
Mother's hands, face & clothes clean	(n=1301)	(n=1357)	(n=996)	(n=1035)			
	54.22	54.80	64.64	74.20	0.43 [0.03; 0.83]	6.98	0.04
Nor waste, nor animal feces in the yard	(n=1285)	(n=1322)	(n=985)	(n=1017)			
	48.44	51.39	57.45	65.26	0.21 [-0.14; 0.57]	4.86	0.24
Overall hygiene	(n=1193)	(n=1216)	(n=943)	(n=951)			
	25.37	26.98	33.87	44.47	0.36 [0.01; 0.72]	8.99	0.05

\* among the 6-19 months old children only

Table 4-Program's impact on enabling factors/enabling environment adjusted for district

	BASELINE		ENDLINE		PROGRAM'S IMPACT		
	Control %, mean (SE)	Cash %, mean (SE)	Control %, mean (SE)	Cash %, mean (SE)	$\beta$ 3 [95 %CI]	DD	<i>p</i>
<b>ENABLING ENVIRONMENTT</b>							
<i>Women knowledge</i>	(n=1301)	(n=1357)	(n=996)	(n=1035)			
- poor	33.31	36.10	20.03	13.22	0.62 [0.28; 0.96]	-9.60	0.000
- average	36.67	36.41	33.87	28.34		-5.27	
- good	30.01	27.49	46.10	58.44		14.86	
<i>Women status</i>							
Women decision making	(n=828)	(n=851)	(n=736)	(n=786)			
- low	40.00	35.44	34.24	36.05	-0.27 [-0.56; 0.01]	6.37	0.06
- moderate	28.66	28.90	28.87	28.89		-0.22	
- high	31.35	35.67	36.89	35.06		-6.15	
Intimate partner violence (IPV)	(n=912)	(n=958)	(n=778)	(n=831)			
<i>Physical violence</i>	26.94	28.12	21.81	15.11	-0.51 [-1.01; -0.01]	-7.88	0.05
<i>Household monthly per capita expenditures (CFA)</i>							
	(n=1123)	(n=1171)	(n=841)	(n=867)			
Total expenditures	10581 (0.03)	10865 (0.03)	10585 (0.03)	11814 (0.03)	0.09 [-0.02, 0.20]	1012	0.11
Non-food expenditures	2311 (0.04)	2216 (0.04)	1915 (0.05)	2306 (0.05)	0.23 [0.03, 0.42]	486	0.02
Food expenditures	7333 (0.03)	7676 (0.04)	7653 (0.04)	8579 (0.03)	0.07 [-0.05, 0.19]	583	0.25
Market purchase	3421 (0.04)	3462 (0.05)	3187(0.05)	3746 (0.04)	0.15 [0.00, 0.30]	518	0.05
Self-consumption	3256 (0.05)	3536 (0.05)	3628 (0.06)	4234 (0.04)	0.07[-0.11, 0.25]	326	0.43
ASF expenditures	742 (0.11)	765 (0.09)	549 (0.12)	1191 (0.10)	0.74 [0.32, 1.16]	619	0.001

**Table 5- Pathways analysis: mediating effect of intermediate outcomes on program's effect on HAZ, n=4130**

	Program's effect on HAZ			Mediating effect
	DD	[95 %CI]	p	
<b>BASIC MODEL (M<sub>0</sub>)*</b>	<b>0.265</b>	<b>[0.024; 0.507]</b>	<b>0.032</b>	<b>-</b>
<i>Additional variables added to the basic model:</i>				
M <sub>0</sub> + <b>A</b> . Child's consumption of animal source food	0.256	[0.019; 0.493]	0.034	-0.009
M <sub>0</sub> + <b>B</b> . Household food insecurity	0.255	[0.011; 0.499]	0.041	-0.010
<b>M<sub>0</sub> + A + B [= food &amp; nutrients pathway]</b>	<b>0.247</b>	<b>[0.007; 0.486]</b>	<b>0.044</b>	<b>-0.018</b>
M <sub>0</sub> + <b>C</b> . Stage of pregnancy at first antenatal visit	0.259	[0.020; 0.498]	0.034	-0.006
M <sub>0</sub> + <b>D</b> . At least 4 antenatal visit	0.261	[0.021; 0.501]	0.033	-0.004
M <sub>0</sub> + <b>E</b> . Delivery in health facilities	0.271	[0.029; 0.512]	0.028	+0.006
M <sub>0</sub> + <b>F</b> . Postnatal visit	0.276	[0.033; 0.519]	0.026	+0.011
M <sub>0</sub> + <b>G</b> . Maternal hygiene	0.258	[0.018; 0.498]	0.036	-0.007
M <sub>0</sub> + <b>H</b> . Child's perceived morbidity since birth	0.257	[0.012; 0.502]	0.040	-0.008
<b>M<sub>0</sub> + C + D + E + F + G + H [= health &amp; hygiene pathway]</b>	<b>0.259</b>	<b>[0.017; 0.502]</b>	<b>0.036</b>	<b>-0.006</b>
<b>M<sub>0</sub> + I</b> . Household's monthly per capita total expenditures [= enabling environment]	<b>0.255</b>	<b>[0.013; 0.496]</b>	<b>0.039</b>	<b>-0.010</b>
<b>FULL MODEL (M<sub>1</sub>) = M<sub>0</sub> + A + B + C + D + E + F + G + H + I</b>	<b>0.238</b>	<b>[-0.003; 0.480]</b>	<b>0.053</b>	<b>-0.027</b>

\* M<sub>0</sub> = β<sub>0</sub> + β<sub>1</sub> phase + β<sub>2</sub> arm + β<sub>3</sub> phase\*arm + β<sub>4</sub> district + β<sub>5</sub> child's age+ β<sub>6</sub> child'

# CHAPITRE VII

## Discussion

---

*« Les petits changements ont de grands effets »*

Esther Duflo & Abhijit V. Banerjee dans *Repenser la pauvreté*

---

# 1. Résumé et interprétation des résultats

Pour juger de l'impact d'un programme, il est tout d'abord nécessaire de porter attention à son fonctionnement de manière à savoir s'il a ou non été mis en œuvre tel qu'initialement prévu. L'évaluation de processus a montré un véritable investissement de la plupart des gestionnaires et opérateurs du programme, mais elle a également fait ressortir un certain nombre de difficultés et retards; notamment de gros retards de paiements liés à un problème d'identification des bénéficiaires. Ces difficultés étaient principalement dues à un montage institutionnel complexe et à un manque de planification des activités. Comme tout programme multisectoriel, le programme de TM impliquait en effet de nombreux acteurs aux logiques et intérêts différents voire divergents ce qui n'en a pas facilité la mise en œuvre. De surcroît, le montage institutionnel retenu ici distinguant gestion opérationnelle et fiduciaire du programme a contribué à complexifier encore davantage la coopération entre les différentes parties prenantes. Le secrétariat technique du PDC était chargé d'assurer la gestion courante du programme, mais c'est le ministère de l'Action Sociale qui était chargé de sa mise en œuvre. Ce dernier s'appuyait sur un système déconcentré performant permettant la mise en œuvre du programme à tous les échelons mais ne disposait pas des moyens financiers correspondant à ses fonctions. Ce montage n'a pas facilité la communication entre les différents gestionnaires et opérateurs du programme, et a parfois amené à transmettre des instructions contradictoires impactant sur la mise en œuvre du programme. Enfin, l'absence de plan opérationnel détaillé a engendré un manque général d'anticipation des opérations et conduit à des improvisations de dernière minute complexifiant encore davantage la réalisation des activités.

Malgré cette mise en œuvre partielle et imparfaite du programme, on observe un certain nombre de résultats intéressants. Les transferts monétaires, tels que mis en œuvre ici et couplés à des causeries socioéducatives et visites à domicile, ont permis d'assurer une meilleure croissance des enfants (en ITT et PP) qui s'est traduite chez les couples mère-enfant ayant effectivement bénéficiés du TM (PP) par un net recul de la prévalence du retard de croissance. La prévalence de petit poids de naissance a également fortement reculée à la fois en ITT et PP. Outre ces résultats sur le statut nutritionnel, les TM ont également eu un impact positif sur un certain nombre d'*outcomes* intermédiaires au niveau ménage comme mère-enfant. Au niveau ménage, ils ont eu des répercussions positives sur la sécurité alimentaire et les dépenses qui ont augmenté chez les bénéficiaires aboutissant notamment au niveau individuel à une consommation accrue de produits d'origine animale (œufs, viande, produits laitiers). Ils ont également permis une plus grande fréquentation des centres de santé (CPN, accouchement) en ITT comme en PP, et ont eu un impact positif sur la morbidité en PP. Les pratiques d'hygiène se sont également améliorées aux mêmes titres que les connaissances des mères en matière de nutrition, santé, hygiène et protection des droits de l'enfant. Les violences conjugales ont également davantage diminué dans le bras *Cash Transfer* comparé au bras *Contrôle*. Enfin, l'enregistrement des naissances, qui n'a pas été présenté au chapitre 6, a augmenté dans le bras *Cash Transfers* et, est resté

relativement stable dans le bras *Contrôle* (en ITT et PP) ( $p < 0,01$ ). Alors que seulement 52 % des enfants du bras *Cash Transfers* disposaient d'un certificat de naissance lors de l'enquête baseline (vu par l'enquêteur), ils étaient 71 % à en avoir un lors de l'enquête endline en ITT, et 76% en PP. En comparaison, dans le groupe contrôle, la proportion d'enfants enregistrés à l'état civil n'a que peu évolué, passant entre les deux enquêtes de 56 % à 58%. Ces résultats sont toutefois à nuancer dans la mesure où de nombreux actes de naissances ont été « falsifiés » par les bénéficiaires des TM. Nous reviendrons sur ce point par la suite.

Plusieurs éléments, tenant à la fois à la conception de l'intervention et à son appropriation par les bénéficiaires, permettent d'expliquer ces différents résultats positifs qui semblent assez inattendus au vu de la courte durée du programme et des nombreux problèmes de mise en œuvre évoqués en début de discussion.

**\*Objectif du programme et ciblage géographique** – Tout d'abord, contrairement à la plupart des programmes de TM, le programme togolais avait un objectif nutritionnel très clair. Il visait avant tout à améliorer l'état nutritionnel des enfants bénéficiaires. Les préfectures sélectionnées pour participer au programme étaient d'ailleurs celles présentant les plus fortes prévalences de retard de croissance et d'émaciation. Par ailleurs, les villages ciblés au sein de chacune de ces préfectures étaient également les plus enclavés et éloignés des centres de santé. Ils bénéficiaient à ce titre d'un autre programme à base communautaire visant lui aussi à assurer le bon état nutritionnel et de santé des enfants à travers une approche à la fois curative et préventive combinant prise en charge des principales maladies de l'enfant et causeries socioéducatives (programme ICCM-Nut). Les chances de constater un impact étaient d'autant plus importantes que ces populations étaient particulièrement vulnérables et bénéficiaient d'interventions combinées.

**\*Ciblage catégoriel basé sur les 1000 jours**- En plus de ce ciblage géographique, le ciblage catégoriel basé sur la fenêtre d'opportunité des 1000 jours a permis de cibler les personnes les plus à risque de malnutrition autrement dit les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans. Comme déjà évoqué dans le premier chapitre, cette fenêtre correspond à la période à laquelle le retard de croissance de l'enfant est encore réversible. Les chances d'observer un impact étaient donc là encore maximisées. L'analyse portant sur les chemins d'impact du programme confirme par ailleurs l'importance de cibler les femmes pendant la grossesse, puisque une grande partie de l'impact observé sur la croissance des enfants semble être passée par une réduction de la prévalence du petit poids de naissance.

**\*Montant du TM**- Nous ne pouvons pas juger du rôle spécifiquement attribuable au montant du TM dans l'impact obtenu ; nous aurions dû pour ce faire distribuer différents montants et comparer les résultats obtenus dans chacun des bras. Toutefois, l'évaluation de processus a montré que le montant choisi représentait une somme non négligeable pour les populations des villages ruraux et enclavés du nord du pays. De manière générale, on considère que pour avoir un impact les transferts monétaires doivent représenter au minimum 20% des dépenses mensuelles totales des ménages avant intervention. Notre TM ne ciblant pas les ménages, nous avons

rapporté son montant aux dépenses mensuelles totales des couples mère-enfant. Il représentait plus du quart, soit 25 à 30% de ces dépenses. Par ailleurs, ce montant s'est avéré suffisant pour engendrer un changement positif chez les bénéficiaires sans toutefois créer de disparités, de conflits, ou d'inflation des prix sur les marchés environnants.

**\*Synergie TM-Causeries** - Contrairement aux TM, la composante « causeries socioéducatives » a bien été mise en œuvre dès le début du programme et les différentes observations ont montré que les agents communautaires respectaient les thématiques et essayaient d'encourager au maximum la prise de parole, les questions et les échanges. La tenue régulière de ces causeries semble avoir contribué à une utilisation du TM en faveur des enfants. Toutefois, nous ne pouvons pas à présent conclure de manière certaine sur l'apport des causeries ; pour ce faire un groupe ne recevant que des TM aurait dû être comparé au groupe TM + causeries. Il n'en reste pas moins que la synergie TM /causeries a été particulièrement appréciée des femmes puisqu'elle leur permettait d'acquérir à la fois les connaissances nécessaires à une bonne prise en charge des enfants et les moyens de les mettre en œuvre.

**\*Utilisation du TM en faveur des enfants** – Enfin, l'évaluation de processus témoigne d'une utilisation des TM centrée sur les besoins de l'enfant. La plupart des femmes se conformaient en effet aux conseils prodigués lors des causeries (achat de nourriture, consultations médicales, actes de naissance) et rares étaient celles qui utilisaient le transfert différemment (élevage, commerce, investissement). Cette utilisation calquée sur les objectifs du programme et sur les conditionnalités souples qui y sont attachées résultait d'un contrôle social très fort exercé par les opérateurs du programme et relayé à la fois par la famille et la communauté. Cette pression était largement due à la nature de l'aide et à sa perception par les populations. Il s'agissait de « l'argent du blanc », perçu sans aucune contrepartie, pour lequel les bénéficiaires se sentaient redevables et dont il fallait « faire bon usage » si l'on voulait continuer d'en bénéficier. Cette utilisation très immédiate du TM couplée à une présence assidue aux causeries socioéducatives a très certainement contribué aux résultats positifs enregistrés par le programme.

Toutefois, le fait d'avoir en partie découragé l'épargne, l'investissement et les activités génératrices de revenu n'a pas permis à certaines bénéficiaires d'envisager sereinement leur sortie du programme et les a parfois encouragés à avoir recours à certaines stratégies néfastes. La sortie du programme était, en effet, une source d'inquiétude pour certaines femmes qui craignaient de « retourner dans leur souffrance » une fois le programme terminé. Certaines envisageaient alors de tomber rapidement enceintes, d'avoir recours au jugement supplétif (leur permettant de changer la date de naissance de leur enfant) ou tout simplement de donner une date de naissance erronée (plus récente que la date réelle) lors de la déclaration de la naissance de leur enfant à l'état civil.

## 2. Limites et forces de l'étude

La principale force de cette étude réside dans son design expérimental ; elle est en effet basée sur un essai randomisé en grappes stratifié par préfecture, qui permet de démontrer des effets attribuables au programme. Cet essai a cependant été mené sur une période de 24 mois, soit une durée relativement courte qui constitue l'une des principales limites de l'étude. Les chances de démontrer un impact sur des indicateurs clés étaient alors réduites. Ce problème a par ailleurs été accentué par les nombreuses difficultés de mise en œuvre du programme qui ont abouti à un taux de couverture des TM très faible. Au moment de l'évaluation d'impact, moins de la moitié des femmes éligibles du groupe *Cash Transfers* avait effectivement reçu au moins une fois un TM, une situation qui a très certainement contribué à masquer ou diluer plusieurs des effets du programme dans les analyses en ITT. La taille conséquente des échantillons enquêtés a toutefois permis de minimiser ces problèmes, de mener des analyses en *per protocol* et, de tirer des conclusions sur plusieurs résultats d'intérêt, allant de l'état nutritionnel de l'enfant aux violences conjugales.

Une autre des forces de cette étude réside en effet dans les nombreuses dimensions évaluées. Plusieurs indicateurs ont été recueillis correspondant aux différentes voies d'impact présumées du programme. Contrairement à certaines études qui se limitent à analyser l'impact des transferts monétaires sur un ou deux indicateurs indépendamment les uns des autres, notre approche, basée sur la théorie des programmes, nous a permis d'identifier les principales voies d'impact des TM menant à une amélioration de l'état nutritionnel de l'enfant, et de formuler ainsi des recommandations pour les futurs programmes (cf. section suivante). Toutefois, dans certains domaines, tels que l'évaluation des connaissances, les pratiques d'hygiène ou le *women empowerment*, nous manquons d'indicateurs standards validés au niveau international. Ceci nous a amené à créer nos propres scores ce qui ne permet pas d'effectuer des comparaisons entre études, ni d'assurer la validité interne comme externe de nos résultats. En outre, même certains indicateurs standards restent des proxies et ne sont pas toujours en mesure de refléter avec précision et exactitude les dimensions qu'ils mesurent. C'est le cas des indicateurs d'alimentation du nourrisson et jeune enfant (ANJE). Comme démontré au chapitre 3, ces indicateurs présentent un certain nombre de limites. Pour être analysés de la manière la plus pertinente possible, ils doivent normalement être décomposés par classes d'âge et combinés avec d'autres indicateurs reflétant par exemple le style d'alimentation, toutefois la taille d'échantillon ne le permet pas toujours. L'absence d'impact sur la diversité alimentaire pourrait également s'expliquer par la nature qualitative de cet indicateur qui ne tient pas compte des quantités consommées. Par ailleurs, la mesure repose sur un rappel de 24h qui ne porte donc que sur la veille de l'enquête et devrait dans l'idéal être répétée sur plusieurs passages. Enfin, une attention particulière devrait également être portée à la répartition intrafamiliale de la nourriture, l'augmentation des dépenses alimentaires ou de la diversité alimentaire du ménage, ne se traduisant pas toujours par une meilleure diversité du régime alimentaire de l'enfant.

Par ailleurs, l'évaluation n'a pas été menée en fin de programme mais alors que ce dernier était toujours en cours, orientant de fait les réponses des enquêtés et amplifiant le biais de désirabilité sociale propre à toute situation d'enquête. Par souci de politesse, par facilité, pour ne pas contrarier ou par peur du jugement les enquêtés ont généralement tendance à répondre ce qu'ils pensent que l'on attend d'eux ou ce qui est jugé socialement désirable. Cette tendance a ici été accentuée par la peur des répercussions qu'une « mauvaise réponse » pourrait avoir vis-à-vis du programme et de la possibilité ou non d'en bénéficier. Les enquêtés ont donc certainement eu tendance à se dire très satisfaites du programme (biais vers le oui, tendance à l'acquiescement) mais aussi à mentir quant à leurs pratiques d'allaitement, d'alimentation et d'hygiène ou sur leurs utilisations présumées du transfert. Ce biais existait à la fois pour l'évaluation d'impact, notamment lors de l'enquête endline mais aussi lors de l'évaluation de processus. Dans un tel contexte, il était parfois difficile pour les enquêteurs de réduire l'artificialité de la situation d'entretien, qu'il s'agisse des entretiens menés auprès des bénéficiaires ou de ceux menés auprès des opérateurs, ces derniers craignant que leur travail ne soit jugé par l'équipe d'évaluation. Pour éviter un tel biais, les objectifs de l'évaluation et le positionnement externe et indépendant des évaluateurs ont été réexpliqués aux opérateurs comme aux populations. Malgré tout, cette tendance à l'acquiescement ne peut être exclue et la présence de l'IRD sur le terrain, nécessaire au bon déroulement de l'enquête, a malheureusement pu contribuer à son renforcement, surtout dans la mesure où pour de nombreuses bénéficiaires le TM était « l'argent du blanc ». Lors de l'enquête baseline, avant même que le programme n'ait commencé, il existait déjà une confusion entre évaluateurs et opérateurs. Certains enquêtés avaient ainsi gardé leur coupon de participation à l'enquête en pensant qu'il s'agissait d'un document attestant de leur statut de bénéficiaires. S'agissant des opérateurs du programme, certains ont parfois eu du mal au début du programme à ne pas se sentir jugés par l'évaluation en cours. Toutefois, l'approche participative adoptée par l'équipe d'évaluation a permis d'impliquer les acteurs dans le processus de l'évaluation et de limiter ce genre de perceptions.

Une autre des forces de cette étude est justement d'avoir offert aux gestionnaires et opérateurs du programme de nombreuses occasions d'apprentissage. Les discussions sur l'utilité des évaluations portent généralement seulement sur l'utilité des résultats. Pourtant, le simple fait de participer à l'évaluation peut en effet contribuer à un processus d'apprentissage organisationnel, les leçons apprises lors de l'évaluation d'un programme pouvant être capitalisées sous forme de « bonnes pratiques » et appliquées à d'autres interventions. Dans le cas présent, l'évaluation a permis aux acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme de développer une pensée plus analytique et de questionner leurs pratiques ; ceci grâce à l'approche participative développée lors des ateliers sur les voies d'impact du programme, et à un processus de *feedback* continu (restitutions, réunions, rapports). Les acteurs nous ont rapportés réfléchir davantage en terme d'objectifs, d'activités et d'indicateurs.

Enfin, l'approche mixte adoptée ici combinant données qualitatives et quantitatives nous a permis d'avoir une compréhension approfondie du programme. Elle nous a non seulement permis d'en mesurer l'impact mais également d'en fournir « le mode d'emploi ». C'est au travers de l'approche qualitative que les principaux effets pervers du programme ont par ailleurs été décelés.

### 3. Conclusion et perspectives

***Peut-on recommander ce type d'intervention ?*** - Comme déjà évoqué dans le premier chapitre, il n'existe pas de solution miracle, pas de « *magic bullet* » comme disent les anglo-saxons, pour lutter contre le retard de croissance. Le problème est complexe et requière une stratégie d'intervention multisectorielle. Les programmes de TM qui impliquent généralement les secteurs de la nutrition, de la santé et de la protection sociale sont justement multisectoriels mais sont de fait plus compliqués à mettre en œuvre que certains programme verticaux ; notamment dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest où la collaboration entre secteurs et ministères n'est pas naturelle et très peu développée. Toutefois, dans la mesure où les interventions spécifiques à la nutrition, plus simples à mettre en œuvre, ne peuvent à elle seules lutter efficacement contre le retard de croissance, la complexité ne devrait pas être un frein. Aux vues des résultats encourageant obtenus après seulement 22 mois de programme, ce type d'intervention reste parmi celles à promouvoir et prioriser pour prévenir le retard de croissance de l'enfant. Toutefois, afin d'en optimiser l'impact et d'en minimiser les effets pervers, un certain nombre d'éléments devraient être pris en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des futurs programmes de TM.

***\*Ciblage et composantes du programme\****– Au vu des résultats il semble primordial de cibler la période des 1000 jours. Comme déjà évoqué, une partie importante de l'impact sur la croissance des enfants est passé par une diminution de la proportion des petits poids de naissance. Parmi les autres chemins d'impact, on trouvait le chemin alimentation et le chemin santé/hygiène. Une partie de l'impact observé sur la croissance de l'enfant est en effet aussi passé par une augmentation de la fréquentation des centres de santé, et notamment par un meilleur suivi prénatal réaffirmant là encore la nécessité de cibler les femmes dès la grossesse. Un lien avec les systèmes de santé devrait être établi de manière plus ou moins systématique lors des futurs programmes en veillant toutefois à renforcer leurs capacités. Certains opposent parfois politique de l'offre et de la demande, invoquant l'amélioration des infrastructures au détriment des transferts monétaires. Ces deux approches ne devraient pas être antagonistes mais complémentaires ! Par exemple, l'amélioration des infrastructures sanitaires, de la qualité des soins, de la formation des équipes médicales et de l'équipement des centres de santé est primordiale, toutefois si les populations n'ont pas les moyens financiers d'accéder à ces centres de santé, l'intérêt n'est que très limité. Par ailleurs, l'amélioration des infrastructures sanitaires, ne permettra pas à une mère d'acheter du savon ou des aliments à haute valeur nutritive pour laver et nourrir au mieux son enfant. L'intérêt des transferts monétaires réside en effet dans leur

nature fongible ; ils permettent ainsi de répondre au mieux aux besoins des bénéficiaires qui sont les mieux placés pour les évaluer.

S'agissant du chemin alimentation, les deux éléments importants sont l'augmentation de la sécurité alimentaire du ménage et la consommation accrue d'aliments d'origine animale. Cette dernière devrait donc être encouragée, notamment aux travers de causeries socioéducatives portant en particulier sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et jeune enfant. L'apport des mesures accompagnatrices est de plus en plus reconnu et l'accent est aujourd'hui mis sur les programmes dit *cash Plus*. Toutefois, un juste milieu devra être trouvé entre encouragement, motivation et trop forte pression. Même si l'utilisation très immédiate du TM en faveur de l'enfant semble avoir contribué à l'impact du programme togolais, la possibilité pour les femmes d'épargner ou d'initier une activité génératrice de revenus devrait également être étudiée pour que les effets des TM puissent perdurer au-delà du programme. Dans ce cas, il est essentiel d'accompagner les femmes et leur ménage dans leur démarche en mettant en place des conseils sur l'économie familiale et la gestion d'un budget. Enfin, lors des futurs programmes, il semble également important de distribuer un montant correspondant à au moins un quart des dépenses mensuelles totales des couples mère-enfants ciblés.

**\*Effets pervers** – Comme déjà évoqué, le ciblage basé sur les 1000 jours présente un risque d'encouragement des naissances qui devrait être considéré dès la conception de ce genre d'intervention. Plusieurs actions devraient en effet être mises en place en parallèle de ce type de programmes ciblant les 1000 jours : sensibilisation des femmes mais aussi des maris, incitation à suivre le planning familial et renforcement de ce dernier en parallèle. Dans le cas du programme togolais, le planning familial n'était réalisé qu'au centre de santé, il aurait pu, pour plus de couverture et d'efficacité, également être relayé par les ASC lors de leurs visites à domicile et causeries. Par ailleurs, le fait d'avoir deux naissances rapprochées aurait pu devenir un critère de non éligibilité. Afin de prévenir une potentielle hausse de la natalité, les futurs programmes de TM ciblant les 1000 jours pourraient envisager l'instauration d'un délai minimum à respecter entre deux naissances pour pouvoir continuer de bénéficier des transferts. Par ailleurs, le ciblage basé sur les 1000 jours nécessite également de connaître l'âge des enfants or, la détermination des âges pose souvent problème en Afrique, permettant ainsi un certain nombre de « fraudes ». Un système de contrôle devrait notamment être établi pour lutter contre la « falsification » des actes de naissance. L'acte de naissance ne devrait pouvoir se faire qu'en présence de l'enfant concerné. Les jugements supplétifs visant à revoir à la baisse l'âge d'un enfant, une pratique encore courante dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, ne devraient pas être considérés lors de l'identification des bénéficiaires. Des vérifications devraient également être réalisées en confrontant actes de naissance et carnet de santé de l'enfant (notamment dates des premières vaccinations ou date d'accouchement si accouchement en centre de santé). Les futurs programmes pourraient également débuter en ne considérant que les femmes enceintes et en excluant les enfants déjà nés. Ils éviteraient ainsi les problèmes liés à la détermination des âges et maximiseraient leur impact en ciblant tous les enfants dès la grossesse de la mère.

**\* Montage institutionnel-** Le montage institutionnel complexe inhérent à ce type de programmes multisectoriels devrait être anticipé et le rôle de chacune des entités impliquées très clairement défini et consigné de manière précise et détaillée dans un cahier des charges (tâches et budgets incombant à chacun). Dans la mesure du possible, il serait préférable de ne pas dissocier la gestion opérationnelle du programme de sa gestion fiduciaire. Chacune des parties prenantes devrait être responsable de la mise en œuvre des activités qui lui incombent et de la gestion du budget correspondant à cette mission.

Un cadre logique complet accompagné d'un plan d'activités opérationnelles (PAO) devrait être élaboré au moment de la conception de l'intervention. Ce PAO permettrait de planifier les activités, et de prévoir à l'avance les ressources humaines et matérielles nécessaires à la réalisation des différentes activités du programme. Il devrait découler d'un cadre logique déclinant les objectifs de l'intervention en résultats attendus auxquels devraient être associés une série d'indicateurs objectivement vérifiables, ce qui faciliterait par ailleurs le suivi-évaluation du programme. Ce dernier devrait débuter dès le commencement de l'intervention. Un certain nombre d'indicateurs de suivi devraient être définis et suivis chaque mois de manière à favoriser la redevabilité et l'implication des acteurs.

Les futurs programmes devraient également veiller à ce que tous les acteurs, à tous les niveaux, se sentent impliqués dans la bonne mise en œuvre du programme. Cette implication devrait notamment passer par la participation des différents opérateurs à la prise de décision concernant le programme. Dans le cadre du programme togolais, les décisions ont souvent été prises de manière trop unilatérale. De manière générale, les acteurs de terrain n'ont pas été suffisamment consultés ni associés aux décisions et ce malgré une connaissance approfondie du terrain. Cette participation nécessiterait une certaine décentralisation des activités.

**\* Evaluation-** Il est essentiel de continuer à évaluer de manière rigoureuse ce type de programme. Les évaluations d'impact devraient au minimum être accompagnées d'une évaluation de processus. Cette dernière devrait notamment permettre de guider certaines décisions et réajuster l'intervention, si nécessaire. De manière générale, l'évaluation devrait commencer le plus en amont possible et être envisagée comme une discussion entre évaluateurs et évalués.

**\* Pérennisation-** En Afrique de l'Ouest les programmes de TM ont pour l'instant étaient mis en œuvre principalement sous forme de projet pilote, à une échelle relativement petite et pour une durée limitée. Ils ont par ailleurs été essentiellement financés par des donateurs externes avec peu d'implication des gouvernements. Se pose donc la question de la pérennisation de ce type d'intervention. Les gouvernements ont-ils aujourd'hui les capacités et la volonté politique de mettre en œuvre des programmes de TM à l'échelle nationale ?

## Références

1. OMS. Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Geneva; 1995.
2. UNICEF. Malnutrition - UNICEF DATA [Accessed on 2018, Nov 5]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
3. de Onis M, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. *Matern Child Nutr.* 2016;12(Suppl 1):12–26.
4. Development Initiatives. *Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs.* Bristol; Development Initiatives; 2017.
5. Maire B. Les malnutritions aux différents âges de la vie. In: *La nutrition dans un monde globalisé : bilan et perspectives à l'heure des ODD.* Karthala-IRD edition. 2018; p. 50–81.
6. Prendergast AJ, Humphrey JH. The stunting syndrome in developing countries. *Paediatr Int Child Health.* 2014;34(4):250–65.
7. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Matern Child Nutr.* 2013;9(Suppl 2):27–45.
8. Millward DJ. Nutrition, infection and stunting: The roles of deficiencies of individual nutrients and foods, and of inflammation, as determinants of reduced linear growth of children. *Nutrition Research Reviews.* 2017; 30:50–72.
9. Reinhardt K, Fanzo J. Addressing Chronic Malnutrition through Multi-Sectoral, Sustainable Approaches: A Review of the Causes and Consequences. *Front Nutr.* 2014 15;1:1-13.
10. Michaelsen KF, Grummer-Strawn L, Bégin F. Emerging issues in complementary feeding: Global aspects. *Matern Child Nutr.* 2017 Oct 1;13(S2):e12444.
11. Dewey KG, Brown KH. Update on Technical issues concerning Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries and Implications for Intervention Programs. *Food Nutr Bull.* 2003;24(1):5–28.
12. Kang H, Kreuels B, Adjei O, Krumkamp R, May J, Small DS. The causal effect of malaria on stunting: a Mendelian randomization and matching approach. *Int J Epidemiol.* 2013;42(5):1390–8.
13. Briand V, Saal J, Ghafari C, Huynh B-T, Fievet N, Schmiegelow C, et al. Fetal Growth Restriction Is Associated With Malaria in Pregnancy: A Prospective Longitudinal Study in Benin. *J Infect Dis.* 2016;214(3):417–25.
14. Christian P, Lee SE, Donahue Angel M, Adair LS, Arifeen SE, Ashorn P, et al. Risk of childhood undernutrition related to small-for-gestational age and preterm birth in low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol.* 2013;42(5):1340–55.
15. Checkley W, Buckley G, Gilman RH, Assis AM, Guerrant RL, Morris SS, et al. Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. *Int J Epidemiol.* 2008;37(4):816–

- 30.
16. Richard SA, Black RE, Gilman RH, Guerrant RL, Kang G, Lanata CF, et al. Diarrhea in Early Childhood: Short-term Association With Weight and Long-term Association With Length. *Am J Epidemiol.* 2013;178(7):1129–38.
  17. Ngure FM, Humphrey JH, Mbuya MNN, Majo F, Mutasa K, Govha M, et al. Formative research on hygiene behaviors and geophagy among infants and young children and implications of exposure to fecal bacteria. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;89(4):709–16.
  18. Lunn PG, Northrop-Clewes CA, Downes RM. Intestinal permeability, mucosal injury, and growth faltering in Gambian infants. *Lancet.* 1991;338(8772):907–10.
  19. Humphrey JH. Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and handwashing. *Lancet.* 2009;374(9694):1032–5.
  20. Prendergast A, Kelly P. Enteropathies in the developing world: neglected effects on global health. *Am J Trop Med Hyg.* 2012;86(5):756–63.
  21. Mbuya MNN, Humphrey JH. Preventing environmental enteric dysfunction through improved water, sanitation and hygiene: an opportunity for stunting reduction in developing countries. *Matern Child Nutr.* 2016;12(Suppl 1):106–20.
  22. Fewtrell L, Kaufmann RB, Kay D, Enanoria W, Haller L, Colford JM. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2005;5(1):42–52.
  23. Strunz EC, Admiss DG, Stocks ME, Ogden S, Utzinger J, Freeman MC. Water, Sanitation, Hygiene, and Soil-Transmitted Helminth Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2014;11(3):e1001620.
  24. Lin A, Arnold BF, Afreen S, Goto R, Huda TMN, Haque R, et al. Household environmental conditions are associated with enteropathy and impaired growth in rural bangladesh. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;89(1):130–7.
  25. Spears D. How Much International Variation in Child Height Can Sanitation Explain? The World Bank Sustainable Development Network Water and Sanitation Program. Policy Research Working Papers. Washington, DC: The World Bank; 2013.
  26. Fink G, Günther I, Hill K. The effect of water and sanitation on child health: evidence from the demographic and health surveys 1986–2007. *Int J Epidemiol.* 2011 ;40(5):1196–204.
  27. Spears D, Ghosh A, Cumming O. Open Defecation and Childhood Stunting in India: An Ecological Analysis of New Data from 112 Districts. *PLoS One.* 2013;8(9):e73784.
  28. Dangour AD, Watson L, Cumming O, Boisson S, Che Y, Velleman Y, et al. Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices, and their effects on the nutritional status of children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD009382.
  29. Martin-Prével Y. La nutrition à la croisée des chemins. In: La nutrition dans un monde globalisé : bilan et perspectives à l’heure des ODD. Karthala-IRD edition. 2018.
  30. Luby SP, Rahman M, Arnold BF, Unicomb L, Ashraf S, Winch PJ, et al. Effects of water

- quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: A cluster randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*. 2018;302–17.
31. Humphrey JH, Jones AD, Manges A, Mangwadu G, Maluccio JA, Mbuya MNN, et al. The Sanitation Hygiene Infant Nutrition Efficacy (SHINE) Trial: Rationale, Design, and Methods. *Clin Infect Dis*. 2015;61(suppl 7):S685–702.
  32. de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C, et al. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr*. 2012;15(09):1603–10.
  33. Penny ME, Creed-Kanashiro HM, Robert RC, Narro MR, Caulfield LE, Black RE. Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;365(9474):1863–72.
  34. Hackett M, Melgar-Quiñonez H, Alvarez MC. Household food insecurity associated with stunting and underweight among preschool children in Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(6):506–10.
  35. Baig-Ansari N, Rahbar MH, Bhutta ZA, Badruddin SH. Child's Gender and Household Food Insecurity are Associated with Stunting among Young Pakistani Children Residing in Urban Squatter Settlements. *Food Nutr Bull*. 2006;27(2):114–27.
  36. Ali D, Saha KK, Nguyen PH, Diressie MT, Ruel MT, Menon P, et al. Household Food Insecurity Is Associated with Higher Child Undernutrition in Bangladesh, Ethiopia, and Vietnam, but the Effect Is Not Mediated by Child Dietary Diversity. *J Nutr*. 2013;143(12):2015–21.
  37. Sreeramareddy CT, Ramakrishnareddy N, Subramaniam M. Association between household food access insecurity and nutritional status indicators among children aged <5 years in Nepal: results from a national, cross-sectional household survey. *Public Health Nutr*. 2015;18(16):2906–14.
  38. Psaki S, Bhutta ZA, Ahmed T, Ahmed S, Bessong P, Islam M, et al. Household food access and child malnutrition: results from the eight-country MAL-ED study. *Popul Health Metr*. 2012;10(1):24.
  39. Huang K-Y, Abura G, Theise R, Nakigudde J. Parental Depression and Associations with Parenting and Children's Physical and Mental Health in a Sub-Saharan African Setting. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017;48(4):517–27.
  40. Hadley C, Tessema F, Muluneh AT. Household food insecurity and caregiver distress: Equal threats to child nutritional status? *Am J Hum Biol*. 2012;24(2):149–57.
  41. Hurley KM, Surkan PJ, Black MM. Maternal Depression and Child Growth in Developing Countries: A Focus on the Postnatal Period. In: *Handbook of Growth and Growth Monitoring in Health and Disease*. Springer New York; 2012: p.2023–46.
  42. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):91–102.
  43. Martin-Prével Y. « Soins » et nutrition publique. *Cahiers Santé*. 2002;12(1):86–93.

44. Engle P, Lhotská L, Armstrong H. The care initiative: assessment, analysis and action to improve care for nutrition. New York: UNICEF; 1997.
45. Engle PL, Lhotska L. The role of care in programmatic actions for nutrition: Designing programmes involving care. *Food and Nutrition Bulletin*. 1999; 20(1):121–35.
46. Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: evidence from 11 demographic and health surveys. *J Nutr*. 2004;134(10):2579–85.
47. Ruel MT, Menon P. Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: innovative uses of the demographic and health surveys. *J Nutr*. 2002;132(6):1180–7.
48. Marriott BP, White A, Hadden L, Davies JC, Wallingford JC. World Health Organization infant and young child feeding indicators: associations with growth measures in 14 low-income countries. *Matern Child Nutr*. 2012;8(3):354–70.
49. White JM, Bégin F, Kumapley R, Murray C, Krusevec J. Complementary feeding practices: Current global and regional estimates. *Matern Child Nutr*. 2017;13(S2):e12505.
50. Krusevec J, An X, Kumapley R, Bégin F, Frongillo EA. Diet quality and risk of stunting among infants and young children in low- and middle-income countries. *Matern Child Nutr*. 2017;13 Suppl 2(S2):e12430.
51. Bégin F. First foods : Why improving young children’s diets matter. *Matern Child Nutr*. 2017;13:1–9.
52. Jones AD, Ickes SB, Smith LE, Mbuya MNN, Chasekwa B, Heidkamp RA, et al. World Health Organization infant and young child feeding indicators and their associations with child anthropometry: A synthesis of recent findings. *Maternal and Child Nutrition*. 2014; 10:1–17.
53. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 8:CD003517.
54. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krusevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–90.
55. Victora CG, de Onis M, Hallal PC, Blossner M, Shrimpton R. Worldwide Timing of Growth Faltering: Revisiting Implications for Interventions. *Pediatrics*. 2010;125(3):e473–80.
56. Ruel MT. Measuring Infant and Young Child Complementary Feeding Practices: Indicators, Current Practice, and Research Gaps. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2017;87:73–87.
57. Bentley ME, Wasser HM, Creed-Kanashiro HM. Responsive Feeding and Child Undernutrition in Low- and Middle-Income Countries. *J Nutr*. 2011;141(3):502–7.
58. Vazir S, Engle P, Balakrishna N, Griffiths PL, Johnson SL, Creed-Kanashiro H, et al. Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth, and development among rural Indian toddlers. *Matern Child Nutr*. 2013;9(1):99–117.

59. Baye K, Tariku A, Mouquet-Rivier C. Caregiver-infant's feeding behaviours are associated with energy intake of 9-11 month-old infants in rural Ethiopia. *Matern Child Nutr.* 2018;14:e12487–e12487.
60. Gong YY, Cardwell K, Hounsa A, Egal S, Turner PC, Hall AJ, et al. Dietary aflatoxin exposure and impaired growth in young children from Benin and Togo: cross sectional study. *Br Med J.* 2002;325(7354):20–1.
61. Kimanya ME, De Meulenaer B, Van Camp J, Baert K, Kolsteren P. Strategies to reduce exposure of fumonisins from complementary foods in rural Tanzania. *Matern Child Nutr.* 2012;8(4):503–11.
62. Dettwyler KA. Infant feeding in Mali, West Africa: variations in belief and practice. *Soc Sci Med.* 1986;23(7):651–64.
63. Paul KH, Muti M, Khalfan SS, Humphrey JH, Caffarella R, Stoltzfus RJ. Beyond Food Insecurity: How Context Can Improve Complementary Feeding Interventions. *Food Nutr Bull.* 2011;32(3):244–53.
64. Jaffré Y. *Enfances et malnutritions au Nord du Togo : réflexions anthropologiques sur les dimensions sociales de la nutrition dans les régions de Kara et des Savanes.* Éditions Résurgences; 2015.
65. Bezner Kerr R, Dakishoni L, Shumba L, Msachi R, Chirwa M. “We Grandmothers Know Plenty”: Breastfeeding, complementary feeding and the multifaceted role of grandmothers in Malawi. *Soc Sci Med.* 2008;66(5):1095–105.
66. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2013;382(9890):427–51.
67. Iannotti LL, Robles M, Pachón H, Chiarella C. Food Prices and Poverty Negatively Affect Micronutrient Intakes in Guatemala. *J Nutr.* 2012;142(8):1568–76.
68. Vollmer S, Harttgen K, Subramanyam MA, Finlay J, Klasen S, Subramanian S V. Association between economic growth and early childhood undernutrition: evidence from 121 Demographic and Health Surveys from 36 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Heal.* 2014;2(4):e225-34.
69. Cunningham K, Ruel M, Ferguson E, Uauy R. Women's empowerment and child nutritional status in South Asia: a synthesis of the literature. *Matern Child Nutr.* 2015;11(1):1–19.
70. Carlson GJ, Kordas K, Murray-Kolb LE. Associations between women's autonomy and child nutritional status: a review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2015;11(4):452–82.
71. Suglia SF, Enlow MB, Kullowatz A, Wright RJ. Maternal Intimate Partner Violence and Increased Asthma Incidence in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(3):244.
72. Silverman JG, Decker MR, Gupta J, Kapur N, Raj A, Naved RT. Maternal Experiences of Intimate Partner Violence and Child Morbidity in Bangladesh. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(8):700–5.

73. Rico E, Fenn B, Abramsky T, Watts C. Associations between maternal experiences of intimate partner violence and child nutrition and mortality: findings from Demographic and Health Surveys in Egypt, Honduras, Kenya, Malawi and Rwanda. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(4):360–7.
74. Ziaei S, Naved RT, Ekström E-C. Women’s exposure to intimate partner violence and child malnutrition: findings from demographic and health surveys in Bangladesh. *Matern Child Nutr*. 2014;10(3):347–59.
75. Shah PS, Shah J, Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *J Women’s Heal*. 2010;19(11):2017–31.
76. Aizer A. Poverty, Violence, and Health: The Impact of Domestic Violence During Pregnancy on Newborn Health. *J Hum Resour*. 2011;46(3):518–38.
77. Smith LC, Haddad L. Explaining child malnutrition in developing countries: A cross-country analysis. FCND Discussion paper No 60. Washington, DC: IFPRI; 1999.
78. Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, Fawzi WW, et al. Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies. *PLoS One*. 2013;8(5):e64636.
79. Adair LS, Fall CH, Osmond C, Stein AD, Martorell R, Ramirez-Zea M, et al. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *Lancet*. 2013;382(9891):525–34.
80. Özaltın E, Hill K, Subramanian S V. Association of Maternal Stature With Offspring Mortality, Underweight, and Stunting in Low- to Middle-Income Countries. *JAMA*. 2010;303(15):1507.
81. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371(9609):340–57.
82. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007;369(9555):60–70.
83. Addo OY, Stein AD, Fall CH, Gigante DP, Guntupalli AM, Horta BL, et al. Maternal Height and Child Growth Patterns. *J Pediatr*. 2013;163(2):549–554.e1.
84. Subramanian S V., Ackerson LK, Smith GD. Parental BMI and Childhood Undernutrition in India: An Assessment of Intrauterine Influence. *Pediatrics*. 2010;126(3):e663–71.
85. McGovern ME, Krishna A, Aguayo VM, Subramanian S V. A review of the evidence linking child stunting to economic outcomes. *Int J Epidemiol*. 2017;46(4):1171–91.
86. Bégin FBS. Stratégies d’intervention pour la nutrition. In: *La nutrition dans un monde globalisé : bilan et perspectives à l’heure des ODD*. Karthala-IRD edition. 2018: p. 157–84.

87. Leroy JL, Ruel M, Habicht J-P, Frongillo EA. Linear Growth Deficit Continues to Accumulate beyond the First 1000 Days in Low- and Middle-Income Countries: Global Evidence from 51 National Surveys. *J Nutr*. 2014;144(9):1460–6.
88. Martorell R, Zongrone A. Intergenerational Influences on Child Growth and Undernutrition. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2012;26:302–14.
89. Stewart CP, Christian P, LeClerq SC, West KP, Khatry SK. Antenatal supplementation with folic acid + iron + zinc improves linear growth and reduces peripheral adiposity in school-age children in rural Nepal. *Am J Clin Nutr*. 2009;90(1):132–40.
90. Khan AI, Kabir I, Ekström E-C, Åsling-Monemi K, Alam DS, Frongillo EA, et al. Effects of prenatal food and micronutrient supplementation on child growth from birth to 54 months of age: a randomized trial in Bangladesh. *Nutr J*. 2011;10(1):134.
91. Roberfroid D, Huybregts L, Lanou H, Ouedraogo L, Henry M-C, Meda N, et al. Impact of prenatal multiple micronutrients on survival and growth during infancy: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2012;95(4):916–24.
92. Danaei G, Andrews KG, Sudfeld CR, Fink G, McCoy DC, Peet E, et al. Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels. *PLOS Med*. 2016;13(11):e1002164.
93. Mason JB, Shrimpton R, Saldanha LS, Ramakrishnan U, Victora CG, Girard AW, et al. The first 500 days of life: policies to support maternal nutrition. *Glob Health Action*. 2014;7(1):23623.
94. Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DAJM, Hutchinson J, Cade JE, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet*. 2018;391(10132):1830–41.
95. Pronyk PM, Muniz M, Nemser B, Somers M-A, McClellan L, Palm CA, et al. The effect of an integrated multisector model for achieving the Millennium Development Goals and improving child survival in rural sub-Saharan Africa: a non-randomised controlled assessment. *Lancet*. 2012;379(9832):2179–88.
96. Ruel MT, Alderman H. Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *Lancet*. 2013;382(9891):536–51.
97. Owusu-Addo E, Renzaho AMN, Smith BJ. The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2018;33(5):675–96.
98. Handa S, Peterman A, Seidenfeld D, Tembo G. Income Transfers and Maternal Health: Evidence from a National Randomized Social Cash Transfer Program in Zambia. *Heal Econ*. 2016;25(2): 225-236.
99. Glassman A, Duran D, Fleisher L, Singer D, Sturke R, Angeles G, et al. Impact of conditional cash transfers on maternal and newborn health. *J Health Popul Nutr*. 2013;31(4 Suppl 2):48–66.

100. Barber SL, Gertler PJ. Empowering women: how Mexico's conditional cash transfer programme raised prenatal care quality and birth weight. *J Dev Eff.* 2010;2(1):51–73.
101. de Groot R, Palermo T, Handa S, Ragno LP, Peterman A. Cash Transfers and Child Nutrition: Pathways and Impacts. *Dev Policy Rev.* 2017; 35(5):621-643.
102. Renzaho A, Chitekwe S, Chen W, Rijal S, Dhakal T, Chikazaza IR, et al. Impact of a multidimensional child cash grant programme on water, sanitation and hygiene in Nepal. *J Water Sanit Hyg Dev.* 2018;8(3). DOI: 10.2166/washdev.2018.006.
103. Leroy JL, Ruel M, Verhofstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *J Dev Eff.* 2009;1(2):103–29.
104. Adato M, Bassett L. Social protection to support vulnerable children and families: the potential of cash transfers to protect education, health and nutrition. *AIDS Care.* 2009;21(sup1):60–75.
105. Tiwari S, Daidone S, Ruvalcaba MA, Prifti E, Handa S, Davis B, et al. Impact of cash transfer programs on food security and nutrition in sub-Saharan Africa: A cross-country analysis. *Glob Food Sec.* 2016;11:72–83.
106. Fernald LCH, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet.* 2008;371(9615):828–37.
107. Leroy JL, García-Guerra A, García R, Dominguez C, Rivera J, Neufeld LM. The Oportunidades Program Increases the Linear Growth of Children Enrolled at Young Ages in Urban Mexico. *J Nutr.* 2008;138(4):793–8.
108. Macours K, Schady N, Vakis R. Cash Transfers, Behavioral Changes, and Cognitive Development in Early Childhood: Evidence from a Randomized Experiment. *Am Econ J Appl Econ.* 2012;4(2):247–73.
109. Maluccio JA, Flores R. Impact evaluation of a conditional cash transfer program: the Nicaraguan Red de Protección Social. FCND Discussion Paper No 184. Washington, DC: IFPRI; 2005.
110. The World Bank. Philippines conditional cash transfer program : impact evaluation 2012. Report Number 75533-PH. Washington, DC: The World Bank; 2013.
111. Ahmed AU, Quisumbing AR, Nasreen M, Hoddinott JF, Bryan E. Comparing Food and Cash Transfers to the Ultra Poor in Bangladesh. IFPRI Research Monograph 163. Washington, DC: IFPRI; 2009.
112. van den Bold M, Quisumbing AR, Gillespie S. Women's Empowerment and Nutrition: An Evidence Review. IFPRI Discussion Research Paper No 01294SSRN; 2013.
113. Vyas S, Watts C. How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low and middle income countries? A systematic review of published evidence. *J Int Dev.* 2009;21(5):577–602.

114. de Brauw A, Gilligan DO, Hoddinott J, Roy S. The Impact of Bolsa Família on Women's Decision-Making Power. *World Dev.* 2014;59:487–504.
115. Bonilla J, Zazur RC, Handa S, Nowlin C, Peterman A, Ring H, et al. Cash for Women's Empowerment? A Mixed-Methods Evaluation of the Government of Zambia's Child Grant Program. *World Dev.* 2017;95:55–72.
116. Peterman, Amber; Schwab, Benjamin; Roy, Shalini; Hidrobo, Melissa; Gilligan D. Measuring women's decisionmaking: Indicator choice and survey design experiments from cash and food transfer evaluations in Ecuador, Uganda, and Yemen. IFPRI Discussion Paper No 01453. Washington, DC: IFPRI; 2015.
117. Buller AM, Peterman A, Ranganathan M, Bleile A, Hidrobo M, Heise L. A Mixed-Method Review of Cash Transfers and Intimate Partner Violence in Low- and Middle-Income Countries. *World Bank Res Obs.* 2018;33(2):218–58.
118. Hidrobo M, Fernald L. Cash transfers and domestic violence. *J Health Econ.* 2013;32(1):304–19.
119. Natali L, Handa S, Peterman A, Seidenfeld D, Tembo G. Does money buy happiness? Evidence from an unconditional cash transfer in Zambia. *Popul Heal.* 2018;4:225–35.
120. de Groot R, Palermo T, Handa S, Ragno LP, Peterman A. Cash Transfers and Child Nutrition: What We Know and What We Need to Know. Innocenti Working Paper No 2015-07. Florence: UNICEF Office of Research; 2015.
121. Amarante V, Manacorda M, Miguel E, Vigorito A. Do Cash Transfers Improve Birth Outcomes? Evidence from Matched Vital Statistics, and Program and Social Security Data. *Am Econ J Econ Policy.* 2016;8(2):1–43.
122. Duflo E. Grandmothers and Grandaughters: Old Age Pension and Intra-Household Allocation in South Africa. NBER Working paper series 8061. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2000.
123. Manley J, Slavchevska V. Are Cash Transfers the answer for children in Sub-Saharan Africa? A Literature Review. [Working Papers](#) 2016-12. Towson University, Department of Economics; 2016.
124. Manley J, Gitter S, Slavchevska V. How Effective are Cash Transfers at Improving Nutritional Status? *World Dev.* 2013;48:133–55.
125. Alderman H. Can Transfer Programs be Made More Nutrition Sensitive? IFPRI Discussion Paper 01342. Washington, DC: IFPRI; 2014.
126. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. *Evaluation - A systematic approach*, Seventh edition. Sage publications; 2004: 470 p.
127. Rogers PJ, Petrosino A, Huebner TA, Hacsí TA. Program theory evaluation: Practice, promise, and problems. *New Dir Eval.* 2000;2000(87):5–13.

## Annexe 1 – Valorisation scientifique

### Articles in peer reviewed international journals

Briaux J, Fortin S, Kameli Y, Agboka Y, Romedenne M, Boko J, Martin-Prevel Y, Becquet R, Savy M: **Dissimilarities across age groups in the associations between complementary feeding practices and child growth: Evidence from rural Togo**. Submitted to *Maternal & Child Nutrition* in October 2018 [manuscript ID: MCN-10-18-OA-3491]

### International conferences

#### *Oral presentations*

Briaux J, Seye S, Fall A, Becquet R, Martin-Prével Y, Savy M: **Evaluation de processus d'un programme de transferts monétaires au Togo: Appropriation par les bénéficiaires**. 7ème Congrès International d'Epidémiologie ADEL-EPITER: 7-9 septembre 2016; Rennes, France [Abstract published in *Rev Epidemiol Sante Publique* 2016] [doi: <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.06.059>]

Briaux J, Carles S, Kameli Y, Fortin S, Rollet P, Becquet R, Martin-Prével Y, Savy M: **Impact of a cash transfer program targeting the "1000 days period" on low birth weight and growth retardation: a cluster randomized trial in Togo**. IUNS 21st International Congress of Nutrition: 15-20 october 2017; Buenos Aires, Argentine. [Abstract Published in: *Annals of Nutrition and Metabolism* 2017]

[doi: <https://doi.org/10.1159/000480486>]

#### *Posters*

Briaux J, Seye M, Perrotin G, Douiti M, Fall A, Becquet R, Martin-Prével Y, Savy M : **Process evaluation of a cash transfer program in rural Togo : an opportunity for operational troubleshooting**. 12th European Nutrition Conference - FENS 2015: 20-23 October 2015; Berlin, Germany; [Abstract Published in: *Annals of Nutrition and Metabolism* 2015, 67:475] [doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000440895>]

Savy M, Briaux J, Seye M, Perrotin G, Douiti M, Fall A, Becquet R, Martin-Prével Y: **The Program Impact Pathways Analysis: a key step for successful process evaluation**. 12th European Nutrition Conference - FENS 2015: 20-23 October 2015; Berlin, Germany; [Abstract Published in: *Annals of Nutrition and Metabolism* 2015, 67:461] [doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000440895>]

Briaux J, Seye M, Carles S, Kameli Y, Fortin S, Rollet P, Martin-Prével Y, Becquet R, Savy M: **Assessing beneficiaries' appropriation of a multifaceted cash transfer program in Northern Togo through comprehensive mixed methods**. IUNS 21st International Congress of

Nutrition: 15-20 october 2017; Buenos Aires, Argentine [Abstract Published in: Annals of Nutrition and Metabolism 2017]

[doi: <https://doi.org/10.1159/000480486>]

Briaux J, Carles S, Fortin S, Kameli Y, Adubra L, Romedenne M, Mukantambara F, Gboko J, Agboka A, Becquet R, Martin-Prevel Y, Savy M: **Impact of a cash transfer program targeting the first 1,000 days on maternal outcomes: a cluster randomized trial in Togo**. Nutrition 2018: June 9-12 2018; Boston, Massachusetts.

### Presentations in international workshops

Carles S, Briaux J, Fortin S, Kameli Y, Martin-Prével Y, Savy M: **Evaluation d'impact d'un programme pilote de transferts monétaires au Togo**. REFANI workshop on strategies for maximizing nutritional impact in West Africa: 5 avril 2017; Dakar, Senegal.[Report of the workshop available at:

[http://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/REFANI\\_Meeting\\_Report\\_-\\_Strategies\\_for\\_Maximising\\_Nutritional\\_Impact\\_in\\_West\\_Africa.pdf](http://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/REFANI_Meeting_Report_-_Strategies_for_Maximising_Nutritional_Impact_in_West_Africa.pdf)]

Briaux J, Carles S, Fortin S, Kameli Y, Martin-Prével Y, Savy M: **Evaluation d'impact et de processus d'un programme de transferts monétaires au Togo**. UNICEF West and Central Africa Regional Child Survival and Development Network meeting. WCAR CSD meeting 2017: 24-27 avril 2017; Saly, Senegal

### Reports

Briaux J, Fortin S, Kameli Y, Martin-Prével Y, Savy M: **Etude de base pour l'évaluation d'impact du programme Transferts Monétaires au Togo**. IRD (Institut de Recherche pour le Développement); 2015:126.

Briaux J, Douiti M, Perrotin G, Savy M, Seye M: **Evaluation de processus du programme de transferts monétaires au Togo. Compte-rendu des ateliers de construction du schéma des voies d'impact du programme (Program Impact Pathways Analysis)**. IRD (Institut de Recherche pour le Développement); 2015:25.

Briaux J, Seye M, Kameli Y, Perrotin G, Martin-Prével Y, Savy M: **Evaluation de processus du programme de transferts monétaires au nord Togo. Mise en œuvre, appropriation et impact social de l'intervention**. IRD (Institut de Recherche pour le Développement); 2016:139.

Briaux J, Carles S, Fortin S, Renk A, Kameli Y, Adubra L, Rollet P, Martin-Prével Y, Savy M: **Evaluation d'impact et analyse de coûts du programme de transferts monétaires**. IRD (Institut de Recherche pour le Développement); 2017:186.

[Evaluation report available at : [https://www.unicef.org/evaldatabase/index\\_102729.html](https://www.unicef.org/evaldatabase/index_102729.html)]

**Justification et objectifs** - En 2014, le gouvernement du Togo a mis en place dans le nord du pays un programme pilote de transferts monétaires (TM) qui consistait à distribuer 8,40 USD/mois aux femmes pendant la période des « 1000 jours » (de la conception jusqu'aux deux ans de l'enfant), combiné à des activités de communication pour le changement de comportement (CCC). Nous avons mené une évaluation de processus et d'impact afin de savoir si ce programme pouvait améliorer la croissance des enfants, et en vue de documenter ses mécanismes d'action.

**Méthodologie** - Le schéma d'évaluation reposait sur une approche mixte, combinant méthodes quantitatives et qualitatives. L'impact a été évalué par un essai contrôlé randomisé en grappes, dans lequel 162 villages ont été aléatoirement alloués à un groupe intervention (TM + CCC) ou à un groupe contrôle (CCC). Dans chaque village, des échantillons représentatifs de couples mère-enfant (âgés de 6-29 mois) ont été enquêtés avant intervention (baseline, n=2658) et deux ans plus tard (endline, n=2031). La méthode de la double différence a été utilisée pour déterminer l'impact en intention-de-traiter sur les indicateurs primaires suivants : croissance linéaire (indice taille-pour-âge, HAZ), retard de croissance (HAZ<-2 écart-type) et petit poids de naissance (poids de naissance<2500g) ; ainsi que sur des indicateurs secondaires : sécurité alimentaire du ménage, alimentation, santé et accès aux soins de la mère et de l'enfant, hygiène, connaissances et autonomie des mères. Le fonctionnement du programme ainsi que son appropriation et utilisation par les bénéficiaires ont été évalués à l'aide de 189 entretiens semi-directifs et 30 *focus group* menés auprès des acteurs du programme, des femmes bénéficiaires et non-bénéficiaires. Des observations non participantes (n=40) des activités du programme ont également été menées. Une analyse thématique a été réalisée.

**Résultats** - Le programme a connu d'importants problèmes de mise en œuvre, en raison de son caractère multisectoriel et de la complexité institutionnelle qui en découlait. Malgré cela, le programme a eu un impact positif sur la croissance des jeunes enfants, sur le retard de croissance et sur la prévalence du petit poids de naissance. L'impact sur le HAZ passait principalement par une diminution de la proportion des petits poids de naissance, ainsi que par deux voies d'impact : la voie « alimentation » (via la sécurité alimentaire du ménage et la consommation de produits d'origine animale par l'enfant) et la voie « santé » (via l'accès aux soins pré et postnatal et hygiène maternelle). Les femmes déclaraient utiliser le TM en faveur de l'enfant, grâce à une forte mobilisation et pression de la communauté. Elles étaient satisfaites de l'intervention qui leur permettait d'acquérir des connaissances puis de les mettre en pratique grâce au TM. Des effets inattendus négatifs ont été soulevés, tels que l'encouragement des naissances et la falsification des actes de naissance.

**Conclusions** - Cette étude témoigne du potentiel des programmes de TM ciblant les « 1000 jours » pour lutter contre la malnutrition et ses causes sous-jacentes. Elle a également identifié certains mécanismes d'action permettant d'orienter les interventions futures.

**Mots-clés** - Transferts monétaires, 1000 jours, évaluation d'impact, processus, retard de croissance, Afrique de l'Ouest.

---

**Rationale and objectives** - In 2014, the Government of Togo implemented a cash transfer (CT) pilot program in the north of the country, which delivered 8.40 USD / month to women during the "1000 days" period (from conception to the age of two), combined with behavior change communication (BCC) activities. We conducted a process and impact evaluation to assess whether this program could improve child growth, and to document the mechanisms of action.

**Methods** - The evaluation scheme was based on a mixed approach, combining quantitative and qualitative methods. The impact was assessed by a cluster randomized controlled trial, in which 162 villages were randomly allocated to either an intervention (TM + CCC) or a control group (CCC). In each village, representative samples of mother-child pairs (aged 6-29 months) were surveyed before intervention (baseline, n = 2658) and two years later (endline, n = 2031). The difference-in-differences method was used to determine impact in intention-to-treat on the following primary outcomes: linear growth (Height-for-Age, HAZ), growth retardation (HAZ <-2 SD) and low birth weight (birth weight <2500g); as well as on secondary outcomes: household food security, maternal and child food consumption, morbidity and access to healthcare, hygiene, women knowledge and empowerment. The program implementation, as well as its appropriation and utilization by the beneficiaries were evaluated through 189 semi-structured interviews and 30 focus groups among the program's actors, women beneficiaries and non-beneficiaries. Non-participant observations (n = 40) of the program activities were also conducted. A thematic analysis was performed.

**Results** - The program encountered significant implementation challenges, mainly due to its multi-sectoral nature and institutional complexity. The program showed a positive impact on linear growth, stunting and low birth weight. The impact on HAZ was mediated by a decrease in the proportion of low birth weight, and by two pathways: the "food" pathway (through household food security and the consumption of animal source foods) and the "health" pathway (through the access to ante and post-natal care and maternal hygiene). The women reported using the CT for the child, because of strong mobilization and pressure from the community. They were satisfied with the intervention that allowed them to achieve knowledge and put it into practice using the CT. Unexpected negative effects have been pointed out, including birth encouragement and falsification of birth certificates.

**Conclusions** - This study demonstrates the potential of CT programs targeting the "1000 days" to tackle malnutrition and its underlying causes. It has also identified impact pathways for future intervention guidance.

**Key words:** Cash transfers, 1000 days, impact evaluation, process, stunting, West Africa.