



**CONTRIBUTION DU SECTEUR PRIVÉ À
LA PRÉVENTION ET AU TRAITEMENT
DE L'ÉMACIATION CHEZ LES ENFANTS
RÉSULTATS D'UNE ANALYSE DU PAYSAGE**



**ACTION
CONTRE
LA FAIM**



gain
Global Alliance for
Improved Nutrition



Action Contre la Faim (Royaume-Uni)
Pour le compte de l'alliance GAIN.



REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été rédigé par Action contre la Faim (Royaume-Uni) et financé par l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN). Ce travail vise à stimuler de nouvelles actions et de nouveaux engagements pour s'attaquer au problème croissant de la malnutrition des enfants. Nous espérons que les résultats favoriseront le dialogue sur cette question entre les gouvernements, les organismes publics et le secteur privé.

Nous tenons à remercier le réseau d'entreprises SUN et le Forum sur les micronutriments pour leur soutien dans la diffusion de l'enquête, ainsi que tous les répondants à l'enquête et les informateurs clés pour les informations qu'ils ont fournies, comme indiqué à l'annexe 2. Ce travail s'est également appuyé sur une analyse du paysage réalisée par Colleen Emary et Diane Baik, de l'Organisation des services techniques de Vision mondiale (www.wvtso.org), dans le cadre d'une subvention soutenue par le Children's Investment Fund Foundation (CIFF) et la coalition No Wasted Lives.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ACF	Action contre la Faim
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
MMS	Mélange maïs-soja
RSE	Responsabilité sociale des entreprises
A et B	Alimentation et boissons (industrie et secteur)
AMF	Aliment mélangé fortifié
GAIN	Global Alliance for Improved Nutrition (Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition)
GSMA	Association du système mondial pour les communications mobiles
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
TI	Technologie de l'information
PFR-PRI	Pays à faible revenu et à revenu intermédiaire
MAM	Malnutrition aiguë modérée
SMM	Suppléments de micronutriments multiples
MSF	Médecins sans Frontières
MPME	Micro, petites et moyennes entreprises
PB	Périmètre brachial
ONG	Organisation non gouvernementale
PPP	Partenariat public-privé
PTS	Produits, technologies et services
RD	Recherche et développement
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
ASPE	Aliment supplémentaire prêt à l'emploi
APE	Aliment prêt à l'emploi
MAS	Malnutrition aiguë sévère
RES	Réseau d'entreprises SUN
PME	Petites et moyennes entreprises
SQ-LNS	Suppléments à base de lipides en petites quantités
SUN	Scaling up Nutrition (mouvement)
USD	Dollar américain (United States Dollar)
ONU	Organisation des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
PAM	Programme alimentaire mondial
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PPT	Poids-pour-taille

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	4
MÉTHODOLOGIE	8
RÉSULTATS	11
DESCRIPTION DES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE	11
CARTE DU PAYSAGE DES PRODUITS, TECHNOLOGIES ET SERVICES	15
PAYSAGE DES PRODUITS DISPONIBLES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉMACIATION	21
PAYSAGE DES TECHNOLOGIES	24
OBSTACLES À L'INTRODUCTION D'INNOVATIONS ET À LA MISE À L'ÉCHELLE	27
FACTEURS OU CATALYSEURS DE SUCCÈS POUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA MISE À L'ÉCHELLE	30
PARTENARIATS AVEC LE SECTEUR PRIVÉ : OBSTACLES ET OCCASIONS	31
DISCUSSION	34
CONCLUSION	38
APPEL À L'ACTION	40
RÉFÉRENCES	42
ANNEXES	46
ANNEXE 1 : OUTIL D'ENQUÊTE	46
ANNEXE 2 : LISTE DES CONTRIBUTEURS	56

RÉSUMÉ

En 2015, lorsque les Objectifs de développement durable ont été établis, ils comprenaient un engagement audacieux visant à éliminer toutes les formes de malnutrition dans le monde d'ici 2030. Les objectifs spécifiques, fixés lors de l'Assemblée mondiale de la santé, comprenaient la réduction de la proportion mondiale d'enfants souffrant d'émaciation à moins de 3 % d'ici 2030. Aujourd'hui, à l'échelle mondiale et dans de nombreux pays, nous sommes loin d'atteindre cet objectif, et la pandémie de COVID-19 met des millions d'enfants supplémentaires en danger. En 2020, 6,7 % de tous les enfants de moins de cinq ans souffraient d'émaciation, soit 45,4 millions de cas dans le monde ; pourtant, en 2019, malgré une augmentation significative de la couverture de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) au cours des deux dernières décennies, seuls 11 millions d'enfants ont été déclarés traités pour émaciation – ce qui suggère qu'une minorité (moins de 24 % des enfants nécessitant un traitement) y a actuellement accès. Avec l'insécurité alimentaire et les chocs liés au climat, la faim va augmenter dans le monde. Nous avons besoin de solutions qui changent la donne pour augmenter considérablement le nombre d'enfants ayant accès à un traitement.

Le mouvement Scaling up Nutrition (SUN) a depuis longtemps identifié les partenariats public-privé comme un outil efficace pour progresser vers les objectifs mondiaux en matière de nutrition, et a déterminé les occasions manquées d'expansion de ce potentiel. Les contributions du secteur privé restent sous-exploitées, notamment dans le domaine de la prévention et de la prise en charge ciblées de la malnutrition aiguë et de l'émaciation chez les enfants. Cette étude est le résultat d'une analyse du paysage entreprise par Action contre la Faim (Royaume-Uni) pour l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN) afin d'identifier l'éventail des contributions du secteur privé à la prévention et à la prise en charge ciblées de l'émaciation, et de déceler les principales lacunes en matière de plaidoyer, de partenariat et d'investissement.

L'étude comprenait une enquête auprès des acteurs du secteur privé, des Nations Unies (ONU), des organisations non gouvernementales (ONG) et des universités travaillant dans ce domaine, ainsi qu'une cartographie des produits, technologies et services (PTS), et des entretiens avec des informateurs clés sur les obstacles à la mise à l'échelle. Un total de 190 répondants ont participé à l'enquête et, avec les études du paysage, 112 produits, technologies et services ont été identifiés. Ces produits, technologies et services ont été fournis en grande partie par des entités du secteur privé, dont l'écrasante majorité (73,2 %) sont des micro, petites et moyennes entreprises (MPME), et 59 % d'entre elles sont des « start-up » ou des entreprises sociales.

Les principales conclusions concernant les contributions du secteur privé sont les suivantes :

- Des contributions très faibles à l'émaciation en termes de dons en espèces, de dons en nature et de responsabilité sociale des entreprises.
- Seuls 3 % des PTS identifiés dans le cadre de ce rapport sont issus de sociétés multinationales.
- Seuls 7 % des PTS sont issus de partenariats public-privé (PPP).
- 92 % des PTS distribués à l'échelle mondiale sont le fait d'entreprises dont le siège social se trouve en Amérique du Nord et en Europe, ce qui suggère un accès inéquitable aux marchés mondiaux.
- Seulement 9 % des entités du secteur privé s'étaient engagées à participer au Sommet sur la nutrition pour la croissance (N4G), mais 48 % d'entre elles envisageraient de le faire – une opportunité importante pour le réseau d'entreprises SUN (RES).
- 30 % des PTS en étaient aux premiers stades de développement.

En ce qui concerne les goulets d'étranglement, les opportunités et les conflits liés à la mise à profit de la capacité du secteur privé, les conclusions suivantes ont été tirées :

1. La valeur des partenariats avec le secteur privé en termes d'innovations, de RD, de logistique, de compétences et de capacité de mise à l'échelle des technologies est largement sous-explorée.
2. De nombreuses innovations et produits de programmes viables sont actuellement bloqués au stade pilote, en raison du manque d'investissement dans le déploiement ou la génération de preuves à grande échelle.
3. Les principaux obstacles à la réalisation d'un plus grand nombre d'innovations et à la mise à l'échelle sont le manque de capacités, le manque de partenaires appropriés, la demande, les marchés restreints et le manque de produits abordables et de haute qualité.
4. Bien que la diversification du marché ait été réalisée grâce à l'émergence de MPME et d'entreprises sociales produisant des aliments prêts à l'emploi (APE), dont beaucoup sont basées dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (PFR-PRI), cela n'a pas entraîné une baisse significative du coût des produits, ni une augmentation des marchés ou de la demande en dehors des contextes humanitaires. Même si la production locale ne rend pas nécessairement les produits moins chers étant donné la plus petite échelle et le coût plus élevé des ingrédients, il y a d'autres avantages à la production locale, tels que l'impact sur l'économie, l'impact de la qualité des matières premières provenant des agriculteurs locaux, la promotion de l'esprit d'entreprise, le renforcement des capacités, la réduction de l'empreinte carbone et un accès plus durable aux fournitures pour le traitement de l'émaciation.
5. Des efforts plus importants sont nécessaires pour stimuler les marchés locaux dans les PFR-PRI – notamment par le biais d'achats gouvernementaux dans des contextes non humanitaires à forte charge de morbidité – et devraient être au centre du plaidoyer pour le [Plan d'action mondial des Nations Unies pour l'émaciation](#), à la fois pour l'achat d'APE et pour l'engagement des entreprises locales dans la chaîne d'approvisionnement, la logistique et les technologies.
6. En ce qui concerne le développement d'APE alternatifs, la capacité d'innovation par les petites et moyennes entreprises (PME) et les entreprises sociales est limitée, car elles ne sont pas en mesure d'atteindre les niveaux de preuve requis ni s'assurer le financement de recherche ou les partenaires nécessaires. Il se peut que la domination du marché par un acheteur principal soit un problème majeur pour les investisseurs.
7. La perception de la valeur des partenariats avec le secteur privé est mitigée : la crainte des conflits d'intérêts domine cette relation, la méfiance à l'égard des réglementations empêche les partenariats avec le secteur de l'alimentation et des boissons (F&B), et la propriété intellectuelle ou le profit sont perçus de manière négative.
8. Les cadres de partenariat existants ne sont pas adaptés aux besoins. Tout cadre ou mécanisme de ce type devrait être piloté par les bailleurs de fonds et les gouvernements pour permettre le « partage des risques » et préserver l'intégrité et les intérêts de toutes les parties afin d'attirer les investissements dans cet espace.

APPELS À L'ACTION

À la suite de ces résultats, nous présentons une série d'appels à l'action adressés à la communauté mondiale de la nutrition, aux bailleurs de fonds, aux ONG et aux entités du secteur privé afin d'améliorer les investissements dans ce domaine, de stimuler les marchés locaux et d'investir dans la recherche et le développement (RD).

9. La communauté mondiale axée sur l'émaciation doit envisager la possibilité d'une réforme et d'une innovation du marché comme élément clé de la planification du Plan d'action mondial pour l'émaciation, dans le but d'améliorer l'efficacité et de réduire les coûts.
10. Il faut s'engager à rechercher des formulations de produits innovantes, en particulier pour les ATPE, en utilisant les capacités de recherche publiques et privées. Le secteur public (ONU, ONG, gouvernements) doit diriger ce processus et faire appel à des entreprises disposant des capacités techniques et de recherche requises.
11. Les acteurs multisectoriels doivent travailler de concert pour établir un nouveau cadre de partenariat – en maintenant une approche transparente et éthique. En mettant de côté les idées préconçues sur l'industrie, ils doivent s'engager dans un dialogue constructif afin de trouver des solutions permettant d'obtenir de meilleurs résultats pour les enfants.
12. Il faut tirer un maximum d'enseignements des expériences récentes de développement accéléré de produits de vaccination contre la COVID-19, preuve que l'action collective peut changer la donne.
13. Les processus de réglementation des produits doivent être améliorés. Il s'agit d'un goulet d'étranglement particulier pour l'innovation dans le domaine des produits de traitement de l'émaciation.
14. Il convient d'étudier et de moderniser les modèles d'approvisionnement, afin de réduire les coûts pour les gouvernements (par exemple, des modèles tels que COVAX, GAIN Premix Facility (GPF), qui pourraient être adaptés aux marchés locaux ou régionaux en conséquence).

Pour sortir de l'impasse dans laquelle se trouvent le développement des produits et la mise à l'échelle des technologies, il faut trouver une solution « révolutionnaire » au problème de l'émaciation, mais il faut pour cela que les acteurs se réunissent pour établir de nouvelles méthodes de travail et identifier le « *juste milieu des partenariats compatibles pour la nutrition* ».

INTRODUCTION

En 2015, lorsque les Objectifs de développement durable ont été établis, ils comprenaient un engagement audacieux visant à éliminer toutes les formes de malnutrition dans le monde d'ici 2030. Les objectifs mondiaux spécifiques en matière de nutrition, fixés lors de l'Assemblée mondiale de la santé, prévoyaient de réduire et de maintenir la proportion mondiale d'enfants souffrant de malnutrition aiguë à moins de 5 % d'ici 2025 et à moins de 3 % d'ici 2030¹. Pourtant, plus de 2 milliards de personnes dans le monde n'ont pas un accès régulier à une alimentation sûre, nutritive et suffisante². Par conséquent, le fardeau mondial de la malnutrition, sous toutes ses formes, reste un défi.

Selon des estimations récentes de la prévalence, 149 millions d'enfants de moins de cinq ans présentent un retard de croissance et environ 45,4 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent d'émaciation, soit 6,7 % des enfants de moins de cinq ans dans le monde³. L'émaciation est la réduction ou la perte de poids corporel, par rapport à la taille, qui résulte d'une perte de poids récente ou grave, due à des pénuries alimentaires aiguës et/ou à des maladies fréquentes ou prolongées. L'émaciation met la vie de l'enfant en danger et a des effets durables sur la santé, la croissance et le développement, mais il existe des traitements sûrs et efficaces.

Pourtant, même avant la pandémie de COVID-19, on estimait que, dans les contextes à fort fardeau, les taux de couverture moyens étaient d'environ 38,5 %⁴ ; or, les chiffres de traitement rapportés en 2019 ne totalisent que 11 millions, ce qui suggère qu'une minorité (moins de 24 % des enfants ayant besoin d'un traitement) y a actuellement accès⁵.

Ainsi, même si la couverture de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) a augmenté au cours des deux dernières décennies, nous sommes toujours piégés dans un équilibre d'échec de bas niveau. Avec l'insécurité alimentaire et les chocs liés au climat, la faim va augmenter dans le monde entier, et nous avons besoin de solutions radicales qui changent la donne pour y remédier.

La majorité des enfants atteints d'émaciation se trouvent dans un petit nombre de pays à forte charge de morbidité dans les régions du Sahel et de l'Afrique centrale, ainsi qu'en Asie du Sud-Est. Il s'agit de pays en proie à de multiples problèmes d'insécurité alimentaire et à l'instabilité politique, victimes de la fragilité des systèmes de santé et de la dépendance à l'égard de l'aide. Depuis 2020, la pandémie de COVID-19 a exacerbé encore davantage cette situation, en raison de retombées majeures sur les revenus des ménages, la disponibilité et l'accessibilité financière des aliments nutritifs, ainsi que la perturbation des services sanitaires et sociaux⁶. En 2020, des exercices de modélisation ont été entrepris pour estimer l'impact spécifique de la COVID-19 sur l'émaciation. Selon ces estimations, 6,7 millions d'enfants de moins de cinq ans supplémentaires pourraient souffrir de malnutrition aiguë⁷, et il pourrait y avoir jusqu'à 10 000 décès supplémentaires par mois dans le monde, en raison de la malnutrition aiguë sévère (MAS). C'est pourquoi l'OMS et ses partenaires ont demandé un investissement supplémentaire de 2,4 milliards de dollars pour renforcer la prévention et le traitement de l'émaciation⁸. À moins d'un changement radical des priorités des bailleurs de fonds, le besoin de nouvelles sources d'investissement est criant.

Compte tenu des graves effets de l'émaciation sur la santé et le développement des enfants, la prévention est préférable, et les principaux mécanismes de prévention comprennent en grande partie des interventions comportementales et la sensibilisation des personnes s'occupant des enfants à l'importance d'une alimentation saine – comme l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois, l'allaitement soutenu jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà, l'adoption d'un régime alimentaire minimum acceptable et une diversité alimentaire adéquate à base de produits disponibles localement.

La prévention peut également inclure le recours à des solutions basées sur le marché et le soutien à l'agriculture pour accroître l'accès à des produits alimentaires enrichis acceptables et sûrs pour les enfants.

Dans le contexte des urgences et des situations humanitaires, la prévention peut se traduire par une assistance alimentaire ou des transferts d'argent ciblés au profit des personnes les plus exposées. L'amélioration de la surveillance et des données en temps réel est essentielle pour la gestion des interventions d'urgence par les acteurs humanitaires et les gouvernements. Le traitement de l'émaciation est souvent retardé, car elle est détectée tard, de sorte que l'extension des programmes de dépistage tels que la mesure du périmètre brachial (PB), par les agents de santé communautaire ou les soignants, peut apporter une énorme valeur ajoutée, et des technologies et dispositifs alternatifs sont à l'étude. Les enfants souffrant d'émaciation sévère avec complications doivent être hospitalisés et recevoir des laits thérapeutiques ou des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), tandis que ceux qui ne présentent pas de complications peuvent être traités dans la communauté ou en soins ambulatoires. Les enfants souffrant d'émaciation modérée reçoivent des aliments mélangés fortifiés (AMF) ou des aliments supplémentaires prêts à l'emploi (ASPE) dans le cadre de programmes d'alimentation supplémentaire, lorsque ceux-ci sont disponibles. Un soutien adéquat pour le suivi des patients est également nécessaire, en raison des taux élevés d'abandon : en effet, le suivi peut être amélioré par de meilleures méthodes et technologies de prise en charge des cas.

La mise à l'échelle de la prévention et du traitement de l'émaciation est l'objectif du plan d'action mondial des Nations unies contre l'émaciation⁵. Des changements dans les politiques et les systèmes, ainsi qu'un investissement financier plus important de la part des gouvernements, sont nécessaires pour permettre de passer de systèmes d'intervention essentiellement humanitaires à une approche de santé publique intégrée, avec une couverture élevée. Les pays où la charge de l'émaciation est élevée sont les plus vulnérables à l'insécurité alimentaire, aux chocs climatiques et à l'instabilité politique. Ils présentent également des faiblesses au niveau des systèmes de santé, des ressources humaines, de la logistique d'approvisionnement et des systèmes de gestion des données, ainsi qu'un financement insuffisant des traitements nutritionnels. Il existe donc de nombreux obstacles à l'extension des services de lutte contre l'émaciation dans des contextes qui requièrent des solutions novatrices, l'utilisation de technologies peu coûteuses et la réunion de « tous les talents » pour s'attaquer à la mise à l'échelle. Lors d'une récente conférence de praticiens sur la mise à l'échelle de la PCMA dans des contextes fragiles, le coût des APE a été identifié comme l'un des principaux obstacles à la mise à l'échelle⁹. L'absence de technologies et de systèmes évolutifs pour des soins de santé réactifs a également été soulignée. De nombreux systèmes de données nutritionnelles et d'applications innovants¹⁰ ont été mis à l'essai au cours de la dernière décennie, mais très peu d'entre eux ont eu un modèle de croissance commerciale permettant une mise à l'échelle.

L'écart dans la capacité à mettre les technologies à l'échelle n'est pas seulement une question de financement, il faut aussi réduire le coût de l'intervention, améliorer l'efficacité du diagnostic et du traitement, stimuler les marchés pour susciter l'innovation de produits locaux et l'émergence de fournisseurs de technologies locaux, et remédier au sous-investissement des autorités publiques, des bailleurs de fonds et des ministères de la Santé.

Le mouvement [Scaling up Nutrition \(SUN\)](#) clame depuis longtemps le rôle capital des partenariats public-privé (PPP) dans la progression vers les objectifs mondiaux en matière de nutrition, et a lancé le réseau d'entreprises SUN (RES) en 2014 pour stimuler les engagements et les investissements du secteur privé dans les systèmes nutritionnels et alimentaires. Le RES comprend désormais 25 membres mondiaux et, avec les réseaux nationaux du SBN établis dans 18 pays, qui coordonnent les petites et moyennes entreprises (PME), le RES compte plus de 1 000 membres du secteur privé.

Malgré ces progrès significatifs, une consultation convoquée par GAIN en 2018 a identifié des occasions manquées d'implication du secteur privé¹¹, et diverses études se sont penchées sur les défis à relever^{12,13}. Il existe depuis très longtemps une tension entre les acteurs de la santé mondiale et l'industrie alimentaire et des boissons (A et B), qui ont toujours été en désaccord sur des questions telles que la commercialisation des substituts du lait maternel, la production et la commercialisation d'aliments obésogènes et hyper-transformés. Ces questions créent toute une série de conflits d'intérêts, réels ou perçus, qui empêchent d'envisager des partenariats fructueux et qui, dans certains cas, ont conduit à des critiques très médiatisées à l'encontre des ONG et des agences des Nations unies.^{14,15} En effet, les politiques de nombreuses sociétés civiles et agences des Nations Unies interdisent explicitement toute collaboration directe avec les entreprises d'A et B dans le domaine de la nutrition, sauf dans le cadre d'efforts de plaidoyer visant à améliorer les pratiques de l'industrie¹⁶.

La participation du secteur privé pourrait être sous-explorée, en raison de conflits d'intérêts dans l'industrie agroalimentaire et du faible intérêt du secteur privé. Les entités du secteur privé peuvent percevoir les marchés dans les contextes de « charge élevée d'émaciation » comme moins viables ou instables en tant que « marché ». La faible volonté et les maigres capacités politiques, ainsi que les options limitées en matière de financement durable des programmes et des services de prévention et de traitement de la malnutrition aiguë, peuvent empêcher le secteur privé d'investir et les innovations développées par le biais de partenariats public-privé d'être mises durablement à l'échelle.

L'exploitation des capacités plus larges du secteur privé pourrait s'avérer une étape essentielle pour relever les défis considérables de l'extension de la couverture. Les partenariats entre le secteur privé, les ONG et le monde universitaire pourraient être utiles, notamment lorsqu'il s'agit de développer, de tester et de sélectionner les innovations et les technologies à mettre à l'échelle présentant le meilleur rapport qualité-prix. Selon le Rapport mondial sur la nutrition de 2020, l'initiative [Nutrition pour la croissance](#) » (N4G) a déclenché une augmentation des investissements dans l'aide internationale pour la nutrition, bien que les engagements nationaux soient encore mitigés. Cependant, le financement global de la nutrition n'augmente pas et reste bien inférieur à ce qu'il faudrait pour atteindre les objectifs mondiaux. Ce climat de financement signifie que les ONG sont moins incitées à investir dans le développement d'innovations compétitives.¹⁷

Le secteur privé pourrait potentiellement jouer un rôle dans la résolution de certains des défis opérationnels critiques, tels que la production d'APE, la logistique de la chaîne d'approvisionnement et de la distribution, les technologies mHealth et la télémédecine, l'utilisation des données en temps réel et la réactivité du système ; les SIG et la cartographie géospatiale, et l'intelligence artificielle (IA) pour des diagnostics améliorés ou simplifiés. Cela dit, la création d'un environnement propice à des PPP éthiques et durables permettant de produire des résultats synergiques nécessite des réglementations strictes, mais aussi une sensibilité aux besoins des acteurs du secteur privé, idéalement étayés par des engagements d'entreprises responsables en faveur des objectifs mondiaux en matière de nutrition¹⁸.

Au cours des 10 dernières années, le réseau d'entreprises SUN a renforcé la participation des PME et des entreprises internationales à la production d'aliments nutritionnels, et encourage les acteurs du secteur privé à s'engager en faveur de la nutrition pour la croissance¹⁹. Il s'est lui-même engagé à faire participer plus de 3 000 PME d'ici 2024²⁰.

L'objectif de ce travail était de mieux comprendre la portée actuelle des investissements du secteur privé dans la lutte contre l'émaciation, de comprendre les défis et les occasions de collaboration avec le secteur privé, et d'identifier les principales lacunes empêchant les acteurs du secteur privé de développer des partenariats, des plans de recherche et de développement et des engagements envers le processus N4G. Cette étude montre qu'un effort beaucoup plus concerté est nécessaire pour stimuler des changements radicaux du côté de l'offre auprès du secteur privé.

OBJECTIFS DE L'ANALYSE DU PAYSAGE DE LA RECHERCHE

L'analyse du paysage de la recherche visait à s'engager auprès du réseau de PME SUN, des grandes entreprises impliquées dans la nutrition, des agences des Nations Unies, des universitaires, des bailleurs de fonds et des ONG, pour recueillir des informations sur les partenariats existants afin d'atteindre les objectifs suivants :

1. Identifier les entités du secteur privé ayant des innovations, des produits ou des services pertinents à proposer pour la prévention et la prise en charge ciblées de la malnutrition ou de l'émaciation aiguë chez les enfants, en termes de taille, de type, d'échelle et de portée pour chacune de ces solutions ou initiatives du secteur privé, ainsi que de type de partenariat.
2. Identifier et cartographier les innovations, produits ou services qui peuvent être, ou sont actuellement, appliqués à la prévention et à la prise en charge ciblées de la malnutrition ou de l'émaciation aiguë chez les enfants.
3. Estimer la valeur des contributions du secteur privé dans ce domaine, en termes de responsabilité sociale des entreprises et de soutien direct.
4. Identifier les lacunes et les défis rencontrés par les acteurs du secteur privé qui empêchent une contribution élargie dans ce domaine.

MÉTHODOLOGIE

La collecte de données a consisté principalement en une enquête en ligne, enrichie par des entretiens avec des informateurs clés, des recherches approfondies sur Internet et une analyse documentaire non systématique. Nous avons recoupé les résultats de l'enquête avec le suivi des engagements du Sommet de la nutrition pour la croissance de Tokyo 2021²¹ et avec les données des récentes enquêtes du RES.

Afin d'atteindre les objectifs énoncés ci-dessus, plusieurs méthodologies de collecte de données ont été arrêtées. Pour identifier les entités du secteur privé engagées dans la lutte contre l'émaciation (Objectif 1), et pour estimer la valeur des contributions du secteur privé dans ce domaine – en termes de responsabilité sociale des entreprises et de soutien direct (Objectif 3) – nous avons uniquement utilisé les données de l'enquête, et les résultats sont donc limités aux entités qui ont contribué à l'enquête (liste à l'Annexe 2). Pour identifier les innovations, les produits, les technologies ou les services (Objectif 2), nous avons utilisé les données d'une enquête en ligne, mené des recherches supplémentaires dans la littérature grise, sur Internet et dans les bases de données du secteur privé, et consulté des rapports de marché pour les produits. Pour déterminer les lacunes et les défis, rencontrés par les acteurs du secteur privé, empêchant une contribution de taille dans ce domaine, nous nous sommes basés sur les données de l'enquête, ainsi que sur des entretiens avec des informateurs clés et des études de cas trouvées dans la littérature (Objectif 4).

ENQUÊTE EN LIGNE

L'enquête a été diffusée via les médias sociaux, les réseaux professionnels et en contactant directement les membres du RES. Elle a également été partagée avec divers réseaux d'acteurs mondiaux de la nutrition, tels que les participants inscrits à la coalition No Wasted Lives, les communautés de pratique de [l'État de la Malnutrition aigüe](#), [Emergency Nutrition Network \(ENN\)](#), le [Forum sur les micronutriments \(MNF\)](#), [1 000 days](#) et les réseaux d'entreprises tels que [Global Business Coalition on Health \(GBC Health\)](#). L'outil de collecte de données de l'enquête en ligne se trouve à l'annexe 1. Les données de l'enquête ont été collectées entre le 15 avril et le 30 juin 2020. La diffusion initiale de l'enquête a surtout été populaire auprès des acteurs des ONG, des efforts supplémentaires ont donc dû être déployés pour intéresser les publics du secteur privé. Plus précisément, les informateurs clés ont fourni des listes d'entreprises et de contacts, et la division des approvisionnements de l'UNICEF et du Programme alimentaire mondial (PAM) a fourni des listes de fabricants agréés pour les produits alimentaires complémentaires et thérapeutiques et les produits pharmaceutiques.

Pour élargir la couverture de l'enquête, nous avons également effectué des recherches sur les entreprises du secteur privé en utilisant des bases de données en ligne telles que la base de données [Open Corporates](#). Grâce à ces contacts, nous avons effectué des demandes d'informations ciblées auprès de 84 entreprises susceptibles de pouvoir investir dans ce domaine, parmi lesquelles des producteurs connus de produits thérapeutiques, des fournisseurs de l'ONU et du PAM, de grandes entreprises de l'industrie alimentaire et des boissons (A et B), des multinationales ayant un profil RSE important et des partenaires technologiques faisant partie du paysage du développement d'applications mobiles pour la santé. Les résultats de l'enquête ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives de base.

ENTRETIENS AVEC LES INFORMATEURS CLÉS

Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés, notamment avec des répondants d'ONG et du personnel des agences des Nations Unies, concernant les perspectives sur les rôles actuels et futurs de l'engagement du secteur privé, les principaux besoins et occasions dans la prévention et la prise en charge de l'émaciation susceptibles d'être comblés par des solutions du secteur privé, ainsi que les défis à l'engagement. Les entretiens avec les informateurs clés ont été menés par Zoom et transcrits par la suite. Trente partenaires ont été invités à participer et neuf entretiens ont été réalisés.

Les entretiens et les résultats de l'enquête ont été analysés afin d'identifier les principaux sujets ou problèmes fréquemment mentionnés par les répondants. Ces derniers ont ensuite été classés par catégories de travail, de lacunes et d'occasions. Les entretiens ont été menés selon une approche « dialogique » semi-structurée (plutôt qu'une approche diagnostique), en écoutant les représentants des organisations et en leur donnant l'occasion de parler ouvertement des défis auxquels ils sont confrontés et des expériences qu'ils ont vécues. En outre, quatre personnes ont été invitées à répondre à des études de cas spécifiques et à présenter plus en détail les obstacles particuliers signalés dans les enquêtes (énumérés dans l'encadré 2 et dans la discussion).

RECHERCHES SUR INTERNET

Afin de compléter les informations soumises dans le cadre de l'enquête, des recherches supplémentaires ont été effectuées sur Internet, car toutes les entreprises que nous avons ciblées n'avaient pas répondu à l'enquête ou à un contact direct par e-mail. Ces recherches nous ont permis de dresser un tableau plus complet des produits, technologies et services disponibles dans le secteur (objectif 4). Les recherches de bases de données se sont basées sur la littérature académique et grise publiée, Internet, les publications et les catalogues de fournitures. Elles ont été effectuées dans PUBMED et Google Scholar, ainsi qu'avec Google, en appliquant les mots-clés suivants :

« Malnutrition aiguë » ou « émaciation » et l'un ou l'autre des suivants : « alimentation complémentaire, ASPE, alimentation thérapeutique, ATPE, formulations alternatives, production locale, prévention, micronutriments, mHealth, eHealth, télémédecine, systèmes de données, systèmes d'information nutritionnelle, GPS, technologies, eLearning, chaîne d'approvisionnement, anthropométrie. »

En outre, nous avons recherché le contenu des sites reconnus consacrés aux publications du secteur de la santé et de la nutrition au niveau mondial – Nutrition Connect d'ENN et de l'État de la Malnutrition aiguë et le site web de SUN.

La carte interactive des produits, services et solutions a été élaborée à l'aide du logiciel Kumu, les éléments ayant été regroupés par classification et type de produit. Les données recueillies lors d'une précédente analyse du paysage de l'émaciation ont également été incluses.

La carte interactive Kumu a été créée en regroupant les résultats de l'enquête et des recherches. Parmi les initiatives et les produits indiqués dans la carte, 26 sur 112 ont été identifiés par des recherches sur Internet plutôt que par un échange direct avec une entreprise.

LIMITES DE LA COLLECTE DE DONNÉES

La combinaison de la diffusion de l'enquête en ligne, suivie de nombreuses demandes par email aux entreprises individuelles, a laissé de nombreuses lacunes dans le paysage « réel » de l'engagement des entreprises dans ce secteur. Les résultats de l'enquête ne peuvent donc pas être considérés comme exhaustifs ou inclusifs de toutes les contributions du secteur privé à cet espace, même en tenant compte des efforts déployés pour compléter les données collectées en se basant sur des informations publiquement disponibles sur Internet et dans la littérature publiée. Cependant, cette cartographie est la première du genre dans le domaine de la prévention et du traitement de la malnutrition aiguë, et elle est destinée à être un document « vivant » qui peut évoluer au fur et à mesure que de nouvelles initiatives apparaissent.

RÉSULTATS

DESCRIPTION DES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE

Au total, 190 réponses ont été reçues. Parmi celles-ci, 78 ont été retirées de l'analyse, dont 2 étaient des doubles entrées et 76 n'ont pas saisi de données autres que le nom de l'organisation. L'analyse des données de l'enquête est donc basée sur 112 réponses individuelles, provenant d'un total de 106 organisations différentes (voir l'annexe 2, pour une liste des noms de sociétés). Sur les 112 répondants, 57 (50,8 %) étaient des organisations du secteur privé, 7 répondants (6,3 %) se sont identifiés comme des institutions académiques, 2 comme des bailleurs de fonds (1,8 %), 27 comme des ONG (24,1 %), 5 comme des gouvernements (4,5 %), 11 comme des agences de l'ONU (9,8 %) et 3 (2,7 %) comme « autres » (voir Figure 1).

ENCADRÉ 1 : LES RÉSULTATS EN BREF

Seuls 3 % des produits, technologies et services (PTS) visant l'émaciation proviennent de sociétés multinationales.

Seuls 7 % des PTS sont issus de partenariats public-privé (PPP).

Plus de la moitié (51 %) des STP provenaient d'entreprises ayant leur siège en Asie, en Amérique latine ou en Afrique subsaharienne.

92 % des STP distribués dans le monde entier ont été fabriqués par des entreprises ayant leur siège en Amérique du Nord et en Europe.

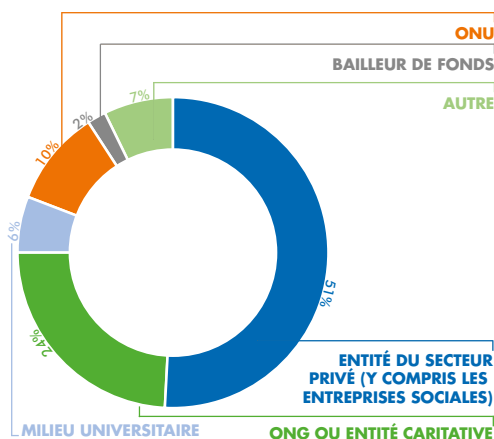
AUCUN PRODUIT d'une entreprise ayant son siège en Afrique subsaharienne ou dans la région ALC n'avait encore atteint une distribution mondiale.

75 % des STP étaient soumis à une restriction sous forme de licence, de brevet ou de droit d'auteur.

30 % étaient « émergents », c'est-à-dire actuellement au stade du test/de la conception, du pilote ou leur portée était limitée au district.

Seuls 9 % des répondants avaient déjà fait des promesses de dons au Sommet sur la nutrition pour la croissance, mais 48 % d'entre eux envisageraient de le faire, ce qui suggère beaucoup d'occasions

FIGURE 1 : RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE PAR SECTEUR¹



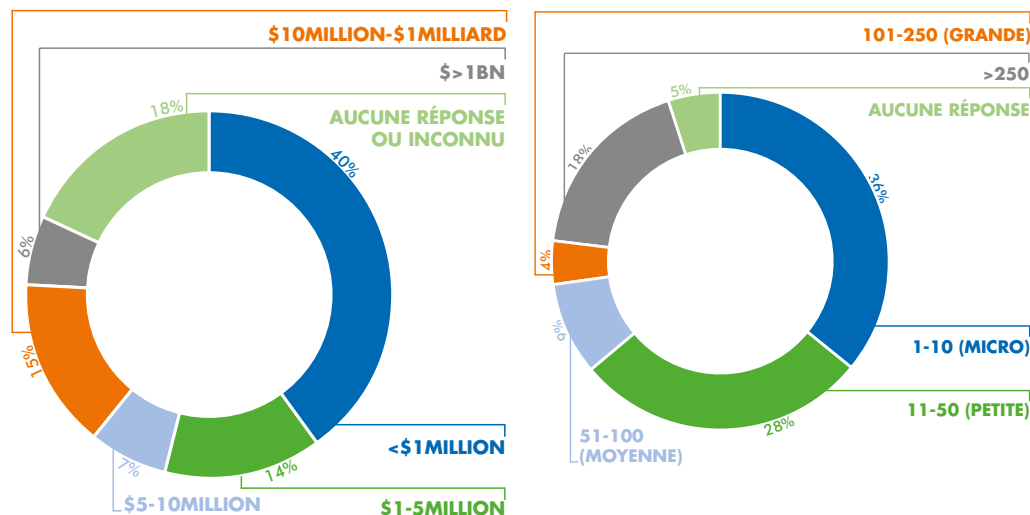
Une start-up est définie comme une entreprise en phase initiale d'activité, dirigée par des entrepreneurs. Elle repose sur la mise sur le marché d'un nouveau produit ou service sur la base d'une hypothèse sur les lacunes du marché. Les start-ups ont souvent des coûts élevés et des revenus limités, et font appel à diverses sources de financement.

Parmi les répondants du secteur privé (n=57), 75 % (n=43) œuvraient dans l'industrie alimentaire, des boissons, du tabac ou de la vente au détail d'aliments et de produits de première nécessité. L'enquête demandait également aux répondants de classer leur taille en fonction du nombre d'employés à temps plein et du revenu brut de l'année précédente (2020). La majorité des entreprises ont été classées comme *petites ou micro-entreprises* (64 %, n=36), 9 % (n=5) comme *moyennes entreprises* et 21 % (n=12) comme grandes entreprises (sur la base du nombre d'employés à temps plein), et la majorité des répondants (40 %) avaient des revenus annuels bruts inférieurs à 1 million de dollars. Il est important de noter qu'une seule des entités du secteur privé ayant répondu à l'enquête avait un revenu supérieur à 1 milliard de dollars (Figure 2). Parmi les 36 répondants du secteur privé classés comme PME (selon le nombre d'employés), 30 avaient un revenu brut inférieur à 5 millions de dollars, tandis que 3 avaient un revenu supérieur à 10 millions de dollars.

FIGURE 2: RÉPONDANTS DU SECTEUR PRIVÉ PAR TAILLE D'ENTREPRISE

(A) RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE PAR TAILLE D'ENTREPRISE : REVENU BRUT EN 2020

(B) RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE PAR TAILLE D'ENTREPRISE : NOMBRE D'EMPLOYÉS À TEMPS PLEIN



Nous avons également classé les entités du secteur privé par type (Figure 3a) et par région d'opération (Figure 3b). 59,6 % (n=34) des entreprises du secteur privé se sont identifiées comme des entreprises à but lucratif, la catégorie suivante étant celle des entreprises sociales (22 %, n=12).

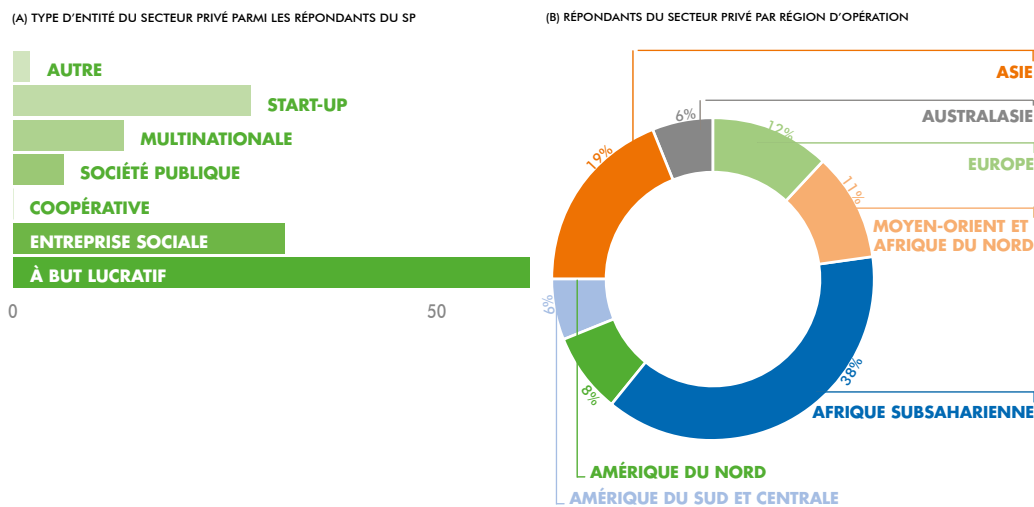
ENTREPRISES SOCIALES : Sur les 17 entreprises sociales, 82 % étaient des PME (n=14), 59 % (n=10) avaient des revenus inférieurs à 1 million de dollars, et 88 % (n=15) d'entre elles étaient opérationnelles dans des contextes à forte charge d'émaciation en Afrique subsaharienne, en Asie, ou dans les deux.

START-UPS : 20% (n=15) des répondants du secteur privé se sont identifiés comme étant des start-ups (entreprises en démarrage)¹, dont la moitié étaient des start-ups sociales. Parmi les start-ups, 11 (73 %) étaient opérationnelles uniquement en Afrique subsaharienne, 1 en Asie et 2 au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Une start-up a déclaré opérer à la fois en Asie et en Afrique subsaharienne.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE : 38% des répondants du secteur privé étaient opérationnels en Afrique subsaharienne (n=37) ; parmi eux, 87 % étaient des PME (n=32), 32 % étaient des start-ups (n=12), 30 % se classaient comme des entreprises sociales (n=11), et 45 % avaient de faibles revenus (n=26).

ASIE : Parmi les 18 entreprises opérationnelles en Asie, seules 39 % étaient des PME, 11 % étaient des start-ups, 33 % étaient des entreprises sociales, et seules 22 % avaient de faibles revenus (n=8).

FIGURE 3: RÉPONDANTS DU SECTEUR PRIVÉ PAR (A) TYPE D'ENTREPRISE ET (B) RÉGION D'OPÉRATION



ENGAGEMENT DES ENTITÉS DU SECTEUR PRIVÉ DANS LES PARTENARIATS ET LA RESPONSABILITÉ SOCIALE

L'enquête a porté sur les activités actuelles liées aux partenariats et à la responsabilité sociale des entreprises (RSE). La majorité des répondants du secteur privé (67 %) ont indiqué qu'ils s'engageaient dans des partenariats public-privé avec des gouvernements, des ONG, les Nations unies ou des universités, et 69 % se sont engagés dans des activités de responsabilité sociale des entreprises (tableau 1). Seuls 14 % ne pratiquent aucune de ces activités.

Parmi les types de RSE engagés, le type le plus courant était les dons de charité (25 %), suivi par l'investissement dans les entreprises sociales. 37 % des entreprises investissent dans le développement et la mise à l'essai de produits ou d'outils liés au traitement de l'émaciation. Chose positive, 8 entreprises s'engagent dans trois activités ou plus liées à la RSE, et 7 sur 8 d'entre elles sont des MPME, dont 5 s'identifient comme des entreprises sociales (par opposition à celles qui suivent un modèle commercial/à but lucratif uniquement). GC Rieber Compact est la seule grande entreprise multinationale dont les activités de RSE actuelles comportent plusieurs domaines de contribution à la lutte contre l'émaciation.

TABLEAU 1 : ENGAGEMENT DANS DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ ET DES ACTIVITÉS DE RSE LIÉS À LA PRÉVENTION OU À LA PRISE EN CHARGE CIBLÉE DE L'ÉMACIATION CHEZ L'ENFANT

TYPE DE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ	% (N)*
Aucun partenariat public-privé	33% (16)
Avec un ou plusieurs partenaires gouvernementaux	29% (15)
Partenaire(s) ONGI	35% (17)
Partenaire(s) ONG locale(s) ou organisation de la société civile	35% (17)
Partenaire(s) entité(s) des Nations Unies ou bailleur(s) de fonds	27% (13)
Partenaire(s) universitaire(s)	10,4% (5)
TYPE D'ACTIVITÉ DE RESPONSABILITÉ SOCIALE DES ENTREPRISES	% (N)*
Aucun	31,5% (15)
Dons philanthropiques/caritatifs – en espèces	3,2% (2)

Dons de charité – dons en nature	25% (12)
Mise en œuvre directe de programmes pro-sociaux	10,4% (5)
Investissement dans une entreprise sociale	20,8% (10)
Investissement dans la recherche	16,7% (8)
Investissement dans les capacités locales	12,5% (6)
Soutien du volontariat	2,1% (1)
Impact environnemental et durabilité	14,6% (7)
Autre	8,3% (4)
ENTREPRISES ENGAGÉES DANS LA RD POUR LA LUTTE CONTRE L'ÉMACIATION	% (N)
Développement, test et vente de produits pour la lutte contre l'émaciation	37,5% (18)

* Les chiffres ici sont additifs, car la plupart des PPP impliquent plusieurs secteurs/partenaires et s'engagent dans plusieurs formes de RSE.

TABLAU 2 : VALEUR ESTIMÉE DES ACTIVITÉS DE RSE LIÉES À LA LUTTE CONTRE L'ÉMACIATION PAR LES RÉPONDANTS DU SECTEUR PRIVÉ (\$)

	CONTRIBUTION ANNUELLE ESTIMÉE EN DONS DE CHARITÉ	CONTRIBUTION ANNUELLE MOYENNE EN DONS EN NATURE	CONTRIBUTION FINANCIÈRE PAR LE BIAIS DE PROGRAMMES ET D'ACTIVITÉS DE RSE	PAR DES CONTRIBUTIONS EN NATURE (EX : BÉNÉVOLAT)
Contribution annuelle totale	17,411	2,708,821	65,461	62,056
Contribution annuelle moyenne	1,339	159,342	5,035	7,757

ENGAGEMENTS ENVERS LE N4G : Malheureusement, seuls 9 % des répondants du secteur privé ont déclaré avoir pris un quelconque engagement au Sommet sur la nutrition pour la croissance (N4G) et/ou au Sommet sur les systèmes alimentaires. 43 % ont indiqué qu'ils ne prévoyaient pas de s'engager, contre 48 % qui envisageaient de s'engager mais ne l'avaient pas encore fait. Ces chiffres suggèrent d'occasions manquées d'élargir le groupe cible du secteur privé pour l'engagement dans N4G et, en particulier, pour la prise d'engagements liés à la mise à l'échelle d'initiatives de lutte contre l'émaciation des enfants.

PRODUITS ET SERVICES LIÉS À L'ÉMACIATION : On a demandé aux répondants à l'enquête s'ils disposaient d'un produit, d'une solution ou d'un service lié à la détection, à la prévention ciblée ou à la prise en charge de la malnutrition aiguë/de l'émaciation chez les enfants. 29 répondants en avaient au moins un, 12 ont répondu par la négative et 16 n'ont pas répondu. Parmi les 29 répondants qui avaient un produit ou un service lié à la prévention ciblée ou à la prise en charge de la malnutrition aiguë, 23 ont mentionné des produits alimentaires et 7 étaient des produits non alimentaires, tels que des dispositifs médicaux, des fournitures, des technologies ou des services. Parmi les 23 entreprises qui ont mentionné des produits alimentaires, 7 répondants étaient des producteurs d'ATPE, dont 2 utilisaient des recettes alternatives, et 3 produisaient des produits pour la prise en charge de l'émaciation modérée. Les autres (n=13) ont mentionné des produits destinés à la prévention de la malnutrition ou à l'alimentation complémentaire.

CARTE DU PAYSAGE DES PRODUITS, TECHNOLOGIES ET SERVICE

Dans le cadre de l'enquête, 78 produits, solutions ou services ont été signalés. 51 répondants n'ont soumis qu'une seule entrée, 10 en ont soumis deux, et 5 en ont soumis trois ou plus, 2 ont été supprimées comme doublons. Comme l'objectif était de générer un paysage de produits et de services aussi complet que possible, en plus des produits et services soumis par le biais de l'enquête, 36 autres ont été identifiés par des recherches dans la littérature et sur Internet, des catalogues de fournitures et des entretiens avec des informateurs clés. Le paysage comprend tous les produits ou services liés à l'émaciation, provenant d'entités du secteur privé et non privé. Le nombre total de produits, solutions et innovations correspond à la combinaison des méthodes et a été ajouté à la carte, pour donner un total de 112 (Tableau 3). Ce nombre comprend 33 produits pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS), 10 pour le traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM), 34 pour la prévention de l'émaciation, et 20 technologies de l'information. En ce qui concerne les produits de prévention, nous avons énuméré les produits qui ont été mentionnés par les répondants, mais nous ne les avons pas évalués en termes de pertinence ou de qualité pour la prévention ciblée de l'émaciation.

TABLEAU 3 : TOTAL DES PRODUITS, TECHNOLOGIES ET SERVICES, PAR TYPE

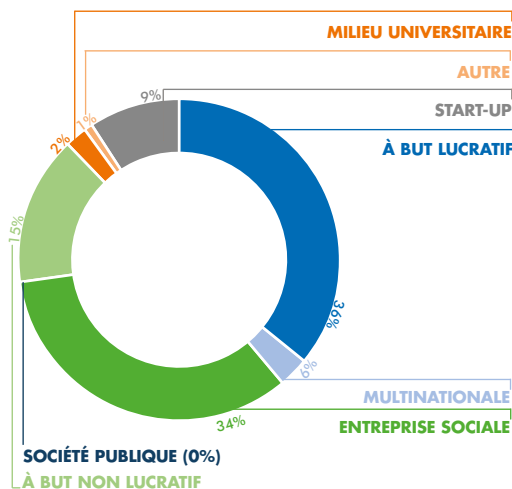
GROUPE	SOUS-GROUPE		SOUS-GROUPE TOTAL
PRODUITS DE PRÉVENTION	Aliments complémentaires et bouillies qui nécessitent de la cuisson/préparation	9	34
	Aliments complémentaires et bouillies prêts à l'emploi avec peu de préparation/aucune préparation	0	
	Compléments nutritifs à base de lipides en petites et moyennes quantités/aliments complémentaires prêts à l'emploi	8	
	Biscuits enrichis en énergie	1	
	Autre	16	
TRAITEMENT DE LA MAM	Aliments mélangés standard enrichis (par exemple CSBs++, Supercereal +, etc.)	2	10
	Aliments supplémentaires prêts à l'emploi standard	6	
	Nouvelle formulation : Aliment supplémentaire à teneur réduite en protéines de lait	0	
	Nouvelle formulation : Aliment supplémentaire non laitier/non animal	1	
	Aliments complémentaires orientés microbiote	0	
	Nouvelle formulation : Cacahuètes remplacées par d'autres légumineuses, céréales ou graines	0	
	Autre	1	

TRAITEMENT DE LA MAS	Laits thérapeutiques (F-75, F-100)	2	33
	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi standard	25	
	Formulation alternative d'ATPE : Teneur en protéines de lait conforme aux recommandations actuelles (50 % des protéines totales) mais cacahuète remplacée par d'autres légumineuses, céréales ou graines (Rénovations)	3	
	Formulation alternative d'ATPE : Teneur en protéines du lait réduite/remplacée par une autre protéine animale, telle que le poisson, le lait, l'œuf ou l'insecte (également connu sous le nom d'Inovations)	1	
	Formulation alternative d'ATPE : Ajout d'acides aminés ou augmentation des micronutriments (également appelé Novel)	0	
	Formulation alternative d'ATPE : Solution de substitution non laitière	1	
	Autre	1	
PRODUITS AGRICOLES	Approches de l'enrichissement des aliments	0	1
	Biofortification	1	
	Autre	0	
SUPPLÉMENTS DE MICRONUTRIMENTS	Suppléments de vitamines et de minéraux	6	8
	Sprinkles	1	
	Supplément de produit naturel (d'origine animale ou végétale)	0	
	Autre	1	
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION	Systèmes de données et surveillance	6	20
	Systèmes de chaîne d'approvisionnement	3	
	Outils de diagnostic mHealth	3	
	Communications ou développement des capacités	1	
	Systèmes de suivi des bénéficiaires	0	
	Systèmes de transfert d'argent	0	
	Autre	0	
	Prise en charge des cas	7	
DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DIAGNOSTICS	Outils de diagnostic	4	4
	Matériel médical	0	
	Autre	0	
AUTRES	Fourniture de services médicaux	0	2
	Logistique et chaîne d'approvisionnement	0	
	Autre	2	

PRODUITS, TECHNOLOGIES ET SERVICES, PAR ORGANISATION

Dans la carte du paysage, nous avons examiné quels secteurs avaient développé des produits, des technologies et des services. 36 % des soumissions provenaient d'entités du secteur privé, et 34 % d'entreprises sociales. Notamment, seules 3 % des soumissions provenaient d'entreprises multinationales, ce qui suggère un manque important de PTS de la part d'entreprises qui ont d'importantes capacités ai niveau international, y compris en RD.

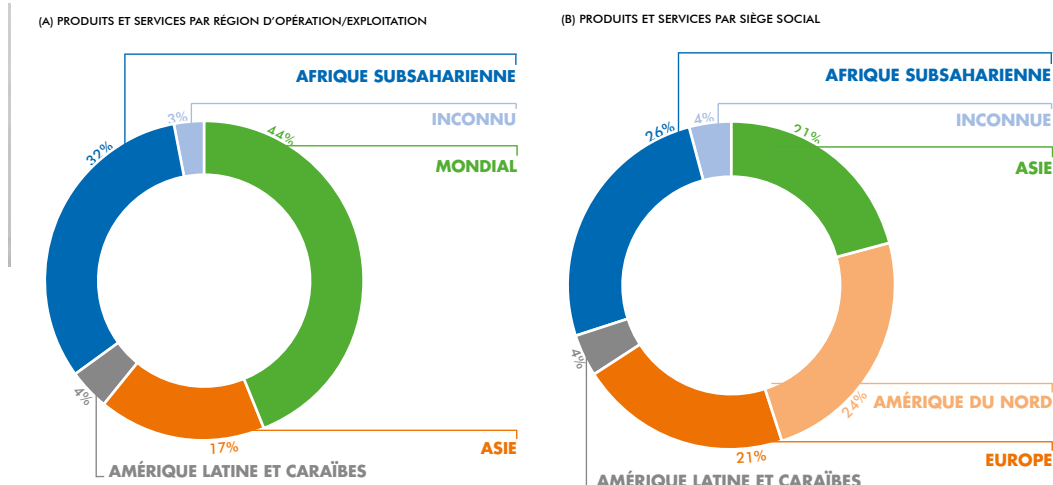
FIGURE 4 : PRODUITS ET SERVICES PAR TYPE D'ORGANISATION



Parmi celles-ci, nous avons demandé si les PTS avaient été développés dans le cadre d'un partenariat public-privé. C'était le cas pour 7 % d'entre eux uniquement. Cela indique une autre occasion manquée : la collaboration en matière de développement et de mise à l'échelle.

PRODUCTEURS PAR RÉGION ET DISTRIBUTION

FIGURE 5 : PRODUITS, TECHNOLOGIES ET SERVICES PAR (A) RÉGION D'EXPLOITATION ET (B) SIÈGE SOCIAL



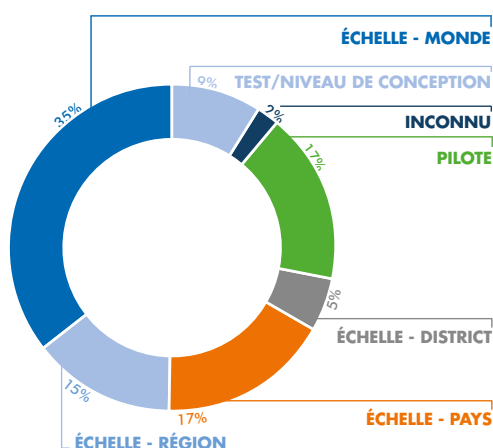
Les producteurs des entrées, regroupés par siège régional et région de distribution, montrent une forte tendance vers les pays à revenu élevé accédant aux marchés mondiaux. Sur les 112 entrées, 45 % (n=50) ont été réalisées par des entreprises dont le siège social se trouve en Amérique du Nord ou en Europe, et 51 % (n=57) ont été réalisées par des entreprises dont le siège social se trouve en Asie, en Amérique latine ou en Afrique subsaharienne. Cette tendance est révélatrice du grand nombre de producteurs d'ATPE à l'échelle nationale qui ont émergé depuis que le brevet Nutriset a été modifié pour permettre l'octroi d'un « accord d'utilisation du brevet en ligne » à un petit réseau d'ONG, de petites entreprises et d'entreprises sociales opérant dans les PFRPRI dans le cadre du « réseau PlumpyField », qui fonctionne comme une franchise.²² 44 % (n=49) des entrées étaient déjà opérationnelles/distribuées dans plus d'une région (« mondial »). Cependant, lorsque nous examinons les régions de distribution, nous constatons que pour les entités dont la distribution est mondiale (définie comme plus d'une région), 92 % (n=103) d'entre elles ont été produites par des entreprises ayant leur siège en Amérique du Nord ou en Europe et 8 % (n=9) en Asie. Aucun produit ou service distribué à l'échelle mondiale ne provenait d'une entreprise dont le siège est en Afrique ou en Amérique latine ou aux Caraïbes.

PRODUITS, TECHNOLOGIES ET SERVICES, PAR RESTRICTION ET PAR ÉCHELLE

Les entrées classées en fonction du stade de développement ou de l'échelle (figure 6) montrent que 31 % (n=35) sont actuellement au stade de l'essai ou du pilote, ou sont à petite échelle. Les types de restrictions juridiques, de propriété intellectuelle ou de commerce étaient les suivants : domaine public ou bien public (sans restriction), licence Creative Commons, droits d'auteur, brevet accordé et brevet en instance. Les informations sur les restrictions n'étaient pas disponibles pour la plupart des produits, pour diverses raisons : le répondant n'a pas saisi l'information, il ne la connaissait pas, ou elle ne figurait pas dans les sources de recherche. Cependant, pour ceux qui disposaient d'informations sur les restrictions (n=56), 76 % d'entre eux présentaient une certaine forme de restriction. De nombreux produits alimentaires étaient des marques déposées mais non brevetées. Comme le montre le tableau 4 ci-dessous, il n'y a pas de lien entre la présence de restrictions et le degré d'échelle. Le tableau 5 montre l'échelle de distribution des PTS pour chaque type de produit. Il est évident que l'investissement dans l'innovation et le développement de produits pour les traitements de la MAM et les diagnostics médicaux est très limité, ce qui peut indiquer des lacunes dans le secteur. Par ailleurs, les technologies de l'information sont principalement « bloquées » à petite échelle.

FIGURE 6 : PRODUITS, TECHNOLOGIES ET SERVICES PAR (A) NIVEAU ET ÉCHELLE ET (B) RESTRICTIONS

(A) PRODUITS, TECHNOLOGIES ET SERVICES PAR NIVEAU ET ÉCHELLE



(B) PRODUITS, TECHNOLOGIES ET SERVICES PAR RESTRICTIONS

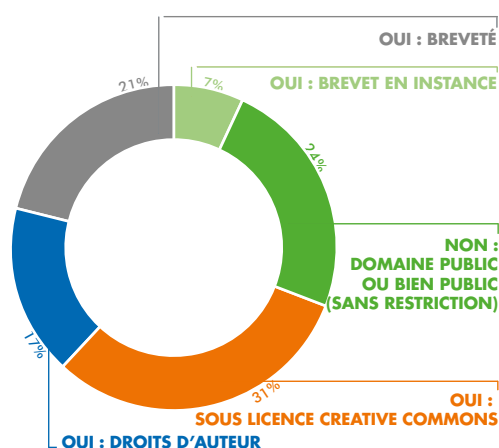


TABLEAU 4 : PTS PAR RESTRICTIONS ET ÉCHELLE DE DISTRIBUTION

	UNRESTRICTED	RESTRICTED
Test/niveau de conception	1	6
Pilote	4	8
Échelle – District ou province	2	3
Échelle – Pays	1	5
Échelle – Région	0	4
Échelle – Monde	3	6

TABLEAU 5 : PTS PAR SECTEUR ET ÉCHELLE

	TEST - NIVEAU DE CONCEPTION	PILOTE	ÉCHELLE - DISTRICT	ÉCHELLE - PAYS	ÉCHELLE - RÉGION	SCALE - MONDE	TOTAL
Produits agricoles	0	0	0	1	0	0	112
Produits de prévention	5	6	2	2	4	14	1
Traitement du MAM	1	1	0	0	2	6	34
Traitement du MAS	0	4	0	11	6	12	10
Micronutriments	0	0	0	2	5	1	33
Technologies de l'information	1	7	4	1	0	6	8
Appareils médi-caux et dépistages	2	1	0	1	0	0	20
Services	0	0	0	0	0	0	4
Autre	1	0	0	0	0	0	0

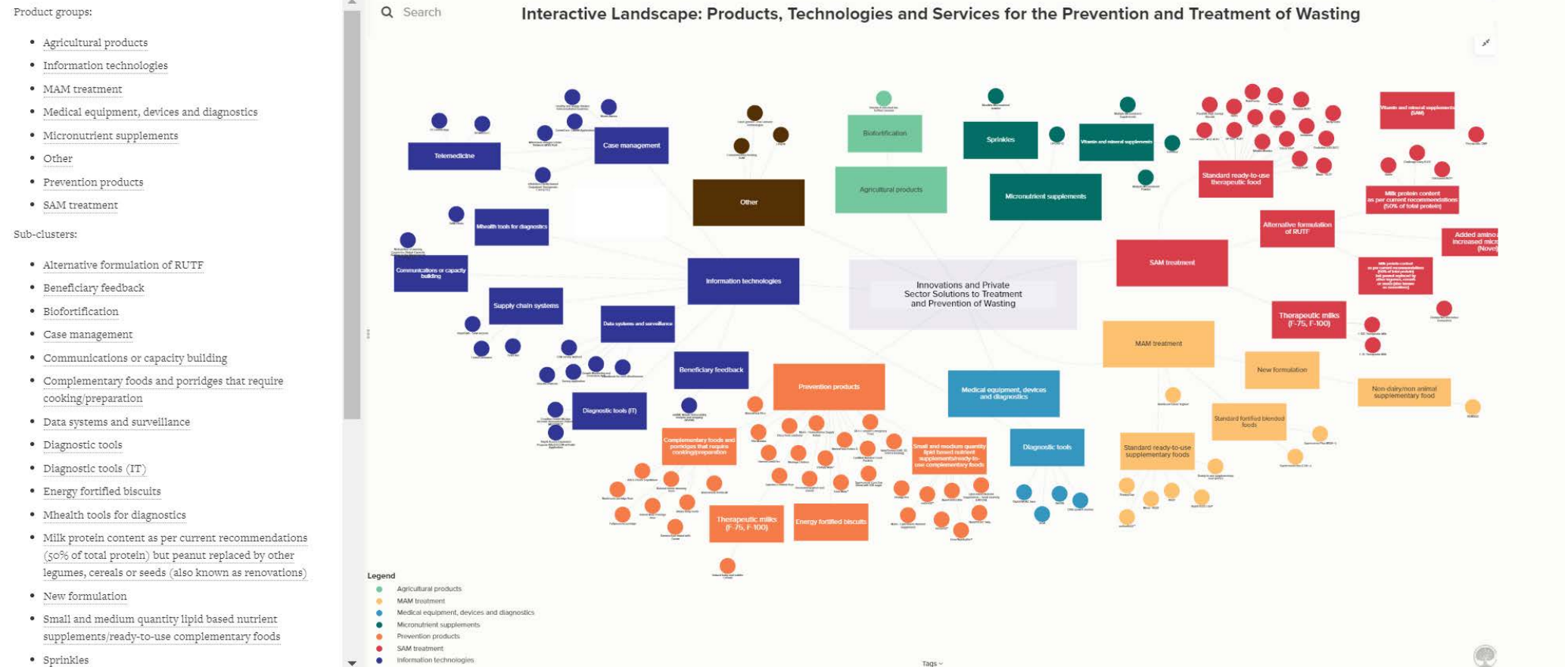
CARTE INTERACTIVE



Une carte interactive du paysage des produits, technologies et services relatifs à l'émaciation a été créée à l'aide de Kumu, afin de permettre une visualisation conviviale des produits et un accès interactif aux fournisseurs et aux informations sur les produits. Le site peut être consulté à l'aide du lien <https://bit.ly/3mfEAKq> ou en scannant le code QR suivant.

Le paramètre par défaut de la carte interactive est un regroupement par type de produit (figure 7). En cliquant sur l'option « tags » (voir la flèche verte), vous pouvez choisir parmi une liste plus détaillée de groupes de produits.

FIGURE 7 : PAYSAGE DES PTS – VISUALISATION DES LISTES DE PRODUITS



En cliquant sur l'un des groupes de produits et en appuyant sur « Focus » (flèche verte dans la figure 8), tous les produits de ce groupe sont mis en évidence. Cliquez sur les différents produits et, à l'aide des trois points (flèche rose dans la figure 8), vous visualiserez les informations sur le produit.

FIGURE 8 : VUE INTERACTIVE DU PAYSAGE – CLIQUEZ POUR AFFICHER UN INSTANTANÉ DE PRODUIT CHOISI



PAYSAGE DES PRODUITS DISPONIBLES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉMACIATION

Les aliments prêts à l'emploi (APE) sont essentiels pour la prise en charge de l'émaciation. Le paysage dans la figure 7 fait la distinction entre les aliments destinés à la prise en charge de l'émaciation modérée et sévère et les aliments utilisés pour la prévention ciblée.

PRODUITS POUR LE TRAITEMENT DE L'ÉMACIATION SÉVÈRE

Deux types de produits sont utilisés pour le traitement de l'émaciation sévère : les laits thérapeutiques et les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE). Les enfants atteints d'émaciation sévère ont toujours été traités en milieu hospitalier au moyen des laits thérapeutiques F-75 et F-100. Les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) ont été développés à la fin des années 1990. Il s'agit de pâtes ou de biscuits à base de lipides qui ont la même composition nutritionnelle que le F-100, mais qui, contrairement aux laits thérapeutiques, ne nécessitent ni préparation ni réfrigération, ont une longue durée de conservation allant jusqu'à 24 mois et peuvent être consommés directement dans leur emballage. Ces produits, associés à des services communautaires solides, ont révolutionné le traitement de l'émaciation sévère. Ils ont permis aux enfants qui, auparavant, ne pouvaient être traités qu'en milieu hospitalier, de l'être à domicile. Cela a permis de réduire les coûts incombant aux soignants, qui n'avaient plus à parcourir de longues distances pour se rendre à l'hôpital. Par conséquent, la couverture a augmenté et les taux de mortalité ont réduit²³.

Le premier ATPE, appelé Plumpy'Nut®, a été développé et breveté conjointement dans le cadre d'une collaboration entre Nutriset et l'Institut de Recherche (IRD) en France, en 1996⁴⁰. Jusqu'en 2007, le marché était dominé par Nutriset. Depuis lors, Nutriset a mis en place un réseau de franchisés, connu sous le nom de PlumpyField. Le réseau PlumpyField se compose actuellement de 12 producteurs du secteur privé ou à but non lucratif, basés dans des pays à forte charge de morbidité, qui produisent du Plumpy'Nut® et d'autres produits Nutriset, y compris des ASPE²². Plusieurs autres producteurs, indépendants de Nutriset, produisent également des ATPE et des ASPE. Il s'agit notamment de Compact, Project Peanut Butter et Valid Nutrition. Nous avons identifié 25 fabricants d'APE (voir la carte du paysage), dont la plupart sont situés dans des PFR-PRI à forte émaciation. Les types d'entreprises impliquées dans la production d'APE sont toutes des petites entreprises ou des entreprises sociales. Aucune grande entreprise multinationale n'a été identifiée.

On constate une demande de produit à prix réduit et de formulations alternatives d'ATPE, y compris des formules sans arachide. Cependant, les coûts n'ont pas beaucoup changé au cours des 15 dernières années : un carton coûtait 57 \$ en 2008 et coûte maintenant 41 \$. Cette évolution est attribuée à l'augmentation du volume des achats et du nombre de fournisseurs, plutôt qu'à une innovation ou à un changement dans le coût des ingrédients. On espérait que la production locale soit une solution pour réduire le coût des produits, mais cela ne s'est pas concrétisé, et les ATPE produits localement restent à un prix plus élevé que les ATPE importés.

PRODUITS POUR LE TRAITEMENT DE L'ÉMACIATION MODÉRÉE

Les systèmes de traitement permettant de prendre en charge l'émaciation modérée comprennent la nécessité d'un dépistage généralisé et d'un diagnostic précis, ainsi que d'un aiguillage et d'un traitement adaptés. Dans certains cas, le traitement de l'émaciation modérée peut reposer sur des changements de comportement ou des interventions diététiques, comme dans le modèle PD-Hearth, mais les traitements à base de produits sont également importants, notamment dans les situations d'urgence humanitaire.

Les aliments supplémentaires prêts à l'emploi (ASPE) (similaires aux ATPE) et les aliments mélangés enrichis (AMF) sont tous deux utilisés pour la prise en charge de l'émaciation modérée. Les AMF comprennent les supercéréales+, qui consistent en des farines de maïs, de soja ou de blé auxquelles sont ajoutés des micronutriments et du lait. Contrairement aux ASPE, les AMF doivent être cuits avec de l'eau avant d'être consommés²⁵.

Les ATPE se sont également avérés efficaces chez les enfants souffrant d'émaciation modérée, mais bien qu'il existe des directives de composition pour les ATPE utilisés dans la prise en charge de l'émaciation sévère (voir ci-dessous), il n'y a actuellement aucun consensus sur le meilleur produit et la meilleure composition des suppléments pour le traitement de l'émaciation modérée²⁹. Par ailleurs, on penche de plus en plus vers l'utilisation d'un seul produit pour traiter l'émaciation modérée et l'émaciation sévère dans le cadre d'un seul programme ; la recherche sur ce point est en cours.

COMPOSITION NUTRITIONNELLE DES ALIMENTS PRÊTS À L'EMPLOI ET DES FORMULATIONS ALTERNATIVES

L'ATPE le plus courant, appelé ATPE standard, se compose de lait en poudre, de pâte d'arachide, d'huile végétale, de sucre et de micronutriments. Les ingrédients des ATPE peuvent varier, mais leur composition globale doit être conforme à la déclaration conjointe de 2007 sur la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère²³ et à la directive de l'OMS récemment publiée sur la teneur en protéines laitières des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi³⁰.

La composition des ATPE standard a à peine changé au cours des 20 dernières années et reste un élément coûteux du traitement de l'émaciation sévère. Récemment, des formulations alternatives ont été testées dans un certain nombre d'essais^{31,32}. L'objectif du développement de formulations alternatives est de réduire le prix, d'augmenter l'acceptabilité des produits dans certains contextes et de réduire la teneur en sucre, tout en rendant ces formulations au moins aussi efficaces que l'ATPE standard. Les formulations alternatives peuvent être basées sur des ingrédients disponibles localement, ce qui réduit le besoin d'importations. De nombreuses formulations alternatives visent à réduire ou à remplacer la teneur en lait, car celui-ci est cher, et certaines remplacent les arachides par des ingrédients tels que le soja, les pois chiches, la farine, les lentilles, l'avoine et les produits de la pêche. D'autres recherches ont été menées, visant à améliorer l'efficacité en modifiant le profil des acides gras et à tester les avantages des pré et probiotiques³¹.

L'UNICEF a récemment coopéré directement avec les fabricants pour investir dans le développement d'éventuelles formules moins coûteuses, telles que des alternatives non laitières. Ils sont également en train de tester des ATPE à base de soja et de pois chiche. Ces produits pourraient permettre de réaliser des économies de 3 à 5 %²⁴. L'UNICEF divise les formulations alternatives selon les trois catégories suivantes:

1. **Rénovations** : Les rénovations sont conformes à la déclaration conjointe de l'OMS de 2007, contiennent 50 % de protéines provenant de produits laitiers, mais les arachides sont remplacées par d'autres céréales, légumineuses ou grains.
2. **Innovations** : Produits qui utilisent une combinaison de céréales, de légumineuses, de grains et de différentes sources de protéines animales ou d'insectes, avec des quantités réduites de protéines laitières ou qui n'intègrent pas de produits laitiers du tout. Ces formulations ne sont pas conformes à la déclaration commune de 2007.
3. **Nouveauté** : Produits qui utilisent une combinaison de céréales, légumineuses ou grains, et des acides aminés ajoutés et/ou des quantités différentes de vitamines et minéraux ajoutés. Ces formulations ne sont pas conformes à la déclaration commune de 2007.³³

De nouvelles formulations contenant des sources de protéines alternatives, notamment des protéines d'origine végétale, laissent présager des résultats plus prometteurs pour le traitement des enfants souffrant d'émaciation modérée³⁴. Les ASPE à base d'ingrédients non traditionnels, comme le poisson, ont également été explorés³⁵. Plus récemment, on s'est également intéressé aux formulations visant à améliorer le microbiote intestinal chez les enfants souffrant d'émaciation modérée^{36,37}.

Le nombre de formulations alternatives identifiées par notre travail reste faible. Nous n'en avons décelé que cinq (*Tableau 3*) et une seule d'entre elles, le produit « SMS-RUTF » produit par Valid Nutrition et Ajinomoto, est classée comme « nouveauté ».

Il faut approfondir la recherche et le développement sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité des formulations alternatives, en particulier dans les catégories d'ATPE des catégories « innovation » et « nouveauté ».

PRODUITS POUR LA PRÉVENTION CIBLÉE DE L'ÉMACIATION

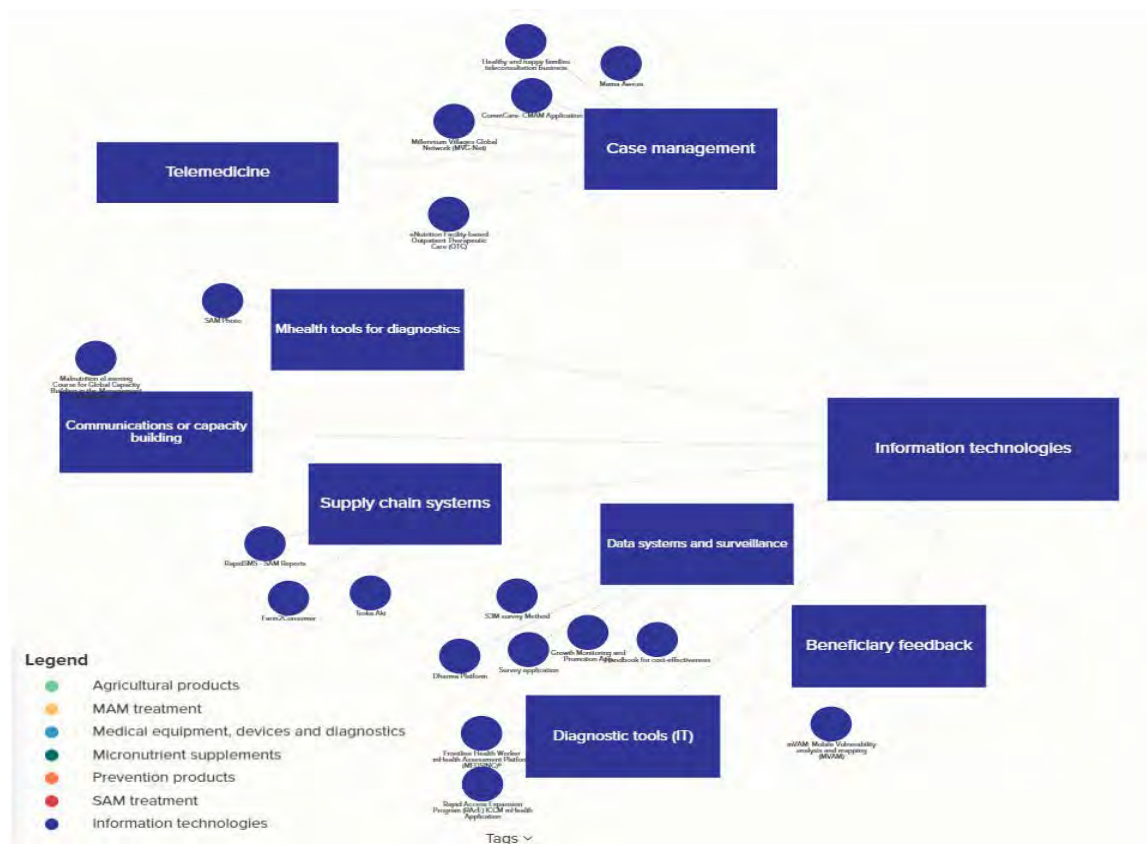
Différents compléments nutritionnels à base de lipides (LNS) ont été développés, sur la base de formulations d'ATPE/ASPE, modifiés en contenu et en quantité pour la prévention de la malnutrition. Ces produits sont connus sous le nom de LNS en petites quantités (SQ) et affichent des résultats prometteurs dans le cadre de programmes de prévention^{38,39}. Le paysage indique que de nombreux producteurs d'ATPE produisent également des SQ-LNS.

PAYSAGE DES TECHNOLOGIES

Sur les 112 produits et services inclus dans le paysage, 20 ont été classés comme des technologies de l'information et 4 comme des dispositifs d'équipement médical ou de diagnostic. Parmi ceux-ci, 7 étaient destinés à la prise en charge de cas (par exemple CommCare), 3 étaient des produits pour les systèmes de données et la surveillance, 3 étaient des outils de diagnostic, 3 se situaient dans la catégorie des systèmes de la chaîne d'approvisionnement et 1 était un produit dans la catégorie de la communication et du renforcement des capacités. *L'encadré 2, ci-dessous, décrit plus en détail quatre de ces produits.* Parmi eux, 12 sont à l'état de test, de pilote ou de déploiement à petite échelle, 6 sont répertoriés comme étant distribués à l'échelle mondiale, mais semblent surtout avoir une distribution mondiale au niveau des projets pilotes plutôt qu'à une échelle « réelle », et un seul produit (leDA de Terre des Hommes) a atteint une échelle nationale. Les facteurs essentiels pour atteindre une distribution à plus grande échelle, identifiés par GSMA, se reflètent dans l'expérience de leDA – à savoir une approche intégrée, où le gouvernement assure un fort leadership⁴¹.

Nombre de ces solutions ont été identifiées par des recherches dans la littérature universitaire. Sur la base des preuves d'impact, il semblerait que de nombreux pilotes aient atteint une échelle petite à moyenne. Il est probable que le manque de mécanismes de financement et le manque de leadership gouvernemental soient des facteurs limitatifs à la mise à l'échelle, et qu'il ne s'agit pas que d'un manque de preuves⁴². Ceci a été confirmé par les informateurs clés et les répondants à l'enquête. L'étude du paysage a permis d'identifier un certain nombre de solutions informatiques qui, si des mécanismes adéquats sont mis en place, sont vraiment susceptibles de renforcer la capacité des programmes d'émaciation à atteindre une échelle nationale.

FIGURE 10 : VUE ÉLARGIE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION



ENCADRÉ 2 : INNOVATIONS ET TECHNOLOGIES NUMÉRIQUES

ALEDIA : UNE ALLIANCE POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE SOLUTION D'E-DIAGNOSTIC INTÉGRÉE

Action contre la Faim, Terre des Hommes et World Vision International ont travaillé ensemble à la conception d'AleDIA : Une alliance pour le développement d'une solution d'e-diagnostic intégrée pour améliorer la qualité des services de santé dans les milieux à faibles ressources⁴³. Le premier produit à être lancé est une solution numérique adaptable, basée sur l'intégration des protocoles de PCIME et de PCMA et des applications mobiles de santé existantes ; il s'attaque aux maladies infantiles les plus mortelles et sert à la prise en charge de la malnutrition aiguë. Il comprend l'intégration d'algorithmes de traitement de la MAS au niveau des soins communautaires. Son développement est en cours, et le pilote se déroule actuellement au Mali. La création de coalitions de partenaires de mise en œuvre est importante pour atteindre la mise à l'échelle, étant donné l'échec fréquent des pilotes mHealth à cet égard, une fois que le financement par subvention prend fin. AleDIA vise à tirer parti de l'expérience positive de l'application leDA de Terre Des Hommes, qui est maintenant mise à l'échelle au niveau national au Burkina Faso.

PHOTO DIAGNOSIS APP® : L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE AU PROFIT DU DIAGNOSTIC DE LA MAS

Le Projet de diagnostic de la malnutrition aiguë sévère (MAS) Photo Diagnosis App® utilise un algorithme d'intelligence artificielle innovant pour diagnostiquer la MAS chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, sur la base d'une image de leur bras gauche. SAM Photo peut détecter la MAS plus rapidement, plus facilement et de manière plus fiable que les solutions actuelles proposées au niveau de la collectivité. Le diagnostic de l'application est corrélé avec les indicateurs standard (PPT et PB), et la sensibilité s'est avérée plus grande que celle de la mesure du PB. Un système de partage des données permet d'utiliser plus rapidement les informations des systèmes de surveillance et d'alerte précoce, de formuler des prédictions, de dégager des tendances et d'établir des liens avec des facteurs spécifiques au contexte ou mondiaux.

PRÉVISION DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE À L'AIDE DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE – GIS4TECH

La surveillance nutritionnelle a toujours été un élément clé de la préparation aux crises et au risque accru de MAS/MAM, mais jusqu'à récemment, les systèmes de surveillance reposaient sur des enquêtes de population ou des données nationales existantes. GIS4TECH, une entreprise dérivée de l'Université de Grenade (Espagne), développe une solution utilisant les mégadonnées (big data), les systèmes d'information géographique et les technologies connexes (apprentissage automatique et intelligence artificielle), pour l'analyse et le traitement de grands volumes de données diversifiées, dont l'analyse serait autrement limitée. Ce système de prédiction permet de collecter et d'analyser des informations secondaires provenant de sources multiples, et d'identifier les zones préoccupantes ou à risque vers lesquelles il convient de diriger des efforts accrus dans le domaine des soins et de la prévention en matière de nutrition. Ce système effectue une prédiction mensuelle de la sécurité alimentaire dans quatre pays d'Amérique latine, à l'aide de sources de données nutritionnelles et d'une analyse agroclimatique mensuelle fournie par des images satellitaires. Les résultats sont périodiquement mis à jour sur une plateforme Web ouverte à tous, et sont régulièrement utilisés par les ONG et les partenaires : <https://www.accioncontraelhambre.org/fr/node/1556>

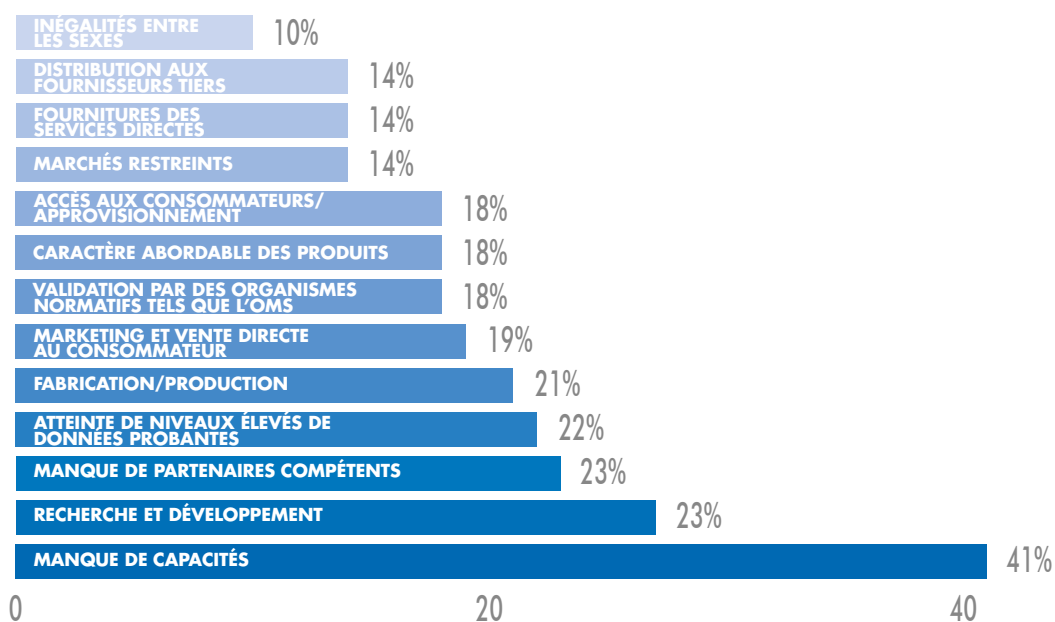
PLATFORME KACHE : UN OUTIL POUR L'ARGENT ÉLECTRONIQUE, LA PRISE EN CHARGE DES BÉNÉFICIAIRES, LE SUIVI ET LA PRODUCTION DE RAPPORTS

Les mécanismes électroniques pour les transferts d'argent (paiements électroniques) ont le potentiel d'améliorer la rapidité et l'ampleur des réponses aux catastrophes, en améliorant le suivi et la responsabilisation, et en réduisant les occasions de corruption. La trousse pour le transfert autonome d'argent liquide dans les situations d'urgence humanitaire (Kit for Autonomous Cash Transfer in Humanitarian Emergencies - KACHE), basée sur la solution ONE de Red Rose, permet aux utilisateurs d'effectuer des transferts électroniques d'argent liquide pendant les urgences, en l'absence d'infrastructure appropriée, et a maintenant été adaptée pour soutenir la prestation de services, le transfert d'argent liquide et la fourniture de produits, dans tout type de contexte⁴⁴. Elle permet l'enregistrement rapide des bénéficiaires et la distribution d'une carte par bénéficiaire, favorise la collecte et l'analyse des données et permet le suivi en temps réel de la réponse humanitaire. Les solutions de ce type permettent d'identifier à l'avance les familles dont les enfants sont les plus exposés au risque d'émaciation pendant une crise et peuvent facilement être reliées à des systèmes de bons d'alimentation et de transferts d'argent, pour une prévention ciblée.

OBSTACLES A L'INTRODUCTION D'INNOVATIONS ET A LA MISE A L'ÉCHELLE

Les principaux défis ou goulets d'étranglement identifiés par les répondants à l'enquête en ce qui concerne l'introduction d'innovations et la mise à l'échelle de celles-ci sont le manque de capacités, le manque de partenaires appropriés, un accès insuffisant aux consommateurs, les marchés restreints, le caractère onéreux des produits, le manque de produits de haute qualité et l'absence de niveaux suffisants de preuves (voir *figure 10*). Ces défis sont abordés plus en détail ci-dessous sur la base des informations obtenues lors de l'enquête, de l'analyse documentaire et des entretiens avec les informateurs clés.

FIGURE 11 : DÉFIS OU GOULETS D'ÉTRANGLEMENT ENTRAVANT LA MISE À L'ÉCHELLE



CAPACITÉS INSUFFISANTES ET MANQUE DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Les capacités insuffisantes et le manque de renforcement des capacités seraient l'entrave principale à l'innovation et à la mise à l'échelle des innovations, selon 41 % des répondants (n=46) (ventilé par secteur : 42 % des universitaires, 59 % des ONG ou entités caritatives, 40 % des répondants gouvernementaux, 34 % du secteur privé et 45 % des répondants des Nations Unies). Cependant, il n'était pas clair si cela faisait référence à un manque de capacité dans les pays et gouvernements cibles ou dans leurs propres entités. Une personne interrogée a déclaré que l'incapacité à mettre en œuvre mHealth, le manque de plateformes interopérables mandatées par le gouvernement et les lacunes de gestion étaient responsables de l'échec des pilotes.

ÉTABLISSEMENT DE PARTENARIATS

Des difficultés ont été constatées dans l'établissement de partenariats censés soutenir l'innovation et le développement de produits – l'engagement des partenaires se limitant souvent à des dons financiers ou à des biens en nature. Près d'un quart (23 %, n=26) des répondants à l'enquête ont mentionné la désignation de partenaires appropriés comme un défi majeur. (Ventilé par secteur : 42 % des entités académiques (n=3), 37 % (n=10) des ONG, 27 % (n=3) des répondants des Nations Unies et 16 % des répondants du secteur privé (n=9)). En outre, les informateurs clés de l'ONU et des ONG se consacrant à la lutte contre l'émaciation ont noté que les technologies émergentes telles que mHealth, qui pourraient permettre aux systèmes de santé publique d'intégrer les technologies, sont rarement déployés à l'échelle, en raison de la fragmentation des efforts des ONG, de l'absence de partenariats public-privé solides et du manque de leadership des gouvernements.

RECHERCHE, DÉVELOPPEMENT, DONNÉES PROBANTES ET VALIDATION DES PRODUITS PAR LES ORGANISMES NORMATIFS

Au total, 20 % (n=22) des répondants ont désigné la RD et 9 % (n=10) l'obtention de niveaux de données probantes élevés comme étant les principaux obstacles à l'innovation et à la mise à l'échelle. Le développement de produits de haute qualité a été mentionné comme un défi par 13 % (n=15) des répondants.

La question des niveaux de données probantes suffisants a été soulevée, notamment dans le contexte des formulations alternatives des aliments prêts à l'emploi. Comme mentionné ci-dessus, des lignes directrices régissent la composition en micronutriments et le pourcentage de protéines du lait. Un producteur a exprimé sa frustration quant à l'exigence que les ATPE contiennent 50 % de protéines provenant du lait. Le lait est l'un des ingrédients les plus chers, et plusieurs formulations alternatives font actuellement l'objet de tests, avec pour objectif principal la réduction des coûts – afin d'augmenter le nombre d'enfants pouvant recevoir un traitement. Alors que certaines formulations sans lait se sont révélées inférieures au produit standard, une formulation développée par Valid International, en partenariat avec Ajinomoto, qui utilise des acides aminés plutôt que du lait, n'a montré aucune infériorité en termes de récupération et une supériorité en termes de correction de l'anémie.⁴⁵ Toutefois, ces données probantes n'ont pas été jugées suffisantes pour faire modifier la recommandation d'une teneur en protéines de lait de 50 % dans les directives les plus récentes. Les répondants à l'enquête ont soulevé l'importance d'une meilleure définition de « données probantes suffisantes » et du processus par lequel de nouvelles données sont incluses dans les directives sur les ATPE. 16 % (n=18) des répondants à l'enquête ont mentionné la validation des produits par les agences normatives, telles que l'OMS, comme un défi majeur à l'innovation et à la mise à l'échelle. D'autres personnes interrogées ont exprimé leur inquiétude quant à la lenteur de l'approbation des nouvelles formulations et au manque de clarté quant à la quantité de données probantes requises, ce qui entrave l'innovation et l'investissement du secteur privé dans les nouvelles formulations ; par conséquent, le nombre d'enfants recevant un traitement grimpera moins vite.

Un répondant a mentionné que le secteur international de la nutrition est conservateur et que, au-delà des APE, les innovations sont plus susceptibles d'être bloquées par les agences de l'ONU, les ONG et les bailleurs de fonds. En ce qui concerne les technologies de l'information, un informateur clé a signalé que les ministères de la Santé sont de plus en plus sceptiques quant à l'autorisation de nouvelles innovations : « Du scepticisme entoure la mise à l'échelle. Les ministères de la Santé adoptent une approche plus structurée pour évaluer la manière dont les applications sont développées et testées, mais ils en sont tous à des stades différents du développement de plateformes interopérables. »

MARCHÉS RESTREINTS ET ACCÈS AUX CONSOMMATEURS

Les ATPE standard sont le principal produit utilisé pour le traitement de l'émaciation sévère. L'UNICEF est le principal acheteur d'ATPE et fournit actuellement environ 75 à 80 % des ATPE financés au niveau mondial. Cela équivaut à environ 49 000 tonnes métriques, soit un achat suffisant pour traiter environ 3,5 millions d'enfants²⁴.

Parmi les répondants à l'enquête, 14 % (n=16) et 18 % (n=20) ont identifié les marchés restreints et l'accès aux consommateurs, respectivement, comme un défi. Selon les propos d'un répondant : « Le marché est dominé par un seul client (l'ONU) et un seul fournisseur, ce qui constitue un problème majeur pour les investisseurs ; tout comme l'incohérence (et le côté irrationnel) de la situation et de l'approche réglementaires. » La dépendance à l'égard d'un petit nombre de producteurs et de quelques clients est en effet risquée et très inhabituelle.⁴⁰ La plus grande lacune du marché semble donc être liée aux autorités de santé publique des pays à fardeau élevé, en tant qu'acheteurs et distributeurs de produits par le biais des chaînes d'approvisionnement nationales. L'un des objectifs essentiels du Plan d'action mondial des Nations Unies est de plaider en faveur d'un investissement accru des budgets de santé nationaux dans l'approvisionnement en ATPE, y compris via les marchés locaux. L'étendue de l'investissement public dans les plans opérationnels du PAG des Nations Unies n'a pas encore été publiée.⁴⁶

MANQUE DE FINANCEMENT

Le manque de financement a été mentionné par 7 % (n=8) des répondants comme un frein à la recherche et au développement, à la mise à l'essai des innovations à grande échelle, à la commercialisation des innovations et à la mise à l'échelle des innovations et des programmes de traitement en général. Par exemple, en ce qui concerne les produits pour le traitement de l'émaciation (même les produits standard), plusieurs répondants ont souligné que les budgets d'aide sont limités et à court terme, et que d'autres mécanismes de financement devraient être sollicités, par exemple auprès du secteur privé ou du gouvernement. Si certains répondants ont mentionné que le secteur privé pourrait jouer un rôle dans le financement de certains projets, à ce jour, les entreprises impliquées, par exemple, dans la production d'ATPE, sont principalement de petites entreprises sociales qui ont besoin de fonds ou de subventions commerciales pour développer et tester leurs idées. L'accès aux prêts commerciaux peut être un problème, en particulier dans les pays en développement, où les taux d'intérêt peuvent être plus élevés.⁴⁰ Même lorsque le financement est disponible, le type de financement en tant que tel pose problème. Un informateur clé a indiqué que pour les innovations en matière de santé mobile (mHealth), le financement est suffisant pour que les solutions soient développées et testées, mais généralement pas pour que ces innovations soient mises à l'échelle : « Nous ne pouvons effectuer [le test et le pilotage des innovations] que de subvention en subvention, mais c'est impossible de faire cheminer une innovation jusqu'à sa maturité uniquement grâce à des subventions. » À titre d'exemple, un informateur clé de Vision Mondiale a décrit l'application de PCMA développée dans le but d'être intégrée à CommCare. Cette application a été pilotée avec succès grâce à des subventions, mais n'a pas été mise à l'échelle ou intégrée à un système d'information sur la gestion de la santé, en raison d'un manque de savoir-faire technique, de financement et de volonté politique, ainsi que du scepticisme suscité par l'adoption d'un élément externe.

RENTABILITÉ

Les personnes interrogées ont cité la question de la rentabilité et de la viabilité commerciale comme un obstacle à la participation accrue du secteur privé. Pour citer un répondant : « Les produits nutritifs sont plus coûteux à produire. Il faut de l'innovation et de la créativité pour fonder une entreprise basée sur ces derniers. » En revanche, un répondant d'une ONG s'est dit préoccupé par l'implication du secteur privé dans la santé de la collectivité, étant donné sa quête de profit. La recherche d'investisseurs pour soutenir la mise à l'échelle des produits et des technologies est difficile, le marché étant limité et les investisseurs ayant l'impression qu'ils manqueront de retours ou que leurs efforts ne seront pas rentables. En tant que tel, se limiter au secteur privé inciterait ce dernier à viser leur intérêt en se concentrant sur les produits qui sont brevetables et garantissent le recouvrement des investissements. C'est pourtant un objectif que les PPP pourraient atteindre – tout en parvenant à réduire le coût du produit.

BREVET

Dans le passé, le brevet Plumpy'Nut, détenu par l'IRD et Nutriset, a été considéré comme un obstacle à l'innovation et aux efforts visant à réduire le prix des APE. Aucun des répondants n'a mentionné le brevet comme un obstacle à plus d'innovation, probablement parce que le brevet a maintenant expiré dans un certain nombre de pays et doit expirer dans les pays restants en 2021.⁴⁷

FACTEURS OU CATALYSEURS DE SUCCÈS POUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA MISE À L'ÉCHELLE

Lorsqu'on demande quels facteurs facilitent la mise à l'échelle des innovations, la collaboration locale et internationale entre le secteur privé et les ONG ou le monde universitaire est la réponse la plus courante. La mise en relation de l'expertise de différents secteurs peut rendre les innovations possibles et améliorer l'efficacité de la fabrication. En fait, un répondant a souligné que sans collaboration entre les universitaires et le secteur privé il y a 20 ans, les ATPE n'existeraient peut-être même pas aujourd'hui.

Parmi les autres facteurs de réussite mentionnés figurent le renforcement des capacités, les ressources humaines dotées des compétences techniques nécessaires, la mobilisation précoce des partenaires, des communautés et des utilisateurs finaux, la qualité des produits, des données suffisantes sur l'efficacité, ainsi qu'un environnement favorable et la demande. En outre, quatre répondants à l'enquête ont souligné l'importance d'un financement suffisant pour la recherche et le développement ainsi que pour la production et la commercialisation des innovations. Fait surprenant, l'importance de l'engagement du gouvernement envers la mise à l'échelle n'a été soulignée que par un seul informateur clé et concernait la mise à l'échelle de la technologie. Le projet de la mise en place de leDA, solution mHealth mise à l'échelle au Burkina Faso par Terre des Hommes et le ministère de la Santé, s'est concrétisée grâce à un fort leadership gouvernemental. De même, dans le cas de l'Éthiopie, le succès de la mise à l'échelle des programmes de PCMA est lié à la fois à la capacité et à l'intérêt du gouvernement à mettre ces programmes à l'échelle par le biais des systèmes de santé existants, et par le biais de PPP investissant dans la production locale d'ATPE.⁴⁸ Une étude portant sur la production d'ATPE importés par opposition à la production locale suggère que l'expansion des producteurs locaux d'ATPE dans d'autres catégories de produits peut leur permettre d'atteindre un marché plus important et une échelle durable.

En outre, un environnement fiscal favorable, une assistance en matière de prêts ou d'investissements, des prévisions cohérentes de la part des acheteurs, des investissements dans des chaînes d'approvisionnement en intrants fiables et des tests de laboratoire locaux, ont tous été identifiés comme des facteurs gagnants pour la production locale et la stimulation des marchés locaux⁴⁹. Un article suggère que la durabilité de la production locale d'ATPE dépend des achats effectués par les programmes d'aide sociale, soutenus par le gouvernement et les ONG⁵⁰.

Contrairement aux ATPE, achetés en grande partie par des bailleurs de fonds et distribués gratuitement sur le lieu de soins, les produits de nutrition préventive ont peu de chances de suivre le même chemin⁵¹, et les gouvernements sont beaucoup moins intéressés à leur consacrer des fonds nationaux. Pour stimuler les marchés, il faudra donc amener les consommateurs à acheter. Malgré leurs avantages, les produits préventifs souffrent généralement d'une faible demande au niveau des ménages et d'une forte sensibilité aux prix.⁵²

PARTENARIATS AVEC LE SECTEUR PRIVÉ : OBSTACLES ET OCCASIONS

Les points de vue sur l'intérêt de travailler avec le secteur privé diffèrent selon les acteurs. Les bailleurs de fonds interrogés et les informateurs clés du milieu universitaire n'ont pas indiqué que les partenariats avec le secteur privé étaient une priorité. En ce qui concerne les ONG et les agences des Nations Unies, le niveau d'intérêt pour les partenariats est mitigé : intérêt minimal pour certains, intérêt élevé pour d'autres.

Un répondant d'une agence des Nations Unies a mentionné que, jusqu'à présent, les contributions du secteur privé à la lutte contre l'émaciation avaient principalement pris la forme de dons – soit en espèces, soit sous forme d'ATPE ou de suppléments en micronutriments – mais que ceux-ci étaient généralement plutôt faibles par rapport aux dons des gouvernements et des particuliers. Dans le même ordre d'idées, nous avons observé que la majorité des répondants à l'enquête appartenaient à de petites entreprises, apportant des contributions relativement faibles à la nutrition des enfants (tableau 2). Étant donné que notre échantillon d'enquête provenait en grande partie de petites entreprises, on ne peut affirmer que cela indique un manque d'intérêt pour le sujet de la part des grandes entreprises.

Certains intervenants ont noté une résistance à un engagement plus poussé du secteur privé au sein de la communauté de la nutrition, probablement en raison de la méfiance et de l'influence négative de l'industrie des aliments et des boissons (A et B) dans le secteur. Un répondant d'une entreprise sociale a fait part de sa frustration :

« L'ONU et les organisations humanitaires disent vouloir encourager le secteur privé... mais leur comportement et leurs pratiques ont l'effet inverse... Il semblerait que ce soit l'argent du secteur privé qui soit le bienvenu, mais pas la valeur massive qu'il peut apporter par ses innovations, ses efforts de RD, sa logistique, ses compétences, etc. La propriété intellectuelle et le profit sont tous deux considérés comme mauvais. »

Un répondant de l'ONU a mentionné que l'industrie des aliments et des boissons les approchait le plus souvent pour des partenariats liés à des interventions nutritionnelles, mais qu'il était conscient des risques et des défis liés à la collaboration avec ce secteur :

« Chaque fois que nous sommes approchés par un partenaire du secteur privé pour une intervention de type nutritionnel, il s'agit le plus souvent d'entreprises du secteur de l'alimentation et des boissons qui cherchent à bénéficier de l'effet de halo créé par l'association avec notre marque et à compenser l'empreinte de leur marque. Nous devons instaurer des limites, afin de ne pas compromettre notre capacité à sensibiliser ces entreprises à leurs comportements de marketing... Nous n'avons pas encore trouvé

le juste milieu des partenariats compatibles pour la nutrition dans le secteur. Nous dialoguerons avec n'importe quelle entreprise si cela peut déboucher sur un avantage pour les enfants. Nous n'accepterons aucun partenariat de marque, car nous œuvrons à la promotion de produits plus sains et de pratiques de marketing qui ne ciblent pas les enfants en leur proposant des produits malsains. Nous n'accepterons aucun financement, car cela nuirait à notre plaidoyer. »

Le défi auquel certains partenaires désirant collaborer avec le secteur privé ont été confrontés était le suivant : leur cadre organisationnel et leurs règlements empêchaient la mobilisation des entités du secteur privé dans le domaine de la nutrition. Pour que les entreprises s'engagent auprès des acteurs mondiaux de la nutrition, et pour attirer les grandes entreprises dans cet espace, il faut définir des principes encadrant cet engagement. Ceux-ci devraient inclure un processus de vérification ou un autre moyen d'atténuer l'impact des conflits d'intérêts qui nuisent directement aux ONG. Cela ne remplacerait pas la diligence raisonnable des différentes agences, mais pourrait créer un environnement plus propice à la collaboration entre les acteurs de la nutrition et le secteur privé.

En revanche, certains répondants à l'enquête ont reconnu que les innovations proposées par le secteur privé et les partenariats avec ces derniers pourraient effectivement répondre à certains des défis mentionnés ci-dessus. Trois répondants ont noté la contribution significative que le secteur privé pourrait apporter compte tenu de son expertise en matière de transformation des aliments, de production et de recherche et développement, ainsi que de renforcement des capacités. Les répondants ont également noté que les contributions du secteur privé ne se limitaient pas aux innovations en matière de produits alimentaires, mais concernaient également les enquêtes, la surveillance, le suivi et d'autres technologies.

Un répondant a appelé à rompre l'inertie du secteur :

« Les progrès pitoyables (aucune innovation dans les ATPE depuis plus de 20 ans et moins de 20 % des enfants souffrant de MAS nécessitant un traitement atteints) sont évidents, pourtant l'inertie est totale. Face à cela, on a une occasion en or d'exploiter la capacité du secteur privé à traiter la malnutrition aiguë et chronique (y compris le retard de croissance). Avec une vision et une collaboration éclairées, un partenariat peut être mutuellement bénéfique pour les entreprises et les consommateurs (les clients finaux). »

Un répondant a souligné que le secteur privé, par le biais de collaborations avec des ONG ou le gouvernement, peut rendre les produits de base plus disponibles et abordables. En revanche, un autre répondant a mentionné que certaines petites entreprises peuvent avoir besoin du soutien du gouvernement pour faciliter la production et les rendre abordables.

Le secteur privé joue un rôle important dans la production locale d'ATPE, et cet aspect est peut-être sous-exploré. Des formulations alternatives, la production locale, ainsi que des innovations et une concurrence accrues, peuvent conduire à une réduction supplémentaire des coûts et, par conséquent, à une mise à plus grande échelle. La production locale a commencé en réponse à la demande croissante de produits, et un certain nombre de producteurs d'aliments prêts à l'emploi sont maintenant établis dans les pays à forte charge de morbidité. La production locale ne rend pas nécessairement les produits moins chers étant donné la plus petite échelle et le coût plus élevé des ingrédients. En outre, certains ingrédients (comme le mélange de vitamines et de minéraux) doivent être importés et sont soumis à des taxes à l'importation, alors que les ATPE finis en sont généralement exemptés³³. En outre, le contrôle de la qualité nécessaire pour garantir la sécurité du produit augmente les coûts, car il peut être difficile de trouver des laboratoires fiables. Dans certains cas, les échantillons doivent être envoyés à l'étranger pour être testés⁴⁰.

Cependant, la production locale présente d'autres avantages, comme l'impact sur l'économie et la réduction de l'empreinte carbone⁴⁷.

Les répondants à l'enquête et les informateurs clés ont mentionné que le secteur privé pourrait potentiellement apporter une contribution importante au transport, à la logistique et aux chaînes d'approvisionnement, car il dispose d'infrastructures en place et d'une expertise qui pourrait profiter au secteur de la santé dans son ensemble. L'UNICEF envisage un partenariat avec le secteur privé sur les systèmes de chaîne d'approvisionnement et, dans le but d'améliorer l'efficacité, travaille avec le gouvernement et les soutiens locaux à un modèle de maturité des chaînes d'approvisionnement pour l'ensemble du système de santé. Il s'agit d'un élément crucial, car les interruptions de la chaîne d'approvisionnement sont encore fréquentes.⁴⁷ Enfin, un informateur clé de l'ONU a mentionné que le secteur privé pourrait jouer un rôle dans la gestion de l'information et des données et aider les gouvernements à faire fonctionner les systèmes de nutrition et gérer les données.

DISCUSSION

L'émaciation reste un problème de santé publique majeur, notamment dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, et touche au total 45 millions d'enfants à tout moment³. Ce chiffre a à peine changé au cours de la dernière décennie et moins de 20 % des enfants reçoivent le traitement vital dont ils ont besoin. Pour augmenter la couverture du traitement et prévenir les conséquences de l'émaciation, il faut des solutions révolutionnaires. Notre étude a exploré le rôle du secteur privé dans la prévention et le traitement de l'émaciation et les résultats indiquent que son niveau de contribution est très faible. L'accent mis par le secteur privé sur la RSE et les contributions en nature et en espèces ne représentent qu'une fraction de ce qu'ils pourraient être, et seuls 9 % des acteurs du secteur privé interrogés avaient pris un engagement en faveur du Sommet N4G.

OBSTACLES À UNE MEILLEURE COLLABORATION DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA LUTTE CONTRE L'ÉMACIATION

À ce jour, dans l'ensemble, la collaboration du secteur privé avec le domaine de la nutrition reste relativement nouvelle, et les résultats de l'enquête et des entretiens avec les informateurs clés suggèrent qu'il est perçu différemment selon les différents acteurs. En effet, la méfiance (conflits d'intérêts potentiels, liés à la promotion d'aliments malsains et à la promotion de substituts du lait maternel) caractérise depuis longtemps la relation entre les acteurs de la nutrition mondiale et l'industrie des A et B – propulsant toute collaboration dans l'impasse, malgré la volonté de la part des entités du secteur privé de contribuer davantage. De nombreuses ONG et agences des Nations Unies ont une aversion au risque et, bien que des efforts aient été déployés pour promouvoir des approches collaboratives permettant de gérer et d'atténuer les risques, ils n'ont pas encore abouti à des changements substantiels. Toutefois, cette prudence est souvent fondée, et il incombe aux partenaires du secteur privé, et notamment à l'industrie des boissons, de « faire le ménage » dans leurs affaires. C'est notamment le cas en ce qui concerne le respect des restrictions commerciales et le fait de faire partie de la solution (créer des aliments nutritifs pour les enfants, qui soient abordables pour toutes les familles, y compris celles à faibles revenus). Un mouvement de part et d'autre, et une réglementation plus solide, pourraient être nécessaires pour sortir de l'impasse actuelle.

En considérant l'engagement du secteur privé et sa contribution potentielle à l'émaciation, il convient de reconnaître que le secteur privé est un groupe très hétérogène : Il englobe toutes les entreprises à but lucratif qui ne sont pas détenues ou exploitées par le gouvernement et va des agriculteurs individuels aux grandes entreprises multinationales. Il s'agit d'intermédiaires financiers, de multinationales, de micro, petites et moyennes entreprises (MPME), de coopératives, d'entrepreneurs individuels et d'agriculteurs qui opèrent dans les secteurs formel et informel.

Alors que les personnes du secteur non privé interrogées dans le cadre de l'enquête se sont montrées particulièrement préoccupées par la collaboration avec le secteur des A et B et les grandes multinationales, une collaboration avec les petites entreprises et les entreprises sociales les inquiétait moins. On reconnaît de plus en plus que, pour favoriser le développement de produits, de services et de technologies au profit des enfants émaciés, il faut déterminer comment s'engager avec le secteur privé de manière éthique, durable et non controversée, tout en prenant des précautions pour gérer efficacement les risques potentiels et définir les principes de la collaboration.

Depuis longtemps, l'émaciation ne fait pas l'objet des investissements nécessaires au traitement et à la prévention, tant par le secteur public que par le secteur privé. L'émaciation touche principalement les enfants des familles les plus pauvres vivant dans des zones de conflit ou des bidonvilles urbains.

Ces groupes sont souvent privés de leurs droits politiques et ne sont pas considérés comme un « marché » par le secteur privé. Ils sont atteints par les systèmes humanitaires et de protection sociale, mais pas assez pour prévenir et traiter l'émaciation des enfants. La faible volonté politique et les modèles de financement durables peuvent décourager les investissements des secteurs public autant que privé.

OCCASIONS

Il devient notoire que les défis propres au développement mondial sont de plus en plus complexes et comportent une myriade de facettes, ce qui nécessite de nouvelles alliances collaboratives et multipartites pour financer et mettre en œuvre des actions humanitaires et de développement. Cette prise de conscience est renforcée par la pression exercée sur les budgets publics consacrés au développement et par la diminution des ressources que les bailleurs de fonds consacrent à la nutrition. Cette prise de conscience intervient en même temps que l'intensification de la concurrence sur les marchés émergents du Sud, alors que de nombreux gouvernements ont de plus en plus recours à un mélange de diplomatie économique et de politiques d'aide. Ensemble, les acteurs du secteur privé peuvent travailler avec les ONG, la société civile et les bailleurs de fonds gouvernementaux, aux niveaux international, national et local, afin de créer des programmes et des solutions innovants et plus efficaces.

Le rôle du secteur privé a été renforcé et structuré par le Mouvement SUN, dans les pays qui y adhèrent⁵⁴. Les pays du Mouvement SUN sont encouragés à établir un réseau des acteurs du secteur privé, sous la direction du gouvernement en tant que point focal, pour jeter les bases, avec les réseaux des Nations Unies, la société civile et les bailleurs de fonds, d'une collaboration coordonnée et ambitieuse dans le domaine de la nutrition.

En outre, le rôle que le secteur privé pourrait jouer en matière de développement des capacités, de recherche et développement, de technologie et de systèmes de données, a bien été reconnu. Il a été souligné que la collaboration entre le milieu universitaire et le secteur privé était essentielle au développement des APE pour le traitement de l'émaciation. Le secteur privé pourrait également contribuer à la lutte contre la famine en faisant des dons en espèces ou en nature. Un partenaire a mentionné que son organisation ciblait les fondations et les institutions privées pour financer la génération de données probantes liés aux approches rentables et innovantes en matière de prévention et de traitement de l'émaciation, de programmation agricole et de développement de coopératives, et de visualisation de données. Cependant, la plupart de ces projets sont des projets pilotes à petite échelle et ne sont pas prêts à être mis en œuvre à grande échelle. Un autre informateur clé a noté que, jusqu'à présent, les contributions en espèces ont été plutôt faibles par rapport à celles reçues des bailleurs de fonds bilatéraux.

INITIATIVES MAJEURES

Notre travail a démontré que l'implication du secteur privé dans la nutrition passe principalement par le développement et la production d'APE et, dans une moindre mesure, de technologies. En termes de technologies, les initiatives clés comprennent le photodiagnostic de la MAS, la numérisation de la prise en charge de l'émaciation, AleDIA mHealth (MAS+IMCI), des outils de diagnostic améliorés utilisant des téléphones portables et d'autres petits appareils technologiques qui améliorent la précision du diagnostic de l'émaciation, du retard de croissance et de l'anémie. Les informateurs clés ont mentionné qu'un rôle incombe également aux entreprises numériques à plus petite échelle, au niveau national : fournir des services numériques de haut niveau, et donner la possibilité aux grandes entreprises multilatérales de mettre en place des fournisseurs de services techniques dans les PFR-PRI (pour la conception de systèmes de données, la cybersécurité, la gestion des données, etc.).

RÔLE ET POSSIBILITÉS DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA PRODUCTION D'APE

L'une des missions les plus intéressantes pour le secteur privé dans le domaine de la nutrition : trouver des moyens innovants d'améliorer les produits en termes de coût et d'efficacité.

Les types d'entreprises du secteur privé impliquées dans la production d'APE sont principalement des petites entreprises ou des entreprises sociales. Cela peut être lié à des préoccupations éthiques concernant la collaboration avec de grandes entreprises F&B, au manque de rentabilité et/ou au fait que, dans le passé, le brevet Plumpy'Nut empêchait les grandes entreprises de produire des ATPE. Depuis 2010, Nutriset autorise certains producteurs locaux dans les 25 pays africains où le brevet est en vigueur à produire du Plumpy'Nut au titre de leur accord d'utilisation du brevet (moyennant une redevance fixée à 1 % du chiffre d'affaires réalisé par la vente d'APE)⁴⁰. L'accord d'utilisation du brevet était principalement limité aux producteurs des pays à forte charge de travail et à Edesia aux États-Unis, et visait à protéger les petits producteurs tout en garantissant des produits de qualité. On s'est toutefois inquiété du fait que le brevet Plumpy'Nut ait limité l'offre mondiale d'ATPE et empêché l'innovation et la réduction des prix des ATPE⁴⁷. Toutefois, le brevet du Plumpy'Nut® a expiré (aux États-Unis et en Europe) ou est sur le point de l'être dans d'autres pays⁴⁷.

Le coût des ATPE par enfant varie entre 30 et 72 dollars, ce qui représente entre 6 et 56 % du coût du traitement de l'émaciation sévère⁵⁵⁻⁶¹. Des formulations alternatives, la production locale ou une plus grande concurrence pourraient faire baisser les prix. Nos résultats révèlent l'insuffisance des efforts déployés en termes de formulations alternatives, en particulier lorsqu'il s'agit de formulations alternatives « nouvelles », et les répondants ont mentionné des problèmes liés au manque de clarté quant à la quantité de données probantes nécessaires à l'inclusion des innovations dans les directives et leur mise à l'échelle ? En outre, le manque de financement destiné à tester les innovations, ainsi que le fait que seules les petites entreprises ou les entreprises sociales disposant d'un capital limité fabriquent ces produits, s'avèrent un problème. Permettre aux petites et moyennes entreprises d'accéder à du financement de RD pourrait stimuler l'innovation.

Il n'est pas clair, à l'heure actuelle, si l'expiration du brevet de Plumpy'Nut entraînera une augmentation du nombre de grandes entreprises multinationales s'impliquant dans la production d'APE, ni même si cela doit être encouragé. Les grandes entreprises disposent de plus de fonds et d'installations pour la RD leur permettant de tester et de développer des formulations alternatives et pourraient potentiellement produire des APE à moindre coût. Cependant, on ne sait pas si ces réductions de coûts seraient suffisamment importantes pour changer véritablement la donne. Premièrement, la majeure partie du coût du traitement, 50 à 94 %, est liée aux coûts de programmation plutôt qu'aux ATPE.⁵⁵⁻⁶¹ Deuxièmement, les coûts des ATPE comprennent les coûts de production et des ingrédients, ces derniers représentant environ 60 à 72 % du total. L'ingrédient le plus cher est le lait, qui représente en moyenne 25 % des coûts.³⁰ Par rapport aux ATPE standard, la réduction de prix des formulations d'ATPE sans produits laitiers (selon les fournisseurs de l'UNICEF) a été modeste : potentiellement 5,8 % lorsqu'elles sont produites localement ou 4 % lorsqu'elles sont produites à l'étranger³⁰.

En outre, si la participation de grandes entreprises peut faire baisser les coûts, elle peut aussi en occasionner. L'implication des grands producteurs entraverait le maintien de la compétitivité des petits producteurs locaux. Jusqu'à présent, la production locale n'a pas entraîné une forte réduction des prix. Selon l'UNICEF, le coût d'approvisionnement en ATPE auprès des fournisseurs locaux, qu'il s'agisse de franchisés ou de vendeurs indépendants, est supérieur de 12 à 14 % à celui des fournisseurs internationaux.²⁴

Cependant, d'autres avantages de la production locale doivent être pris en compte, tels que l'impact sur l'économie, l'impact de la qualité des matières premières provenant des agriculteurs locaux, la promotion de l'esprit d'entreprise, le renforcement des capacités, la réduction de l'empreinte carbone et un accès plus durable aux fournitures liées au traitement de l'émaciation^{40,62,63}. Comme le secteur s'efforce de faire en sorte que les gouvernements soient en charge de la gestion des fonds dédiés à la PCMA, il pourrait être plus facile pour eux de s'approvisionner en ATPE localement qu'auprès de producteurs étrangers.⁴⁰

En outre, bien que le marché ne soit pas très diversifié (selon les perspectives du marché élaborées par l'UNICEF, publiées en mars 2021), la capacité de production dépasse actuellement la demande financée – la demande actuelle achetée ne représentant que 56 % de la capacité de production totale – et serait suffisante pour répondre à l'augmentation de la couverture du traitement des enfants souffrant d'émaciation sévère²⁴. Une option pour réduire le coût du traitement pourrait consister à s'attacher à rendre la production locale moins chère. Les coûts de la production locale pourraient être réduits en mettant les agriculteurs en relation plus directe avec les producteurs d'APE, ce qui pourrait augmenter leur rendement et la qualité des ingrédients bruts, en améliorant le processus de test et de vérification de la qualité et en réduisant la taxe d'importation sur les ingrédients bruts pour les APE.⁴⁰ Un informateur clé de l'UNICEF a mentionné que l'UNICEF essaie autant que possible d'acheter auprès des producteurs locaux et d'éviter de faire appel à des entreprises internationales, et a déclaré : « On observe une évolution vers la décolonisation et un accent progressif sur les fournisseurs locaux et les ONG nationales. Mais nous devons redoubler d'efforts pour soutenir la production locale et diversifier le marché des producteurs locaux du secteur privé. »

Bien qu'il soit possible de réduire le prix des ATPE en changeant les recettes, en réduisant la teneur en lait, en réduisant les coûts de production locale ou en faisant appel à des producteurs gérant des volumes plus importants, il est peu probable que l'impact sur le coût global du traitement soit suffisant pour une mise à l'échelle convenable. Le coût global du traitement pourrait être réduit en réduisant la quantité d'ATPE nécessaire par enfant, soit en utilisant des protocoles de dosage réduits, soit en employant des approches de programmation telles que le PB Ménages et en faisant participer des agents de santé communautaire – pour permettre une détection plus précoce de la malnutrition chez les enfants. Par exemple, l'étude ComPAS, qui a testé un protocole combiné et simplifié pour le traitement de l'émaciation modérée et sévère avec un seul produit (ATPE) et un dosage simplifié, a montré que les coûts de traitement globaux pouvaient être réduits de 12 % (de 1041 à 918). La quantité d'ATPE nécessaire pour soigner un enfant souffrant d'émaciation sévère a été réduite de 29 % au Kenya et de 36 % au Sud-Soudan⁶⁴. De même, une autre étude menée au Burkina Faso a montré que les coûts des ATPE pouvaient être réduits de 30 % en mettant en place un protocole de dosage réduit, par rapport à un protocole standard, sans réduire pour autant les taux de guérison⁵⁵. Néanmoins, les formulations alternatives doivent continuer à être explorées, afin d'améliorer leur acceptabilité et leur efficacité

CONCLUSION

En conclusion, à ce jour, l'implication du secteur privé en matière d'émaciation touche principalement le développement et la production d'aliments prêts à l'emploi et, dans une moindre mesure, la technologie. La majorité des entités du secteur privé agissant dans ce domaine sont des petites et moyennes entreprises et la contribution des sociétés multinationales semble être très minime.

Les contributions par le biais de la responsabilité sociale des entreprises, qui se traduit principalement par des dons de charité, ne reflètent en rien la capacité du secteur privé à effectuer des contributions de taille. Les engagements pris lors du sommet N4G constituent également une lacune importante, et il est recommandé que la prochaine étape, tant pour le réseau des entreprises SUN que pour le Plan d'action mondial des Nations Unies contre l'émaciation, consiste à déployer des efforts concertés pour renforcer ces engagements en plaidant pour un soutien accru dans les domaines du renforcement des capacités, des technologies, de la recherche et du développement.

ENCADRÉ 3 : QUESTIONS CLÉS POUR UN MEILLEUR ENGAGEMENT DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA LUTTE CONTRE L'ÉMACIATION

1. Les principaux obstacles à la réalisation d'un plus grand nombre d'innovations et à la mise à l'échelle sont le manque de capacités, le manque de partenaires appropriés, la demande, les marchés restreints et le manque de produits abordables et de haute qualité.
2. Si la production d'APE s'est diversifiée grâce à l'émergence de PME et d'entreprises sociales, dont beaucoup sont basées dans les PFR-PRI, cela n'a pas fait baisser le coût des APE, ni stimulé les marchés ou la demande en dehors des contextes humanitaires.
3. Des efforts plus importants sont le changement majeur nécessaire pour [STIMULER LES MARCHÉS LOCAUX](#) dans les PFR-PRI – notamment par le biais d'achats gouvernementaux dans des contextes non humanitaires à forte charge de morbidité – et devraient être au centre du plaidoyer pour le [Plan d'action mondial des Nations Unies pour l'émaciation](#). Cela concerne à la fois l'achat d'APE et l'engagement des entreprises locales dans la chaîne d'approvisionnement, la logistique et les technologies.
4. Les PME et les entreprises sociales ne parviennent pas à créer des ATPE alternatifs innovants, car elles ne parviennent pas à atteindre des niveaux de données probantes suffisantes, et manquent de financement de la recherche ou de partenaires. Il se peut que la domination du marché par un acheteur principal soit un problème majeur pour les investisseurs.
5. La perception de la valeur des partenariats avec le secteur privé est mitigée : en effet, cette relation est dominée par la peur des conflits d'intérêts. Les réglementations empêchent les partenariats avec le secteur d'A et B, et la propriété intellectuelle ou le profit sont perçus de manière négative.
6. Les cadres de partenariat existants ne sont pas adaptés à l'objectif visé : le « juste milieu des partenariats compatibles pour la nutrition dans le secteur » n'a pas encore été trouvé. Afin d'attirer les investissements dans cet espace, tout cadre ou mécanisme de ce type devrait être piloté par les bailleurs de fonds et les gouvernements pour permettre le « partage des risques » et préserver l'intégrité et les intérêts de toutes les parties.
7. La valeur des partenariats avec le secteur privé en termes d'innovations, de RD, de logistique, de compétences et de capacité de mise à l'échelle des technologies est largement sous-explorée.

Le nombre de partenariats public-privé existants s'est avéré étonnamment bas. Les conflits d'intérêt entre les acteurs de la nutrition mondiale et le secteur privé en sont probablement les coupables¹¹. Il est pertinent de comparer cette situation à celle de l'industrie pharmaceutique : les multinationales pharmaceutiques sont en effet le moteur de l'innovation en matière de produits, car elles disposent des meilleures capacités et ressources pour le faire. Dans le passé, les partenariats public-privé se sont avérés très productifs dans le développement de produits très demandés pour des pathologies lourdes dans les pays du Sud (par exemple pour les maladies tropicales négligées, le VIH, le paludisme), et ce, en mobilisant les ressources du secteur privé pour les biens mondiaux.

Les acteurs de l'industrie sont clairement inquiets à l'idée de conclure des partenariats avec le secteur des A et B, malgré une reconnaissance de la production d'APE. La recette des ATPE a à peine changé au cours des 20 dernières années et, malgré le fait que le prix des ATPE ait baissé de 57 USD par carton en 2008 à 41 USD en 2020, ils restent un composant coûteux du traitement de l'émaciation sévère.²⁴ La réduction du coût des ATPE au moyen de nouvelles formulations, de la production locale et d'une réglementation plus intelligente du produit est essentielle pour atteindre une mise à l'échelle. La récente levée du brevet sur les ATPE détenu par Nutriset a permis aux petites et moyennes entreprises et aux entreprises sociales d'entrer dans ce domaine et de commencer à produire et à distribuer ces produits sur les marchés locaux. Cependant, comme certains participants l'ont clairement indiqué, l'accès des PME et des entreprises sociales au financement de la RD de haut niveau et même à la production de masse rentable constitue un obstacle majeur à la réduction des coûts des aliments thérapeutiques. En outre, des gains d'efficacité en matière de financement des produits, de dosage, de protocoles de traitement et de chaîne d'approvisionnement pourraient contribuer à réduire les coûts et à optimiser l'approvisionnement actuel en ATPE.

Parmi les autres lacunes mentionnées, qui pourraient être comblées par les innovations et le secteur privé, figurent : la chaîne d'approvisionnement, la prestation de services de dernière ligne droite, la gestion des données à l'aide de la technologie mobile, la formation et le coaching à distance, les outils de diagnostic, la coordination des tableaux de bord pour un meilleur partage et une meilleure visualisation des données, et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des aliments.

Dans l'ensemble, la participation du secteur privé à l'amélioration des résultats pour les enfants émaciés reste largement sous-explorée. Il convient de réfléchir, dans une perspective systémique, aux obstacles à la mise à l'échelle des efforts en matière de prévention et de traitement de l'émaciation, et à la possibilité d'engager le secteur privé de manière plus significative, éthique, durable et non controversée pour améliorer le développement de produits, de services et de technologies.

APPEL À L'ACTION

En résumé, dans cette étude, nous avons exploré les entités du secteur privé qui s'engagent actuellement dans la lutte contre l'émaciation. Nous avons identifié plusieurs domaines que les acteurs de la nutrition mondiale et le secteur privé pourraient explorer ensemble. Cependant, ils doivent travailler en étroite collaboration avec les gouvernements et les bailleurs de fonds, qui semblent être des acteurs essentiels pour résoudre les conflits d'intérêts empêchant actuellement la collaboration entre le secteur privé et les organisations de la société civile.

RECOMMANDATIONS POUR TOUS LES ACTEURS :

1. Une initiative majeure est nécessaire pour sortir de l'impasse actuelle, et elle devrait se concentrer sur les principaux facteurs ayant le pouvoir de changer les choses : les coûts des aliments thérapeutiques et les technologies évolutives à l'échelle nationale.
2. Il faut créer un espace de dialogue et instaurer un environnement plus propice à la collaboration. Les gouvernements, les bailleurs de fonds bilatéraux, les agences des Nations Unies et les grandes fondations sont les plus à même de combler ce fossé et « amortir » les conflits. Un nouveau cadre de partenariat est nécessaire, un cadre éthique, durable et qui place les intérêts des enfants avant ceux des différentes organisations.
3. Il s'agit de reconnaître le potentiel de l'eHealth, de la télémédecine et de l'ensemble des technologies de santé mobile à améliorer la précision, l'efficacité, la réactivité, la qualité et la couverture des services de traitement de toutes les formes de malnutrition.

GOUVERNEMENTS ET DÉCIDEURS DES PAYS À FORTE CHARGE DE MORBIDITÉ :

1. Soutenir la diversification des marchés et les solutions locales, et s'attaquer aux obstacles à la commercialisation des produits en créant un environnement plus propice, des conditions fiscales favorables, l'accès aux investissements et des prêts à faible taux d'intérêt ou à intérêt nul.
2. Investir dans un changement progressif vers l'achat d'ATPE au niveau national et l'intégration du traitement de l'émaciation dans le système de santé, pour éviter de confiner ce dernier au rôle d'intervention humanitaire autonome ou de système parallèle.
3. Investir dans les capacités nationales en matière de solutions technologiques dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la sécurité alimentaire, en installant des plateformes interopérables maximisant la possibilité de construire une architecture informatique itérative au fil du temps.

BAILLEUR DE FONDS :

1. Un effort de financement important et intentionnel est nécessaire pour stimuler à la fois les activités de RD et la mise à l'échelle des solutions par les petites et moyennes entreprises locales, afin de permettre un environnement de marché compétitif.
2. Accorder la priorité au financement de plateformes interopérables appartenant à l'État hébergeant les systèmes de santé, et pouvant être améliorées de manière flexible au moyen d'innovations.
3. Faciliter ou favoriser la localisation des produits et des solutions de services pour stimuler les entreprises locales dans les PFR-PRI dans les domaines de la technologie, de la production locale, de la logistique et de la chaîne d'approvisionnement.
4. Travailler en étroite collaboration avec les investisseurs, dans le but de réduire les risques liés aux investissements dans ce secteur et d'encourager des sources de financement plus diversifiées.

SECTEUR PRIVÉ :

1. Être prêt à travailler avec l'ONU, l'OMS et les ONG pour améliorer les produits de traitement de l'émaciation et les pratiques de marketing selon des normes durables et éthiques pour l'industrie, en respectant les codes de conduite internationaux relatifs aux produits pour enfants.
2. Tenir compte des lacunes identifiées pour prendre des engagements significatifs et éthiques en faveur de la Nutrition pour la croissance.
3. Explorer les possibilités de partenariats et d'activités de RSE dans un contexte de collaboration avec les ONG et les agences des Nations Unies, afin de faciliter le passage des innovations du stade de projet pilote à celui de mise à l'échelle.
4. Travailler au sein de partenariats multipartites, afin de faciliter le « partage des risques » des efforts de RD.
5. Établir des partenariats avec des petites entreprises du Sud pour faciliter le renforcement des capacités en matière de chaîne d'approvisionnement, de technologies et de production locale.

PETITES ET MOYENNES ENTREPRISES ET ENTREPRISES SOCIALES :

1. Continuer à investir dans les solutions locales et les approches alternatives.
2. Travailler de concert pour défendre vos besoins en matière de RD et accéder aux marchés facilités par les gouvernements et les bailleurs de fonds.

RÉFÉRENCES

3. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). WHO/UNICEF Discussion paper: The extension of the 2025 Maternal, Infant and Young Child nutrition targets to 2030. Published online 2021. Accessed July 1, 2021. <https://data.unicef.org/resources/extension-of-2025-maternal-infant-young-child-nutrition-targets-2030/>
4. FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2020 Transforming Food Systems for Affordable Healthy Diets. Published online 2020. <https://doi.org/10.4060/ca9692en>
5. United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2021 edition of the joint child malnutrition estimates. Published online 2021.
6. Rogers E, Myatt M, Woodhead S, Guerrero S, Alvarez JL. Coverage of Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition Programmes in Twenty-One Countries, 2012-2013. Carlo WA, ed. PLOS ONE. 2015;10(6):e0128666. doi:10.1371/journal.pone.0128666
7. WHO, FAO, UNHCR, UNICEF, WFP. Global action plan on child wasting. A framework to accelerate progress in preventing and managing child wasting and the achievement of the sustainable development goals. Published online 2020.
8. Akseer N, Kandru G, Keats E, Bhutta ZA. COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. The American Journal of Clinical Nutrition.
9. Heady D, Heidkamp R, Osendarp S, et al. Impacts of COVID-19 on childhood malnutrition and nutrition-related mortality. The Lancet. 396:520.
10. Fore H, Dongyu Q, Beasley DM, Ghebreyesus TA. Child malnutrition and COVID-19: the time to act is now. 2020;396(10250):517-518.
11. Concern Worldwide, Irish Aid. Conference report: CMAM 2021, Virtual conference 22-25th of March. https://admin.concern.net/sites/default/files/documents/2021-07/CMAM_ConferenceReport_D3%20%281%29.pdf?_gl=1*ccnn90*_ga*MjU1NzQzNTgwLjE2MjkyODkzMzk.*_ga_RLZ9XCKFP1*MTYyOTI4OTMzOC4xLjAuMTYyOTI4OTMzOC42MA..
12. GSMA. The Use of Mobile to Drive Improved Nutrition Outcomes: Successes and Best Practices from the mHealth Industry. Accessed August 20, 2021. <https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/resources/the-use-of-mobile-to-drive-improved-nutrition-outcomes-successes-and-best-practices-from-the-mhealth-industry/>
13. Global Alliance for Improved Nutrition, The USCIB Foundation. No more missed opportunities advancing public-private partnerships to achieve the global nutrition goals. Published online 2018.
14. Beaudreault A. Navigating the labyrinth of public-private Engagements for global Nutrition. Published online 2019. <https://www.csis.org/analysis/navigating-labyrinth-public-private-engagements-global-nutrition>
15. Hoddinot J, Gillespie S, Yosef S. IFPRI Discussion Paper: Public-Private Partnerships and the Reduction of Undernutrition in Developing Countries. Published online 2015.
16. Sigwatch. Corporations that NGOs loved and hated in 2015 Prepared and published by SIGWATCH January 2016. Published online 2016. https://www.sigwatch.com/fileadmin/Free_downloads/SIGWATCH_-_Corporations_NGOs_loved_and_hated_in_2015_FREE.pdf
17. Dyer O. Unicef comes under attack for Big Mac funding deal. BMJ. 2002;325(7379):923.
18. UNICEF, Private Sector Fundraising and Partnerships Division. Personal Communication.

19. Global Nutrition Report 2020. Chapter 5: Equitable financing. Published online 2020. <https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/equitable-financing-for-nutrition/>
20. Tokyo 2021 Nutrition for Growth Summit: Responsible Business Pledge for Better Nutrition. Accessed August 20, 2021. https://www.theconsumergoodsforum.com/wp-content/uploads/2021/03/Responsible-Business-Nutrition-Pledge_May-2020.pdf
21. Sun Business Network. SBN Pledges at the Tokyo Nutrition for Growth Summit. Accessed August 20, 2021. <https://sunbusinessnetwork.org/sbn-pledges-at-the-tokyo-nutrition-for-growth-summit/>
22. Scaling-up Nutrition, Sun Business Network, Global Alliance for Improved Nutrition, World Food Programme. Sun business network pledges for the tokyo nutrition for growth summit. Accessed August 20, 2021. <https://sunbusinessnetwork.org/wp-content/uploads/2020/05/N4G-SBN-Pledges.pdf>
23. Global Nutrition Report. Nutrition for growth commitment tracker. Accessed August 20, 2021. <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-growth-commitment-tracking/>
24. Nutriset. PlumpyField® : a unique network in the world. Nutriset. Published 2021. Accessed June 28, 2021. <https://www.nutriset.fr/en/plumpyfield>
25. World Health Organization, World Food Programme, United Nations System Standing Committee on Nutrition, United Nations Children's Fund. Community-based management of severe acute malnutrition: A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund. Published online 2007.
26. UNICEF Supply Division. Ready-to-use therapeutic food: Market outlook. Published online 2021.
27. Annan R, Webb P, Brown R. Management of moderate acute malnutrition (MAM): Current knowledge and practice. Published online 2014. <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/MAM-management-CMAM-Forum-Technical-Brief-Sept-2014.pdf>
28. Ciliberto M, Sandige H, Nheka M, et al. Comparison of home-based therapy with ready-to-use therapeutic food with standard therapy in the treatment of malnourished Malawian children: a controlled, clinical effectiveness trial. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2005;81:864-870.
29. Defourny I, Seroux G, Abdelkader I, Harczy G. Management of moderate acute malnutrition with RUTF in Niger. *Field Exchange*. 2007;31:2-7.
30. Nackers F, Broillet F, Oumarou D, et al. Effectiveness of ready-to-use therapeutic food compared to a corn/soy-blend-based pre-mix for the treatment of childhood moderate acute malnutrition in Niger. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2010;56(6):407-413.
31. World Health Organization. Technical Note: Supplementary foods for the management of moderate acute malnutrition in infants and children aged 6-59 months of age. Published online 2012.
32. World Health Organization. WHO guideline on the dairy protein content in ready-to-use therapeutic foods for treatment of uncomplicated severe acute malnutrition. Published online 2021.
33. No Wasted Lives. Research Landscape reviews. Published online 2020. Accessed June 28, 2021. <https://www.nowastedlives.org/documents-landscape-reviews>
34. World Health Organization. WHO guideline on the dairy protein content in ready-to-use therapeutic foods for treatment of uncomplicated severe acute malnutrition. Published online 2021.
35. UNICEF. Expert meeting on ready-to-use-therapeutic foods (RUTF). Report 1: 2nd and 3rd September 2019. Published online 2019. Accessed June 28, 2021. <https://www.unicef.org/supply/media/3316/file/RUTF-technical-expert-meeting-report-02-03092019.pdf.pdf>

36. Manary M, Callaghan-Gillespie M. Role of Optimized Plant Protein Combinations as a Low-Cost Alternative to Dairy Ingredients in Foods for Prevention and Treatment of Moderate Acute Malnutrition and Severe Acute Malnutrition. Nestle Nutrition Institute Workshop Series. 2020;93:111-120.
37. Borg B, Miharshahi S, Laillou A, et al. Development and testing of locally-produced ready-to-use therapeutic and supplementary foods (RUTFs and RUSFs) in Cambodia: lessons learned. BMC Public Health. 2019;19(1):1200.
38. Mostafa I, Nahar N, Islam M, et al. Proof-of-concept study of the efficacy of a microbiota-directed complementary food formulation (MDCF) for treating moderate acute malnutrition. BMC Public Health. 2020;20(1):242.
39. Vray M, Hedible B, Adam P, et al. A multicenter, randomized controlled comparison of three renutrition strategies for the management of moderate acute malnutrition among children aged from 6 to 24 months (the MALINEA project). Trials. 2018;19(1):666.
40. Christine S, Wessels KR, Arnold CD, et al. Lipid-based nutrient supplements and all-cause mortality in children 6-24 months of age: a meta-analysis of randomized controlled trials. American Journal of Clinical Nutrition. 2020;111(1):207-218.
41. Das J, Salam R, Hadi Y, et al. Preventive lipid-based nutrient supplements given with complementary foods to infants and young children 6 to 23 months of age for health, nutrition, and developmental outcomes (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;(5):CD012611.
42. Duclercq M-P. Production of Ready-to-Use Food(RUF): An overview of the steps and challenges involved in the "local" production of RUF. Published online 2014.
43. GSMA. Analysis: Scaling digital health in developing markets – opportunities and recommendations. Published online 2017.
44. Tomlinson M, Rotherham-Borus MJ, Schwartz L, Tsai AC. Scaling up mHealth: Where is the evidence? PloS Medicine. 10(2):e1001382.
45. World Vision, Terre des Hommes, Action Against Hunger. AleDia: Alliance for integrated e-DIAgnostic. An adaptable, digital solution to reduce childhood mortality in Low and Middle Income Countries (LMICs). https://www.wvi.org/sites/default/files/Mhealth_v4.pdf
46. Redrose, World Food Programme, Action Contre la Faim. KACHE Project: Kit for Autonomous Cash Transfer in Humanitarian Emergencies. Published online 2015.
47. Bahwere P, Akomo P, Mwale M, et al. Soya, maize, and sorghum-based ready-to-use therapeutic food with amino acid is as efficacious as the standard milk and peanut paste-based formulation for the treatment of severe acute malnutrition in children: a noninferiority individually randomized controlled efficacy clinical trial in Malawi. Am J Clin Nutr. 2017;106(4):1100-1112.
48. Global Action Plan for Child Wasting. Accessed August 21, 2021. <https://www.childwasting.org/the-gap-framework>
49. Mates E, Sadler K. Ready-to-use Therapeutic Food (RUTF) Scoping Study. Published online 2020.
50. Lemma F, Fakadu H, Tewolderhaban D, Mates E. CMAM rollout in Ethiopia: the "way in" to scale-up nutrition. Field Exchange. 2012;43.
51. Segre J, Liu G, Kromska J. Local versus offshore production of ready-to-use therapeutic foods and small quantity lipid-based nutrient supplements. Maternal & Child Nutrition. 2017;(13):e12376.
52. Manary M. Technical Background Paper: Local production and provision of ready-to-use therapeutic food for the treatment of severe childhood malnutrition. Published online 2005. https://www.who.int/nutrition/topics/backgroundpapers_Local_production.pdf
53. Lybbert TJ. Hybrid public-private delivery of preventative lipid-based nutrient supplement products: Key challenges, opportunities and players in an emerging product space. SCN News. 2011;39:32-39.

54. Lybbert TJ, Vosti SA, Adams KP, Guissou R. Household demand for child micronutrient supplementation in Burkina Faso. CEGA working paper no 55. <http://escholarship.org/uc/item/7mf7z875>
55. Adams KP, Vosti SA, Ayifah E, et al. Willingness to pay for small-quantity lipid-based nutrient supplements for women and children: Evidence from Ghana and Malawi. *Maternal and Child Nutrition*. 2018;14(2):e12518.
56. The history of the SUN Movement. Scaling Up Nutrition. Accessed July 23, 2021. <https://scalingupnutrition.org/about-sun/the-history-of-the-sun-movement/>
57. N'Diaye DS, Wassonguema B, Nikiema V, Kangas ST, Salpeteur C. Economic evaluation of a reduced dosage of ready-to-use therapeutic foods to treat uncomplicated severe acute malnourished children aged 6–59 months in Burkina Faso. *Maternal and Child Nutrition*. Published online 2020. doi:DOI: 10.1111/mcn.13118
58. Bailey J, Lelijveld N, Marron B, et al. Combined protocol for acute malnutrition study (ComPas) in rural South Sudan and urban Kenya: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):251.
59. Bachmann MO. Cost effectiveness of community-based therapeutic care for children with severe acute malnutrition in Zambia: decision tree model. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2009;7(2). doi:doi:10.1186/1478-7547-7-2
60. Wilford R, Golden K, Walker D. Cost-effectiveness of community-based management of acute malnutrition in Malawi. *Health Policy and Planning*. Published online 2011:1-11.
61. Tekeste A, Wondafrash M, Azene G, Kebede D. Cost effectiveness of community-based and inpatient therapeutic feeding programs to treat severe acute malnutrition in Ethiopia. *Cost-effectiveness and resource allocation*. 2012;10(4).
62. Rogers E, Martínez K, Morán JLA, et al. Cost-effectiveness of the treatment of uncomplicated severe acute malnutrition by community health workers compared to treatment provided at an outpatient facility in rural Mali. *Hum Resour Health*. 2018;16(1):12. doi:10.1186/s12960-018-0273-0
63. Rogers E, Guerrero S, Kumar D, et al. Evaluation of the cost-effectiveness of the treatment of uncomplicated severe acute malnutrition by lady health workers as compared to an outpatient therapeutic feeding programme in Sindh Province, Pakistan. *BMC Public Health*. 2019;19(1):84. doi:10.1186/s12889-018-6382-9
64. No Wasted Lives. Research Agenda for acute malnutrition - revisited. Published online 2021. Accessed June 28, 2021. <https://www.nowastedlives.org/documents-research-agenda-revisited>
65. Caiafa C, Dewey KG, Michaelsen K, et al. Food Aid for Nutrition: Narrative Review of Major Research Topics Presented at a Scientific Symposium Held October 21, 2017, at the 21st International Congress of Nutrition in Buenos Aires, Argentina. *Food and Nutrition Bulletin*. 2019;40(1):111-123.
66. Bailey J, Opondo C, Lelijveld N, et al. A simplified, combined protocol versus standard treatment for acute malnutrition in children 6-59 months (ComPAS trial): A cluster-randomized controlled non-inferiority trial in Kenya and South Sudan. *PloS Medicine*. 2020;17(7):e1003192. doi:10.1371/journal.pmed.1003192

ANNEXES

ANNEXE 1 : OUTIL D'ENQUÊTE

ANALYSE DU PAYSAGE DE LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ A LA LUTTE CONTRE L'ÉMACIATION DES ENFANTS : INNOVATIONS, PRODUITS ET CONTRIBUTIONS

CONTEXTE

En 2015, les Objectifs de développement durable ont été établis, et comprenaient un engagement audacieux visant à éliminer toutes les formes de malnutrition dans le monde d'ici 2030. Les objectifs spécifiques, fixés lors de l'Assemblée mondiale de la santé, comprenaient la réduction de la proportion mondiale d'enfants souffrant d'émaciation à moins de 3 % d'ici 2030. Aujourd'hui, à l'échelle mondiale et dans de nombreux pays, nous sommes loin d'avoir atteint cet objectif. Avant la pandémie de COVID-19, on estimait qu'environ 50 millions d'enfants de moins de 5 ans souffraient d'émaciation à tout moment, et que moins d'un quart d'entre eux avaient accès à un traitement. Depuis 2020, la pandémie de COVID-19 exacerbe cette situation, risque d'annuler les progrès réalisés en matière de réduction de l'émaciation dans certaines régions et même d'augmenter le nombre total de cas.

Le mouvement Scaling up Nutrition (SUN) a depuis longtemps identifié les partenariats public-privé comme un outil efficace pour progresser vers les objectifs mondiaux en matière de nutrition, et a déterminé les opportunités manquées d'expansion de ce potentiel. Les acteurs du secteur privé pourraient contribuer de multiples façons à la lutte contre l'émaciation des enfants, par le biais de dons caritatifs, mais aussi de partenariats, en innovant par la recherche et le développement, le renforcement des capacités et la mise à l'échelle des services et produits identifiés. Nombre de ces contributions restent sous-exploitées, notamment dans le domaine de la prévention et de la prise en charge ciblées de la malnutrition aiguë et de l'émaciation chez les enfants. Cette enquête est menée par Action contre la Faim (Royaume-Uni) et l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN) afin d'identifier le spectre des engagements du secteur privé dans le domaine de la nutrition, en décelant les contributions les plus prometteuses à la prévention et à la prise en charge ciblées de la malnutrition/émaciation aiguë et de la mortalité infantile qui y est associée. Les principaux objectifs de l'enquête sont les suivants :

1. Identifier les entités du secteur privé ayant des innovations, des produits ou des services pertinents à proposer pour la prévention et la prise en charge ciblées de la malnutrition ou de l'émaciation aiguë chez les enfants, en termes de taille, de type, d'échelle et de portée pour chacune de ces solutions ou initiatives du secteur privé, ainsi que de type de partenariat. (Section 1, 2 et 3).
2. Estimer la valeur des contributions du secteur privé dans ce domaine, en termes de responsabilité sociale des entreprises et de soutien direct (section 3).
3. Identifier et cartographier les innovations, produits ou services qui peuvent être, ou sont actuellement, appliqués à la prévention et à la prise en charge ciblées de la malnutrition ou de l'émaciation aiguë chez les enfants (section 4).
4. Identifier les lacunes et les défis rencontrés par les acteurs du secteur privé qui empêchent une contribution élargie dans ce domaine.

Les données que vous fournirez seront incluses dans un rapport sur le sujet et alimenteront le paysage interactif des « innovations et solutions du secteur privé » prometteuses, hébergé sur le site web de l'État de la malnutrition aiguë, et probablement à d'autres endroits. Nous espérons que les informations recueillies alimenteront le dialogue futur entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales et le secteur privé.

*** 1. UTILISATION DES DONNÉES ET RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES**

En participant à cette enquête, vous acceptez que les informations procurées soient utilisées uniquement dans le cadre de ce projet et pour générer des données de synthèse publiées dans un rapport. Les données ne seront pas mises à la disposition de tiers. Aucun nom ni aucune coordonnée des répondants individuels ne seront publiés à quelque endroit que ce soit ou partagés avec une autre partie. Les informations fournies dans les sections 1 à 3 et 5 seront anonymisées et présentées sous forme de statistiques sommaires uniquement, sans lien identifiable avec une entreprise ou une réponse individuelle. Les réponses fournies à la section 4 concernant les informations actuelles sur des projets, innovations, produits ou services spécifiques seront répertoriées par projet/innovation/produit et nom de société et publiées sur le site web de l'État de la malnutrition aiguë, et probablement à d'autres endroits. Vous conservez le droit de faire retirer ces informations à tout moment sans préjudice. Si vous avez des questions relatives à cette enquête, veuillez écrire à info@acutemalnutrition.org.

EN ACCEPTANT LES CONDITIONS CI-DESSOUS, VOUS :

- consentez à la publication des données de la section 4 par nom de l'entreprise dans les rapports.
 - consentez à ce que des projets, innovations, produits ou services spécifiques soient nommément cités dans un paysage et un rapport en ligne.
 - consentez à ce que l'équipe du projet vous contacte pour toute clarification relative aux données soumises.
- ☐ J'accepte
- ☐ Je refuse

SECTION 1 : INFORMATION SUR LE CONTRIBUTEUR

1.1. Nom de la personne-ressource :

1.2. Adresse email :

1.3. Nom de la société/de l'organisation :

1.4. Secteur :

- ☐ Entité du secteur privé (y compris les entreprises sociales)
- ☐ ONG ou entité caritative
- ☐ Institution universitaire
- ☐ ONU
- ☐ Bailleur de fonds
- ☐ Autre

SECTION 2 : ENTITÉS DU SECTEUR PRIVÉ – TYPE ET TAILLE

2.1 PARMI LES GROUPES D'INDUSTRIES SUIVANTS DE LA GLOBAL INDUSTRY CLASSIFICATION STANDARDS (GICS), LESQUELS DÉCRIVENT LE MIEUX VOTRE ENTREPRISE ?

- ☐ Automobiles et pièces
- ☐ Banques
- ☐ Biens d'équipement
- ☐ Services commerciaux et professionnels
- ☐ Biens de consommation durables et vêtements
- ☐ Services aux consommateurs
- ☐ Services financiers diversifiés
- ☐ Énergie
- ☐ Alimentation, boissons et tabac
- ☐ Vente au détail de produits alimentaires et de produits de base
- ☐ Équipements et services de soins de santé
- ☐ Produits ménagers et personnels
- ☐ Assurance
- ☐ Matériaux
- ☐ Médias et divertissement
- ☐ Produits pharmaceutiques, biotechnologie et sciences de la vie
- ☐ Immobilier
- ☐ Vente au détail
- ☐ Semi-conducteurs et équipements pour semi-conducteurs
- ☐ Logiciels et services
- ☐ Matériel et équipements technologiques
- ☐ Services de télécommunication
- ☐ Transport
- ☐ Services publics

2.2 QUEL TYPE D'ENTITÉ DU SECTEUR PRIVÉ ÊTES-VOUS ? (SÉLECTIONNEZ PLUSIEURS OPTIONS SI NÉCESSAIRE)

- ☐ Start-up
- ☐ Entreprise à but lucratif
- ☐ Entreprises sociales

- ☐ Coopérative
- ☐ Société publique
- ☐ Autre (préciser)
- ☐ Entreprise multinationale (si oui combien de pays)

2.3 TAILLE DE L'ENTREPRISE, PAR NOMBRE D'EMPLOYÉS À TEMPS PLEIN EN AVRIL 2021

- ☐ 1-10 (micro)
- ☐ 11-50 (petite)
- ☐ 51-100 (moyenne)
- ☐ >100 (grande)
- ☐ 101-250
- ☐ >250
- ☐ Je préfère ne pas répondre.

2.4. TAILLE DE L'ENTREPRISE EN FONCTION DU REVENU BRUT APPROXIMATIF EN 2020 (USD)

- ☐ <1 million/an
- ☐ 1-5 million
- ☐ 5-10 millions
- ☐ 10 millions à 1 milliard
- ☐ >1 milliard
- ☐ Je préfère ne pas répondre.

2.5 RÉGION(S) D'EXPLOITATION OU DE PRODUCTION (SÉLECTIONNEZ TOUTES LES OPTIONS APPLICABLES)

- ☐ Europe
- ☐ Moyen-Orient et Afrique du Nord
- ☐ Amérique du Nord
- ☐ Amérique du Sud et centrale
- ☐ Afrique subsaharienne
- ☐ Asie
- ☐ Australasie

SECTION 3 : ENTITÉS DU SECTEUR PRIVÉ – ACTIVITÉS LIÉES À LA MALNUTRITION AIGÜE OU L'ÉMACIATION CHEZ LES ENFANTS

Cette section s'intéresse à vos activités liées uniquement à votre rôle dans la prévention ou la prise en charge ciblée de la malnutrition aiguë et de l'émaciation chez les enfants, dans le secteur des entreprises, de l'humanitaire ou du développement.

3.1. VOTRE ENTITÉ EST-ELLE ENGAGÉE DANS LE DÉVELOPPEMENT D'UN PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ (PPP) DIRECTEMENT LIÉ À LA PRÉVENTION OU À LA PRISE EN CHARGE CIBLÉE DE LA MALNUTRITION AIGÜE OU DE L'ÉMACIATION CHEZ LES ENFANTS ? SI OUI, INDIQUEZ AVEC QUEL TYPE DE PARTENAIRES VOUS TRAVAILLEZ.

- ☐ Aucun PPP
- ☐ Avec un ou plusieurs partenaires gouvernementaux
- ☐ Partenaire(s) ONGI
- ☐ Partenaire(s) ONG locale(s) ou organisation de la société civile
- ☐ Partenaire(s) entité(s) des Nations Unies ou bailleur(s) de fonds
- ☐ Partenaire(s) universitaire(s)

3.2 VOTRE ENTREPRISE MÈNE-T-ELLE ACTUELLEMENT DES ACTIVITÉS DE RESPONSABILITÉ SOCIALE DIRECTEMENT LIÉES À LA PRÉVENTION OU À LA PRISE EN CHARGE CIBLÉE DE LA MALNUTRITION AIGÜE ET DE L'ÉMACIATION CHEZ LES ENFANTS ? SÉLECTIONNEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT.

- ☐ Aucune activité (passez à la prochaine question)
- ☐ Dons philanthropiques/caritatifs – en espèces
- ☐ Dons caritatifs – en nature
- ☐ Mise en œuvre directe de programmes pro-sociaux
- ☐ Investissement dans une entreprise sociale
- ☐ Investissement dans la recherche
- ☐ Investissement dans les capacités locales
- ☐ Soutien du volontariat
- ☐ Impact environnemental et durabilité
- ☐ Développement, test et vente de produits alimentaires/thérapeutiques
- ☐ Outils de diagnostic/développement de matériel, essais et/ou ventes
- ☐ Autre (préciser)

3.3 QUELLE EST LA VALEUR ESTIMÉE DE LA CONTRIBUTION ANNUELLE DE VOTRE ENTREPRISE À LA PRÉVENTION OU À LA PRISE EN CHARGE CIBLÉE DE LA MALNUTRITION AIGUË/DE L'ÉMACIATION CHEZ LES ENFANTS EN TERMES DE :

- ☐ Contribution annuelle estimée en dons de charité _____\$
- ☐ Contribution annuelle moyenne en dons en nature _____
- ☐ Contribution financière par le biais de programmes et d'activités de RSE _____)
- ☐ Par des contributions en nature (ex : bénévolat) _____\$
(laisser le champ vide s'il est impossible de fournir une estimation)
- ☐ Je préfère ne pas répondre.

3.4 VOTRE ENTITÉ A-T-ELLE FAIT OU ENVISAGÉ DE FAIRE UNE PROMESSE DE DON AU SOMMET SUR LA NUTRITION POUR LA CROISSANCE (N4G) 2021 ET/OU AU SOMMET SUR LES SYSTÈMES ALIMENTAIRES ?

- ☐ Aucun engagement, ne prévoit pas d'en prendre
- ☐ Engagement pris
- ☐ Engagement envisagé

SECTION 4 : DÉTAILS DES INNOVATIONS, PRODUITS OU SERVICES INDIVIDUELS

Dans cette section, nous souhaitons recueillir des informations sur chaque projet, innovation, produit ou service applicable à la prévention ou à la prise en charge ciblée de la malnutrition ou de l'émaciation aiguë chez les enfants. Chaque réponse sera présentée dans un paysage interactif similaire à celui-ci, à l'aide des données que vous fournissez ci-dessous.

4.1. PROPOSEZ-VOUS DES INNOVATIONS, DES PRODUITS OU DES SERVICES EN RAPPORT AVEC LA DÉTECTION, LA PRÉVENTION CIBLÉE OU LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË/DE L'ÉMACIATION CHEZ LES ENFANTS ?

- ☐ Oui, ajouter une réponse
- ☐ Non, passer à la section suivante

4.2. 1.2. PRODUIT 1 : NOM DE L'INNOVATION, PRODUIT OU SERVICE EN RAPPORT AVEC LA DÉTECTION, LA PRÉVENTION CIBLÉE OU LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË/DE L'ÉMACIATION CHEZ LES ENFANTS

[insérez texte]

4.2. 1.3 GROUPE DE PRODUITS OU SERVICES –SI LE PRODUIT OU SERVICE EST UN PRODUIT ALIMENTAIRE OU NUTRITIONNEL, À QUELS GROUPES APPARTIENT-IL ?

- ☐ Produits alimentaires et nutritionnels pour la prévention ciblée de la

malnutrition/émaciation aiguë chez l'enfant

- ☐ Produits alimentaires et nutritionnels pour la prise en charge de la malnutrition/émaciation aiguë modérée (MAM)
- ☐ Produits nutritionnels pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) ou l'émaciation
- ☐ Aucune de ces réponses

4.2. 1.4 1.4. PRODUITS ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELS

- ☐ Aliments complémentaires et bouillies qui nécessitent de la cuisson/préparation
- ☐ Aliments complémentaires et bouillies prêts à l'emploi avec peu de préparation/aucune préparation
- ☐ Biscuits enrichis en énergie
- ☐ Compléments nutritifs à base de lipides en petites et moyennes quantités/ aliments complémentaires prêts à l'emploi
- ☐ Autre (préciser)
- ☐ Traitement de la MAM : Aliments mélangés standard enrichis (par exemple CSBs++, Supercereal +, etc.)
- ☐ Traitement de la MAM : Aliments supplémentaires prêts à l'emploi standard
- ☐ Traitement de la MAM – nouvelle formulation : Aliment supplémentaire à teneur réduite en protéines de lait
- ☐ Traitement de la MAM – nouvelle formulation : Aliment supplémentaire non laitier/non animal
- ☐ Traitement de la MAM – nouvelle formulation : Cacahuètes remplacées par d'autres légumineuses, céréales ou graines
- ☐ Traitement de la MAM : Aliments complémentaires orientés microbiote
- ☐ Traitement de la MAM : Autre (préciser)
- ☐ Traitement de la MAS : Laits thérapeutiques (F-75, F-100)
- ☐ Traitement de la MAS : Aliment thérapeutique prêt à l'emploi standard
- ☐ Traitement de la MAS : Formulation alternative d'ATPE : Teneur en protéines de lait conforme aux recommandations actuelles (50 % des protéines totales) mais cacahuète remplacée par d'autres légumineuses, céréales ou graines (aussi connu sous le nom de Rénovations)
- ☐ Traitement de la MAS : Formulation alternative d'ATPE : Teneur en protéines du lait réduite/remplacée par une autre protéine animale, telle que le poisson, le lait, l'œuf ou l'insecte (également connu sous le nom d'Inovations)
- ☐ Traitement de la MAS : Formulation alternative d'ATPE : Ajout d'acides aminés ou augmentation des micronutriments (également appelé Novel)

- ☐ Traitement de la MAS : Formulation alternative d'ATPE : Solution de substitution non laitière
- ☐ Traitement de la MAS : Autre, veuillez préciser
- ☐ Autre, veuillez préciser

4.5 CLASSIFICATION DES PRODUITS –POUR LES INNOVATIONS, PRODUITS ET SERVICES NON ALIMENTAIRES – SÉLECTIONNEZ L'UNE DES CATÉGORIES SUIVANTES, OU SI AUCUNE NE S'APPLIQUE, INDIQUEZ « AUTRE ».

- ☐ Produits agricoles – Approches de fortification des aliments
- ☐ Produits agricoles – Biofortification
- ☐ Produits agricoles – Autres, veuillez préciser
- ☐ Suppléments en micronutriments - Suppléments en vitamines et minéraux
- ☐ Suppléments en micronutriments – Sprinkles
- ☐ Suppléments en micronutriments – Suppléments en produits naturels (d'origine animale ou végétale)
- ☐ Suppléments en micronutriments – Autre, veuillez préciser
- ☐ Technologies de l'information – Systèmes de données et surveillance
- ☐ Technologies de l'information – Systèmes de chaîne d'approvisionnement
- ☐ Technologies de l'information – Outils Mhealth pour le diagnostic
- ☐ Technologies de l'information - Communications ou renforcement des capacités
- ☐ Technologies de l'information – Systèmes de suivi des bénéficiaires
- ☐ Technologies de l'information – Systèmes de transfert de fonds
- ☐ Technologies de l'information - Autres
- ☐ Équipements, dispositifs et diagnostics médicaux – Outils de diagnostic
- ☐ Équipements, dispositifs et diagnostics médicaux Équipements médicaux
- ☐ Équipements, dispositifs et diagnostics médicaux – Autres
- ☐ Fourniture de services médicaux
- ☐ Technologies de l'information (y compris mHealth, SIG et systèmes de surveillance)
- ☐ Logistique et chaîne d'approvisionnement

1.5. DÉCRIREZ L'INNOVATION, LE PRODUIT OU LE SERVICE, AINSI QUE SES UTILISATIONS ET APPLICATIONS SPÉCIFIQUES POUR LA PRÉVENTION OU LA PRISE EN CHARGE CIBLÉE DE LA MALNUTRITION AIGUË/DE L'ÉMACIATION CHEZ LES ENFANTS. S'IL S'AGIT D'UN PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ, INDIQUEZ LES PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LE DÉVELOPPEMENT, LE CAS ÉCHÉANT.

[Inserez texte]

1.6. QUEL EST LE STADE DE DÉVELOPPEMENT OU LA TAILLE DU MARCHÉ DE CETTE INNOVATION, DE CE PRODUIT, DE CE PROJET OU DE CE SERVICE ? C'EST-À-DIRE LE NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE OU DE DISTRIBUTION ATTEINT À CE JOUR.

- ☐ Test/niveau de conception
- ☐ Pilote ou utilisation localisée, lancement récent
- ☐ Mise à l'échelle au niveau du district ou de la province
- ☐ Mise à l'échelle – Pays
- ☐ Mise à l'échelle – Région
- ☐ Mise à l'échelle – Monde

4.7. Y A-T-IL DES RESTRICTIONS OU DES ACCORDS DE LICENCE DONT LE PRODUIT OU SERVICE FAIT L'OBJET ?

- ☐ Non, domaine public ou bien public (sans restriction)
- ☐ Oui, licence Creative Commons
- ☐ Oui, droits d'auteur
- ☐ Oui, breveté
- ☐ Oui, brevet en instance

4.8. AVEZ-VOUS D'AUTRES PROJETS, INNOVATIONS, PRODUITS OU SERVICES ?

- ☐ Oui, ajouter un champ
- ☐ Non, passer à la section suivante

SECTION 5 : MISE À L'ÉCHELLE : OBSTACLES, FACTEURS FAVORABLES ET ETUDES DE CAS

5.1 SI VOUS CHERCHEZ À DÉPLOYER VOS ACTIVITÉS À PLUS GRANDE ÉCHELLE, QUELS SONT LES OBSTACLES QUE VOUS OBSERVEZ ? (JUSQU'À 3 CHOIX)

- ☐ Non applicable
- ☐ Manque de partenaires appropriés
- ☐ Manque de capacités
- ☐ Marchés restreints ou
- ☐ Accès aux consommateurs/approvisionnement
- ☐ Atteinte de niveaux élevés de données probantes
- ☐ Qualité des produits
- ☐ Caractère abordable des produits
- ☐ Inégalités entre les sexes

- ☐ Autre
- ☐ Commentaire :

5.2 QUELLE ÉTAPE DE LA CHAÎNE DE VALEUR POUR LA DISTRIBUTION PRÉSENTE LES GOULETS D'ÉTRANGLEMENT LES PLUS IMPORTANTS ?

- ☐ Non applicable
- ☐ Recherche et développement
- ☐ Génération de données probantes
- ☐ Validation par des organismes normatifs tels que l'OMS
- ☐ Fabrication/production
- ☐ Fourniture de services directs
- ☐ Formation ou développement des capacités
- ☐ Distribution aux fournisseurs tiers
- ☐ Marketing et vente directe au consommateur
- ☐ Commentaire

5,3 SELON VOUS, QUELS FACTEURS SONT SUSCEPTIBLES DE RENFORCER LA CONTRIBUTION DU SECTEUR PRIVÉ À LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION AIGUË/L'ÉMACIATION CHEZ LES ENFANTS, ET QUELS FACTEURS VONT AVOIR TENDANCE À L'ENTRAVER ?

5,4 SELON VOTRE EXPÉRIENCE, QUELS FACTEURS OU CATALYSEURS FACILITENT LA MISE À L'ÉCHELLE DU PROJET, DE L'INNOVATION, DU PRODUIT OU DU SERVICE ?

5,5 ÉTUDES DE CAS SÉLECTIONNÉES OU EXEMPLES DE SOLUTIONS ÉVOLUTIVES POUR LA PRÉVENTION OU LA PRISE EN CHARGE CIBLÉE DE LA MALNUTRITION AIGUË/DE L'ÉMACIATION CHEZ LES ENFANTS.

Si vous avez indiqué une approche innovante du secteur privé ou un partenariat public-privé qui a transformé la prévention ou la prise en charge ciblée de la malnutrition aiguë/de l'émaciation chez les enfants ou a le potentiel de le faire, énumérés à la section 4, et que vous souhaitez voir cette approche ou ce partenariat figurer dans le rapport ou dans une « carte du paysage des innovations et des solutions », veuillez envoyer les études de cas à info@acutemalnutrition.org. Vous pouvez également téléverser un document ou ajouter un lien vers un document ci-dessous.

Les études de cas ne doivent pas dépasser 500 mots et comprendre les éléments suivants :

Les expériences en RD, les données probantes, le lieu, les résultats, les défis, les aspirations en termes de la solution, la portée et l'échelle, le point de contact, les partenaires/bailleurs de fonds.

Téléversement du document

OU

Lien vers le document

ANNEX 2 : LISTE DES CONTRIBUTEURS

NAME OF COMPANY OR ORGANISATION WHO CONTRIBUTED TO THE LANDSCAPE ANALYSIS	
AACE Food Processing and Distribution Ltd	GEWDO
Aberdare Aquafisheries	GREEN EAST TRADERS LTD
ABH Partners, an affiliate of Jimma University	GREEN WITHOUT BORDERS
Aga Khan University Pakistan	Gret
Agribusiness Solutions LTD	Happi Foods Farms Limited
Ahmadu Bello University, Zaria.	Health and Nutrition Development Society
Ajinomoto Co., Inc.	Healthy and Happy Families Ltd
ALIMA/INSERM	Ibn sina hospital
AugustSecrets	innocent Foundation
Bacha Khan University Charsadda, Pakistan	Insta Products (EPZ) Ltd.
BAO Systems	IPE Global
Baringo County Government, Department of Health	IRC – International Rescue Committee
BETKAM fruits & grain processors: women self-help group	Ismail Industries Limited
BHSS	IVC MCP KP Pakistan
Bombay Sweets & Co; Ltd.	Jigawa State Primary Health Care Development Agency
BONA HOLDINGS	Livelihood Relief & Development Organization
Brixton Health	Make Hope for Development
CARE	Mana Nutrition
CATO FOODS AND AGRO-ALLIED GLOBAL CONCEPTS	MEDIA ADVOCACY AND TECHNOLOGIES CENTER
Ceymplon Private Limited	Meds & Food for Kids
Comrade Dairy and Food Enterprises	Ministry Of Health
Copenhagen University	Michael Adedotun Oke Foundation
DABS Nutritional Products Limited	Michiels Fabrieken NV
Dailytummies	Mushroom Farmers SHG
Dajopen Waste Management Project	National University Sudan
DCF Danish Care Foods	Nestle Pakistan
Deggaras Humanitarian Organization	Ninguna
Dimagi	NRC Norwegian Refugee Council
Disco Farm Solutions	Nuflower Foods and Nutrition
Dvakoii Supplies	NUTRIK LTD
Edesia	Nutrition Opportunities Worldwide inc
Edesia	Nutri-Worth International
Edge Global Health Development Partners	Nyangorora Banana Processor limited
Emergency Nutrition Coordination Unit	Omega Foods Zambia Limited
Episcopal Development Aid	Patil Medical college Pune Maharashtra India
Family Guidance Association of Ethiopia	PPHI Sindh Pakistan
Favor Dairy	Programa Provincial da Malária Cunene

FedWell Foods Company Ltd. Former Nutrition Manager for AAH Spain and IMC GC Rieber compact	Quads Organics Nigeria Quickuplus farm ltd Full Spoon Limited
---	---

NAME OF COMPANY OR ORGANISATION WHO CONTRIBUTED TO THE LANDSCAPE ANALYSIS	
GC Rieber compact	Real Hope For Haiti
GEWDO	Renata Limited
GREEN EAST TRADERS LTD	San Ignacio de Loyola Peru
GREEN WITHOUT BORDERS	Save The Children International
Gret	Save the Children UK
Happi Foods Farms Limited	Servair
Health and Nutrition Development Society	Shais Enterprise Ltd T/A Shaisfoods
Healthy and Happy Families Ltd	Sidho Kanho Birsha University
Ibn Sina hospital	Simple Nutri
innocent Foundation	Social Marketing Company (SMC)
Insta Products (EPZ) Ltd.	Soma Nutrition Labs
IPE Global	The Eleanor Crook Foundation
IRC	The Informed Mum
Ismail Industries Limited	The Kingdom Food Bank
IVC MCP KP Pakistan	UNICEF
Jigawa State Primary Health care Development Agency	UNICEF & IRD
Livelihood Relief & Development Organization	Unilever
Make Hope for Development	United Multipurpose Co-op Society Ltd.
Mana Nutrition	VALID Nutrition
MEDIA ADVOCACY AND TECHNOLOGIES CENTER	VGR
Meds & Food for Kids	WEFAHSON LIMITED
Ministry Of Health	World Food Programme
Michael Adedotun Oke Foundation	World Health Organization
Michiels Fabrieken NV	World Vision
Mushroom Farmers SHG	Yanza Amansa Agri Grains Ltd
National University Sudan	
Nestle Pakistan	
Ninguna	
NRC Norwegian Refugee Council	
Nuflower Foods and Nutrition	
NUTRIK LTD	
Nutrition Opportunities Worldwide inc	
Nutri-Worth International	
Nyangorora Banana Processor limited	
Omega Foods Zambia Limited	
Patil edical college Pune Maharashtra India	
PPHI Sindh Pakistan	

Action Against Hunger
6 Mitre Passage
London, SE10 0ER
Tel.: +44 (0)20 8293 6190
Registered Charity: 1047501

Cover photo
© Peter Caton for Action
Against Hunger

Designed by Kim Winkler

