

## Questions et Réponses

### **Webinaire : Leçons apprises du pilotage de différentes approches simplifiées (pour traiter la malnutrition) en RDC / Lessons learned from piloting different simplified approaches (for managing malnutrition) in DRC**

**Le 2 février 2022**

#### **A. OPTIMA**

1. Comment se fait le dosage dégressif, de combien de sachets et à quel rythme?  
The dosage is as follows : for kids <115 mm = ~175 kcal/kg/j at admission. For kids 115-119 = ~125 kcal/kg/j either at admission or during the course of treatment. And for those 120-124 = ~75 kcal/kg/j either at admission or during the course of treatment. Minimum 1 sachet per day.
2. Quelle est l'approche utilisée aussi pour le traitement systématique avec Optima, reste-t-il le même que pour le protocole standard ou bien il est un peu modifié vu que le PB est aussi élargie  
Systematic treatment was the same as is called for in the standard protocol for this study.
3. OPTIMA SEMBLE FOCALISER SEULEMENT SUR LES ENFANTS. QU en est-il des femmes enceintes et allaitante ?  
You are correct that OptiMA focuses only on children. You are also correct in raising the fact the PLWs deserve nutritional support as well!
4. Je trouve que OptiMA prend en compte seulement les enfants de moins de 5ans. Ce bon. Quand n'est-il pour les femmes enceintes et allaitantes ? Sans oublier les personnes a besoin spécifique ?  
Agree with you, but it is simply not possible to address all questions with one study. But you are right that PLWs and those with special needs deserve nutritional support!
5. Quelle est l'approche utilisée aussi pour le traitement systématique avec Optima, reste-t-il le même que pour le protocole standard ou bien il est un peu modifié vu que le PB est aussi élargie.  
Systematic treatment was the same for both arms and followed the current standard protocol in DRC.
6. Thanks a lot for the great presession and interesting , so what is the major difference between OPTiMA and Simplified protocols , did you also asses the relapse rate among the two protocols (Optima and national protocol)  
The main difference between OptiMA and compass (which is the other major simplified protocol) as the dosage regimen. OptiMA uses a more gradual reduction based on weight and MUAC status whereas CompAS only uses MUAC status. In our clinical trial in Niger that is going on now, we have three arms: standard, OptiMA and CompAS. With those results we will have a direct comparison of the two major simplified protocols.

7. Was coverage of treatment measured in the Optima project? For the Cost Effectiveness, were the indirect and direct costs to the community (time, transport, etc...) also included in the Cost effectiveness study?

No, coverage was not measured in OptiMA DRC. But it was in our operational pilot in Bamako, Mali, and we saw about 17% increase in MAG coverage. And in Chad, we are running an operational pilot in both rural NGouri District and in 3 health zones of Ndjamena. We just completed the baseline coverage surveys in both locations and implemented OptiMA in the health centers. We will do another coverage survey in December 2022/January 2023 to see if, as we hypothesize, coverage increases under OptiMA.

8. Merci pour la présentation de l'étude coût et efficacité de l'approche, cependant, il y a lieu de se poser le devenir de l'enfant sorti guéri une fois dans la communauté.

Question de réflexion pour le futur

9. Merci pour l'exposé Kevin. L'orateur Kevin n'a pas été explicite sur la durée du traitement. J'ai compris les conclusions de l'étude sur Optima plus efficace et moins couteux. Mais restons sur la durée du traitement. Est-ce que la durée plus longue, n'influence pas sur le cout du traitement ?

Pas de duree plus longue que le protocole PCIMA normal

10. Thanks Kevin, in how far can difference in outcome at 6m be attributed to supply problems in the standard arm?

We managed the RUTF supply for SAM in the standard arm and for SAM and MAM in the OptiMA arm. MAM entrants – RUSF – in the standard arm was managed by WFP. There were no supply disruptions for RUTF but there were for RUSF. So any differences in outcomes only relate to the MAM kids in the standard arm. BUT per protocol analysis was similar to intention to treat analysis, so we feel that this did not impact greatly the results at 6 months. And the SAM to SAM comparison was not affected at all.

11. Is there a further analysis of relapse cases- eg underlying (chronic) pathologies? Others (medical) treatments provided during the 6m follow-up period?

Our endpoint was 6 months after randomization (so about 4-5 months after treatment exit) so we have a good idea of relapse 4-5 months after treatment (very little). But we did do a relapse survey following OptiMA Yako, Burkina Faso, where there was also low rates of relapse. Document shared in attached file.

12. Pouvons-nous avoir aussi un tableau comparatif des indicateurs dans les approches versus approche standard: Taux de guérison, taux d'abandon, taux de rechutes,...

These will all be available once the article runs in Lancet Global Health. It is currently in press, but we do not have an exact date.

13. Optima:1) le coût opérationnel ou de support??? 2) dans le suivi des enfants quel était le paquet soins pédiatrique Optima et le bras standard?...

Not sure I understand question 1. But for question 2, all care was the same in both arms. This was an individually randomized control trial so children from both arms were seen by the same clinical staff.

## B. les adaptations de la RDC

- il y a une autre question concernant le traitement systématique: Vous ne donnés pas de traitement systématique pour les enfants suivi par les relais dans les CAC?

Le traitement systématique est administré aux patients dans les CAC selon le protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe en vigueur en RDC

État nutritionnel	Médicament	Quand	Combien de temps	A qui	Dosage	Nombre de comprimée
PB >90 mm et <115 mm Et sans Œdèmes bilatéraux	Amoxicilline	A l'admission	7 jours	6-11 mois	250 mg	14 (2 comprimés par jour)
				12-59 mois	500 mg	14(2 comprimés par jour)
	Albendazole	2 <sup>eme</sup> visite	1 jour	12-23 mois	200 mg	1
				24-59 mois	400 mg	1
	Vitamine A	4 <sup>eme</sup> visite s'ils ne l'ont pas reçu dans les 4 mois à 6 mois	1 jour	6-11 mois	100.000 UI	1
				12-59 mois	200.000 UI	1

État nutritionnel	Médicament	Quand	Combien de temps	A qui	Dosage	Nombre de comprimée
115 ≤ PB < 125 mm	Albendazole	2 <sup>eme</sup> visite	1 jour	12-23 mois	200 mg	1
				24-59 mois	400 mg	1
	vitamine A	4 <sup>eme</sup> visite s'ils ne l'ont pas reçu dans les 4 mois à 6 mois	1 jour	6-11 mois	100.000 UI	1
				12-59 mois	200.0	1

- Et comment se faisait l'examen clinique systématique au niveau communautaire pour détection des complications?

Les examens cliniques au niveau des CAC se faisaient par les relais communautaires avec l'appui des animateurs communautaires. L'examen clinique était basé sur l'identification des signes de danger tels :

- Raideur dans le cou
- Inconscient ou anormalement somnolent
- Interroger l'accompagnant sur
  - Convulsions
  - Incapacité d'allaiter ou boire
  - Vomissement régulier
- Evaluation
  - PB < 90 mm
  - œdèmes bilatéraux

Si l'enfant présente l'un des signes ci-dessus, il est immédiatement transféré vers un centre de santé

3. Le plumpy doz était destinée à quelle cible?

Les plumpy doz étaient destinés aux enfants âgés de 6 à 23 mois non-malnutris avec un PB > 125 mm et PB < 130 mm

4. A quel moment intervient le passage de 2 sachets de RUTF chez le MAS à un seul sachet/jour pour l'enfant ex MAS??

Le passage de 2 ATPE à 1 ATPE se fait lorsque le PB  $\geq$  115 mm, après deux mesures consécutives (2 semaines)

5. L'adoption de cette approche simplifiée au niveau national impliquera-t-elle la disparition du plumpy sup dans la prise en charge des MAM?

L'adoption de l'approche simplifiée ne fera pas disparaître le protocole standard PCIMA. Il s'agit de créer une annexe au protocole standard pour l'utilisation du protocole simplifiée selon certains critères ou environnement précis. Autrement dit la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée sera toujours effective.

6. est-ce que le calcul de la quantité d'ATPE donné par les mères en traitement MAS à domicile a été vérifié et confirmé par d'autres ressources comme les Reco ou agent de santé?

Les mères n'administraient pas les ATPE aux enfants. Les mères faisaient le suivi de la prise des ATPE par les enfants au niveau de chaque ménage. La posologie était administrée par le relais communautaire qui était responsable de la gestion des CAC.

7. Qu'en est-il aussi de la durée moyenne de séjour comparée entre les deux approches simplifiée et Standard

Il n'y a pas eu une étude comparative entre le protocole simplifié et le protocole standard. Néanmoins, la durée de séjour des enfants MAM et MAS a été calculée pour le protocole simplifié et comparé aux normes du protocole standard comme indiqué dans le tableau ci-dessous

Indicateur	Approche simplifiée	Norme Protocole standard
Durée de séjour MAS	41,1±14,3	45 jours
Durée de séjour MAM	26,6±10,9	60 jours

8. Nous avons observés un partage de la ration d'ATPE entre les enfants dans le cadre du protocole standard, avec la dose réduite du protocole simplifié, pensez-vous que ce partage ne serait pas défavorable au rétablissement des enfants avec 2 sachets/jr pour les MAS et 1 sachet/jr pour les MAM?

Il y avait au moins un relais communautaire par village ce qui facilitait la supervision de proximité des enfants pris en charge avec l'appui des animateurs communautaires. Nous n'avons pas observé une proportion importante de la distribution des ATPE dans les ménages. Pour lever cette inquiétude, nous allons réaliser dans la deuxième phase du projet pilote une étude d'acceptabilité d'une dose réduite d'ATPE pour la prise en charge des enfants MAS

9. En excluant le contrôle du poids chez les enfants suivi, pensez-vous que le poids n'a pas d'influence sur le BP?

Les études sur l'utilisation du PB uniquement se développent au fur et à mesure que les preuves s'accumulent que le gain de poids et le gain de PB se suivent, et que **la trajectoire du gain de poids et du gain du périmètre brachial est maximale au cours des 2-3 premières semaines du traitement**<sup>1</sup>. Le périmètre brachial devient ainsi un outil pratique pour toutes les phases de la programmation nutritionnelle : dépistage, admission, suivi de la récupération et détermination de la sortie

10. Il faudra bien approfondir par rapport à l'examen Clinique vu que le RECO aurait difficile à identifier le développement d'une complication respiratoire par exemple

L'identification des complications médicales étaient sur la supervision des animateurs communautaires qui avaient une compétence en soins infirmiers. Ces animateurs renforçaient la compétence des RECO à identifier certaines complications.

11. Si la prise en charge de cas de MAM et MAS sans complications Médicales se fait au niveau des CAC (niveau communautaire), quel rôle joueraient les Centres de Santé (UNTA) dans un programme PCIMA?

L'infirmier du centre de santé était le responsable de la mise en place des activités dans les CAC. Il avait plusieurs rôles :

- Faire le suivi des admissions dans la CAC
- Faire des supervisions au niveau communautaire
- Assure le ravitaillement des intrants dans les CAC
- Compiler les statistiques mensuelles
- Faire le suivi de la stratégie PB famille dans la communauté

12. Merci pour la présentation, juste quelques questions sur le projet pilote du MSP RDC:

- comment est-ce que le suivi médical des enfants étaient fait dans la communauté.

Les examens cliniques au niveau des CAC se faisaient par les relais communautaires avec l'appui des animateurs communautaires. L'examen clinique était basé sur l'identification des signes de danger tels :

- Raideur dans le cou
  
- Inconscient ou anormalement somnolent
- Interroger l'accompagnant sur
  - Convulsions
  - Incapacité d'allaiter ou boire
  - Vomissement régulier
- Evaluation
  - PB<90 mm
  - œdèmes bilatéraux

Si l'enfant présente l'un des signes ci-dessus, il est immédiatement transféré vers un centre de santé

---

<sup>1</sup> Isanaka S, Hanson KE, Frison S, et al. (2018) MUAC as the sole discharge criterion from community-based management of severe acute malnutrition in Burkina Faso. *Matern Child Nutr* 15, e12688.

Ackatia-Armah RS, McDonald CM, Doumbia S, et al. (2015) Malian children with moderate acute malnutrition who are treated with lipid-based dietary supplements have greater weight gains and recovery rates than those treated with locally produced cereal-legume products: a community-based, cluster-randomized trial. *Am J Clin Nutr* 101, 632–645.

13. Pour la MAM, quelle était la durée de traitement avec 1 sachet ATPE/J et la quantité consommée?

Pour la durée du traitement, il faudra se référer à la question 7

Quantité consommé d'ATPE

	<b>APPROCHE SIMPLIFIEE</b>	<b>APPROCHE STANDARD</b>
<b>Zone de Santé</b>	<b>Posologie moyenne ATPE MAS</b>	<b>Posologie moyenne ATPE MAM</b>
Binza Meteo	74	44
Nyankunde	81	46

14. Est-ce que des rechutes ou des non répondant ont été observés?

Nous n'avons pas constaté les rechutes au cours du projet et deux mois après la fin du projet

15. Question sur la présentation en cours au niveau de Binza Meteo et Nyakunde: Il s'agit de quelle couverture? Physique du programme? Ou en fonction des enfants attendus dans le programme?

Il s'agit de la couverture de traitement des enfants souffrant de malnutrition aigüe. Nous avons réalisé une enquête de grande couverture communautaire. La couverture était une couverture unique et non une couverture de période de traitement. Or dans le cadre des enquêtes de couverture SLEAC et SQUEAC, les couvertures uniques sont calculées avec une petite taille d'échantillon. Pour pallier ce problème de taille d'échantillon dans le cadre de l'enquête de grande couverture du projet pilote, un échantillon suffisamment grand des cas dans cette enquête de couverture a été calculé pour estimer les couvertures dans les zones du projet pilote avec plus de précision<sup>2</sup>. Par conséquent, dans les bras d'intervention, 2 enquêtes distinctes à grande échelle portant sur les indicateurs précis ont été réalisées afin d'identifier les niveaux des couvertures. Les résultats de ces enquêtes ont été analysés pour estimer la couverture du traitement MAS et MAM avec un intervalle de confiance de 95%.

Le calculateur Sampsize indiqué pour ce type d'enquête a été utilisé pour calculer la taille d'échantillon requise pour les maladies dans la communauté<sup>3</sup>.

16. La qualité de soins offerts par les relais dans les CAC était là même que celles des infirmiers au niveau des UNTA, surtout en ce qui concerne les indicateurs de performance. Quels sont les éléments sur lesquels l'étude s'est basée pour établir cette différence

Les données des fiches de suivi individuels des patients avaient été encodées. Par la suite une analyse de cette BBD avait été réalisée au niveau des données des CAC et du centre de santé. Après analyse des données et réalisation du test statistique, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de différence au niveau des performances en les enfants pris en charge dans les CAC et dans les centres de santé. Les indicateurs de performance obtenus dans les CAC et CS respectent les normes du protocole standard

<sup>2</sup> Plus d'informations à la page 127 du manuel technique SQUEAC et SLEAC( 36)

<sup>3</sup> <http://sampsizetool.sourceforge.net/iface/index.html#prev>

Indicateur	Résultats obtenus				Norme Protocole standard
	ZS BINZA METEO		ZS Nyakunde		
	CAC	Centre de santé	CAC	Centre de santé	
Taux de guérison MAS	96,6%	98,6%	100%	98,4%	75%
Taux d'abandon MAS	3,4%	1,4%	0,0%	1,6%	<15%
Taux de décès MAS	0%	0%	0%	0%	<5%