



@ Elise Blanchard pour Action contre la Faim

ÉTAT DES CONNAISSANCES 2024

PRÉVENIR L'ÉMACIATION ET GÉRER LA MALNUTRITION AIGUË MODÉRÉE VIA DES TRANSFERTS MONÉTAIRES ALIMENTAIRES



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**ACTION
CONTRE
LA FAIM**

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les membres du Comité de pilotage (membres des équipes Santé et nutrition, Sécurité alimentaire et moyens de subsistance, et Assistance en espèces et en bons d'achat d'Action contre la Faim France, États-Unis et Espagne, et membres du Global Nutrition Cluster) ainsi que les représentants du gouvernement américain pour leur contribution technique à la définition du périmètre de cette analyse.

Nous tenons à souligner l'importante contribution de Dikoda, qui a dirigé la conception de l'étude, la collecte des données, leur analyse et la synthèse des résultats. Nous remercions également les informateurs clés et les participants aux groupes de discussion qui ont généreusement partagé leur temps et leurs points de vue.

Cette analyse a été rendue possible grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), dans le cadre de l'accord de coopération n° 7200AA23CA00015. Son contenu relève de la responsabilité d'Action contre la Faim et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

AVANT-PROPOS

Ce document est une **version concise et simplifiée** d'un rapport complet, fondée sur une **analyse approfondie des données probantes concernant l'impact positif de l'aide en transferts monétaires sur l'accès aux aliments nutritifs disponibles localement, afin de prévenir la malnutrition aiguë modérée et de soutenir la prise en charge de cette dernière**. Il offre une vue d'ensemble destinée principalement aux **partenaires techniques d'Action contre la Faim** et ne présente donc pas l'analyse détaillée du rapport complet.

Une **version plus longue et détaillée** – présentant la méthodologie complète, les résultats, des analyses approfondies et les références – est disponible **sur demande uniquement**. Les partenaires scientifiques ou toute partie prenante souhaitant une compréhension approfondie des données probantes et des détails méthodologiques peuvent demander l'accès à la version complète auprès de l'équipe d'Action contre la Faim.

Contactez-nous : <https://www.knowledgeagainsthunger.org/about-us/>



LISTE DES ACRONYMES

CCSC	(Communication sur le) Changement social et comportemental
CCT	Conditional Cash Transfer / Transfert de fonds conditionnel
CVA	Cash and Voucher Assistance / Transferts Monétaires
FFEA	Femmes et filles enceintes et allaitantes
FFV	Fresh Food Vouchers / Bons d'achat pour produits frais
GNC	Global Nutrition Cluster / Cluster mondial de la nutrition
KII	Key Informant Interview / Entretien avec un informateur clé
LBW	Low Birth Weight / Faible poids à la naissance
MAD	Minimum Acceptable Diet / Régime alimentaire minimal acceptable
MAM	Moderate Acute Malnutrition / Malnutrition aiguë modérée
MDD-C	Minimum Diet Diversity for Children / Diversité alimentaire minimale - Enfants
MDD-W	Minimum Diet Diversity for Women / Diversité alimentaire minimale pour les femmes
PB	Périmètre brachial / Circonférence moyenne du bras
SDAI	Score individuel de diversité alimentaire
SFF	Specially Formulated Food / Aliments spécialement formulés
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
UCT	Unconditional Cash Transfer / Transfert d'argent inconditionnel



@AlexeHuguet pour Action compris la Fam

TABLE DES MATIÈRES

Résumé exécutif	8
Introduction	10
Méthodologie	12
1. PRINCIPAUX RÉSULTATS	16
1.1 Impact du « CVA pour l'alimentation » sur la prévention de la malnutrition aiguë et des risques de retard de croissance et de développement	16
Prévention de l'émaciation et des risques de retard de croissance et de développement chez les enfants de moins de 5 ans	16
Prévention de l'émaciation chez les femmes et filles enceintes et allaitantes (FFEA)	18
1.2 Impact du « CVA pour l'alimentation » sur la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM)	18
1.3 Impact du « CVA pour l'alimentation » sur le faible poids à la naissance et la mortalité infantile	20
Faible poids à la naissance	20
Mortalité infantile	20
1.4 Impact du « CVA pour l'alimentation » sur la diversité alimentaire individuelle	21
Diversité alimentaire individuelle chez les enfants de moins de 5 ans	21
Diversité alimentaire individuelle chez les femmes et les filles enceintes et allaitantes (FFEA)	23
2. CONCLUSIONS	24
3. RECOMMANDATIONS	26
3.1 Lacunes en matière de données probantes et recommandations de recherche	26
Une recherche plus représentative est nécessaire pour comprendre les besoins spécifiques des groupes de population et des régions.	26
Comblant le manque de recherches sur la gestion de la malnutrition aiguë modérée par le biais de transferts monétaires alimentaires	27
Accès à une alimentation « locale » et « nutritive » : comment évaluer, que faut-il évaluer ?	28
La modalité de paiement a-t-elle une importance ? Comparaison entre espèces, bons d'achat à valeur marchandise et à valeur monétaire	29
Évaluation de la contribution spécifique du CCSC et d'autres « composants complémentaires »	29
3.2 Recommandations opérationnelles	30
Analyse du contexte et compréhension des voies d'impact	30
Stratégies de ciblage	30
Calendrier et durée des interventions	31
Valeur de transfert et considérations de marché	31
Intégration des composants complémentaires	31
Barrières physiques et technologiques	31
Suivi, évaluation et durabilité	31
Coordination et collaboration multisectorielle	32
Références	33
Annexes	39

GLOSSAIRE DES TERMES CLÉS

TERME CLÉ	DÉFINITION
TRANSFERTS MONÉTAIRES	Ensemble des programmes d'assistance qui prévoient la distribution directe aux bénéficiaires d'un instrument de paiement (argent en espèces ou coupons) sans remboursement. Dans le contexte humanitaire, les bénéficiaires peuvent être des particuliers, des ménages ou des communautés, et non un gouvernement ou d'autres acteurs étatiques. Cela exclut les transferts de fonds d'individu à individu et la microfinance (bien que les institutions de microfinance et de transferts de fonds puissent être utilisées pour les versements). (CALP)
TRANSFERTS CONDITIONNELS/ INCONDITIONNELS (EN ESPÈCES)	Désigne les activités ou obligations préalables qu'un bénéficiaire doit remplir pour recevoir une aide. Les conditions peuvent s'appliquer à tout type de transfert (espèces, bons d'achat, dons en nature, prestations de services) selon la conception et les objectifs de l'intervention. Certaines interventions peuvent exiger des bénéficiaires qu'ils atteignent des résultats convenus (comme l'achat de biens ou de services spécifiques) pour recevoir les tranches suivantes. Par exemple : aller à l'école, construire un abri, participer à des dépistages nutritionnels, exercer une activité professionnelle, suivre une formation, etc. Les programmes « argent contre travail », « biens contre formation » sont des formes de transferts conditionnels . Les transferts inconditionnels sont accordés sans que le bénéficiaire n'ait à entreprendre aucune démarche pour les recevoir, si ce n'est de satisfaire aux critères de ciblage de l'intervention (le ciblage est distinct de la conditionnalité). La conditionnalité se distingue de la restriction (l'utilisation de l'aide) et du ciblage (les critères de sélection des bénéficiaires). (CALP)
COUPON/ BON D'ACHAT	Un bon papier ou électronique échangeable contre une valeur, une quantité et/ou un type de biens ou de services déterminés, exprimé soit en valeur monétaire (par exemple, 15 \$), soit en une gamme prédéterminée de produits (par exemple, des fruits et légumes) ou de services spécifiques (par exemple, un traitement médical), soit en une combinaison de valeur et de produits. Ces bons sont utilisables auprès de vendeurs ou de prestataires de services présélectionnés ou lors de foires organisées par l'organisme de mise en œuvre. (CALP)
COUPON/ BON D'ACHAT À VALEUR MARCHANDISE	Les bons d'achat à valeur marchandise peuvent être utilisés chez les commerçants participants pour se procurer de biens ou de services choisis par les bénéficiaires parmi une liste prédéfinie d'articles/ services de types et de qualités spécifiques. Ils peuvent offrir un certain choix quant aux commerçants et aux lieux de vente. (CALP)
COUPON/ BON D'ACHAT À VALEUR MONÉTAIRE	Un bon d'achat à valeur monétaire peut être utilisé auprès de commerçants participants pour l'achat de biens ou de services d'une valeur équivalente. Les bons d'achat à valeur monétaire offrent une plus grande flexibilité et un choix plus large que les bons d'achat de produits, mais restent néanmoins limités, car ils ne peuvent être utilisés que chez certains commerçants ou prestataires de services. Certains bons d'achat à valeur monétaire peuvent également imposer des restrictions sur la gamme de produits disponibles, exclure certains produits ou avoir une durée de validité (par exemple, une date d'expiration).
(COMMUNICATION SUR LE) CHANGEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENTAL	Auparavant appelée communication sur le changement de comportement (BCC/CCC), la communication pour le changement comportemental et social (SBCC/CCCS) consiste en l'utilisation stratégique des approches de communication pour promouvoir des changements dans les connaissances, les attitudes, les normes, les croyances et les comportements. Les termes CCC et CCCS sont interchangeables et désignent tous deux la coordination des messages et des activités sur différents canaux afin d'atteindre plusieurs niveaux de la société, notamment l'individu, la communauté, les services et les politiques publiques. (Source)
MALNUTRITION AIGUË MODÉRÉE	L'émaciation modérée est définie comme un rapport poids/taille ou poids/longueur compris entre -3 écarts-types et -2 écarts-types (≥ -3 ET à < -2 ET), ou un périmètre brachial compris entre 115 mm et moins de 125 mm (≥ 115 mm à < 125 mm), et en l'absence d'œdème nutritionnel, chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. (OMS)
SPECIALLY FORMULATED FOODS (SFFS)/ALIMENTS SPÉCIALEMENT FORMULÉS	Les aliments spécialement formulés sont définis comme des aliments qui ont été spécifiquement conçus, fabriqués, distribués et utilisés soit à des fins médicales particulières, soit à des fins diététiques particulières, conformément à la définition du Codex Alimentarius. (OMS)

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Compte tenu de l'ampleur de la malnutrition mondiale et du recours croissant aux Transferts Monétaires ou « CVA » pour 'Cash and Voucher Assistance' dans les programmes d'aide, il était essentiel d'évaluer les données probantes afin d'orienter la conception des programmes futurs, d'assurer une allocation efficace des ressources et de soutenir l'élaboration de stratégies adaptées au contexte, susceptibles d'améliorer l'état nutritionnel des populations vulnérables. Cette étude a été menée afin d'évaluer **comment le CVA peut être mis à profit pour prévenir l'émaciation et prendre en charge la malnutrition aiguë modérée (MAM) chez les nourrissons de 0 à 5 mois, les enfants de 6 à 59 mois et les femmes et filles enceintes et allaitantes (FFEA), en améliorant l'accès à des aliments locaux et nutritifs et leur utilisation**, par le biais de ce que nous appelons « la voie alimentaire ». Cette voie contraste avec les voies non alimentaires, telles que l'amélioration de l'accès aux services de santé ou de soins à l'égard des enfants, et se concentre spécifiquement sur les interventions qui permettent l'achat ou la consommation d'aliments riches en nutriments par le biais de mécanismes de marché.

Pour réaliser cette revue, les auteurs ont employé une approche en deux étapes, combinant une analyse documentaire structurée et des consultations auprès d'informateurs clés. L'analyse documentaire s'est appuyée sur le cadre PICO et s'est concentrée sur les populations à risque de MAM ou en voie de guérison, les interventions impliquant des activités de transferts monétaires pour l'accès à l'alimentation, et les résultats liés à l'état nutritionnel et à la diversité alimentaire. Les études portant uniquement sur les résultats liés à l'accès aux services de santé, aux soins à l'égard des enfants, etc. (appelées « voie non alimentaire ») ont été exclues. Sur un total initial de 204 références, 55 études et 7 analyses documentaires ont été sélectionnées selon des critères d'inclusion tels que la pertinence (focus sur la voie alimentaire), la diversité géographique et la langue de publication. Ces études couvraient des contextes humanitaires et de développement. Par ailleurs, six entretiens avec des informateurs clés et deux discussions de groupe ont été menés auprès de praticiens d'ONG internationales et locales et d'agences des Nations Unies. Ces consultations ont permis de combler les lacunes identifiées dans la littérature et ont fourni des informations opérationnelles. Cependant, certaines limites incluent la rareté des études sur la prise en charge de la MAM, le manque de données sur la situation des FFEA et la sous-représentation de certaines régions (Amérique centrale et du Sud, Moyen-Orient et Pacifique).

L'analyse conclut que les transferts monétaires (CVA) peuvent avoir un impact positif sur la prévention de l'émaciation et du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans. Si de nombreuses études font état d'améliorations des indicateurs anthropométriques et de la diversité alimentaire, d'autres n'ont pas permis de constater d'effets positifs. Les données suggèrent que l'efficacité du CVA varie selon la modalité utilisée (argent, bons d'achat ou une combinaison des deux) et selon que des composantes complémentaires, en plus des interventions de changement comportemental et social (CCS), sont incluses. Des données émergentes concernant l'impact des CVA pour l'achat de nourriture sur l'état nutritionnel des FFEA sont disponibles, mais seules quelques études se sont penchées sur ces résultats nutritionnels. De même, le rôle du CVA dans la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) est peu étudié : seules trois études (dont une seule publiée dans une revue scientifique) ont exploré son utilisation dans la prise en charge de la MAM chez les enfants ou dans la prévention des rechutes.

Des données récentes suggèrent que les transferts monétaires conditionnels peuvent réduire l'insuffisance pondérale à la naissance et la mortalité infantile, mais aucune étude n'a évalué l'impact des coupons/bons d'achat sur ces indicateurs. La diversité alimentaire des enfants et des FFEA montrent des résultats positifs plus constants, surtout lorsque les transferts monétaires conditionnels sont associés à la sensibilisation et à d'autres mesures de soutien. Cependant, certaines interventions n'ont pas permis d'obtenir d'effets positifs, ce qui souligne l'importance de la conception du programme et du contexte.

Cette analyse met en lumière plusieurs lacunes dans les données probantes. Les recherches sur les FFEA, en particulier chez les mères adolescentes, et chez les enfants de moins de deux ans, qui constituent des groupes critiques durant la période critique de 1 000 jours, sont insuffisantes. La plupart des études portent sur les enfants de moins de 5 ans et ne ventilent pas les données par tranche d'âge, ce qui limite la compréhension des moments où l'intervention CVA est la plus efficace. Le rôle de cette intervention dans la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée par l'alimentation reste à explorer. Enfin, peu d'études comparent l'efficacité des différentes modalités, et la contribution de la communication sur le changement comportemental et social ainsi que d'autres composantes complémentaires mérite d'être approfondie.

Pour combler ces lacunes, le rapport recommande d'élargir la recherche aux groupes et régions sous-représentés, de mener des analyses par tranche d'âge et d'évaluer l'impact des transferts monétaires sur l'accès aux aliments nutritifs et leur utilisation. Des études comparatives entre les transferts monétaires, les bons d'achat et l'aide en nature et d'autres modalités d'intervention (comme le soutien agricole) sont nécessaires, notamment en situation de crise lorsque cela est possible. Le rapport préconise également d'approfondir l'étude du rôle de la communication sur le changement comportemental et social (CCCS) et d'autres composantes complémentaires, notamment les interventions de santé publique qui améliorent l'accès à des soins complets de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), tels que les services prénatals, l'accouchement assisté par du personnel qualifié et la prise en charge des complications liées à la grossesse, ou encore les interventions garantissant l'accès à l'eau potable.

Les recommandations opérationnelles soulignent la nécessité de stratégies de ciblage adaptées au contexte, d'une harmonisation des interventions avec les cycles saisonniers et de crise, et de valeurs de transfert appropriées fondées sur le coût des régimes alimentaires nutritifs. Les composantes complémentaires doivent être intégrées de manière réfléchie, sur la base d'une analyse contextuelle approfondie permettant de comprendre les mécanismes d'impact, et les obstacles physiques et technologiques à l'accès aux transferts ou aux marchés doivent être pris en compte. Les cadres de suivi et d'évaluation doivent inclure des indicateurs intermédiaires et des mesures individuelles pour mieux appréhender les résultats nutritionnels. La coordination intersectorielle et une communication claire entre les concepteurs des programmes de CVA et les experts en nutrition sont essentielles pour maximiser l'impact.

En conclusion, bien que l'approche du CVA pour l'alimentation soit prometteuse pour améliorer l'état nutritionnel et doive être envisagée pour faciliter l'accès à une alimentation nutritive, son impact potentiel reste largement insuffisamment étudié dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM). Les données actuelles suggèrent qu'il ne s'agit pas d'une solution miracle. Son efficacité dépend du contexte, de la qualité de sa mise en œuvre et de l'intégration de mesures complémentaires. Il est nécessaire de disposer de directives opérationnelles plus claires et de données probantes plus solides sur l'utilisation du CVA pour prévenir la malnutrition aiguë et prendre en charge la MAM par l'alimentation. Cette étude encourage la poursuite des recherches, le perfectionnement et l'évaluation des stratégies de CVA visant à améliorer l'état nutritionnel des populations vulnérables.

INTRODUCTION

Le fardeau mondial de la malnutrition demeure un défi majeur, en particulier pour les populations vulnérables telles que les enfants de moins de cinq ans et les femmes et filles enceintes ou allaitantes (FFEA). On estime qu'à l'échelle mondiale, 150,2 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent actuellement de retard de croissance, 42,8 millions d'émaciation et 35,5 millions de surpoids (UNICEF et al., 2025¹), tandis que plus d'un milliard d'adolescentes et de femmes souffrent d'au moins une forme de malnutrition (UNICEF, 2024), dont quelque 520 millions de femmes âgées de 15 à 49 ans qui souffrent d'anémie (FAO et al., 2024).

Les recommandations de l'OMS de 2023² relatives à la prévention et à la prise en charge de l'émaciation et de l'œdème nutritionnel (malnutrition aiguë) chez les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans soulignent l'importance d'une alimentation locale riche en nutriments pour les nourrissons et les enfants souffrant d'émaciation modérée. Ces recommandations encouragent les interventions préventives, notamment l'accès à une alimentation locale riche en nutriments, et mettent en évidence la nécessité de disposer de données probantes sur l'impact de cette alimentation sur la prévention de l'émaciation. Outre la prévention, les recommandations soulignent également que la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) exige un accès fiable à des aliments riches en nutriments, renforçant ainsi la nécessité de stratégies adaptées au contexte qui soutiennent les approches nutritionnelles préventives et thérapeutiques.

Dans le contexte plus large de l'aide humanitaire mondiale, l'aide en transferts monétaires/cash and vouchers assistance (CVA) s'est imposée comme une intervention essentielle pour prévenir ou soutenir la prévention et la prise en charge³ de la malnutrition aiguë. Bien que le CVA soit prometteur, les données probantes concernant son impact sur les résultats nutritionnels restent limitées et fragmentaires. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre comment le CVA peut améliorer l'accès à des aliments nutritifs et disponibles localement, en particulier pour les enfants et les femmes et les filles enceintes ou allaitantes.

Le CVA a démontré de nombreux avantages, tels que la réduction de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire, l'amélioration de l'accès aux soins de santé et à l'éducation, et la prise en charge des besoins en matière de logement. Il contribue également à l'autonomisation des femmes en renforçant leur contrôle sur les décisions financières et en promouvant l'égalité des sexes. Comparé à l'aide traditionnelle, le CVA est souvent plus rentable et mieux accueilli par les bénéficiaires, car il leur permet de faire des choix en fonction de leurs propres besoins et priorités. De plus, le CVA peut stimuler les économies locales grâce à un effet multiplicateur, l'argent injecté localement générant ainsi une activité économique supplémentaire.

1 <https://data.unicef.org/resources/jme/>

2 Recommandations de l'OMS sur la prévention et la prise en charge de l'émaciation et de la malnutrition œdème (malnutrition aiguë) chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans - <https://www.who.int/publications/i/item/9789240082830>

3 Selon les directives de l'OMS de 2023 relatives à la prévention et à la prise en charge de l'émaciation et de l'œdème nutritionnel (malnutrition aiguë) chez les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans, la supplémentation nutritionnelle (en cas d'émaciation modérée) désigne « les services ambulatoires réguliers permettant aux nourrissons et aux enfants souffrant d'émaciation modérée de recevoir des soins médicaux et une supplémentation nutritionnelle afin d'obtenir une amélioration clinique et anthropométrique, ainsi que leur orientation vers des services de prévention et de soutien appropriés, si nécessaire et possible ». Dans le cadre de cette analyse, le terme « prise en charge de la malnutrition aiguë modérée » sera utilisé.

Il existe trois principaux mécanismes par lesquels le CVA peut influencer la nutrition : en facilitant l'accès direct aux biens et services essentiels ; en augmentant les revenus des ménages grâce à un soutien aux moyens de subsistance, ce qui réduit la pression économique et favorise de meilleurs choix nutritionnels ; et en encourageant les changements de comportement par le biais de transferts conditionnels ou d'un soutien complémentaire (appelé « Cash Plus »). Cependant, l'efficacité de ces mécanismes varie selon le contexte et demeure mal comprise en raison de lacunes dans les données et la conception des programmes.

Pour combler ces lacunes et reconnaissant l'importance des interventions fondées sur des données probantes, Action contre la Faim cherche à **examiner les données probantes existantes relatives à l'utilisation de l'aide en transferts monétaires (CVA) pour influencer les résultats nutritionnels, en particulier en tant qu'intervention visant à améliorer l'accès aux aliments nutritifs locaux et aux aliments spécialement formulés (SFF)**⁴ :

- (i) dans la prévention de l'émaciation et du risque de retard de croissance et de développement chez les FFEA et les enfants en bonne santé de 0 à 59 mois et/ou
- (ii) en complément de l'alimentation des enfants de 6 à 59 mois et des FFEA avec malnutrition aiguë modérée (MAM).

Cette étude a été réalisée en collaboration avec le Global Nutrition Cluster (GNC) afin d'assurer la cohérence des résultats et d'éviter les doublons avec d'autres potentielles études. Ses conclusions visent à aider les acteurs concernés à concevoir des programmes plus efficaces de prévention et de prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et doivent être prises en compte dans le cadre des autres études du GNC pour une approche globale.

⁴ Initialement, l'étude prévoyait de recueillir des données sur l'utilisation du CVA pour obtenir des aliments spécialement formulés disponibles à l'achat sur le marché et non distribués gratuitement dans le cadre d'un programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) ou de la malnutrition aiguë modérée (MAM). Cependant, aucune donnée n'ayant été trouvée, les aliments spécialement formulés ne sont pas inclus dans l'analyse.

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie d'analyse des données probantes comportait deux composantes principales : une revue de la littérature et une consultation d'informateurs clés par le biais d'entretiens et de discussions de groupe.

Revue de littérature

Une **revue de la littérature** a été menée pour identifier, synthétiser et évaluer la littérature existante sur l'utilisation du CVA pour améliorer l'accès et l'utilisation des aliments nutritifs locaux et des SFF afin de prévenir l'émaciation et de gérer la MAM chez les enfants de moins de cinq ans et les FFEA.

Cette analyse a été structurée selon le cadre PICO résumé ci-dessous :

- **Population** : Enfants de 0 à 5 mois, enfants de 6 à 59 mois et FFEA, y compris ceux à risque de MAM, atteints de MAM ou en convalescence post-MAM.
- **Intervention** : CVA pour l'accès à des aliments locaux et nutritifs et à des aliments spécialement formulés pour la prise en charge de la MAM et la prévention de l'émaciation/du retard de croissance et de développement.
- **Comparaison** : Aucune comparaison spécifique n'était requise ; les études n'ont pas été exclues en fonction de la présence ou de l'absence d'un comparateur.
- **Résultats** : comme on s'attendait à ce que les données probantes directes sur l'efficacité des activités de CVA pour améliorer l'accès aux aliments nutritifs locaux et leur utilisation afin de prévenir ou de prendre en charge la malnutrition aiguë modérée (MAM) soient limitées, nous avons examiné des indicateurs situés tout au long de la chaîne causale et susceptibles d'être mesurés dans les études. Les principaux résultats comprenaient : la prévention et la guérison de la MAM, les améliorations anthropométriques et les scores individuels de diversité alimentaire.

Des recherches ont été menées dans plusieurs bases de données académiques et techniques, notamment Google Scholar, PubMed, Field Exchange, le Global Nutrition Cluster et des répertoires de littérature grise. La stratégie de recherche combinait des termes liés à :

- **Modalités de CVA** (par exemple, « transferts d'argent », « bons d'achat », « aide financière »).
- **Accès aux aliments et qualité de ceux-ci** (par exemple, « aliments nutritifs locaux », « aliments complémentaires », « aliments spécialement formulés »).
- **Résultats nutritionnels** (par exemple, « MAM », « prévention de l'émaciation », « diversité alimentaire », « résultats anthropométriques »).
- **Populations cibles** (enfants de moins de cinq ans ; femmes et filles enceintes et allaitantes).

Tous les résultats de recherche ont été examinés selon les critères PICO, et des références supplémentaires fournies par les informateurs clés ou les membres du comité de pilotage ont été incluses. La revue a suivi un processus structuré et séquentiel, allant de l'identification des études pertinentes à leur synthèse finale.

La première étape consistait en un **premier tri** des titres et des résumés afin d'éliminer les études ne correspondant pas au cadre PICO. Ce tri s'appliquait aux publications identifiées par les recherches dans les bases de données, ainsi qu'à celles partagées lors d'entretiens avec des informateurs clés et par le comité de pilotage. Les études ayant passé ce premier filtre ont ensuite fait l'objet d'**une analyse du texte intégral**, permettant à l'équipe de les évaluer plus en détail au regard des critères d'inclusion et d'exclusion et de confirmer leur pertinence par rapport aux objectifs de la revue.

Les critères d'inclusion et d'exclusion suivants ont été utilisés :

- Les études portant **sur l'utilisation de l'approche CVA pour améliorer l'accès aux aliments nutritifs locaux et leur utilisation** (appelée « voie alimentaire ») **afin de prévenir la malnutrition aiguë modérée et de prendre en charge la malnutrition aiguë modérée chez les enfants de 0 à 5 mois, de 6 à 59 mois et les FFEA ont été incluses**. Les études portant uniquement sur les résultats liés à l'accès aux services de santé, à la garde d'enfants, etc. (appelée « voie non alimentaire ») ont été exclues.
- Les articles de recherche publiés (31), les revues de littérature (7), les articles de synthèse (4), les thèses (2), les rapports de recherche (2) et la littérature grise (16) (par exemple, les rapports de projet, les évaluations) ont été inclus.
- Les publications sur les pays à revenu faible et intermédiaire, y compris les zones urbaines, périurbaines, rurales et les camps de personnes déplacées internes/réfugiés, ont été incluses.
- Les publications en anglais, français, espagnol et portugais, des 15 dernières années (2009-2024) ont été incluses. Les publications dans d'autres langues ont été exclues, ainsi que la littérature antérieure à 2009.

Sur les 204 références identifiées lors de la recherche préliminaire, 62 études, portant sur des contextes humanitaires (24), de développement (27) ou les deux (11), ont finalement été retenues après la sélection initiale et l'examen du texte intégral. Une fois les études éligibles identifiées, l'extraction des données a été réalisée à l'aide d'un modèle standardisé. Ce modèle a permis de recueillir systématiquement des informations sur la méthodologie, les caractéristiques des populations, les composantes des interventions, les résultats évalués et les principaux constats. Afin d'évaluer la robustesse des données probantes, les résultats ont ensuite fait l'objet d'une évaluation de la qualité. Cette évaluation s'appuie sur des critères de catégorisation adaptés de revues de littérature récentes (Eleanor Crook Foundation, 2024 ; Tom et al., 2023), permettant la classification des résultats selon la maturité et la fiabilité des preuves disponibles : **preuves établies** (résultats étayés par de multiples études, y compris des RCT/ECR et des études avant-après, menées dans plus de six pays et montrant systématiquement des résultats similaires en termes d'impact ou d'absence d'impact), **preuves émergentes** (résultats étayés par plusieurs études ou rapports provenant de deux à cinq pays suggérant un effet ou une absence d'effet, mais avec une généralisation limitée) et **preuves limitées** (résultats étayés par une ou deux études menées dans un ou deux pays seulement, montrant un effet ou une absence d'effet, considérés comme préliminaires en raison d'une comparaison limitée).

Les principales **limites de cette revue de la littérature sont les suivantes**. Premièrement, l'analyse se concentre principalement sur la prévention de l'émaciation et du retard de croissance, dans la mesure où seules trois études ont été recensées sur l'utilisation du CVA à des fins alimentaires pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM). Deuxièmement, le nombre d'études (neuf seulement, issues de huit pays) examinant l'impact du CVA sur la prévention de la MAM chez les FFEA ou sur l'amélioration de la diversité de leur alimentation est limité. Enfin, l'analyse révèle une répartition géographique restreinte des études, soulignant un manque de recherche dans certaines régions du monde : la plupart proviennent d'Afrique (29), d'Asie (12) et d'Amérique latine et des Caraïbes (12), tandis que peu proviennent du Moyen-Orient (trois au Yémen et une dans les territoires palestiniens occupés) et aucune du Pacifique.

RÉGION	PAYS (NOMBRE D'ÉTUDES)
Afrique (Ouest)	Burkina Faso (5), Mali (1), Niger (5), Togo (1)
Afrique (Sud)	Zambie (2)
Afrique (Est)	Éthiopie (6), Kenya (3) ; Somalie (5), Soudan du Sud (1)
Afrique (Centrale)	Burundi (1); Cameroun (1); République centrafricaine (1), Nigéria (2)
Asie (Sud)	Bangladesh (2), Inde (1), Népal (3), Pakistan (4)
Asie (Sud-Est)	Myanmar (1), Indonésie (1)
Amérique centrale et Caraïbes	Honduras (1), Mexique (1), Nicaragua (1), Haïti (2)
Amérique du Sud	Bolivie (2), Brésil (6), Colombie (1), Équateur (1), Uruguay (1)
Moyen-Orient	Yémen (3), territoires palestiniens occupés (1)



1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les principaux résultats sont présentés selon les critères PICO utilisés lors de l'analyse documentaire et comprennent les conclusions relatives aux adaptations contextuelles et à la comparaison des modalités. Ceci permet de mettre en évidence les lacunes dans les données probantes, les besoins en recherche et les recommandations opérationnelles.

1.1 IMPACT DU « CVA POUR L'ALIMENTATION » SUR LA PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION AIGUË ET DES RISQUES DE RETARD DE CROISSANCE ET DE DÉVELOPPEMENT

L'étude apporte des **preuves établies**, mais dans un domaine marqué par une hétérogénéité importante et des faiblesses méthodologiques, tant en ce qui concerne la mise en œuvre des programmes que la conception de la recherche et les résultats analysés, que les **interventions CVA pour l'alimentation peuvent avoir des impacts positifs significatifs sur la prévention de l'émaciation et des retards de croissance et de développement chez les enfants de moins de cinq ans**. Les données **probantes** sur l'impact de telles interventions sont **limitées** sur la prévention de la MAM chez les FFEA.

Prévention de l'émaciation et des risques de retard de croissance et de développement chez les enfants de moins de 5 ans

Les **interventions de transferts monétaires** visant à améliorer l'accès à des aliments locaux et nutritifs ou à des aliments spécialement formulés **peuvent prévenir l'émaciation et les retards de croissance et de développement chez les enfants de moins de 5 ans**, comme l'ont démontré 16 études menées dans 13 pays [1 à 16]. Ces études individuelles ont été étayées par cinq revues de littérature supplémentaires [17 à 21], dont la plus récente [18], qui a analysé 129 études, conclut que « les programmes de transferts monétaires ont amélioré la croissance linéaire des jeunes enfants, réduisant l'émaciation et le retard de croissance, mais les effets sont hétérogènes et globalement assez faibles ». Cependant, neuf études [22 à 28 ; 30] menées dans sept pays et une revue de littérature [29] ont nuancé ces résultats, constatant des impacts négligeables, voire l'absence d'impact positif, des interventions de transferts monétaires sur la prévention de l'émaciation et des retards de croissance et de développement dans les groupes cibles. Ces résultats soulignent **l'importance d'une conception et d'une mise en œuvre rigoureuses des programmes pour obtenir un impact sur les résultats nutritionnels**. Concernant **les modalités de transfert** (argent, bons d'achat ou une combinaison des deux), les données relatives à l'impact de

l'aide par coupons/bons d'achat sont limitées. Deux études (références [6] portant sur le score WHZ et [10] sur le périmètre brachial) menées dans deux pays ont montré des effets positifs, tandis qu'une étude [23] menée dans un seul pays a constaté un impact négligeable des bons/coupons conditionnels sur le périmètre brachial. Enfin, comme le montrent deux études [22 et 23] menées dans deux pays, **les preuves sont limitées sur l'impact négligeable d'une approche mixte** combinant soit des aides en espèces et des bons d'achat [22], soit des aides en espèces, des bons d'achat et une aide alimentaire en nature [23]. Ceci souligne d'autant plus la nécessité de poursuivre les recherches sur les bons d'achat ou les modalités combinées.

En termes de résultats, **divers résultats positifs ont été observés** : diminution de l'incidence de l'émaciation (une étude), réduction de la prévalence de la MAM (six études), réduction de la prévalence de l'émaciation (12 études), amélioration du Z score poids-taille (quatre études et deux revues de la littérature), amélioration du Z score poids-âge (deux études et une revue de la littérature), améliorations du MUAC/PB (quatre études) et réduction de l'insuffisance pondérale (quatre études).

L'analyse de l'**approche programmatique adoptée** (transferts monétaires ciblés, mis en œuvre seuls ou combinés à des éléments complémentaires, selon l'approche « Cash plus ») révèle **que les transferts monétaires peuvent avoir un impact positif, même lorsqu'ils constituent une intervention en « stand-alone »**. Six études [1, 4, 5, 6, 11 et 12] menées dans cinq pays confirment cette observation, tandis que quatre études [2, 22, 25 et 26] réalisées dans quatre pays ont montré un impact négligeable d'une approche « stand-alone ». On observe également des données limitées indiquant que les transferts monétaires associés à la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) n'ont qu'un impact positif (deux études [8 et 11] menées dans deux pays) ou même un impact négligeable (une étude [27] menée dans cinq pays). Ces résultats suggèrent que **les transferts monétaires et la CCSC devraient être combinés à d'autres éléments pour obtenir l'impact souhaité**, comme l'ont établi dix études [2, 3, 7-9, 11, 13-16] menées dans dix pays et une récente revue de la littérature [18]. Ces composantes complémentaires incluent, outre la communication pour le changement social et comportemental (CCSC), des éléments tels que la mise en œuvre de démonstrations culinaires, la distribution d'aliments supplémentaires, de farine enrichie ou de micronutriments, le transfert de moyens de subsistance/actifs et le renforcement des capacités, ou encore l'assurance de la qualité des services de santé et de l'accès aux soins (suivi de la croissance, dépistage, vaccination, renforcement des capacités des acteurs du système de santé local, etc.). Une étude [11] remet en question l'importance de la CCSC, constatant qu'une intervention combinant transferts monétaires et CCSC et une intervention ne proposant que des transferts monétaires ont toutes deux réduit la prévalence de la MAM, avec des différences négligeables entre les deux. À l'inverse, seules deux études [22 et 28] ont examiné une même intervention en Somalie, combinant transferts monétaires et composantes visant à améliorer l'accès à l'eau potable, et ont constaté un impact négligeable : cela constitue une lacune importante dans la littérature. Concernant **l'aide par coupons/bons d'achat**, le nombre d'études [6, 10 et 23] est insuffisant pour fournir des preuves. La même limite s'applique aux approches mixtes, avec seulement deux études [22 et 23] menées dans deux pays différents.

L'analyse des **conditions appliquées à la modalité choisie** (transferts monétaires inconditionnels ou conditionnels) démontre **clairement que les transferts monétaires inconditionnels** (UCT), étayés par neuf études [1, 2, 4-6, 11, 12, 15 et 16] menées dans sept pays, **et les transferts monétaires conditionnels** (CCT), étayés par six études [3, 7-9, 13 et 14] menées dans sept pays, **ont un impact positif**. Compte tenu de la complexité de la mise en place des conditions, ces résultats suggèrent qu'une approche « inconditionnelle » plus simple (même avec des conditions souples) serait aussi bénéfique qu'une approche « conditionnelle ». Cependant, des données émergentes, étayées par cinq études [2, 22 et 25-27] menées dans cinq pays, indiquent que les UCT ont un impact négligeable, soulignant une fois de plus la complexité des données probantes.

En termes de **population étudiée**, la majorité des études [12 études 1, 4, 6, 9, 12-16, 26, 27, 31 provenant de 14 pays], ont examiné des **enfants de moins de cinq ans, sans examiner différents groupes d'âge au sein de cette tranche d'âge**, ne permettant pas de déterminer si les effets ont été plus marqués chez les enfants plus âgés ou

plus jeunes, ou chez aucun des deux. Onze autres études [2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 22, 24, 25 et 30], réalisées dans douze pays, ont examiné huit groupes d'âge spécifiques différents, sans toutefois pouvoir fournir de preuves concluantes pour un groupe en particulier en raison du nombre limité d'études. Enfin, une seule étude [15] a mis en évidence des impacts différents selon les groupes d'âge : elle a examiné les impacts sur différents groupes d'âge et a constaté qu'un programme de transfert monétaire inconditionnel au Népal avait contribué à une réduction significative de la prévalence de l'émaciation chez les enfants de 24 à 59 mois, mais n'avait eu aucun impact sur les enfants de moins de 24 mois.

Enfin, en termes de **contexte**, il existe des preuves émergentes selon lesquelles **les interventions CVA** (quatre en transferts d'espèces, deux en bons d'achat) **peuvent avoir un impact positif** sur la prévention de l'émaciation et du retard de croissance et de développement, **même dans les pays connaissant une crise alimentaire aiguë**, avec des niveaux élevés d'insécurité alimentaire et de malnutrition, comme le soutiennent six études menées dans quatre pays (Yémen, Somalie, Pakistan et Niger) et une revue de la littérature [32].

Prévention de l'émaciation chez les femmes et filles enceintes et allaitantes (FFEA)

Seules deux études ont examiné l'impact des transferts monétaires conditionnels (CCT) sur la prévention de l'émaciation chez les FFEA, révélant une lacune importante dans la littérature. Ces deux études comparaient différentes modalités : l'une, menée en Somalie [31], comparait une intervention par bons alimentaires à une intervention mixte (distribution de denrées alimentaires, de bons et d'argent) et montrait une amélioration du périmètre brachial dans les deux groupes ; l'autre, réalisée au Népal [33], comparait l'impact sur le périmètre brachial des FFEA d'un transfert monétaire inconditionnel (UCT) à celui d'une distribution de denrées alimentaires, les deux interventions étant complétées par une communication pour le changement social et de comportement (CCSC) et le renforcement des capacités des agents de santé locaux. Les résultats ont montré de meilleurs résultats avec l'intervention par CVA.

1.2 IMPACT DU « CVA POUR L'ALIMENTATION » SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODÉRÉE (MAM)

Seules trois études, menées dans trois pays différents, ont examiné l'utilisation du CVA pour améliorer l'accès à l'alimentation dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM). La prise en charge de la MAM est ici entendue comme un soutien aux patients pendant la prise en charge, mais aussi comme un soutien à la prévention des rechutes après la sortie de l'hôpital.

Parmi ces études, une seule a été publiée dans une revue scientifique [34]. Elle examinait les impacts de **bons alimentaires conditionnels**. Cette étude prospective, menée par Helen Keller International, portait sur la guérison de la malnutrition aiguë modérée (MAM) (définie par un périmètre brachial compris entre 115 et 124 mm) chez des enfants âgés de 6 à 59 mois dans le nord du Cameroun. Elle incluait 474 enfants atteints de MAM âgés de 6 à 59 mois. L'intervention comprenait la distribution de bons alimentaires, et des campagnes de dépistage avec mesure du périmètre brachial lors de six visites bihebdomadaires, ou jusqu'à la guérison de l'enfant. Aucune fourniture d'aliments spécialement formulés n'a été faite. Les enfants atteints de MAM ont été inscrits à un programme de bons alimentaires conditionnels. À chaque visite, les personnes responsables recevaient un bon d'une valeur de 8 000 FCFA (environ 15 USD), échangeable contre un panier standardisé d'aliments locaux auprès d'un vendeur désigné. Le panier alimentaire, conçu à l'aide de NutVal pour répondre aux besoins énergétiques et en micronutriments et tenir compte du partage prévu au sein du foyer, comprenait des œufs (750 g), des fruits (750 g),

des légumes (750 g), du lait (4 500 ml), du sucre (450 g), de l'huile (450 g) et de la farine de millet rouge (1 500 g). Au-delà de la fourniture alimentaire, l'intervention intégrait des composantes de changement de comportement : les personnes s'occupant des enfants participaient à des discussions de groupe sur les pratiques essentielles en matière de nutrition et d'hygiène, assistaient à des démonstrations culinaires utilisant les aliments fournis dans le cadre des bons d'achat et recevaient des visites à domicile bimensuelles d'agents de santé communautaires pour renforcer les messages et contrôler la consommation alimentaire. Les personnes s'occupant des enfants devaient également ramener leur enfant au centre de santé toutes les deux semaines pour un examen médical et pour récupérer le bon d'achat suivant, assurant ainsi un suivi continu pendant toute la période de rétablissement. Les résultats obtenus se situaient dans la fourchette acceptable des normes Sphere pour la malnutrition aiguë modérée.

Une autre étude, menée par Concern Worldwide dans le cadre de son projet pilote en Éthiopie et publiée dans la revue technique Field Exchange [35], a examiné l'impact **des bons d'alimentation de produits frais (FFV Fresh Food Vouchers) associés à la communication pour le changement social et comportemental (CCSC), à des démonstrations culinaires et à une alimentation complémentaire** sur la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM). Conformément aux directives nationales, les enfants avec un périmètre brachial (PB) compris entre 110 mm et 120 mm, et les personnes en situation de handicap (PSH) avec un PB inférieur à 210 mm, étaient admis au sein du Programme de soutien à la nutrition (PSN). La ration fournie dans le cadre du PSN consistait en 6,25 kg de CSB/Famix prémélangés avec 1 litre d'huile végétale par bénéficiaire et par mois. Les rations du PSN étant souvent partagées au sein des ménages en raison d'une forte insécurité alimentaire, ce qui réduisait leur impact nutritionnel sur l'enfant ciblé, l'intervention par FFV a été introduite pour compléter le PSN en fournissant directement aux bénéficiaires des aliments frais et riches en nutriments. L'intervention FFV a été mise en œuvre en complément du programme TSFP standard, ce qui signifie que tous les enfants éligibles et les FFEA ont reçu à la fois la ration TSFP habituelle et le FFV. En complément de la ration TSFP, les bénéficiaires recevaient chaque semaine un bon FFV échangeable contre des produits frais. Un calendrier de distribution hebdomadaire a été établi pour correspondre à la visite bimensuelle du programme TSFP. Chaque ménage bénéficiaire recevait chaque semaine un bon équivalent à 2 œufs, 4 kg de fruits et 3,5 kg de légumes, les rations étant calculées sur la base des apports journaliers recommandés pour les enfants de 6 à 59 mois et ajustées pour tenir compte de la présence attendue de deux à trois jeunes enfants par ménage, ainsi que du partage des ressources au sein du ménage en raison de l'insécurité alimentaire importante. Les FFEA recevaient la même ration FFV que les enfants de moins de cinq ans. Tous les enfants sortis du programme de traitement ambulatoire (OTP) étaient également admis au programme TSFP et bénéficiaient ainsi du FFV. Le programme a enregistré un taux de guérison de 86 %, avec un taux d'abandon inférieur à 1 %, un taux de mortalité inférieur à 1 % et un taux de non - réponse de 13 %. Le score SDAI moyen est passé de 1,96 à l'admission à 4,17 à la sortie, et la proportion d'enfants ayant reçu plus de quatre groupes alimentaires a augmenté de 4,2 % à 71,4 %. Le projet FFV a été bien accueilli par les communautés, et les participants ont constaté des améliorations de la santé et de la nutrition pour leurs enfants supérieures à celles obtenues grâce au seul TSFP.

Une dernière étude, réalisée par le service de suivi, d'évaluation, de redevabilité et d'apprentissage d'Action contre la Faim Royaume-Uni pour World Vision, porte sur un projet mené par World Vision au Soudan du Sud en 2019 [36]. Dans le cadre de ce projet, des ménages urbains très vulnérables de Juba ont bénéficié **de transferts monétaires conditionnels pour l'alimentation et la santé, associés à des soins médicaux et au renforcement de leurs capacités en matière de moyens de subsistance**. Environ 30 % des bénéficiaires ont été identifiés par les services de nutrition comme ayant un enfant souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) ou sévère (MAS). Les ménages éligibles ont reçu un transfert monétaire conditionnel mensuel de 45 USD pendant six mois consécutifs, sous réserve de leur participation à des séances mensuelles de sensibilisation et de renforcement des compétences portant sur la nutrition, l'hygiène/EAH (eau, assainissement et hygiène), le jardinage domestique, la protection et les compétences commerciales de base. Ce transfert visait à accroître le pouvoir d'achat pour les dépenses alimentaires et de santé, tout en soutenant la résilience à long terme grâce à des formations aux moyens de subsistance. Les bénéficiaires étaient régulièrement invités à utiliser l'argent pour acheter des aliments

nutritifs et couvrir les dépenses de santé essentielles, tout en investissant une partie du transfert dans de petites activités génératrices de revenus. De manière générale, il est apparu que le pouvoir d'achat supplémentaire de l'argent liquide pour l'alimentation et les frais médicaux, combiné à des programmes de traitement clinique de la malnutrition et à des séances de changement de comportement liées à l'hygiène et à la nutrition, a conduit à une amélioration de la santé des mères et des enfants et a contribué à réduire les taux de rechute de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans.

1.3 IMPACT DU « CVA POUR L'ALIMENTATION » SUR LE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE ET LA MORTALITÉ INFANTILE

Faible poids à la naissance

Deux études menées dans deux pays ont mis en évidence un **impact positif des transferts monétaires « alimentaires » sur le poids de naissance**. Elles ont montré que les transferts monétaires inconditionnels [37] en Uruguay et les transferts monétaires conditionnels associés à des interventions en matière de santé maternelle, néonatale¹ et infantile [38] au Brésil réduisaient la probabilité d'une insuffisance pondérale à la naissance. Trois revues de la littérature ont confirmé ces résultats [20, 39 et 40]. L'insuffisance pondérale à la naissance contribuant à un risque accru d'émaciation et de retard de croissance et de développement chez les enfants jusqu'à 23 mois, ces résultats viennent compléter ceux mentionnés précédemment et confirmant ainsi que les transferts monétaires alimentaires peuvent être efficaces pour prévenir la malnutrition aiguë.

Cependant, aucune des études recensées, ni aucune des analyses documentaires, n'a démontré d'impact positif sur le faible poids de naissance suite à des interventions fournissant des bons d'achat alimentaires, confirmant ainsi une lacune dans la littérature.

Mortalité infantile

Des données probantes émergentes mettent en évidence les effets positifs des transferts monétaires « alimentaires » sur la mortalité infantile comme l'ont montré quatre études [41-44] menées dans trois pays (Bolivie, Nigéria et Brésil), et comme l'appuient trois revues de la littérature [20, 39 et 45]. Aucune étude n'a examiné l'impact de l'aide par bons d'achat sur ce critère précis. Par conséquent, ce nombre relativement limité d'études portant sur l'impact de transferts monétaires alimentaires sur la mortalité infantile peut être considéré comme une lacune dans la littérature, notamment au regard du nombre de recherches ayant établi les effets positifs de cette aide sur la prévention de la malnutrition aiguë modérée chez les enfants de moins de cinq ans.

En termes d'**approches et de conditions programmatiques**, les quatre études ont examiné les transferts monétaires conditionnels (CCT) dans le cadre d'une approche « Cash plus » : au Brésil et en Bolivie, les conditions comprenaient la participation à des services de prévention, notamment les visites prénatales, les accouchements assistés, les visites postnatales, jusqu'à 12 visites de santé infantile au cours des deux premières années de vie, la vaccination, etc. Au Nigéria, l'étude a été réalisée dans le cadre d'un programme CVA+ complet qui combinait des transferts monétaires conditionnels (sous réserve d'inscription et de fréquentation d'un centre de santé), une supplémentation en micronutriments et la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide, ainsi que

1 L'OMS définit le faible poids à la naissance comme un poids à la naissance inférieur à 2500 grammes (5,5 livres).

des séances d'information sur l'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire et la prise en charge de la malnutrition.

De plus, une étude [46] a utilisé un modèle prévisionnel pour estimer les impacts du remplacement des politiques de distribution d'aide alimentaire en nature par des « interventions monétaires » incluant des transferts d'argent (conditionnels et inconditionnels) et des bons d'achat dans le nord du Kenya. Cette étude a constaté qu'une telle mesure permettrait une réduction relative de 16,2 % de la mortalité infantile. Elle corrobore les résultats [23 et 31] indiquant que les interventions monétaires alimentaires peuvent être tout aussi efficaces, voire plus rentables, que les interventions d'aide alimentaire.

Concernant la **population étudiée**, les études incluaient divers groupes cibles et les résultats suggèrent que **les programmes de transferts monétaires conditionnels (CCT) combinés à d'autres mesures peuvent réduire la mortalité infantile pour différents groupes d'âge**. Trois études [42, 43 et 46] ont montré une réduction de la mortalité infantile chez les enfants de moins de cinq ans, tandis qu'une étude [44] et deux revues de la littérature [20 et 45] ont montré que les CCT réduisaient la mortalité infantile (moins d'un an), une étude [41] a montré une réduction des mortinaissances et une revue de la littérature [39] a montré une réduction de la mortalité néonatale (moins de quatre semaines).

1.4 IMPACT DU « CVA POUR L'ALIMENTATION » SUR LA DIVERSITÉ ALIMENTAIRE INDIVIDUELLE

Diversité alimentaire individuelle chez les enfants de moins de 5 ans

Il existe des **preuves établies**, étayées par 20 études [3, 8, 11, 28, 35, 42, 47-60] menées dans 16 pays, que **les interventions de transferts monétaires alimentaires peuvent avoir un impact positif et statistiquement significatif sur la diversité alimentaire des enfants de moins de 5 ans**, un facteur crucial pour leur santé. Ces études ont été étayées par trois revues de littérature supplémentaires [18, 19 et 61], confirmant ainsi l'efficacité des transferts monétaires alimentaires pour améliorer la diversité alimentaire des enfants. À l'inverse, plusieurs études [11, 23, 48, 60 et 62] menées dans cinq pays n'ont pas permis de mettre en évidence d'impact positif de ces programmes sur la diversité alimentaire des enfants apportant une modeste nuance aux preuves établies fournies par d'autres études.

En termes de **résultats**, des impacts positifs ont été observés soit en termes d'amélioration de **SDAI de l'enfant** (12 études et trois revues de la littérature), soit en termes d'améliorations chez les enfants répondant aux **critères MDD** (trois études) ou **MAD** (sept études).

L'analyse des résultats par **modalité et restrictions appliquées (espèces ou bons d'achat)** confirme **l'impact positif des transferts monétaires alimentaires sur la diversité alimentaire des enfants, comme l'attestent 13 études menées dans dix pays** [3, 8, 11, 28, 42, 47, 50-52, 55, 56, 58 et 59]. Deux études [11 et 48] réalisées dans deux pays ont quant à elles mis en évidence un impact négligeable. Par ailleurs, l'impact positif des bons d'achat sur la diversité alimentaire se manifeste également, comme le confirment sept études [35, 48, 49, 53, 54, 57 et 60] menées dans sept pays. Cependant, quelques études [23, 60 et 62] réalisées dans trois pays n'ont pas permis de constater d'impact positif. Enfin, les trois revues de la littérature ont toutes démontré les effets positifs des transferts monétaires en général, offrant ainsi une vision plus équilibrée de l'impact des différentes modalités sur la diversité alimentaire des enfants.

En ce qui concerne les **approches programmatiques** et l'évaluation de la valeur ajoutée de l'association ou non d'éléments complémentaires pour atteindre l'impact souhaité, des **données émergentes suggèrent que les transferts monétaires alimentaires seuls pourraient avoir un impact**, comme le confirment quatre études [47, 50-52] menées dans trois pays. Il apparaît également que **les transferts monétaires alimentaires combinés à la communication pour le changement social et de comportement (CCSC) axée sur la nutrition et la santé pourraient avoir un impact positif**, comme le soutiennent quatre études [3, 11, 55 et 59] réalisées dans quatre pays. Conjuguées à d'autres études ayant examiné diverses combinaisons d'éléments complémentaires [28], y compris la CCSC [quatre études [8, 42, 56 et 58] menées dans quatre pays], ces conclusions contribuent à démontrer **que les programmes combinant transferts monétaires alimentaires, CCSC relative à la nutrition et autres composantes ont eu un impact positif sur la diversité alimentaire des enfants de moins de cinq ans**. Les composantes supplémentaires du CCSC varient d'un pays à l'autre et comprennent des démonstrations culinaires, un soutien au marché/à la chaîne d'approvisionnement locale, un soutien sanitaire (traitement du paludisme, de la diarrhée ou de la pneumonie), des articles ménagers essentiels ou des moustiquaires, des micronutriments ou des aliments complémentaires, une aide sociale aux ménages ou l'accès à l'eau courante.

Concernant **l'aide par bons d'achat, les données probantes quant à son impact potentiel sur la diversité alimentaire des enfants** sont limitées (deux études [49 et 53] menées dans six pays). Deux études réalisées dans deux pays ont même montré un impact négligeable [23 et 60]. Des **données émergentes suggèrent un impact positif de l'aide par bons d'achat lorsqu'elle est associée à une communication sur les comportements alimentaires sains** (quatre études [35, 48, 54 et 60] menées dans deux pays) ou combinée à d'autres éléments [57] (dans un pays).

Plusieurs études [11, 48, 54, 55 et 60] **ont comparé directement différentes combinaisons de modalités et d'approches**. Deux études [11 et 55] ont constaté que l'association de transferts monétaires à une composante CCSC avait un impact positif significativement plus important sur la diversité alimentaire des enfants que les transferts monétaires seuls. L'analyse des interventions combinant bons d'achat et CCSC donne des résultats similaires : une étude [60] a montré que **l'association de bons alimentaires à une composante de CCSC augmentait** la diversité alimentaire chez les enfants de moins de 5 ans (SDAI, MDD et MAD), tandis que les bons alimentaires seuls n'avaient aucun effet sur ces indicateurs ; une autre étude [54] a montré que l'association de la CCSC à des bons alimentaires augmentait le SDAI des enfants de 21,0 % à 23,1 %, tout en soulignant qu'une implication paternelle accrue ne se traduit pas nécessairement par une amélioration des résultats en matière d'alimentation infantile. Cependant, une étude [48] a comparé directement les bons d'achat de produits frais aux transferts monétaires, les deux étant conditionnés à la participation à des « cours d'éducation nutritionnelle ». Cette étude a révélé que **l'éducation nutritionnelle n'était pas un facteur aussi déterminant pour promouvoir des choix alimentaires nutritifs que les bons d'achat**, qui n'offraient d'autre option que l'échange contre des aliments nutritifs. De même, une étude menée en Haïti a rapporté que les enfants ciblés par le programme de bons d'achat de produits frais consommaient moins d'aliments nutritifs, tandis que les scores de diversité alimentaire des ménages bénéficiaires augmentaient, malgré une intervention combinant bons alimentaires et communication pour le changement de comportement axée sur la nutrition. Ceci souligne l'importance de suivre l'impact des programmes sur différents groupes, et en particulier sur ceux ciblés, afin de déterminer s'il existe des différences d'impact entre les groupes suite à une même intervention. Par ailleurs, **la compréhension des dynamiques décisionnelles intrafamiliales sous-jacentes constitue un axe de recherche important pour l'avenir**.

En ce qui concerne **la conditionnalité**, les résultats établissent que les transferts monétaires inconditionnels (UCT) (12 études [11, 28, 47, 50-52, 55, 58, 59] dans neuf pays) ou l'aide par bons d'achat inconditionnels (trois études [35, 56 et 60] dans deux pays) ont un impact positif sur la diversité alimentaire des enfants, tandis que les données probantes concernant leur impact négligeable sont limitées. Des données émergentes indiquent que les transferts monétaires conditionnels (CCT) (trois études [3, 8 et 42] dans trois pays) ou l'aide par bons d'achat conditionnels (une étude [48] dans un pays) ont également un impact positif. Compte tenu de la complexité de

la définition des conditions, **les résultats suggèrent d'opter pour une aide inconditionnelle, associée à des composantes complémentaires pour atteindre l'objectif.**

En ce qui concerne la **population étudiée**, les résultats suggèrent que le CVA peut favoriser la diversité alimentaire chez les enfants de moins de cinq ans, qu'ils soient jeunes ou plus âgés.

En termes de **contextes**, trois études [3, 51 et 53] ont montré des améliorations dans la diversité alimentaire des enfants même à des moments où la disponibilité et l'accessibilité des aliments étaient menacées sur les marchés locaux (Burkina Faso, Bolivie et Niger).

Diversité alimentaire individuelle chez les femmes et les filles enceintes et allaitantes (FFEA)

Cette revue met en évidence un manque de littérature examinant les impacts des programmes CVA, et en particulier des bons d'achat, sur la nutrition des FFEA, par rapport à **l'impact sur les enfants de moins de 5 ans. Cependant, malgré cette limite, l'impact positif du CVA sur l'amélioration de la diversité alimentaire des FFEA est établi** par six études [8, 10, 11, 33, 36 et 57] provenant de sept pays.

En termes de **résultats**, trois études ont montré une augmentation de la proportion de FFEA atteignant le MDD-W tandis que trois ont montré des améliorations dans le SDAI des FFEA.

En termes de **modalités (espèces ou bons d'achat)**, quatre études provenant de quatre pays ont examiné l'impact des transferts monétaires [8, 11, 33, 36] et trois études provenant de trois pays ont examiné l'aide par bons d'achat [10, 57 et 62].

En ce qui concerne les **approches programmatiques (conditionnalité, activités complémentaires)**, les résultats suggèrent que les transferts monétaires conditionnels (CCT) seuls n'auront pas l'impact escompté sur la diversité alimentaire des femmes enceintes : une étude a constaté qu'un transfert monétaire inconditionnel (UCT) avait un impact négligeable sur le MDD des FFEA au Myanmar [11]. Les transferts monétaires associés à la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) en matière de nutrition ont montré des impacts plus positifs, comme l'ont démontré trois études [8, 11, 36] ; une étude [10] a montré un impact positif de l'association de bons d'achat et de CCSC uniquement. Enfin, des impacts positifs ont été observés dans les programmes combinant transferts monétaires [33] ou bons d'achat [57] avec la CCSC et d'autres composantes. Parmi les autres composantes complémentaires figurent la fourniture de micronutriments ou de moustiquaires, le renforcement des capacités des agents de santé communautaires ou des détaillants locaux, ou encore le soutien pour lutter contre la dépression et l'anxiété chez les femmes. Ces résultats mettent donc **en évidence la valeur ajoutée d'une approche globale ou « Cash plus »**. Cependant, une étude menée en Haïti [62] souligne l'importance de suivre l'impact des programmes sur différents groupes, et en particulier sur ceux ciblés, afin de déterminer si une même intervention produit des effets différents selon les groupes. Par ailleurs, la **compréhension des dynamiques décisionnelles intrafamiliales sous-jacentes constitue un axe de recherche important pour l'avenir.**

À l'inverse, comme seules deux études [11 et 33] ont comparé directement l'efficacité des interventions combinant CVA et SBCC uniquement avec des interventions fournissant uniquement du CVA, les preuves générées selon lesquelles la combinaison du CVA avec une composante SBCC uniquement peut avoir des impacts significativement plus importants sur la diversité alimentaire des FFEA que le CVA seul ne peuvent être considérées que comme « limitées ».



2. CONCLUSIONS

Ce document présente une analyse nuancée et exhaustive de l'impact des transferts monétaires alimentaires sur les résultats nutritionnels.

Cette étude conclut que les transferts monétaires alimentaires peuvent avoir une influence positive sur la **prévention de l'émaciation et du retard de croissance** chez les enfants de moins de cinq ans, même si quelques études font état d'effets négligeables, ce qui souligne l'influence des caractéristiques du programme sur son efficacité. Seules deux études ont examiné l'impact des activités de CVA sur la prévention de l'émaciation chez les FFEA, révélant ainsi une lacune importante dans la littérature.

Les transferts monétaires affichent généralement des résultats positifs plus marqués et plus constants que les bons d'achat ou les modalités mixtes, dont l'impact reste insuffisamment documenté, ce qui met en évidence une lacune dans la littérature. Cependant, l'efficacité des transferts monétaires est considérablement renforcée lorsqu'ils sont associés à des composantes complémentaires telles que la communication pour le changement social et comportemental (CCSC), l'aide alimentaire, les services de santé et d'autres mesures de soutien. Ces approches « Cash plus » tendent à donner de meilleurs résultats que les transferts monétaires alimentaires seuls.

Les transferts monétaires alimentaires, qu'ils soient inconditionnels ou conditionnels, ont tous deux démontré des effets positifs. Toutefois, compte tenu de la complexité de leur mise en œuvre, l'aide inconditionnelle pourrait s'avérer tout aussi bénéfique et plus pratique. Les données probantes indiquent également que les interventions de transferts monétaires alimentaires conditionnels peuvent être efficaces même dans des contextes de crise caractérisés par des niveaux élevés d'insécurité alimentaire et de malnutrition.

Concernant **la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM)**, bien que les transferts monétaires alimentaires doivent être envisagés pour améliorer l'accès à une alimentation nutritive, favoriser la guérison et prévenir les rechutes, leur efficacité restent insuffisamment démontrée, faute d'études suffisantes sur le sujet. Cependant, les quelques données disponibles suggèrent un impact positif, notamment lorsque le CVA est intégré aux services de santé et de nutrition.

En ce qui concerne **l'insuffisance pondérale à la naissance et la mortalité infantile**, les transferts monétaires alimentaires – en particulier lorsqu'ils sont conditionnels et font partie d'un programme plus vaste axé sur la santé – ont donné des résultats prometteurs.

La diversité alimentaire chez les enfants de moins de cinq ans est l'un des indicateurs les plus probants, de nombreuses études confirmant l'influence positive des transferts monétaires alimentaires. Ces transferts donnent de meilleurs résultats que les bons d'achat, et l'intégration de la communication pour le changement social et de comportement (CCSC) et d'autres composantes renforce encore leur efficacité. Cependant, certaines études font état d'impacts négligeables, voire échouent à démontrer un effet positif, soulignant l'importance de la conception et de la mise en œuvre des programmes. Concernant les femmes et les jeunes filles enceintes et allaitantes, les données sont plus limitées, mais suggèrent que les transferts monétaires seuls pourraient ne pas suffire à améliorer la diversité alimentaire. Les programmes combinant transferts monétaires, CCSC et services de soutien supplémentaires semblent plus efficaces. La littérature révèle également la nécessité de mener davantage d'études portant spécifiquement sur les résultats nutritionnels des FFEA.

Globalement, les résultats soulignent l'impact potentiel des interventions en matière de CVA, mais **leur succès dépend fortement de leurs modalités, de leur mise en œuvre (conditionnelle ou non), de leurs composantes complémentaires et des facteurs contextuels**. Bien qu'il existe des recommandations pour leur mise en œuvre, certains problèmes soulevés par les experts pourraient indiquer des domaines où des orientations, une coordination ou un apprentissage supplémentaires seraient utiles.

Il existe **des lacunes évidentes dans les données probantes**, notamment en ce qui concerne les bons d'achat, les effets selon l'âge et la dynamique intrafamiliale, que les recherches futures devraient s'attacher à combler. Il reste encore beaucoup à faire pour sensibiliser le public au potentiel du CVA pour la nutrition dans certains contextes, même si, globalement, son utilisation à cette fin est bien documentée. Il est toutefois essentiel de préciser ce que l'on entend par « CVA pour la nutrition », car ils peuvent avoir un impact par de nombreux moyens, y compris par le biais de l'alimentation.



3. RECOMMANDATIONS

3.1 LACUNES EN MATIÈRE DE DONNÉES PROBANTES ET RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE

Une recherche plus représentative est nécessaire pour comprendre les besoins spécifiques des groupes de population et des régions.

Seules neuf études ont examiné les **effets du CVA alimentaire sur les FFEA**, huit se sont intéressées à son impact sur l'amélioration de la diversité alimentaire des FFEA et deux à son impact sur la prévention de l'émaciation. Ce manque de données constitue une lacune importante dans la littérature, contrairement au nombre d'études portant sur l'impact du CVA chez les enfants de moins de 5 ans, et souligne la nécessité de poursuivre les recherches sur ce groupe cible.

Les études mesurant l'impact des interventions sur la prévention de l'émaciation et des retards de croissance et de développement chez les enfants de moins de cinq ans **manquaient souvent de données désagrégées par groupe d'âge**. Des recherches futures sont nécessaires, adoptant une approche plus ciblée sur les différents sous-groupes d'âge chez les enfants de moins de cinq ans¹ : cela permettra de déterminer à quel moment les interventions en CVA sont les plus efficaces pour prévenir l'émaciation et les retards de croissance et de développement chez les enfants, surtout qu'une étude a montré l'existence d'effets différents. Ce besoin est d'autant plus important que les résultats suggèrent que le CVA peut favoriser la diversité alimentaire chez les enfants, qu'ils soient âgés de moins de cinq ans ou plus âgés.

L'étude de l'impact du CVA alimentaire sur les FFEA (y compris les mères adolescentes) et les enfants de moins de 2 ans renforcerait les preuves concernant la fenêtre d'opportunité de 1 000 jours.

Enfin, les recherches devraient inclure **des régions sous-représentées telles que l'Amérique centrale et du Sud, le Moyen-Orient et le Pacifique** afin de renforcer la base de données probantes.

¹ Il est important de noter que, pour pouvoir effectuer une analyse plus poussée au sein d'une tranche d'âge plus restreinte, l'échantillon/le nombre d'enfants devra être suffisamment important pour permettre de tirer des conclusions de l'analyse.

Comblant le manque de recherches sur la gestion de la malnutrition aiguë modérée par le biais de transferts monétaires alimentaires

Seules trois études [34, 35 et 36] ont été recensées dans cette revue examinant les effets spécifiques des transferts monétaires alimentaires sur **la guérison de la malnutrition aiguë modérée (MAM) chez les enfants de moins de 5 ans**. Ceci constitue une lacune importante dans la littérature, contrairement aux données établies sur les effets de ces transferts monétaires sur la prévention de la MAM. Cela révèle également un manque de recherche significatif, notamment au regard des recommandations de l'OMS de 2023 qui soulignent l'importance de l'accès à une alimentation riche en nutriments pour les enfants souffrant de MAM.

Recommandation de bonnes pratiques de l'OMS B11

Les nourrissons et les enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une malnutrition modérée (définie comme un poids pour taille inférieur de 2 à 3 scores z à la médiane des normes de croissance infantile de l'OMS et/ou un PB/MUAC supérieure de 115 mm ou plus et inférieure à 125 mm, sans œdème) devraient avoir accès à une alimentation riche en nutriments pour répondre pleinement à leurs besoins supplémentaires en matière de récupération du poids et de la taille et pour une meilleure survie, santé et développement.

Les futures recommandations concernant la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) par la voie alimentaire doivent s'appuyer sur des recherches plus solides et méthodologiquement plus rigoureuses. Le renforcement des données probantes à l'échelle mondiale est essentiel pour éclairer les futures recommandations de l'OMS et garantir que la prise en charge de la MAM par la voie alimentaire soit à la fois efficace et réalisable dans divers contextes. L'atteinte de ce niveau de preuve plus élevé nécessitera une plus grande harmonisation des mesures de rétablissement dans les programmes s'appuyant sur les aliments locaux, compte tenu des incohérences actuelles concernant les seuils du périmètre brachial, les périodes de suivi et les méthodes d'évaluation alimentaire. Elle exigera également l'utilisation systématique d'indicateurs standardisés et recommandés à l'échelle mondiale pour évaluer l'adéquation alimentaire lorsque la voie alimentaire est utilisée pour améliorer l'accès aux aliments d'origine locale, car l'application incohérente ou la non-collecte de ces indicateurs continuent de limiter la comparabilité entre les études et de freiner les enseignements tirés.

S'appuyant sur ces constats, les recherches futures devraient explorer comment la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée par l'alimentation peut être efficacement intégrée aux systèmes nationaux de santé. Il est également nécessaire de mieux comprendre comment le fonctionnement du marché, la volatilité des prix et la saisonnalité influencent la capacité du CVA à garantir l'accès à des aliments riches en nutriments, notamment dans les contextes où l'environnement alimentaire est instable. Parallèlement, des analyses rigoureuses du rapport coût- efficacité comparant les approches CVA aux aliments spécialement formulés devraient être menées en priorité, compte tenu du manque de données probantes pour orienter les décisions d'investissement.

À mesure que ce programme de recherche progresse, il sera essentiel de veiller à ce que les études abordent simultanément les questions de sécurité alimentaire, d'hygiène et de constance des apports nutritionnels dans les régimes alimentaires des ménages bénéficiant de CVA, en particulier lorsque le recours aux aliments préparés à domicile est encouragé. Il est tout aussi important de recueillir des données opérationnelles sur la manière dont les aidants utilisent concrètement les transferts monétaires, notamment leurs habitudes d'achat, la répartition des aliments au sein du ménage et les obstacles pratiques susceptibles d'entraver les pratiques alimentaires optimales.

Ces efforts doivent s'appuyer sur une recherche formative solide afin de confirmer, avant le début du programme, quels aliments et recettes locaux sont appropriés et réalisables pour les aidants. Ces axes de recherche seront essentiels à l'élaboration de futures recommandations favorisant une prise en charge sûre, efficace et adaptée au contexte de la malnutrition aiguë modérée (MAM) grâce au CVA et aux aliments disponibles localement.

Outre ces priorités de recherche formelles, les entretiens avec des informateurs clés menés dans le cadre de cette étude ont mis en évidence un manque de directives opérationnelles sur la manière, le moment et les conditions dans lesquelles les aliments locaux peuvent être utilisés efficacement pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée. Si les directives de l'OMS reconnaissent le potentiel des aliments locaux, leur mise en œuvre pratique reste floue : comment adapter les portions des recettes au poids de l'enfant, déterminer les apports caloriques cibles appropriés (kcal/kg) ou encore la proportion des besoins énergétiques quotidiens totaux qui devrait être fournie par des aliments complémentaires, selon le contexte ?

Accès à une alimentation « locale » et « nutritive » : comment évaluer, que faut-il évaluer ?

Une seule **étude [8]** a examiné directement l'impact spécifique des programmes d'aide alimentaire en espèces sur l'accès à **des aliments nutritifs locaux ou leur consommation, en analysant les habitudes de dépenses des ménages**. Les études qui démontrent les effets positifs de ces programmes n'indiquent pas si, et dans quelle mesure, ces effets sont attribuables à la consommation d'aliments nutritifs, comparativement aux sommes dépensées pour répondre à d'autres besoins. Les recherches futures devraient inclure des indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour évaluer non seulement l'accès mais aussi l'utilisation des aliments nutritifs (habitudes de dépenses, prise de décision au sein des ménages et habitudes de consommation), ainsi que le type spécifique d'aliment (distinction entre aliments, aliments frais ou produits spécifiques/farines enrichies, etc.) et les aliments les plus efficaces rendus accessibles par le biais d'argent liquide ou de bons d'achat (en soulignant par exemple le type d'aliment le plus efficace pour différents groupes d'âge).

L'OMS remarque que

- Les aliments riches en nutriments sont ceux qui contiennent une quantité importante de nutriments par rapport à leur valeur énergétique ; ils sont relativement riches en vitamines, minéraux, acides aminés essentiels et graisses saines. Parmi les exemples d'aliments riches en nutriments, on peut citer les aliments d'origine animale, les légumineuses, les noix et de nombreux fruits et légumes.
- Les aliments riches en nutriments permettent aux enfants de consommer et d'optimiser l'absorption des nutriments afin de satisfaire leurs besoins énergétiques et nutritionnels essentiels. Les aliments d'origine animale sont plus susceptibles de répondre aux besoins en acides aminés et autres nutriments des enfants en convalescence. Les aliments d'origine végétale, notamment les légumineuses ou un mélange de céréales et de légumineuses, contiennent également des protéines de haute qualité, bien qu'ils renferment parfois des facteurs antinutritionnels tels que les phytates, les tanins ou les inhibiteurs d'enzymes digestives, qui peuvent limiter l'absorption de certains micronutriments, en particulier les minéraux.
- Une alimentation adéquate, disponible localement, comprend les aliments disponibles sur le marché et/ou dans le foyer, habituellement consommés par l'enfant et qui sont adéquats en termes de nutriments.

La modalité de paiement a-t-elle une importance ? Comparaison entre espèces, bons d'achat à valeur marchandise et à valeur monétaire

L'analyse des modalités d'intervention révèle que, si cette revue a recensé 35 résultats liés aux interventions monétaires, elle n'a identifié que 16 interventions démontrant l'efficacité des bons d'achat (sans toujours préciser s'il s'agissait de bons de valeur monétaire ou marchandise), et seulement trois ont comparé les interventions monétaires aux bons d'achat [6, 22 et 48]. Cet écart est particulièrement marqué concernant l'impact des bons d'achat sur la prévention de l'émaciation, du retard de croissance et de développement, et sur l'insuffisance pondérale à la naissance.

Les bons d'achat sont considérés comme plus efficaces pour atteindre des objectifs nutritionnels précis, car ils permettent de garantir que les bénéficiaires reçoivent des aliments nutritifs. En revanche, les transferts monétaires sont plus flexibles, laissant aux bénéficiaires la liberté de dépenser ces ressources (USAID, 2023). Cette distinction est cruciale entre les différentes modalités d'intervention dans le cadre plus large des transferts monétaires conditionnels. **Les recherches futures devraient donc comparer directement les transferts monétaires et les bons d'achat (valeur marchandise et monétaire) au sein d'interventions spécifiques afin de déterminer si l'un ou l'autre est plus efficace pour atteindre les objectifs souhaités dans des contextes particuliers. Ceci est d'autant plus vrai en situation de crise, où les transferts monétaires polyvalents (MPCA) sont considérés comme la modalité privilégiée, tandis que les bons d'achat pour des produits frais sont censés être plus efficaces pour atteindre des objectifs nutritionnels spécifiques.**

Les autres études comparatives [23, 31, 33 et 46] comparent diverses combinaisons : bons alimentaires, aide en espèces, aide en nature [23 et 31], ou encore aide en espèces ou en nature [33 et 46]. Les résultats suggèrent que **la modalité d'aide a son importance**, mais le nombre trop limité d'études comparatives ne permet pas de tirer de conclusions définitives et des données supplémentaires sont nécessaires. **Des études comparatives entre les différentes modalités d'aide (espèces/bons) et l'aide en nature, notamment en situation de crise (lorsque cela est approprié et sans danger), sont également nécessaires pour comprendre leur efficacité relative.**

Évaluation de la contribution spécifique du CCSC et d'autres « composantes complémentaires »

Enfin, il est essentiel **d'étudier le rôle spécifique des composantes complémentaires** telles que (la communication pour) le changement social comportemental (CSC), l'accès aux services de santé et le soutien agricole afin d'évaluer l'impact précis des aides à la consommation dans ce large éventail d'interventions. L'évaluation des combinaisons de modalités d'aide à la consommation avec le CCSC et/ou d'autres composantes complémentaires permettra de déterminer les configurations optimales. Les résultats indiquent qu'une grande variété de composantes potentielles peuvent être combinées aux transferts monétaires ou aux bons d'achat pour contribuer à des résultats positifs.

Les résultats d'études examinant l'impact des interventions de CVA sur la mortalité infantile suggèrent que des programmes complets de CVA pourraient être nécessaires pour obtenir des effets positifs, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre **comment des interventions CVA moins complètes peuvent impacter la mortalité infantile**, ainsi que leur impact potentiel sur la mortalité de groupes d'âge plus ciblés.

Les recherches futures devraient **examiner les interventions combinant espèces ou bons d'achat, ou espèces et bons d'achat, avec divers éléments complémentaires** afin de déterminer la combinaison la plus efficace selon les contextes. Des études comparatives supplémentaires sont donc nécessaires. Celles-ci pourraient inclure des recherches portant sur les deux modalités combinées au sein d'interventions spécifiques comportant les mêmes éléments, car seules cinq études [2, 11, 54, 57 et 60] ont comparé différentes combinaisons de modalités,

aboutissant à des résultats mitigés. Des recherches portant plus spécifiquement sur le comportement décisionnel social (type d'intervention, groupe cible, etc.) pourraient contribuer à consolider les données émergentes : par exemple, les résultats d'une seule étude suggèrent qu'une implication paternelle accrue ne se traduit pas nécessairement par une amélioration des résultats en matière d'alimentation infantile. Comprendre la dynamique décisionnelle intrafamiliale sous-jacente constitue donc un axe de recherche important pour l'avenir.

Enfin, il serait très utile d'élargir le champ des recherches futures afin d'examiner l'impact de la **combinaison des interventions en matière de CVA avec les interventions de santé publique** qui améliorent l'accès à des soins complets de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), tels que les services prénatals, l'assistance qualifiée à l'accouchement et le soutien à la prise en charge des complications liées à la grossesse. Lors de la conception du programme, une évaluation pourrait être menée afin d'identifier les principaux facteurs contribuant à la prématurité et à l'insuffisance pondérale à la naissance dans des contextes spécifiques. Comprendre la cause sous-jacente, qu'elle soit médicale, nutritionnelle, environnementale ou socio-économique, est essentiel pour concevoir des interventions efficaces liées à l'aide communautaire. Ces évaluations peuvent éclairer l'intégration des services de SMNI, garantissant ainsi que l'aide soit adaptée aux risques et obstacles les plus urgents pour une grossesse saine. Ces infections pendant la grossesse contribuent de manière significative à l'insuffisance pondérale à la naissance, ce qui augmente le risque de malnutrition chez les enfants. Il en va de même pour les interventions combinant l'aide communautaire pour l'alimentation avec des interventions de soutien à l'hydratation et à la nutrition. L'intégration de cette dimension pourrait renforcer l'efficacité de l'aide communautaire en s'attaquant aux causes sous-jacentes de la malnutrition.

3.2 RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES

Sur la base des résultats mentionnés ci-dessus, et en particulier au vu des divergences dans l'établissement de preuves de l'impact du CVA ou du CVA + CCSC et d'autres interventions complémentaires sur la prévention de l'émaciation ou la prise en charge de la MAM, il est suggéré que **le contexte, la qualité de la mise en œuvre et les composants complémentaires jouent un rôle essentiel. Bien que des orientations existent concernant la mise en œuvre du CVA (ciblage, durée et modalités), leur application est souvent incohérente en raison du caractère imprévisible et des ressources limitées des contextes humanitaires. Il est donc essentiel d'adapter ces orientations aux réalités humanitaires.**

Analyse du contexte et compréhension des voies d'impact

La conception de l'intervention doit reposer sur une bonne compréhension des mécanismes d'impact les plus probables au sein des communautés ciblées. Des études socio-économiques ou socio-anthropologiques sont nécessaires pour concevoir une intervention à fort impact, en établissant clairement ces mécanismes.

Stratégies de ciblage

Le ciblage doit être adapté au contexte, en tenant compte des vulnérabilités locales et des normes culturelles. Les indicateurs liés à la nutrition doivent être intégrés aux critères de ciblage, notamment les mesures anthropométriques et les scores de diversité alimentaire. Un ciblage à plusieurs niveaux peut s'avérer nécessaire, en commençant par les grands groupes vulnérables et les ménages, puis en l'affinant pour cibler des individus spécifiques tels que les enfants de moins de cinq ans et les personnes présentant un faible poids à la naissance.

Calendrier et durée des interventions

Les interventions devraient être adaptées aux variations saisonnières (par exemple, les périodes de soudure) et aux cycles de crise (en prévision, en prévention ou en réponse à un choc), ainsi qu'à d'autres périodes de vulnérabilité accrue. Les systèmes d'alerte précoce et les cadres d'action anticipative devraient éclairer la conception des programmes. Si des composantes de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) sont intégrées, un engagement soutenu – généralement supérieur à trois mois – est nécessaire pour influencer significativement les comportements. Les entretiens avec les principaux intervenants ont souligné que les efforts de CCSC à court terme échouent souvent à produire un changement durable.

Valeur de transfert et considérations de marché

Les valeurs de transfert doivent se fonder sur le coût réel d'une alimentation nutritive, parmi d'autres besoins essentiels, et être suffisamment flexibles pour tenir compte de l'inflation et de la volatilité des marchés. Le bon fonctionnement du marché est une condition essentielle à la réussite des interventions de CVA. Les études de marché doivent évaluer la disponibilité et l'accessibilité financière d'aliments sains, sûrs et nutritifs, ainsi que la fiabilité de la chaîne d'approvisionnement dans le temps. Les outils et les méthodologies doivent être adaptés pour prendre en compte la diversité alimentaire locale, l'environnement alimentaire local et les préférences des consommateurs.

Intégration des composantes complémentaires

Il est recommandé d'intégrer des composantes complémentaires. La communication pour le changement de comportement social et comportemental (CCSC) est une composante essentielle qui doit être adaptée au contexte, soutenue et mise en œuvre au bon moment, autant d'éléments cruciaux pour son efficacité. Elle devrait débuter avant la distribution des aides et se poursuivre tout au long de l'intervention. De plus, il est nécessaire de préciser sa séquence et son contenu. Elle devrait être intégrée à d'autres composantes complémentaires telles que la supplémentation en micronutriments, les intrants agricoles et la formation ou d'autres formes de soutien aux moyens de subsistance, les services de santé (par exemple, les soins maternels, le traitement des infections), le soutien psychosocial et les interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (EAH).

Barrières physiques et technologiques

De plus, des mesures devraient être prises pour lever les obstacles physiques et technologiques ; l'accès aux services financiers, y compris la prise en charge des frais de transport ou des outils de livraison (téléphone mobile par exemple), devrait être assuré (et même intégré au montant du transfert ou au programme lui-même). Renforcer les connaissances financières des participants au projet est également essentiel pour garantir une prise de décision éclairée et une utilisation optimale de l'aide.

Suivi, évaluation et durabilité

Les cadres de suivi devraient être revus afin d'inclure des indicateurs intermédiaires et des mécanismes d'impact clairement définis reliant les intrants des programmes de CVA aux résultats escomptés. Les indicateurs à long terme, tels que la mortalité infantile, peuvent ne pas convenir aux interventions à court terme (par exemple, 6

mois). Il est plutôt recommandé d'utiliser des indicateurs anthropométriques pour surveiller l'impact nutritionnel, en les faisant intervenir avec des indicateurs tels que le bien-être psychosocial des soignants et des familles, les comportements individuels de consommation alimentaire et des mesures au niveau individuel comme la diversité alimentaire minimale (MDD) notamment pour les femmes (MDD-W), qui fournissent des informations plus précises sur les résultats nutritionnels que les indicateurs au niveau du ménage (comme le score de consommation alimentaire SCA).

Les résultats étaient mitigés selon le groupe d'âge étudié, ce qui souligne l'importance de suivre les impacts des programmes sur différents groupes, et en particulier sur ceux ciblés par les programmes, afin de mesurer s'il existe des impacts différents entre les groupes suite à une même intervention.

Plusieurs études comparatives clés indiquent que les effets positifs s'estompent souvent après la fin des distributions. La pérennité de l'impact pourrait être assurée en orientant les bénéficiaires de l'aide financière vers des services à plus long terme. Un suivi longitudinal et un suivi post-intervention sont indispensables pour évaluer les effets durables et orienter les programmes futurs. Dans le cas de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée, le suivi permettrait d'évaluer l'impact de l'aide financière ou du programme « Cash Plus » sur les rechutes.

Coordination et collaboration multisectorielle

Le leadership du cluster nutrition est essentiel pour promouvoir les orientations existantes², soutenir leur mise en œuvre et garantir la cohérence avec les autres pôles et les différents secteurs. Un langage commun et une collaboration entre les experts en CVA et les experts sectoriels sont nécessaires pour harmoniser les objectifs, partager les connaissances et optimiser l'impact et le financement.

2 GNC (2023). Note d'information : Aide financière et en bons d'achat pour la nutrition en situation d'urgence : résumé des défis programmatiques et des pratiques prometteuses (nutritioncluster.net/sites/nutritioncluster.com/files/2023-11/CVA%20for%20nutrition_challenges-promising%20practices_GNC%20WG_FINAL_Nov2023.pdf) ; et GNC (2020). Note d'orientation et données probantes sur l'utilisation de l'aide financière et en bons d'achat pour améliorer les résultats en situation d'urgence (nutritioncluster.net/resources/evidence-and-guidance-note-use-cash-and-voucher-assistance-nutrition-outcomes-emergencies).

RÉFÉRENCES

- [1] American Institutes for Research (AIR). Programme de subventions pour enfants en Zambie : rapport d'impact sur 24 mois. Septembre 2013. Disponible sur : <https://www.air.org/resource/report/zambias-child-grant-program-24-month-impact-report>
- [2] Bouguen, A. et Dillon, A. Au-delà de la réduction de la pauvreté : enseignements tirés d'un programme multidimensionnel sur la pauvreté, la nutrition et le développement de l'enfant. 8 juin 2025. Disponible sur : https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4781746
- [3] Bliss, JR. Programmes de transfert d'argent d'urgence, stigmatisation et accès : facteurs de prévention et de traitement de la malnutrition aiguë infantile, 2014. Disponible sur : <https://ecommons.cornell.edu/server/api/core/bitstreams/166c88f3-d2bc-4741-8a88-1eca023df423/content>
- [4] Ecker O., A. I-Malk, A. et Maystadt, J. F. Conflit civil, transferts monétaires et nutrition infantile au Yémen. *Economic Development and Cultural Change*, vol. 72, n° 4, 2024. Disponible sur : <https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/726294#sc2>
- [5] Fenn, B., Noura, G., Sibson, V., Dolan, C., et Shoham, J. Le rôle des transferts monétaires inconditionnels lors d'une urgence nutritionnelle dans la région de Maradi, au Niger : une étude observationnelle avant-après intervention. *Public health nutrition*, 18(2), 343–351. 2015. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/S1368980014000378>
- [6] Fenn B, Colbourn T, Dolan C, Pietzsch S, Sangrassi M, Shoham J. Évaluation de l'impact de différentes modalités d'intervention monétaire sur l'état nutritionnel des enfants et des mères dans la province du Sindh, au Pakistan, à 6 mois et à 1 an : un essai contrôlé randomisé en grappes. *PLoS Med* 14(5) : e1002305. 2017. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002305>
- [7] Ferré, C. et Sharif, I. Les transferts monétaires conditionnels peuvent-ils améliorer les résultats scolaires et nutritionnels des enfants pauvres au Bangladesh ? Résultats d'un projet pilote. 2014. Disponible sur : <https://fd4sa-repository.ub.uni-heidelberg.de/3728/1/Cash%20Transfer%20Bangladesh.pdf>
- [8] Kurdi, S., Breisinger, C., Ibrahim, H., Ghorpade, Y. et Al-Ahmadi, A. Réponse aux conflits : le programme « argent plus » est-il efficace pour prévenir la malnutrition. 2019. Disponible sur : <https://cgspace.cgiar.org/server/api/core/bitstreams/2b0ae680-f7a2-43e7-91d5-2c1d1aaba6d/content>
- [9] Kusuma, D., McConnell, M., Berman, P. et Cohen, J. L'impact des transferts monétaires aux ménages et aux communautés sur la consommation alimentaire des enfants en Indonésie. *Preventive Medicine*, volume 100, 2017, pages 152-158, ISSN 0091-7435. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.04.020> et <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743517301408>
- [10] Lewis, A. Programmation intégrée de la sécurité alimentaire et prévention de la malnutrition aiguë en République centrafricaine. 2016. Disponible sur : enonline.net/fex/51/foodsecandacutmalcar
- [11] Maffioli et al. Rapport final de l'essai contrôlé randomisé du programme LEGACY. IPA, Innovations for Poverty Action, Save the Children Myanmar, Save the Children UK. 2019. Disponible sur : <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/legacy-program-randomized-controlled-trial-endline-report>

- [12] Mustafa, G., Ali, A. et Iqbal, N. Impact des transferts monétaires inconditionnels sur la nutrition infantile au Pakistan : le cas du Programme de soutien au revenu Benazir (BISP). *Global Economics Review*, IV(IV), 71-88. 2019. Disponible sur : [https://doi.org/10.31703/ger.2019\(IV-IV\).07](https://doi.org/10.31703/ger.2019(IV-IV).07)
- [13] Paes-Sousa, R., Santos, LMP et Miazak, E.S. Effets d'un programme de transferts monétaires conditionnels sur la nutrition infantile au Brésil. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 89, n° 7 : 496-503. 2011. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21734763/>. Publié en ligne le 29 avril 2011. PMID : 21734763 ; PMCID : PMC3127265
- [14] V. Patwardhan. L'impact du programme de transferts monétaires conditionnels de Mamata sur la nutrition infantile dans l'Odisha, en Inde. *Health Economics*, vol. 32, n° 9, p. 2127-2146. 2023. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/hec.4720>
- [15] Renzaho, A.M.N.; Chitekwe, S.; Chen, W.; Rijal, S.; Dhakal, T.; Dahal, P. Effet synergique des transferts monétaires aux familles, des programmes de protection sociale adaptés aux enfants et du renforcement des capacités pour une protection sociale efficace sur l'état nutritionnel des enfants au Népal. *Int. J. Environ. Res. Public Health* . 14 , 1502. 2017. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/ijerph14121502>
- [16] Renzaho, AMN, Chen, W., Rijal, S., Dahal, P., Chikazaza, I.R., Dhakal, T. , et Chitekwe, S. L'impact des allocations familiales inconditionnelles sur la malnutrition infantile et ses causes immédiates et sous-jacentes dans cinq districts de la zone de Karnali, au Népal : une analyse des tendances. *Archives of public health* , 77 , 24. 2019. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0352-2>
- [17] Lisboa, CS, Baretto, ML, Guimaraes, NS, Ferreira, AJF, de Silva, KBB, Alves, F.J.O., Rocha, A.D.S. (et al). Impact des programmes de transferts monétaires sur les résultats de la naissance et de la croissance de l'enfant : revue systématique. *Cien. Saude coletiva*, vol. 28, non. 8. 2023. Disponible sur : <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.14082022>
- [18] Manley J., Alderman H., Gentilini U. Nouvelles données probantes sur les transferts monétaires et l'état nutritionnel des enfants : revue systématique et méta-analyse. *BMJ Global Health*. 2022 ;7 :e008233. 2022. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008233>
- [19] Deanna K. Olney, Aulo Gelli, Neha Kumar, Harold Alderman, Ara Go, Ahmed Raza. Impacts des programmes d'aide sociale sur l'alimentation et l'état nutritionnel des femmes et des enfants. *Maternal & child nutrition*, 18(4), e13378. 2022. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/mcn.13378>
- [20] De Walque, D., Fernald, L. , Gertler, P. et Hidrobo, M. Transferts monétaires et développement de l'enfant et de l'adolescent. Dans : Bundy DAP, Silva ND, Horton S, et al., éditeurs. *Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent*. 3e édition. Washington (DC) : Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale ; 20 novembre 2017. Chapitre 23. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30212143/>
- [21] Holmes R., Bhuvanendra D. Protection sociale et systèmes alimentaires résilients : le rôle des transferts monétaires. ODI. 2013. Disponible sur : <https://calpnetwork.org/wp-content/uploads/2020/01/social-protection-cash-transfers.pdf>
- [22] Seal A., Dolan C. et Trenoth L. REFANI : Recherche sur l'aide alimentaire pour un impact nutritionnel – Synthèse. 2017. Disponible sur : <https://www.actionagainsthunger.org/publications/refani-synthesis-report/>

- [23] Doocy S, Busingye M, Lyles E, Colantouni E, Aidam B, Ebulu G, Savage K. Aide financière et en bons d'achat et état nutritionnel des enfants en Somalie . *Maternal & Child Nutrition* , 16 (3), e12966. 2020. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/mcn.12966>
- [24] Hoddinott, J. et Bassett, L. Programmes de transferts monétaires conditionnels et nutrition en Amérique latine : évaluation des impacts et stratégies d'amélioration. Document de travail de l'Initiative Amérique latine et Caraïbes sans faim, FAO. 2009. Disponible sur : <https://www.oda-alc.org/documentos/1323953925.pdf>
- [25] HOUNGBE F., TONGUET-PAPUCCI A., ALTARE C., AIT-AISSA M., HUNEAU J.-F. , HUYBREGTS L., KOLSTEREN P. Les transferts monétaires inconditionnels ne préviennent pas la malnutrition infantile dans le cadre de l'essai contrôlé randomisé en grappes MAM'Out (Modérer la malnutrition aiguë modérée) mené en milieu rural au Burkina Faso. *The Journal of Nutrition*, vol. 147, n° 7, p. 1410-1417, ISSN 0022-3166, 2017. Disponible sur : <https://doi.org/10.3945/jn.117.247858> et <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022316622162875>
- [26] Sibson, V.L., Grijalva-Eternod, C.S., Noura, G., Lewis, J., Kladstrup, K., Haghparast -Bidgoli, H., Skordis. Résultats d'un essai randomisé en grappes sur les transferts monétaires inconditionnels au Niger. *Matern Child Nutr.* ; 14 :e12615. 2018. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/mcn.12615>
- [27] USAID Advancing Nutrition. Comprendre la mise en œuvre des programmes d'aide en espèces et en bons d'achat pour la nutrition : analyse d'exemples de programmes au Burkina Faso, au Mali, au Niger, en Somalie et en Colombie. Arlington, VA : USAID Advancing Nutrition, 2023. Disponible sur : https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2024/01/usaaid-an-understanding_how_cash_and_voucher_assistance_programs_for_nutrition_are_implemented.pdf
- [28] Grijalva-Eternod, C.S., Jelle, M., Haghparast-Bidgoli, H., Colbourn, T., Golden, K., King, S., Cox, C.L., Morrison, J., Skordis-Worrall, J., Fottrell, E., et Seal, A.J. Intervention monétaire et risque de malnutrition aiguë chez les enfants de 6 à 59 mois vivant dans des camps de personnes déplacées à Mogadiscio, en Somalie : essai en grappes non randomisé. *PLoS medicine*, 15(10), e1002684. 2018. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002684>
- [29] De Groot, R., Palermo, T., Handa, S., Ragno, L.P., Peterman, A. Transferts monétaires et nutrition infantile : voies et impacts. *Dev Policy Rev*, 35, 621–643. 2017. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/dpr.12255>
- [30] Labrecque, JA, Kaufman, JS, Balzer, LB, Maclehose, RF, Strumpf, EC, Matijasevich, A., Santos, IS, Schmidt, KH et Barros, AJD. Effet d'un programme de transfert monétaire conditionnel sur la taille pour l'âge et le poids pour l'âge chez les nourrissons brésiliens à 24 mois à l'aide d'une estimation ciblée doublement robuste. *Social Science & Medicine*, Volume 211, Pages 9-15, ISSN 0277-9536. 2018. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953618302831> et <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953618302831>
- [31] Doocy, S., Busingye, M., Lyles, E., Colantouni, E., Aidam, B., Ebulu, G., et Savage, K. « Aide monétaire et état nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes en période de crise alimentaire en Somalie : comparaison de deux modalités de transfert ». *PLoS one*, 15(4), e0230989. 2020. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230989>
- [32] Bailey, S., Hedlund, K. L'impact des transferts monétaires sur la nutrition dans les contextes d'urgence et de transition. Une analyse des données probantes. Humanitarian Policy Group (ODI). 2012. Disponible sur : <https://odi.org/en/publications/the-impact-of-cash-transfers-on-nutrition-in-emergency-and-transitional-contexts/>

- [33] Harris-Fry, H. A., Paudel, P., Harrison, T., Shrestha, N., Jha, S., Beard, B. J., Copas, A., Shrestha, B. P., Manandhar, D. S., Costello, A. M. L., Cortina-Borja, M., et Saville, N. M. (2018). Les groupes de femmes participant à des programmes de transferts monétaires peuvent améliorer la diversité alimentaire et l'adéquation des apports en micronutriments pendant la grossesse, tandis que les groupes de femmes bénéficiant de transferts alimentaires peuvent améliorer l'équité dans la répartition de l'énergie au sein du ménage. *The Journal of nutrition*, 148(9), 1472–1483. Septembre 2018. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/jn/nxy109>
- [34] Teta, I., Foudjo, B. U. S., Nielsen, J. N. et al. Résultats d'un programme de bons alimentaires et facteurs associés au taux de guérison des enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée dans l'Extrême-Nord du Cameroun. *J Health Popul Nutr* 42, 37. 2023. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00379-1>
- [35] Kumar, P., Mayer, A. M. et Molloy, E. Analyse du programme pilote de bons d'achat de produits frais en Éthiopie. 2013. Disponible sur : <https://www.enonline.net/fex/45/en/analysis-fresh-food-voucher-programme-piloted-ethiopia>
- [36] World Vision . Comment les approches monétaires influencent les résultats nutritionnels : études de cas des programmes monétaires de World Vision au Bangladesh et au Soudan du Sud. 2019. Disponible sur : <https://www.wvi.org/publications/case-study/disaster-management/how-cash-based-approaches-affect-nutrition-outcomes>
- [37] Amarante, V., Manacorda, M. , Miguel, E. et Vigorito, A. Les transferts monétaires améliorent-ils les résultats en matière de natalité ? Données issues de statistiques de l'état civil, de la sécurité sociale et de programmes appariés. Document de travail NBER n° 17690, JEL n° I38, J13, J88. Décembre 2011. Disponible sur : https://www.nber.org/system/files/working_papers/w17690/w17690.pdf
- [38] Lucas, ADP, de Oliveira Ferreira, M., Lucas, TDP et al. La relation intergénérationnelle entre les transferts monétaires conditionnels et la santé des nouveau-nés. *BMC Public Health* 22, 201. 2022. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12565-7>
- [39] Jef Leroy, Bastien Koch, Shalini Roy, Daniel Gilligan, Marie Ruel. Programmes d'aide sociale et issues de grossesse : revue systématique et évaluation des parcours nutritionnels et de santé, *The Journal of Nutrition*, volume 151, numéro 12, pages 3841-3855, ISSN 0022-3166. 2021. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/jn/nxab292> . <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022316622004436>
- [40] Glassman A, Duran D, Fleisher L, Singer D, Sturke R, Angeles G, Charles J, Emrey B, Gleason J, Mwebsa W, Saldana K, Yarrow K, Koblinsky M. Impact des transferts monétaires conditionnels sur la santé maternelle et néonatale. *J Health Popul Nutr*. 31(4 Suppl 2):S48–66. PMID : PMC4021703. Décembre 2013. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4021703/>
- [41] Celhay, P. A., Johannsen, J. , Martinez, S. et Vidal, C. Des incitations modestes peuvent-elles avoir un impact considérable ? Impacts sanitaires d'un programme de transferts monétaires en Bolivie. *University of Chicago, Economic Development and Cultural Change* 2021 ; 69 :2, 591-621 . 2021. Disponible sur : <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/703085>
- [42] A. Duerr. Étude de cas : documentation des expériences d'utilisation de l'ACV pour les résultats nutritionnels au Nigéria. 2020. Disponible sur : <https://www.nutritioncluster.net/resources/case-study-documentation-experiences-using-cva-nutrition-outcomes-nigeria>

- [43] Rasella, D., Aquino, R., Santos, C., Paes -Sousa, R. et Barreto, M. L. Effet d'un programme de transferts monétaires conditionnels sur la mortalité infantile : une analyse nationale des municipalités brésiliennes. *The Lancet*, volume 382, numéro 9886, p. 57-64. 2013. Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60715-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60715-1/abstract)
- [44] A. Shei. Le programme brésilien de transferts monétaires conditionnels associé à une baisse du taux de mortalité infantile. 2013. *Health Affairs* 32:7, 1274-1281. 2013. Disponible sur : <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.0827>
- [45] Ngamasana, EL et Moxie, J. Transferts monétaires et résultats en matière de santé maternelle et infantile : une analyse de la portée en Afrique subsaharienne. *Global Health Action*, 17(1). 2024. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/16549716.2024.2309726>
- [46] Nikulkov A, Barrett CB, Mude AG, Wein LM. Évaluation de l'impact des politiques de distribution de l'aide alimentaire américaine sur la mortalité infantile dans le nord du Kenya. *PLoS ONE* 11(12) : e0168432. 2016. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168432>
- [47] Ahmed, T., Chowdhury, M., Bashir, A. Au Yémen, l'aide financière contribue à des résultats nutritionnels positifs. *ENN online*. 2022. Disponible sur : https://www.enonline.net/sites/default/files/FEX-68-FINAL_29-32.pdf
- [48] E. Hewitt. Les programmes d'aide alimentaire en Équateur améliorent-ils la diversité alimentaire des enfants âgés de 6 mois à 5 ans ? Mémoire de maîtrise, Université de Gand, 2019. Disponible sur : libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/785/250/RUG01-002785250_2019_0001_AC.pdf
- [49] Hirvonen, K., Baye, K. et Abate, W. T. Évaluation d'impact du programme pilote de bons d'alimentation fraîche du PAM en Éthiopie. 2019. Disponible sur : <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000106838/download/>
- [50] Hougbe, F., Tonguet-Papucci, A., Nago, E., Gauny, J., Ait-Aïssa, M., Huneau, J.F., Kolsteren, P., et Huybregts, L. Effets de transferts monétaires inconditionnels pluriannuels et saisonniers sur la sécurité alimentaire et la diversité alimentaire en milieu rural au Burkina Faso : l'essai contrôlé randomisé en grappes MAM'Out (Moderate Acute Malnutrition Out). *Public health nutrition*, 22(6), 1089-1099. 2019. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/S1368980018003452>
- [51] Tonguet-Papucci, A., Hougbe, F., Huybregts, L., Ait-Aïssa, M., Altare, C., Kolsteren, P., et Huneau, J.F. Un programme de transferts monétaires saisonniers non conventionnels augmente la consommation d'aliments à haute valeur nutritionnelle chez les jeunes enfants burkinabés : résultats d'enquêtes de rappel alimentaire de 24 heures menées dans le cadre de l'essai contrôlé randomisé MAM'Out (Moderate Acute Malnutrition Out). *The Journal of nutrition*, 147(7), 1418-1425. 2017. Disponible sur : <https://doi.org/10.3945/jn.116.244517>
- [52] Primson. Évaluation finale du programme de transferts monétaires d'urgence DiRECT Response en Zambie. 2017. Disponible sur : <https://calpnetwork.org/wp-content/uploads/2020/03/thedirectresponsetoemergency-cashtransferproject-evaluationreport-1.pdf>
- [53] ACF. Méta-évaluation des programmes de bons d'achat de produits frais d'ACF. 2012. (Disponible sur : <https://www.calpnetwork.org/publication/meta-evaluation-of-acf-fresh-food-voucher-programmes/>)

- [54] Han, Y., Park, S., Kim, J. et Hoddinott, J. L'implication des pères dans la communication sur les changements de comportements nutritionnels n'augmente pas la diversité alimentaire des enfants : résultats d'un essai contrôlé randomisé en grappes mené en Éthiopie rurale. *The Journal of nutrition*, 153(2), 569–578. 2023. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2022.12.023>
- [55] Angood, C., Kamudoni, P. et Kinyanjui, G. Transferts monétaires et éducation sanitaire pour améliorer l'alimentation des jeunes enfants au Kenya. 2022. Disponible sur : <https://www.enonline.net/fex/68/en/cash-transfers-and-health-education-address-young-child-diets-kenya>
- [56] UNICEF. Leçons tirées de l'intégration de la protection sociale et de la nutrition en Afrique orientale et australe : le programme Merankabandi au Burundi. 2022. Disponible sur : <https://www.unicef.org/esa/media/12521/file/Burundi-SP-Nutrition-Case-Study-2022.pdf>
- [57] PAM. Leçons tirées du programme de bons d'achat de produits frais en Éthiopie. 2022. Disponible sur : <https://www.wfp.org/publications/ethiopia-support-strengthening-resilience-vulnerable-groups-fresh-food-voucher>
- [58] Briaux J, Martin-Prevel Y, Carles S, Fortin S, Kameli Y, et al. Évaluation d'un programme de transfert monétaire inconditionnel ciblant la croissance linéaire des enfants durant leurs 1 000 premiers jours en milieu rural au Togo : un essai contrôlé randomisé en grappes. *PLOS Medicine* 17(11) : e1003388. 2020. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003388>
- [59] Oxford Policy Management. Évaluation finale du programme de subventions pour le développement de l'enfant : principaux résultats. 2019. Disponible sur : https://opml.co.uk/sites/default/files/migrated_bolt_files/endline-summary-report.pdf
- [60] Park, S., Han, Y. et Kim, HB. Promouvoir une meilleure alimentation du nourrisson et du jeune enfant : résultats d'une expérience de terrain en Éthiopie. 2018. Disponible sur : https://barrett.dyson.cornell.edu/NEUDC/paper_524.pdf
- [61] Manley J, Balarajan Y, Malm S, Harman L, Owens J, Murthy S, et al. Transferts monétaires et état nutritionnel des enfants : revue systématique et méta-analyse. *BMJ Global Health* ; 5 :e003621. 2020. Disponible sur : <https://gh.bmj.com/content/5/12/e003621>
- [62] Battista, A. et Zephirim, NJB. L'utilisation de bons nutritionnels pour prévenir la malnutrition et améliorer la qualité de l'alimentation. 2017.

ANNEXES

Annexe 1 / Modèle de tableau d'extraction

Ce modèle a été utilisé pour collecter et analyser systématiquement les données pertinentes de chaque étude incluse dans l'analyse.

1. **Identification de l'étude** : auteurs, titre, année, source (URL/DOI)
2. **Caractéristiques de l'étude** : Rapport de projet MEAL, Dissertation, Article, Article de recherche publié, Revue de la littérature, Rapport de recherche
3. **Contexte** : région/pays, type d'intervention (développement, humanitaire), caractéristiques supplémentaires (établissements informels, camps, zones rurales/urbaines, etc.)...
4. **Population**
 - **Enfants par groupe d'âge** :
 - Enfants de 0 à 5 mois
 - Enfants de 6 à 59 mois
 - **Femmes et filles enceintes et allaitantes (FFEA)**
5. **Intervention**
 - **Type de CVA** :
 - Espèces
 - Bons d'achat
 - Conditionnel/Inconditionnel
 - **Interventions associées (le cas échéant)**
6. **Résultats**
 - **Principaux résultats** :
 - Pour les enfants de 6 à 59 mois :
 - Prévention de l'émaciation
 - Rétablissement après MAM
 - Pour les femmes et les jeunes filles enceintes :
 - Prévention de l'émaciation
 - Rétablissement après MAM
 - Pour les femmes et les jeunes filles qui allaitent et les enfants de moins de 6 mois :
 - Prévention du retard de croissance
 - Rétablissement après MAM
 - **Résultats secondaires** :
 - Mesures anthropométriques (par exemple, WHZ, MUAC)
 - Diversité alimentaire (MDD-C, MAD, SDAI, MDD-W)
 - Autres résultats nutritionnels ou sanitaires pertinents
7. **Principales conclusions**
 - **Efficacité du CVA, principaux résultats, conclusions**
 - **Différences selon la modalité de CVA (le cas échéant)**
 - **Leçons tirées et recommandations**
8. **Limitations relevées par les auteurs**
9. **Commentaires du relecteur**

Annexe 2 / Résultats Prévention de la malnutrition aiguë modérée, du retard de croissance et de développement

#	ÉTUDE	INTERVENTION	COMPLÈMENTS	POPULATION	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	RÉSULTATS	IMPACT	QUALITÉ DES PREUVES
1	AIR, 2013	UCT		Enfants de moins de 5 ans	2 515 ménages	L'intervention a induit une amélioration du poids des jeunes enfants, avec des effets sur le WHZ et le WAZ d'environ 0,12 écart-type. L'étude a examiné si les impacts du programme étaient différents pour différents groupes d'âge chez les jeunes enfants et a rapporté un effet important sur le WHZ chez les enfants âgés de 3 à 5 ans.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
2	BOUGUEN ET DILLON, 2024	UCT COMPARÉ À DIFFÉRENTS UCT+	Transfert d'argent : Argent + Animaux + Kit de jardinage + Produits Nut. + CCSC	6 à 23 mois	3 500 ménages	Seul le groupe T3 a montré des améliorations significatives : Émaciation sévère : ↓ 46 % (de 2,6 % à 1,4 %) ; La proportion d'enfants souffrant de malnutrition aiguë a diminué de 1,2 % après un an d'intervention. Retard de croissance sévère : ↓ 26-41 % ; Insuffisance pondérale sévère : ↓ 31 % ; Amélioration des scores de poids pour l'âge et de taille pour l'âge.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
3	BLISS, 2014	CCT	La participation des mères à des séances d'information sur la santé et l'éducation, comprenant des messages sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'hygiène, ainsi que des démonstrations culinaires.	6 à 24 mois	424 enfants	Au cours des deux mois de l'étude, les enfants des familles ayant bénéficié de l'intervention ont pris en moyenne 1,22 kg de plus que ceux des familles témoins. Le gain de poids pour la taille associé à l'intervention était en moyenne de 1,49 Z, et la prévalence de la malnutrition aiguë a diminué de 40 % à moins de 5 % chez les enfants du groupe d'intervention, tandis qu'elle restait à environ 20 % dans le groupe témoin.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
4	ECKER ET AL., 2024	UCT		Enfants de moins de 5 ans	2 312 ménages	Alors qu'une augmentation de 1 écart-type de l'intensité des conflits armés réduit le WHZ des enfants de 9,6 %, le programme de transfert monétaire étudié a atténué cet impact de 42,4 %.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
5	FENN ET AL., 2015	UCT		6 à 36 mois	412 ménages	Les mesures anthropométriques (WHZ et MUAC) ont montré des améliorations significatives (P<0,001) par rapport à la valeur initiale. Le pourcentage d'enfants présentant un score WHZ <-1 à ≥-2 était significativement plus faible lors de l'enquête finale (30,0 %). v. 45,8 % au départ ;P<0,001)	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
6	FENN ET AL., 2017	UCT par rapport à BONS D'ACHAT POUR PRODUITS FRAIS		Enfants de moins de 5 ans	3 584 ménages	Après 6 mois, la probabilité qu'un enfant souffre de malnutrition aiguë était significativement plus faible dans les deux groupes (aide financière inconditionnelle et bons d'achat de produits frais) que dans le groupe témoin. Le score WHZ moyen s'est significativement amélioré dans les deux groupes (bons d'achat de produits frais et aide financière) après 6 mois (FFV : score z = 0,16 ; IC à 95 % : 0,05-0,26 ; p = 0,004 ; DC : score z = 0,11 ; IC à 95 % : 0,00-0,21 ; p = 0,05) que dans le groupe témoin.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
7	FERRÉ ET SHARIF, 2014	CCT	Participation mensuelle aux consultations de suivi de la croissance des enfants âgés de 0 à 36 mois et séance de nutrition pour la mère/le soignant.	10 à 22 mois	2 718 ménages	L'intervention a réduit de 40 % la proportion d'enfants dont le score WHZ était inférieur à 2 écarts-types.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
8	KURDI ET AL., 2019	CCT	Séances mensuelles d'éducation nutritionnelle et dépistage de la malnutrition	Enfants de moins de 2 ans	2 000 ménages	L'intervention a permis de réduire de 10 % la proportion d'enfants ayant reçu un diagnostic de malnutrition aiguë modérée au cours des deux dernières années, comparativement à un groupe témoin.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
9	KUSUMA ET AL., 2017	CCT	Non spécifié (santé/éducation)	Enfants de moins de 5 ans	14 000 ménages	L'intervention a réduit la probabilité d'émaciation et d'émaciation sévère de 33 % et 41 % respectivement, par rapport au groupe témoin.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
10	LEWIS, 2016	BONS ALIMENTAIRES NUTRITIFS+	CCSC sur la nutrition et l'alimentation infantile, démonstrations culinaires	6 à 24 mois	Pas disponible	À la fin de l'intervention, 65 % des enfants avaient amélioré leur score MUAC.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
11	MAFFIOLI ET AL., 2019	UCT par rapport à UCT+	CCSC aborde des sujets liés à la nutrition et à la santé	6 à 29 mois	4 972 mères	Le programme a permis de réduire de 2,8 % la proportion d'enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) (p < 0,1), passant de 11 % à 8,2 % dans le groupe « Transferts monétaires + communication pour le changement social et comportemental ». De même, nous observons une réduction de 2,6 points de pourcentage, de 11 % à 8,4 % (p < 0,1), parmi les enfants du groupe « Transferts monétaires uniquement ». Cela suggère que les transferts monétaires pourraient contribuer à réduire l'émaciation.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
12	MUSTAFA ET AL., 2019	UCT		Enfants de moins de 5 ans	22 969 ménages	En utilisant le WAZ, l'étude a constaté que les niveaux faibles et très faibles d'insuffisance pondérale chez les enfants sont passés de 57,44 % à 64,45 % au cours de l'intervention, tandis qu'en utilisant le WHZ, l'étude a constaté une diminution des niveaux d'émaciation modérée et sévère au fil du temps.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES

13	PAES-SOUSA ET AL., 2011	CCT	Programme de santé et de nutrition comprenant les soins prénatals, la vaccination et la surveillance sanitaire	Enfants de moins de 5 ans	22 375 ménages	Les enfants issus de familles ayant bénéficié de l'intervention avaient 26 % plus de chances d'avoir un score WAZ normal que ceux issus de familles n'ayant pas bénéficié de l'intervention.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
14	PATWARDAN ET AL., 2023	CCT	Supplémentation en micronutriments, vaccinations pour les enfants, séances de conseil pour les mères, pesée de l'enfant, enregistrement de la naissance	Enfants de moins de 5 ans	36 257 dyades mère-enfant	Le programme a permis de réduire la malnutrition aiguë chez les enfants de 7 points de pourcentage, soit une diminution de 39 % par rapport à la prévalence moyenne de cette malnutrition avant sa mise en œuvre. Cette réduction est principalement due aux enfants issus des ménages appartenant aux quatre quintiles de richesse les plus élevés (sur cinq), pour lesquels le programme a permis de réduire la malnutrition aiguë de 13 points de pourcentage, soit une diminution d'environ 80 %. Les enfants issus des ménages du quintile de richesse le plus bas étaient, quant à eux, 13 points de pourcentage plus susceptibles de souffrir de malnutrition aiguë que leurs homologues plus aisés.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
15	RENZAHO ET AL., 2017	UCT+	CCSC sur la nutrition infantile, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'hygiène, ainsi que sur le renforcement des capacités des collectivités locales	Enfants de moins de 5 ans	3 000 ménages	L'intervention a permis de réduire de 7,4 % la prévalence de l'insuffisance pondérale et de 2,8 % la prévalence de l'émaciation.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
16	RENZAHO ET AL., 2019	UCT+	SBC sur la nutrition infantile, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'hygiène, ainsi que sur le renforcement des capacités des collectivités locales	Enfants de moins de 5 ans	3 647 ménages	On a observé une croissance linéaire chez les enfants, avec une augmentation correspondante des scores Z poids-âge de 0,50 et des scores Z poids-taille de 0,34 entre la période d'étude, ce qui équivaut à une diminution de la malnutrition infantile de 16,5 % et de 5,1 % respectivement pour l'insuffisance pondérale et l'émaciation.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
22	ACTION CONTRE LA FAIM, 2017	BON D'ACHAT UCT+ (PAKISTAN) + (SOMALIE) UCT+ (NIGER)	Pakistan : Traitement de la malnutrition aiguë sévère, supplémentation en micronutriments (enfants et femmes enceintes), et communication sur les causes de la malnutrition, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, eau, assainissement et hygiène. Niger : Centres de dépistage et de communication pour le changement de comportement (CDC) + dépistage. Somalie : CDC + alimentation non alimentaire + eau courante	6 à 48 mois	3 462 enfants issus de 2 469 foyers	Aucune réduction de la prévalence de l'émaciation n'a été constatée, que ce soit pour les aides en espèces ou en bons d'achat. Seule l'intervention « double aide en espèces » a eu des effets positifs.	NÉGLIGEABLE	PREUVES ÉMERGENTES
28	GRUJALVA-ETERNOD CS ET AL.	CCT+	CCSC+NFI/AME/EAU COURANTE	6 à 59 mois	bras d'intervention (n = 759) et bras de contrôle (n = 1 379) (cohorte d'enfants)	Le CCT+ ne semble pas réduire le risque de malnutrition aiguë : rapport de risque non ajusté 0,83 (IC à 95 % 0,48 ; 1,42) et rapport de risque ajusté pour l'âge et le sexe 0,94 (IC à 95 % 0,51 ; 1,74).	NÉGLIGEABLE	PREUVES ÉMERGENTES
23	DOOCY ET AL., 2020	COMPARAISON DES BONS ALIMENTAIRES NUTRITIFS (EN NATURE, UCT ET BONS)		6 à 59 mois	656 ménages	La prévalence de la malnutrition aiguë modérée a diminué de 11,4 % à 9,3 % parmi les personnes bénéficiant de bons alimentaires.	NÉGLIGEABLE	PREUVES ÉMERGENTES
25	HOUNGBE ET AL., 2017	UCT		0-36 mois	1 250 enfants issus de 1 162 foyers	Aucune réduction de l'incidence de l'émaciation n'a été enregistrée chez les bénéficiaires, que ce soit dans le groupe d'intervention ou le groupe témoin.	NÉGLIGEABLE	PREUVES ÉMERGENTES
26	SIBSON ET AL., 2018	UCT		6 à 59 mois	2 199 enfants	Aucun changement n'a été constaté dans la prévalence de la malnutrition aiguë modérée chez les bénéficiaires ; les niveaux d'émaciation sont restés élevés lors des interventions de quatre et six mois.	NÉGLIGEABLE	PREUVES ÉMERGENTES
27	USAID, 2023	UCT+	CCSC sur la santé et la nutrition	6 à 59 mois	774 ménages	Aucune amélioration de la prévalence de la malnutrition aiguë n'a été observée dans le groupe traité par rapport au groupe témoin.	NÉGLIGEABLE	PREUVES ÉMERGENTES
24	HODDINOT ET BASSETT, 2009	CCT	Surveillance régulière de la croissance dans les établissements de santé	0-36 mois	Non donné	L'évaluation d'impact a révélé une étude montrant des effets négatifs sur la prise de poids, et une autre étude concluant à des effets négligeables sur la prise de poids.	N'A PAS PERMIS DE CONSTATER UN IMPACT POSITIF	PREUVES LIMITÉES
30	LABRECQUE ET AL., 2018	CCT	Séances mensuelles d'éducation nutritionnelle CCSC et dépistage de la malnutrition	enfants de 24 mois	1 703 enfants	Les bénéficiaires du transfert ont vu leur WAZ diminuer.	N'A PAS PERMIS DE CONSTATER UN IMPACT POSITIF	PREUVES LIMITÉES
33	DOOCY ET AL., 2020b	BONS ALIMENTAIRES NUTRITIFS		FFEA	514 FFEA	Le MUAC moyenne a augmenté de manière significative chez les femmes recevant des bons alimentaires (0,9 cm, IC : 0,6-1,3, p = 0,001).	POSITIF	PREUVES LIMITÉES
35	HARRIS-FRY ET AL., 2018	UCT+	CCSC sur la bonne santé pendant la grossesse et la santé infantile, ainsi que sur la formation dispensée aux agents de santé locaux en matière de santé infantile	FFEA	789 ménages	Le MUAC moyen des FFEA dans le groupe CCSC plus argent était supérieur de 0,75 à celui du groupe témoin et de 0,26 à celui du groupe SBC plus nourriture.	POSITIF	PREUVES LIMITÉES

Annexe 3 / Résultats Prise en charge de la MAM

#	ÉTUDE	INTERVENTION	INTERVENTIONS COMPLÉMENTAIRES	POPULATION	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	RÉSULTATS	IMPACT	QUALITÉ DES PREUVES
34	TETA ET AL., 2023	BONS ALIMENTAIRES NUTRITIFS		6 à 59 mois	474 enfants	Le taux de guérison de la malnutrition aiguë modérée (MAM) chez les enfants inclus dans l'étude était de 78,3 %. Les enfants âgés de 24 à 53 mois avaient 30 % plus de chances de guérir que ceux âgés de 6 à 11 mois.	POSITIF	PREUVES LIMITÉES
35	KUMAR ET AL., 2013	BONS D'ACHAT POUR PRODUITS FRAIS	Ration TSFP	6 à 59 mois	250 enfants	Les participants au projet ont signalé des bienfaits pour la santé et la nutrition de leurs enfants supérieurs à ceux obtenus grâce au seul programme TSFP.	NÉGLIGEABLE	PREUVES LIMITÉES
36	WORLD VISION	CCT+	Renforcement des capacités en matière de transferts monétaires pour la santé, les soins médicaux et les moyens de subsistance	0-6 mois	Non mentionné	Elle a amélioré la santé des mères et des enfants et a contribué à réduire les taux de rechute de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans.	POSITIF	PREUVES LIMITÉES

Annexe 4 / Résultats Faible poids à la naissance et mortalité infantile

FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE (FPN)

#	ÉTUDE	INTERVENTION	INTERVENTIONS COMPLÉMENTAIRES	POPULATION	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	RÉSULTATS	IMPACT	QUALITÉ DES PREUVES
37	LUCAS ET AL., 2022	CCT	Vaccins pour enfants, examens médicaux pour le FFEA	N / A	5 246 874 individus	Les enfants nés dans un ménage où la mère a bénéficié de l'intervention étaient moins susceptibles d'avoir un faible poids à la naissance (OR 0,93, IC ; 0,92-0,94) ou un très faible poids à la naissance (0,87, IC ; 0,84-0,89).	POSITIF	PREUVES LIMITÉES
38	AMARANTE ET AL., 2011	UCT		N / A	Non fourni	La participation à cette intervention a entraîné une réduction de 15 % de l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance.	POSITIF	PREUVES LIMITÉES

MORTALITÉ

#	ÉTUDE	INTERVENTION	INTERVENTIONS COMPLÉMENTAIRES	POPULATION	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	RÉSULTATS	IMPACT	QUALITÉ DES PREUVES
41	CELHAY ET AL., 2017	CCT	Services de prévention comprenant les consultations prénatales, l'assistance à l'accouchement, un bilan de santé après la naissance et jusqu'à 12 visites de suivi pédiatrique au cours des deux premières années de vie	Mortalité	2 616 observations municipales-années	L'intervention a permis de réduire le taux de mortalité de 38,8 %.	POSITIF	PREUVES ÉMERGENTES
46	NIKULOV ET AL., 2016	INTERVENTIONS MONÉTAIRES		Enfants de moins de 5 ans	2 236 enfants	Le passage d'une aide alimentaire provenant de navires battant pavillon américain à des interventions en espèces a permis de réduire la mortalité infantile de 4,4 % à 3,7 % (soit une réduction relative de 16,2 %).	POSITIF	PREUVES ÉMERGENTES
43	RASELLA ET AL., 2013	CCT	Programme de santé et de nutrition comprenant les soins prénatals, la vaccination et la surveillance sanitaire	Enfants de moins de 5 ans	2 853 municipalités	Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué grâce à l'intervention. Le taux moyen a augmenté. Les rapports de taux pour l'effet de l'intervention sur le taux global de mortalité des moins de 5 ans étaient de 0,94 (IC à 95 % 0,92-0,96) pour une couverture intermédiaire, de 0,88 (0,85-0,91) pour une couverture élevée et de 0,83 (0,79-0,88) pour une couverture consolidée.	POSITIF	PREUVES ÉMERGENTES
44	SHEI, 2013	CCT	Programme de santé et de nutrition comprenant les soins prénatals, la vaccination et la surveillance sanitaire	Enfants de moins de 1 an	Non donné	L'intervention a été associée à une réduction de 9,3 % du taux global de mortalité infantile.	POSITIF	PREUVES ÉMERGENTES
42	DUERR ET AL., 2020	CCT	Inscription dans un centre de santé, plus CCSC sur l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire, ainsi que supplémentation en micronutriments et moustiquaires imprégnées d'insecticide	Enfants de moins de 2 ans	Pas disponible	Cette intervention a permis de réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.	POSITIF	PREUVES ÉMERGENTES

Annexe 5 / Résultats Diversité alimentaire des enfants

#	ÉTUDE	INTERVENTION	COMPLÉMENTS	POPULATION	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	RÉSULTATS	IMPACT	QUALITÉ DES PREUVES
3	BLISS, 2014	CCT	CCSC (participation de la mère à des séances de santé et d'éducation, qui comprennent des messages sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'hygiène ainsi que des démonstrations culinaires)	6 à 24 mois	424 enfants	Le SDAI s'est amélioré d'un groupe alimentaire dans le groupe d'intervention.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
8	KURDI ET AL., 2019	CCT	CCSC (séances mensuelles d'éducation nutritionnelle) et dépistage de la malnutrition	Enfants de moins de 2 ans	2 000 ménages	Le programme a augmenté le SDAI des enfants participants de 0,8 groupe alimentaire, compensant partiellement la baisse de 1,3 groupe alimentaire observée entre la situation initiale et le suivi dans les ménages non participants n'ayant pas accès aux programmes de distribution alimentaire.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
11	MAFFIOLI ET AL., 2019	UCT+	CCSC (sujets liés à la nutrition et à la santé)	6 à 29 mois	4 972 mères	Le SDAI a augmenté de 0,661, tandis que la proportion d'enfants répondant aux critères MDD et MAD a augmenté respectivement de 18,6 % et 21,1 %.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
28	GRIJALVA-ETERNOD ET AL., 2018	UCT+	Kit d'articles non alimentaires et eau courante gratuite	6 à 59 mois	332 enfants	Le SDAI a augmenté de 0,53 dans le groupe d'intervention.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
35	KUMAR ET AL., 2013	BONS D'ACHAT POUR PRODUITS FRAIS	SBC (nutrition, diversité alimentaire, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, préparation des aliments)	6 à 59 mois	250 enfants	Le SDAI moyen est passé de 1,96 à l'admission à 4,17 à la sortie et la proportion d'enfants ayant reçu plus de quatre groupes alimentaires est passée de 4,2 % à 71,4 %.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
42	DUERR ET AL., 2020	CCT	CCSC (allaitement maternel et alimentation complémentaire), inscription dans un centre de santé, supplémentation en micronutriments et moustiquaires imprégnées d'insecticide	Enfants de moins de 2 ans	Pas disponible	L'intervention a permis d'augmenter le nombre d'enfants répondant aux critères MDD et MAD.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
47	AHMED ET AL., 2022	UCT		5 à 23 mois	301 familles	Le pourcentage d'enfants atteignant le score minimal de diversité alimentaire (MDDS) est passé de 16 % à 89 % après quatre cycles de distribution d'argent sur quatre mois consécutifs.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
48	HEWITT, 2019	BONS D'ACHAT CONDITIONNELS POUR PRODUITS FRAIS	CCSC (cours d'éducation nutritionnelle)	6 à 59 mois	876 enfants	Le SDAI a augmenté de 0,44 point pour le groupe d'intervention.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
49	HIRVONEN ET AL., 2019	BONS D'ACHAT POUR PRODUITS FRAIS		6 à 23 mois	535 ménages	Le nombre d'enfants répondant aux critères SDAI recommandés est passé de 13 % à 22 % pendant l'intervention, tandis que le nombre d'enfants répondant aux critères MAD est passé de 8 % à 22 %.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
50	HOUNGBE ET AL., 2019	UCT		Enfants de moins de 5 ans	1 143 ménages et 1 247 enfants	Le score SDAI moyen chez les enfants du groupe d'intervention était supérieur de 17 % à celui du groupe témoin.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
51	TONGUET-PAPUCCI ET AL. (2017)	UCT		14 à 27 mois	322 enfants	Le niveau de dépression majeure (MDD) des deux tiers des enfants ayant bénéficié de transferts monétaires était adéquat, contre seulement un tiers dans le groupe témoin.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
52	PRIMSON, 2017	UCT		Enfants de moins de 2 ans	2 100 ménages	16 % d'enfants supplémentaires ont atteint le diagnostic de dépression majeure à la fin de l'intervention par rapport à la situation initiale.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
53	ACF, 2012	BONS D'ACHAT POUR PRODUITS FRAIS		Enfants de moins de 5 ans	Non donné	Le SDAI est passé de 4,30 au départ à 6,40 à la fin pour les enfants bénéficiant de l'intervention.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
54	HAN ET AL., 2023	BONS ALIMENTAIRES NUTRITIFS +	CCSC (nutrition, diversité alimentaire, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, préparation des aliments)	4 à 20 mois	779 dyades femme-enfant	Bons d'achat pour produits frais (valeur) / vs Bon + CCSC / vs CCSC seulement. La combinaison du CCSC avec les bons d'achat a augmenté le taux de SDAI des enfants de 21,0 % à 23,1 %.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
55	ANGOOD ET AL., 2022	UCT+	CCSC (nutrition pour les femmes enceintes, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, allaitement maternel)	Enfants de moins de 2 ans	3 800 ménages	Comparaison entre UCT et UCT+ conseils nutritionnels. L'intervention a permis d'augmenter de 44 % le nombre d'enfants atteignant un MAD.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
56	UNICEF, 2022	UCT+	CCSC (nutrition, hygiène et développement du jeune enfant), formation des travailleurs sociaux et des bénévoles pour soutenir le programme	Enfants de moins de 5 ans	Pas disponible	Les enfants ayant participé à l'intervention ont connu une augmentation de 100 % des symptômes dépressifs majeurs par rapport à la moyenne de comparaison finale.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
57	PAM, 2022	BONS D'ACHAT POUR PRODUITS FRAIS +	CCSC (nutrition) + engagement de la chaîne d'approvisionnement de détail	6 à 23 mois	Pas disponible	Le pourcentage d'enfants ayant bénéficié d'une intervention et ayant atteint le MAD est passé de 22 % à 42,9 %.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES

58	BRIAUX ET AL., 2020	UCT+	CCSC (comportements de recherche de soins, allaitement maternel, hygiène), enregistrement des naissances, dépistage et traitement du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie	18-29 mois	4 689 ménages	Le SDAI a augmenté de 0,29 chez les enfants ayant bénéficié de l'intervention.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
59	OXFORD POLICY, 2019	UCT+	CCSC (nutrition et santé)	6 à 23 mois	5 433 ménages	Le nombre d'enfants répondant aux critères de dépression majeure était supérieur de 16 % dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
60	PARK ET AL., 2018	BONS D'ACHAT POUR PRODUITS FRAIS +	SBC (diversité alimentaire des enfants, IYCF, séances de cuisine)	4 à 20 mois	640 paires mère-enfant	Le SDAI a augmenté de 0,62 groupes alimentaires dans le groupe d'intervention, tandis que la proportion d'enfants atteignant les apports nutritionnels moyens a augmenté de 15 %.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
11	MAFFIOLI ET AL., 2019	UCT		6 à 29 mois	4 972 mères	L'intervention n'a eu aucun effet statistiquement significatif sur le score SDAI des bénéficiaires ni sur la proportion d'enfants répondant aux besoins nutritionnels moyens.	NÉGLIGEABLE	PREUVES LIMITÉES
23	DOOCY ET AL., 2020	BONS ALIMENTAIRES NUTRITIFS		6 à 59 mois	656 ménages	Aucun changement statistiquement significatif n'a été observé dans Le SDAI ni dans la proportion d'enfants atteints de MAD pour le groupe d'intervention.	NÉGLIGEABLE	PREUVES LIMITÉES
48	HEWITT, 2019	CCT	CCSC (cours d'éducation nutritionnelle)	6 à 59 mois	876 enfants	Les transferts monétaires conditionnels n'ont pas eu d'impact significatif sur Le SDAI des bénéficiaires.	NÉGLIGEABLE	PREUVES LIMITÉES
60	PARK ET AL., 2018	BONS D'ACHAT POUR PRODUITS FRAIS		4 à 20 mois	640 paires mère-enfant	Le système de bons d'achat seul n'a pas eu d'impact sur le syndrome de déficience intellectuelle chez les enfants.	NÉGLIGEABLE	PREUVES LIMITÉES
62	BATTISTA ET ZEPHIRIM, 2017	BONS ALIMENTAIRES NUTRITIFS +	CCSC (santé et nutrition)	6 à 23 mois	650 enfants	Bien que l'intervention ait amélioré la diversité alimentaire des ménages, les enfants de 6 à 23 mois consommaient moins d'aliments nutritifs.	N'A PAS PERMIS DE CONSTATER UN IMPACT POSITIF	PREUVES LIMITÉES

Annexe 6 / Résultats Diversité alimentaire des femmes

#	ÉTUDE	INTERVENTION	COMPLÉMENTS	POPULATION	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	RÉSULTATS	IMPACT	QUALITÉ DES PREUVES
8	KURDI ET AL., 2019	CCT	CCSC (séances d'éducation nutritionnelle), dépistage de la malnutrition	FFEA	2 000 ménages	L'intervention a amélioré le MDDW, avec des augmentations de 0,35 groupe alimentaire les jours normaux et de 0,30 groupe alimentaire le vendredi.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
10	LEWIS, 2016	BONS ALIMENTAIRES NUTRITIFS +	CCSC (nutrition et alimentation infantile, démonstrations culinaires)	FFEA	Pas disponible	Le score IDDS est passé de 5 à 8 chez les femmes ayant participé à l'intervention. Toutes les femmes avaient un score d'au moins 4.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
11	MAFFIOLI ET AL., 2019	UCT+	CCSC (nutrition et santé)	FFEA	4 972 mères	L'IDDS est passé de 3,940 à 4,384 pour les FFEA dans le cadre de l'intervention, tandis que les personnes concernées ont eu 14,8 % plus de chances de répondre aux critères MDD-W.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
33	HARRIS-FRY ET AL., 2018	UCT+	CCSC (bonne santé pendant la grossesse et santé infantile), formation des agents de santé locaux sur la santé infantile	FFEA	789 ménages	L'IDDS était supérieur de 0,4 groupe alimentaire dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
36	WORLD VISION, 2019	CCT	CCSC examens de santé avant et après la naissance	FFEA	33 entretiens	Les FFEA dans le cadre de cette intervention, ont pu accroître la diversité de leur alimentation, notamment en incluant une plus grande variété de légumes.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
57	PAM, 2022	BONS D'ACHAT POUR PRODUITS FRAIS +	CCSC (nutrition), engagement de la chaîne d'approvisionnement de détail	FFEA	Pas disponible	Le MDD-W des femmes inscrites au programme est passé de 3 % à 31,7 %.	POSITIF	PREUVES ÉTABLIES
11	MAFFIOLI ET AL., 2019	UCT		FFEA	4 972 mères	L'intervention n'a eu aucun effet statistiquement significatif sur l'IDDS ou le MDD-W des bénéficiaires.	NÉGLIGEABLE	PREUVES LIMITÉES
62	BATTISTA ET ZEPHIRIM, 2017	BONS ALIMENTAIRES NUTRITIFS +	CCSC (santé et nutrition)	FFEA	650 enfants	Bien que l'intervention ait amélioré la diversité alimentaire des ménages, les FFEA consommaient moins d'aliments nutritifs.	N'A PAS PERMIS DE CONSTATER UN IMPACT POSITIF	PREUVES LIMITÉES

**POUR L'ALIMENTATION.
POUR L'EAU.
POUR LA SANTÉ.
POUR LA NUTRITION.
POUR LE SAVOIR.
POUR LES ENFANTS.
POUR LES COMMUNAUTÉS.
POUR TOUS.
POUR TOUJOURS.
POUR L'ACTION.
CONTRE LA FAIM.**

