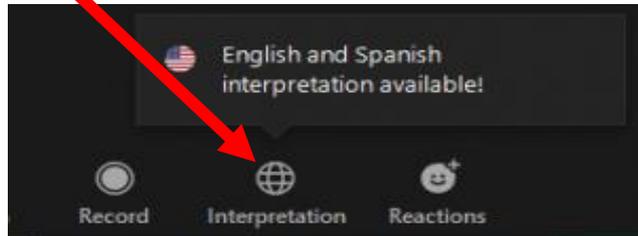


Leçons apprises du pilotage de différentes approches simplifiées (pour traiter la malnutrition aiguë) en RDC

La traduction est accessible en cliquant sur l'icône du globe terrestre au bas de votre écran.

Translation is accessible by clicking the globe icon at the bottom of your screen.

Se puede acceder a la traducción haciendo clic en el icono del globo en la parte inferior de la pantalla.



يمكن الاستفادة من الترجمة الفورية عن طريق النقر فوق
رمز الكرة الأرضية أسفل الشاشة.

Leçons apprises du pilotage de différentes approches simplifiées (pour traiter la malnutrition aiguë) en République Démocratique du Congo (RDC)

2 février 2022

2.30-4PM CET

Webinaire Agenda

- Introduction et remarques préalables
- Contexte et bref historique des approches simplifiée en RDC (PRONANUT)
- Présentation approche Optima (ALIMA)
- Présentation approches piloté (PRONANUT)
- Questions et réponses
- Recueil d'apprentissages/points saillants et conclusion
- Clôture

Aujourd'hui Facilitateurs et présentateurs



Dr. Kalil Sagno
Coordonnateur du cluster
Nutrition, RDC
UNICEF-Kinshasa- RDC



Dr Bruno BINDAMBA SENGE
Directeur
Programme National de
Nutrition "PRONANUT "



**MAYUKUNITU DIEUDONNE
MUNGUA**
Chef de Section Cluster Santé
Programme National de Nutrition
"PRONANUT"



Kevin Phelan
Nutrition Referent
ALIMA - The Alliance for
International Medical Action



Daouda MBODJ
Coordinateur nutrition
COOPI



Martha Nakakande
Conseillère - PECIMA
(Équipe d'Technical Support Team)
L'Alliance Technique du GNC



Sophie Woodhead
Nutrition Specialist
UNICEF

Les objectifs:

1. Partager avec d'autres pays les résultats observés et les leçons apprises dans le cadre du pilotage des différentes approches simplifiées en RDC.
2. Un examen critique des défis et des leçons apprises de la mise en œuvre de deux approches simplifiées pilotes en RDC (2019-2022).
3. Identifier les points et leçons saillants
4. Déterminer les prochaines étapes

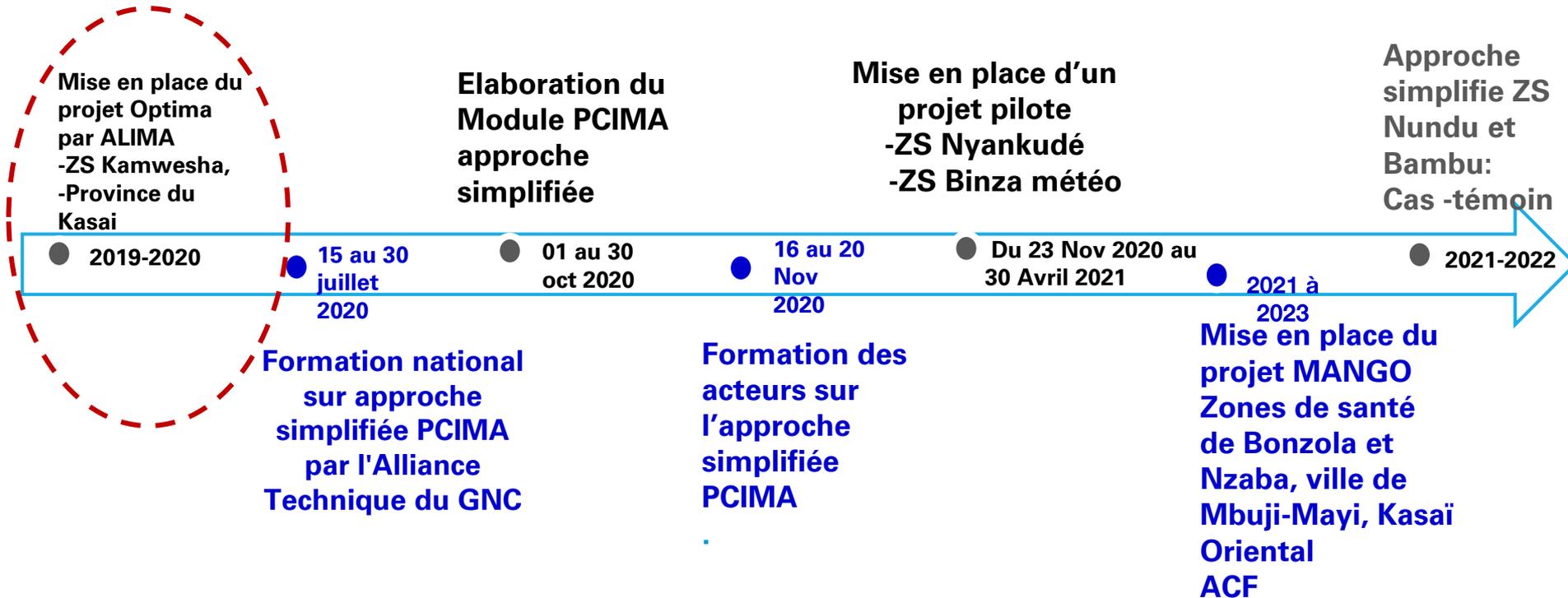
Contexte

- ❑ **Progrès significatifs accomplis mais situation nutritionnelle préoccupante** [MAG : 16 % à 6,5 % (2001- 2018); MAS : 2,0% (MICS-Palu RDC, 2017-2018)]
- ❑ **Problème de couverture de la MAS:** [MAS : 30% (2016 à 2019 ; Rapport OCHA); MAM: 17% (Rapport cluster Nutrition, 2019)]
- ❑ **Discontinuité du traitement de la malnutrition aigue** [Traitement séparé MAS-MAM; 53% = MAS, 17% = MAM et 29% = MAM et MAS (rapport cluster nutrition, 2019)]

Contexte

- ❑ **Confusion au niveau de la définition des cas:** difficulté d'identifier les malnutris aigus avec le PB et le PTZ pour déterminer l'éligibilité au programme. La trajectoire du gain de poids et du gain du périmètre brachial est maximale au cours des 2-3 premières semaines du traitement. (Isanaka S. et al.;2018)
- ❑ **Lancement d'une nouvelle dynamique pour la prise en charge de la malnutrition aiguë** [Etude ComPAS: l'IRC, traitement Optimisé : ALIMA]
- ❑ **Accélération de l'adaptation de la nouvelle dynamique du au COVID-19** [Maintient des taux de couverture et la qualité, Fournir des preuves augmenter la couverture et le coût-efficacité]

Historique de l'approche simplifiée en RDC



Analyse d'efficacité et coût efficacité d'OptiMA-RDC

Kevin Phelan, référent nutrition
ALIMA – The Alliance for International Medical Action



Humanitarian Aid
and Civil Protection



OptiMA : Pourquoi ?

1. Retard de dépistage et de PEC → complications ↑ et Mortalité ↑ 6-59 mois
2. Limites opérationnelles → Complexité définition MAS, MAM- Approvisionnement-
Sous financement etc
3. Faibles taux de couverture des programmes de PEC (Madagascar* 10,45% IC
95% [13,57-27,34])
4. Coût: seulement 25% des besoins financement honorés

Qu'est-ce que « OptiMA »?

Trois changements aux protocoles actuels :

1. PB mères : détection plus précoce et un plus grand engagement des mères
2. PB <125 mm et/ou œdème pour inclusion, 1 produit de traitement (ATPE) : Début de traitement plus précoce et une gestion simplifiée
3. Réduction graduelle du dosage ATPE : Une utilisation plus efficace de l'intrant le plus cher
4. Objective: Partager les résultats préliminaire efficacité et cout efficacité d'OptiMA RDC (Kamuesha, Kasai province)

Analyse d'efficacité OptiMA RDC

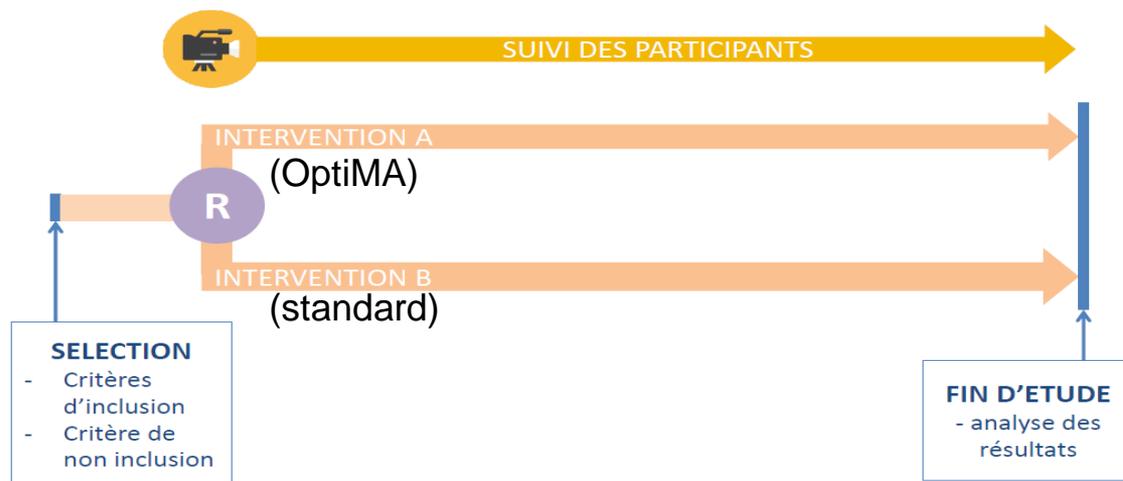
Objectif de jugement principal

Un **essai clinique randomisé contrôlé** de non infériorité à base communautaire

À évaluer si la **stratégie OptiMA** consistant à adapter le dosage de l'ATPE selon le PB et le poids chez des enfants de 6 à 59 mois avec un PB < 125 ou avec des œdèmes nutritionnels (grade + ou ++) permet d'obtenir **un taux de succès non inférieur** à celui du **protocole standard effectif** dans la zone de santé de Kamuesha (Kasai-RDC) **6 mois après l'inclusion dans l'étude.**

Essai clinique randomisé

« Randomized clinical trial »



Essai clinique randomisé, en deux bras parallèles

40

Sites de l'étude

- **Province du Kasai** : Retard de croissance 6-59 58% en 2013 (Kismul BMC, 2018)
- **ZS Kamuesha**: MA =11% dont MAS=3% (ACF-2017) , pas de données d'incidence
- **Population** : 500 000 hab. env. dont 120 000 enfants de moins de 5 ans
- **Etude nichée** au sein du projet médico-nutritionnel pédiatrique mené par **ALIMA** depuis juin 2018 dans 9 aires de santé (ECHO)
- **4 AS sélectionnées pour l'étude** : Katshimu, Katalayi, Mukambu, Mutumba

	Protocole national		Protocole OptiMA		
Critères d'admission	MAS PB < 115 mm OU P/T Z-score < -3 OU Œdèmes	MAM $115 \leq \text{PB} < 125\text{mm}$ OU $-3 < \text{P/T Z-score} < -2$	Malnutrition aiguë PB < 115mm $115 \leq \text{PB} < 120\text{mm}$ $120 \leq \text{PB} < 125\text{mm}$ OU Œdèmes		
Traitement	ATPE* 150-200 Kcal/kg/j	ASPE 1 sachet par jour (500 kcal/j)	ATPE 175 Kcal/Kg/j	ATPE 125 Kcal/Kg/j	ATPE 75 Kcal/Kg/j
Calcul du dosage	Selon le poids	Quantité fixe	Réduction graduelle selon Poids et PB	Réduction graduelle selon Poids et PB	Réduction graduelle selon Poids et PB
Critères de sortie	Minimum de 4 semaines au programme PB ≥ 125mm pendant deux visites consécutives P/T ≥ -2 Z score pendant deux visites consécutives Aucun œdème pendant minimum 2 semaines Bonne santé clinique		Minimum de 4 semaines au programme PB ≥ 125 mm sur 2 visites consécutives Aucun œdème pendant minimum 2 semaines Bonne santé clinique		

*ATPE : aliment thérapeutique prêt à l'emploi

**Farines industrielles ou locales ou ASPE (aliments supplémentaires prêts à l'emploi)

OptiMA RDC RCT résultats préliminaires (in press)

	Bras Standard	Bras OptiMA	Différence (IC 95%)
Analyse en intention de traiter (ITT)	N=446	N=450	
Succès à 6 mois	282 (63.2%)	325 (72.2%)	-9.0% (-15.9% to -2.0%)
Rechute vers un nouvel épisode de malnutrition, résolu à 6 mois	98 (22.0%)	96 (21.3%)	
Rechute vers un nouvel épisode de malnutrition, non résolu à 6 mois	37 (8.3%)	4 (0.9%)	
Épisode de malnutrition à l'inclusion non résolu à 6 mois	12 (2.7%)	7 (1.6%)	
Essai interrompu avant 6 mois	16 (3.6%)	17 (3.8%)	
Décès	1 (0.2%)	1 (0.2%)	
Analyse en per protocole (PP)	N=264	N=392	
Succès à 6 mois	161 (61.0%)	291 (74.2%)	-13.2% (-21.6% to -4.9%)
Rechute vers un nouvel épisode de malnutrition, résolu à 6 mois	64 (24.2%)	93 (23.5%)	
Rechute vers un nouvel épisode de malnutrition, non résolu à 6 mois	27 (10.2%)	3 (0.8%)	
Épisode de malnutrition à l'inclusion non résolu à 6 mois	11 (4.2%)	5 (1.3%)	
Décès	1 (0.4%)	1 (1.0%)	

Non-inferiorité démontrée en ITT and PP car la borne supérieure de l'IC 95% de la différence de succès est < 10%

Superiorité démontrée en ITT and PP car la borne supérieure de l'IC 95% de la différence de succès est < 0%

OptiMA RDC RCT résultats secondaires

	Standard N=446	OptiMA N=450	p-value
Anthropométrie à 6 mois			
PB <125 mm	54 (12%)	18 (4%)	<0.0001
Gain de poids total (g), <i>médiane (IQR)</i>	1600 (1000- 2200)	1700 (1200-2400)	0.0035
Gain de PB total (mm), <i>médiane (IQR)</i>	12 (8-16)	13 (9-18)	0.0162
Support nutritionnel reçu			
Enfants traités par ATPE ou ASPE ou les deux	315 (71%)	450 (100%)	<0.0001
Nombre de ATPE/ASPE reçus (sachets), <i>médiane (IQR)</i>	133 (65-184)	64 (47-98)	<0.0001
Durée du traitement par ATPE/ASPE (jours), <i>médiane (IQR)</i>	49 (35-70)	42 (35-70)	0.2737

→ Parmi les enfants présentant une MAM à l'inclusion, 16% sont devenus MAS dans le groupe standard contre 5% dans le groupe OptiMA. ($p < 0,0001$)

OptiMA RDC RCT résultats préliminaires (in press)

→ MA Globale (MAS et MAM): OptiMA est supérieur au protocole standard en terme de statut nutritionnel à 6 mois.

→ Consommation d'ATPE: 30% d'enfants en plus ayant reçu d'ATPE dans le bras OptiMA avec 20% moins de consommation. OptiMA median 64 sachets (IQR 47 - 98) vs 133 (IQR 65 - 84) sachets

→ Chez MAS: OptiMA non-inferieur pour les MAS-OMS (même réponse pour les 2 protocoles, pas de risque supplémentaire pour les MAS avec OptiMA).

- A la visite de sortie: DMS de 6 vs 4 semaines, OptiMA vs protocole national + ajouter gain de poids journalier et gain de poids total+Conso ATPE (med: 112 vs 74 sachets)

- A 6 mois : 15% (standard) avec PB<125 versus 5% (OptiMA) nombre de sachets/enfant (med, Q1-Q3): 78 (60 -120) vs 147 (119-210), OptiMA vs standard

Analyse de coût efficacité d'OptiMA RDC



Humanitarian Aid
and Civil Protection



Méthodologie d'analyse coût-efficacité OptiMA RDC

→ Le coût total du traitement pour chaque bras x la quantité de chaque ressource utilisée par son coût unitaire.

eg ATPE + ASPE + médicaments + consultations + visites à la maison + transports + chaîne d'appro pour chaque enfant par bras

→ 4 catégories de ressources : 1. utilisation, 2. médicaments, 3. chaîne d'approvisionnement et 4. sensibilisation de la communauté.

Comment interpréter l'ICER:

$$\text{ICER} = \frac{\text{COÛT}_i - \text{COÛT}_o}{\text{EFFET}_i - \text{EFFET}_o}$$

i = avec l'intervention o = sans l'intervention

$$\text{ICER} = \frac{\text{Cout OptiMA} - \text{Cout contrôle}}{\text{Effet OptiMA} - \text{Effet contrôle}}$$

Selon OMS, 3 catégories d'ICER:

1. **Très rentables (< le PIB/habitant)**
2. **Rentable (1-3 x PIB/habitant)**
3. **Pas rentable (>3 x PIB/habitant)**

Résultats préliminaire – Global et MAS

Panel A: Global				
	OptiMA (n=450)	Control (n=446)	Difference	ICER
Coût total par enfant inscrit (USD, 2020)	146.48	141.53	4.95	
Efficacité (taux de succès)	0.72	0.63	0.09	55.06 TRES RENTABLE
Panel B: chez MAS				
	OptiMA (n=198)	Control (n=199)	Difference	ICER
Coût total par enfant inscrit (USD, 2020)	153.57	186.07	-32.5	
Efficacité (taux de succès)	0.7	0.62	0.07	OptiMA dominant
Panel C: chez MAM (intention to treat)*				
	OptiMA (n=252)	Control (n=247)	Difference	ICER
Coût total par enfant inscrit (USD, 2020)	140.9	105.64	35.26	
Efficacité (taux de succès)	0.74	0.64	0.1	345.66 RENTABLE

*131/247 n'ont reçu aucun soutien nutritionnel

Points clés

- OptiMA supérieur au protocole national RDC (et non-inférieur chez les MAS)
- Consommation d'ATPE : 30% d'enfants en plus ayant reçu d'ATPE dans le bras OptiMA avec 20% moins de consommation.
 - OptiMA médiane 64 sachets (IQR 47 - 98) vs 133 (IQR 65 - 84) sachets : on peut doubler la caseload sans augmentation d'ATPE.
- A 6 mois, statut anthropométrique meilleur dans le bras OptiMA
 - Gains de poids et du PB
- Coût-efficacité d'OptiMA RDC :
 - Dominant chez MAS (plus efficace et moins cher).
 - MA Globale: Très rentable
 - Chez MAM: Rentable (même si 131/247 n'ont reçu aucun soutien nutritionnel dans le bras contrôle)

Limites

- Pas un essai multicentrique: résultats non généralisables à tous les contextes (Essai OptiMA-Niger en cours)
- $PB \geq 125\text{mm}$ et $P/T < -3$ non randomisés mais leur inclusion dans la cohorte de l'essai a permis de les dénombrer (<2%)

Perspectives

- Ces données devraient être prises en compte lors du prochain processus de révision du protocole CMAM

Aperçu des projets OptiMA globale

Essais cliniques

1. **RDC: fini en 2020, publication en cours**
2. Niger: en cours, va finir mi-2022

Projets opérationnels

1. Yako, Burkina Faso: fini en 2018, publication en 2020
2. Mirriah, Niger: fini en 2019
3. Bamako, Mali: fini en 2021, rapport disponible
4. Barsalogho, Burkina Faso: en cours
5. N’Gouri et N’Djamena, Tchad: Baseline enquête en cours, inclusions jan 2022

Analyse de cout et cout efficacité Avec les économistes de la santé des l’universités Harvard et Yale aux Etats-Unies

1. Analyse des couts, OptiMA Yako, Burkina Faso: Accepté pour publication Maternal and Child Health
2. **Analyse de cout efficacité, OptiMA RDC: Résultats préliminaires**



Merci!



Yale University



HARVARD
UNIVERSITY



Instituts
thématiques

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Projet pilote

Sur les approches simplifiées de prise en charge de la malnutrition en réponse à la pandémie de COVID -19.

Principales conclusions et leçons apprises



**Approches simplifiées de la Prise en
Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
(PCIMA)**

Aperçu des étapes suivies pour décider des approches simplifiées choisies

- Soutien du Ministère de la Santé - Recommandation d'approches simplifiées dans le "Manuel de programmation nutritionnelle pendant la pandémie de COVID-19".
- Soutien (a distance) du Technical Support Team (GNC Technical Alliance).
- Approches simplifiées convenues sur la base :
 - ✓ Les organisations ayant une certaine expérience préalable pour faire le pilote
 - ✓ Capacité et ressources de former/orienter les AS, CAC
 - ✓ La disponibilité des ressources (RUTF prévu pour le pilote, soutien financier, ressources organisationnelles).
 - ✓ Le système de suivi et d'évaluation a été adapté pour répondre aux besoins en matière de données et d'informations avant le démarrage.
 - ✓ Plate-forme fonctionnelle de la Cellule animation Communautaire

3 adaptations de l'approche simplifiée PCIMA

- ✓ L'utilisation de la **stratégie PB famille** de dépistage de la malnutrition aigüe ;
- ✓ L'utilisation d'un **produit unique** pour le traitement de la malnutrition aigüe ;
- ✓ Le **traitement communautaire** de la malnutrition aigue dans les Cellules à Assisse Communautaire.

Zones d'interventions

- ✓ **Province de l'Ituri: ONG ADRA**
Zone de Santé de Nyankude: **Zone Rural**
- ✓ **Province de Kinshasa: ONG COOPI**
Zone de santé de Binza Meteo: **Zone Urbaine**

Durée du Projet

Décembre 2020 à Avril 2021 : **5 mois**

Objectifs opérationnels

1. Identifier l'enfant malnutris aigues à un niveau non avancé de la malnutrition
2. Augmenter la couverture géographique de la prise en charge des enfants malnutris aigue
3. Augmenter la couverture du traitement des enfants malnutris aigues

Approche programmatique

L'utilisation de la stratégie PB famille de dépistage de la malnutrition aigüe

- Formation des mères et gardiens d'enfant sur la prise du PB et l'identification des œdèmes nutritionnels
- Remise de la bande PB aux mères et gardien d'enfant
- **Confirmation du dépistage dans le ménage par le RECO et référence**

L'utilisation d'un produit unique pour le traitement de la malnutrition aigüe

- Prise en charge des enfants MAS et MAM par Le ATPE
- Dosage fixe: 2 sachets par jour pour le MAS et 1 sachet par jour le MAM
- Couverture en Plumpy Doz des enfants dont le PB est compris entre 125mm et 130mm

Le traitement communautaire de la malnutrition aigüe

- Prise en charge des enfants MAS et MAM sans complications médicales dans la communauté (CAC)
- Triage, suivi et décharge des enfants malnutris globale dans la communauté

Resultats

Qualité du dépistage

Non infériorité du PB des mères et des gardiens d'enfant par rapport à celui du RECO

Identification rapide de l'enfant MAS et MAM

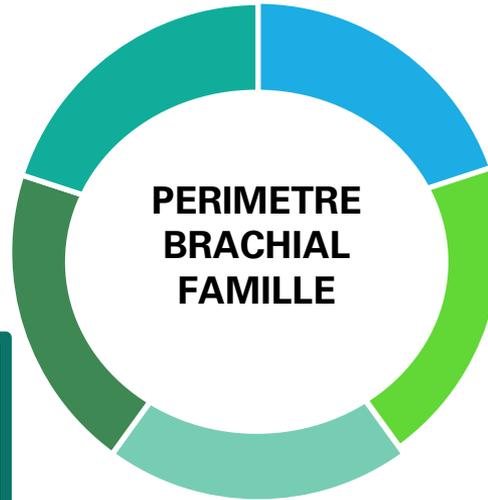
- Tendance d'augmentation du PB Median vers la fin du projet

○ Binza Méteo

Début: 111 mm Fin:114 mm

○ Nyankundé

Début: 110 mm Fin: 114 mm



COUT-EFFICACITE

- GAP?????

Frequence du depistage

- Faible fréquence de prise du PB par les mères et les gardiens d'enfant

Parmi les MAS non couverts:
72% des enfants MAS étaient non dépistés à Nyankundé et 100% à BM

Duree de sejour courte et diminution du nombre d'admission Tendance de diminution de la durée de séjour, MAS:

Binza meteo: début 54 jours, Fin 32 jours

Nyankunde: Début: 42 jours, Fin: 30 jours

- Tendance de diminution du nombre d'admission à l'UNTI, des enfants MASAC de moins de 5 ans:

Binza meteo Début 28 , Fin 09

Nyankunde: Début 11, Fin 06

Resultats

Qualité du traitement

Non inferiorite de la qualité des soins des RECO par rapport aux infirmiers:

Taux de Guérison:RECO= **96,9%**;
IT=98.4%

Taux de décès:RECO= **0%** ; IT=0%

Taux d'abandon:RECO= **1.6%** ;
IT=3.1%

Grande couverture

- Augmentation significative de la couverture

Enquête de couverture

Binza Meteo: Debut:4.9%

Fin:39.2%

Nyankundé: Debut:16.7%

Fin:96.5%

- Diminution de la distance



Diminution de la charge de travail dans les CS

- Au moins 72% des patients MAM et MAS sont pris en charge au niveau communautaire

**Coût efficacité
GAP???**

Augmentation du nombre d'enfant traité

**Traitement des enfants
demoins de 5 ans patients
avec moins d'ATPE**

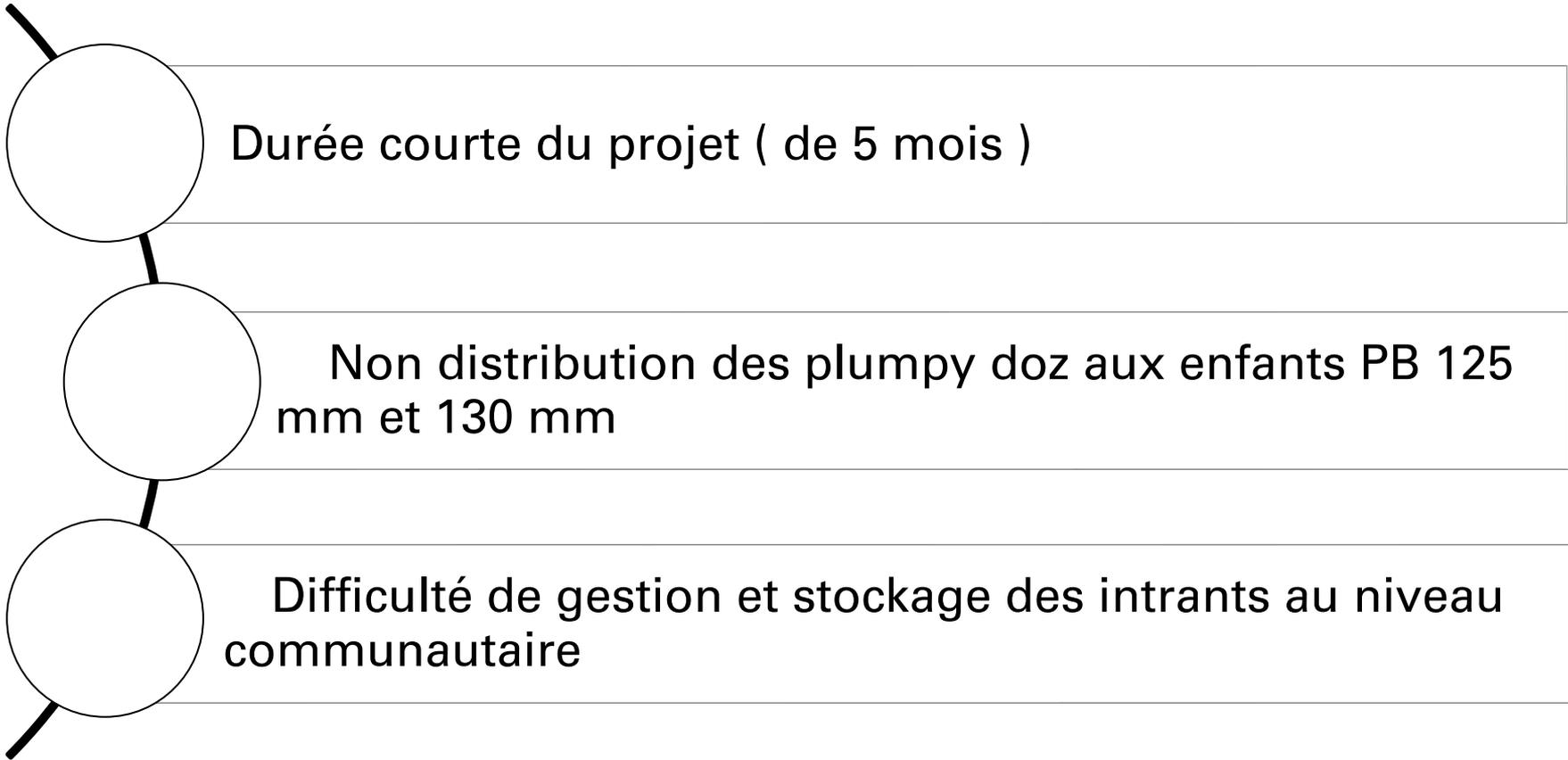
Binza Météo:

- 74 sachets/enfant MAS guéri
- Approche simplifiée= 1357
- Approche standard = 524

ZS Nyankundé

- 81 sachets/MAS guéri
- Approche simplifiée=1032
- Approche standard =440

Les limites



Durée courte du projet (de 5 mois)

Non distribution des plumpy doz aux enfants PB 125 mm et 130 mm

Difficulté de gestion et stockage des intrants au niveau communautaire

Persepective

1

Mise en place d'un autre projet pilote de longue durée (12 mois) avec une cohorte dynamique dans la zone d'intervention et dans la zone contrôle

2

Documentation des coût-efficacités des approches simplifiées

3

Possibilité d'amendement du protocole national PCIMA

Conclusion

- ❑ Admissions précoces grâce à l'approche périmètre brachial famille et par conséquent moins de quantité d'ATPE et plus d'enfants guéris
- ❑ La décentralisation des soins permet de diminuer l'influence de la distance et favorise l'accès à la prise en charge de la malnutrition et augmenter la couverture géographiques du traitement.
- ❑ La dose unique diminue la charge de travail du personnel de santé et facilite la prise en charge de la malnutrition et de prendre en charge plus d'enfant malnutris aigue qu'avec le protocole standard

Merci

Questions & Réponses

Recueil d'apprentissages/points saillants et conclusion



Technical Alliance

Conclusion & Clôture!

**Veillez remplir le bref formulaire d'évaluation du webinaire.
Cela prendra moins de 5 minutes.
*(il apparaîtra lorsque vous fermerez le webinaire)***

Merci a nos bailleurs



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Irish Aid
Rialtas na hÉireann
Government of Ireland

unicef 
for every child

Note: Ce webinaire est rendu possible grâce au soutien généreux de tous nos donateurs. Toutefois, le contenu est la responsabilité de l'Alliance technique GNC et des présentateurs individuels et ne reflète pas nécessairement les opinions de ces donateurs.

Vous cherchez un soutien en matière de nutrition dans les situations d'urgence?

	Type de soutien nécessaire	Prestataire
1	Je veux une assistance technique à distance ou dans le pays	L'Alliance Technique du GNC
2	Je veux engager directement un consultant	L'Alliance Technique du GNC
3	Je veux un conseil technique rapide	L'Alliance Technique du GNC
4	Je veux un soutien par les pairs	www.en-net.org

Visitez: <https://ta.nutritioncluster.net/> et cliquez sur "Demander une assistance"