



Mise en œuvre des approches simplifiées recommandées dans la prise en charge de la malnutrition dans le cadre du COVID-19 en RDC. Rapport de consultation

Rapport réalisé par : Martha Nakakande
(Conseillère Tech RRT PCMA/ANJE)

Clause de non-responsabilité

Ce rapport est rendu possible grâce au soutien généreux de l'USAID et d'Irish Aid. Cependant, les contenus relèvent de la responsabilité du Tech RRT et des conseillers individuels et ne reflètent pas nécessairement les opinions de ces donateurs.

Table des matières

Table des matières2

Synthèse3

Introduction5

But6

Objectif global6

Objectifs spécifiques6

Méthodologie6

Collection des données8

Risques et limites8

Résultats**Error! Bookmark not defined.**

Participants9

Expériences avec les approches simplifiées.9

Praticabilité des approches.10

Hiérarchisation des priorités par thème.12

Sélection d'un ensemble d'approches simplifiées à déployer.12

Conclusion et recommandations.15

Annexes**Error! Bookmark not defined.**

Annexe 1 : Agenda pour les réunions de groupe **Error! Bookmark not defined.**

Annexe 2 : Liste des participants16

Annexe 3 : Matrice de hiérarchisation des priorités des approches simplifiées17

Annexe 4 : Questionnaire de consultation individuelle.17

Synthèse

Plusieurs pays partout dans le monde ont été affectés par la pandémie de COVID-19. Malgré les mesures préventives mises en place, la République Démocratique du Congo (RDC) a été touchée à partir du 10 mars 2020. Jusqu'en mai 2020, 1455 cas et 61 décès ont été enregistrés. Pour riposter contre la propagation de l'épidémie, le Ministère de la Santé (MS), à travers le programme national de nutrition (PRONANUT) en collaboration avec le Cluster Nutrition, a élaboré et diffusé un manuel d'orientation (avril 2020) fournissant des recommandations d'ajustements qui pourraient être appliqués aux programmes de nutrition de routine. Initier des approches simplifiées par des bénévoles dans les domaines où cela est possible et où les ressources sont disponibles est l'une des dites recommandations. Le PRONANUT, en collaboration avec le Cluster Nutrition, a décidé de poursuivre la recommandation sur les approches simplifiées présentées dans le manuel d'orientation. Un processus de consultation a été mené pour déterminer quelles sont les approches simplifiées les plus appropriées.

L'objectif global de la consultation était de mettre à disposition de tous les intervenants, incluant les partenaires mettant directement en œuvre les activités de l'IMAM, un forum pour examiner les aspects clés des différentes approches simplifiées, y compris les avantages et les inconvénients, et partager leurs points de vue et opinions pour déterminer quelles sont les adaptations les plus appropriées dans le contexte de la COVID-19 dans chacune des zones de santé sélectionnées.

Toutes les activités et l'accompagnement ont été réalisés à distance. Des méthodes qualitatives ont été utilisées pour recueillir les informations. Les participants comprenaient des représentants du groupe de travail technique de l'IMAM (GTT), du PRONANUT, de l'UNICEF, du PAM et d'ONG, ONG nationales comprises. Le processus comportait des discussions consultatives, un questionnaire individuel, une matrice de hiérarchisation des priorités et une discussion finale sur l'ensemble sélectionné d'approches simplifiées par un groupe de travail.

Les résultats principaux de la consultation étaient les suivants :

Expériences avec les approches simplifiées. Les résultats ont montré que 37,5 % des répondants au questionnaire individuel avaient un certain niveau d'expérience dans une ou plusieurs des adaptations. Il y a plus d'expérience avec 1) l'utilisation d'un seul produit pour le traitement de la MAM et de la MAS, 2) le PB Mères et 3) la réduction des visites de suivi. L'adaptation la moins familière était le traitement de la malnutrition aiguë par les agents de santé communautaires ou les bénévoles.

Praticabilité des approches. Dans l'ensemble toutes les adaptations ont été considérées pertinentes par les organisations. Sur la base des six domaines thématiques qui ont été examinés ; le PB Mères et l'usage du PB uniquement avec œdème pour l'admission, le suivi et la sortie, et le traitement combiné de la MAS et de la MAM dans le cadre d'un programme, étaient les trois principales adaptations considérées comme réalisables. Le traitement de la malnutrition aiguë comprenant le traitement médical par les agents communautaires de la santé a été considéré comme peu plausible.

L'ensemble des mesures approuvées comporte les adaptations suivantes : 1) PB Mères 2) Utilisation du PB et de l'œdème comme critères d'admission, de suivi et de sortie 3) Le traitement combiné de la MAS et la MAM en un seul programme 4) L'usage d'un même produit (ATPE) pour le

traitement à la fois de la MAS et la MAM 5) La modification de la quantité d'ATPE administré en donnant 2 sachets aux cas de MAS et 1 sachet pour tout les cas de MAM par jour 6) La fréquence réduite de visites de suivi et 7) Le recours aux ACS pour traiter la malnutrition aiguë comprenant un traitement médical.

Introduction

En décembre 2019, la Chine a déclaré une épidémie causée par un nouveau coronavirus (SARS-CoV-2), appelé maladie à Coronavirus 2019 ou COVID-19. À ce jour, tous les continents sont affectés par l'épidémie. Vu la gravité de la situation, le Directeur Exécutif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré le 30 janvier 2020 que cette épidémie était « une urgence de santé publique de portée internationale » (USPPI) avant qu'elle ne soit qualifiée de pandémie depuis le 11 mars 2020.

Comme d'autres pays africains, la RDC était sous-préparée pour faire face à la pandémie de COVID-19. En dépit des mesures préventives mises en place, le pays a été touché dès le 10 mars 2020. De ce jour au 16 mai 2020, le pays a enregistré 1455 cas et 61 décès. Actuellement (18 mai 2020) 7 provinces sont touchées (Ville de Kinshasa : 1356 cas ; Kongo Central : 72 cas ; Haut-Katanga : 11 cas ; Nord-Kivu : 8 cas ; Sud-Kivu : 4 cas ; Ituri : 2 cas et Kwilu : 1 cas). La ville-province de Kinshasa reste l'épicentre de l'épidémie.

Pour riposter contre la propagation de l'épidémie, le Ministère de la Santé à travers le programme national de nutrition (PRONANUT) en collaboration avec le Cluster Nutrition a élaboré et diffusé dans tout le pays un manuel d'orientation¹ fournissant des recommandations pour les ajustements qui pourraient être apportés aux programmes de nutrition de routine (incluant les traitements internes et ambulatoires des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë, l'ANJE-E, et le traitement et la prévention de la malnutrition chez les femmes enceintes et allaitantes). Ce manuel offre des recommandations pratiques visant à minimiser le risque que les programmes de nutrition deviennent des sources de transmission de la COVID-19.

Ce manuel d'orientation va plus en détail dans différents domaines de programmation dans une série d'annexes (anthropométrie, émaciation, messages pour les agents de santé, les communautés et l'ANJE-E). L'annexe sur l'émaciation recommande que les Programmes Intégrés de Gestion de la Malnutrition Aiguë (IMAM/PIGMA) intègrent de nouvelles adaptations au traitement de la malnutrition aiguë afin de réduire les possibilités de transmission de la COVID-19. Les ajustements sont basés sur la communauté (comme le PB Mères et la communication sur le changement de comportement pour l'ANJE-E) et proposent des approches simplifiées par des bénévoles dans les domaines où cela est possible et où les ressources sont disponibles. Les approches simplifiées incluent une gamme de modifications de l'approche IMAM standard telles que l'utilisation de la circonférence moyenne du bras ou Périmètre Branchial (PB) comme critère principal d'admission, de suivi et de sortie, la hausse des seuils de PB, l'ajustement des quantités d'ATPE administrées, le traitement à la fois de la MAS et de la MAM sous OTP, l'utilisation de bénévoles pour traiter la MAS non compliquée et la réduction de la fréquence des suivis.

Le ministère de la Santé (MS), en collaboration avec le Cluster Nutrition, a décidé de poursuivre les recommandations sur les approches simplifiées présentées dans le manuel d'orientation en avril 2020. Un ensemble (encore à déterminer) d'approches simplifiées pour la prise en charge de la malnutrition aiguë a été testé dans cinq zones de santé différentes. Les cinq zones de santé (Gombe, Binza Ozone, Binza Météo, Manono et Nyankunde) ont été sélectionnées pour cette phase

¹ [Manuel d'orientation sur la Nutrition et la pandémie de COVID-19 en République Démocratique du Congo, 1 Avril 2020, République Démocratique du Congo Cluster Nutrition et Ministère de la Santé Publique](#) et [les annexes](#)

de test car elles représentent certains des districts les plus touchés par la COVID-19 (Gombe, Binza Ozone et Binza Météo ont le plus grand nombre de cas de COVID-19 et Manono et Nyankunde, des provinces du Tanganyika et de l'Ituri, représentent respectivement des contextes ruraux).

But

Au niveau du pays, il n'y a pas eu de décision ferme prise quant à ce que l'ensemble des approches simplifiées impliquerait. Un processus de consultation a été mené afin de déterminer quelles seraient les approches simplifiées le plus appropriées. Une consultation a été menée pour examiner les défis liés à certaines approches (par exemple, en utilisant le PB comme seul critère d'admission, de suivi et de sortie) et évaluer les mesures visant à atténuer ces risques (par exemple en utilisant des critères d'admission plus larges). Le but du processus de consultation était de fournir une plate-forme pour le dialogue sur les approches simplifiées. Différents aspects ont été appréciés afin de déterminer l'ensemble le plus approprié d'approches simplifiées à déployer dans les zones sélectionnées.

Objectif global

Mettre à disposition de tous les intervenants un forum, incluant les partenaires mettant directement en œuvre les activités de l'IMAM, pour examiner les aspects clés des différentes approches simplifiées, y compris les avantages et les inconvénients, et partager leurs points de vue et opinions pour déterminer les adaptations les plus appropriées dans le contexte de la COVID-19 dans chacune des zones de santé sélectionnées.

Objectifs spécifiques

1. Fournir aux participants un aperçu des différentes approches simplifiées
2. Recueillir des informations sur les idées et les préoccupations des partenaires concernant les approches simplifiées et la praticabilité de leur déploiement.
3. Comprendre les besoins du partenaire en termes de connaissances et d'accompagnement afin de mettre en place des adaptations.
4. Convenir de l'ensemble approprié d'approches simplifiées à mettre en œuvre dans le contexte actuel.

Méthodologie

Toutes les activités et l'accompagnement ont été réalisés à distance. Des méthodes qualitatives ont été utilisées pour recueillir les informations. Une liste de 37 personnes (voir liste en annexe) compilée par le coordinateur du cluster nutrition du GTT RDC sur l'IMAM, le PRONANUT, l'UNICEF, le PAM et les ONG, y compris les ONG nationales, a été utilisée comme base de données des intervenants pour le processus de consultation. Le processus a comporté des discussions consultatives, un questionnaire individuel, une matrice de hiérarchisation des priorités et une discussion finale sur l'ensemble sélectionné d'approches simplifiées par un petit groupe de travail.

Réunions de consultation. Une série de réunions a été organisée. La première réunion a réuni 37 participants (voir liste en annexe). Au cours de cette réunion, le but général des termes de

référence pour le soutien technique RRT et les objectifs de la consultation ont été partagés. Le processus a été discuté en détail, y compris la matrice. Lors de la même réunion, une brève présentation a été faite par le conseiller technique RRT sur les différentes approches simplifiées et leurs avantages, inconvénients, défis potentiels lors de la mise en œuvre et les solutions proposées. Au cours de la même réunion, la méthodologie pour réaliser la matrice de hiérarchisation des priorités a été discutée.

Les activités entreprises au cours du processus de consultation étaient les suivantes :

- Discussions de groupe en ligne : 2 réunions de groupe ont eu lieu en ligne avec le public pour discuter des approches, des avantages et des inconvénients et des défis potentiels lors du déploiement et suggérer des solutions. Des discussions bilatérales ont eu lieu avec les principales ONG partenaires, l'UNICEF et le PAM.
- La matrice de hiérarchisation des priorités : a été une opportunité pour évaluer la capacité, la préparation et la volonté au niveau de l'organisation pour les diverses adaptations. Une liste des facteurs contributifs (ou bloquants) a été établie. En utilisant une échelle de 1 à 5 (5 pour très fortement et 1 pour pas du tout), un facteur donné a été noté en fonction de sa contribution ou de son impact sur le déploiement des adaptations. Les informations saisies dans la matrice englobaient les structures en place, la facilité de déploiement, la volonté des partenaires et les ressources ; et elles seront utilisées pour déterminer et hiérarchiser les approches qui conviennent le mieux au contexte en présence. Les domaines thématiques portaient sur ce qui suit :
 - Contribution globale des approches à la stratégie organisationnelle
 - Structure et infrastructure de santé en place au niveau du terrain
 - Les ressources humaines
 - Les opérations, y compris la logistique
 - Les aspects spécifiques à la COVID-19 (fournitures supplémentaires, PIC, EPI, défis par exemple refus des travailleurs de fournir des services, refus de membres de la communauté, etc.)
 - L'engagement communautaire, incluant une composante sensible au genre.
- **Questionnaire en ligne pour les participants utilisant Survey Monkey** : Le questionnaire en ligne a été envoyé à l'ensemble des 37 participants pour obtenir leurs points de vue et opinions basés sur leur connaissance du contexte actuel et, où c'est possible, leurs expériences sur l'utilisation d'approches simplifiées dans le contexte de la COVID-19. Le questionnaire était centré sur les expériences et les connaissances des participants sur les approches, la praticabilité sur terrain basé sur la programmation actuelle et les défis potentiels de qualité.
- **Dialogue et communication continus pendant le processus** : Pendant que les diverses organisations compilaient la matrice, la communication était maintenue pour s'assurer que les différents partenaires comprenaient ce qui était requis. Des discussions supplémentaires ont eu lieu avec certains des partenaires lorsque les matrices complétées ont été examinées pour obtenir des éclaircissements sur certaines des informations rapportées.
- **Examen des données du programme de routine et des rapports d'enquête pour analyser l'impact potentiel de différentes approches simplifiées, en particulier l'approche MUAC uniquement.** Aucune donnée des zones sélectionnées n'était disponible et pour la plupart des enquêtes dans les zones de santé qui sont proches, il n'a pas été possible d'obtenir des

ensembles de données. Seul le jeu de données d'une enquête SMART menée à Kingasani et Biyela a été consulté et analysé.

Collecte des données

L'ensemble du processus de consultation s'est déroulé à distance, dirigé par le conseiller technique RRT avec le soutien du coordinateur du cluster. Un mémoire sur les approches simplifiées a été partagé en avance afin que les participants soient informés. La matrice de hiérarchisation des priorités et le questionnaire individuel visaient à amener les participants à partager leurs opinions et leurs préoccupations sur les approches et la voie pour avancer. L'ensemble du processus a pris 14 jours.

Les méthodes utilisées ont été les suivantes :

1. La modération de discussions pendant les réunions.
2. Les conférences téléphoniques pour des discussions bilatérales avec les partenaires.
3. Les entretiens individuels. Le nombre d'entretiens réalisés a été déterminé par les résultats du groupe et des discussions bilatérales. Au total, 3 entretiens ont eu lieu.
4. Le questionnaire individuel
5. Liste des prérequis clés pour l'ensemble sélectionné lors de la formation sur les approches simplifiées.

Risques et limites

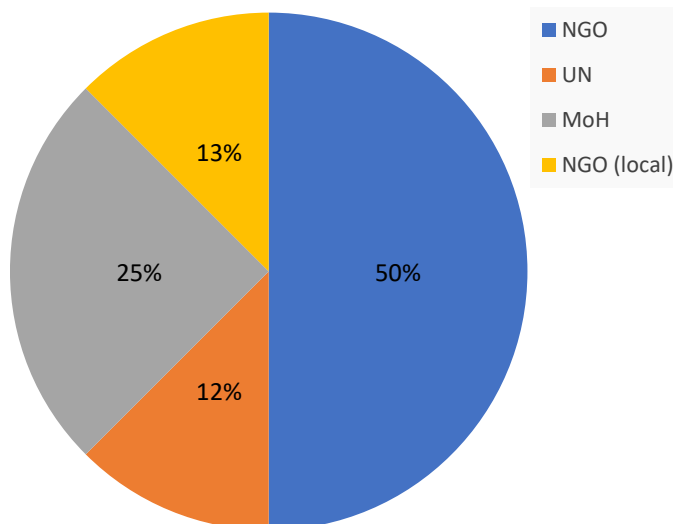
Tableau 1: Risque et limites

Restriction	Atténuation
Les défis du travail virtuel (mauvaise connectivité, connaissance limitée des plates-formes / applications, coordination limitée).	Fourniture de diverses plates-formes en ligne, dont certaines qui utilisent une faible bande passante Internet ou qui sont accessibles à la fois par ordinateur et smartphone. Il y avait aussi l'alternative de passer des appels téléphoniques. La coordination du coordonnateur du cluster nutrition a également été très utile.
Participation limitée.	Utilisation de divers outils pour garder les participants engagés, utiliser la vidéo autant que possible et assurer une bonne animation.
Attentes irréalistes compte tenu du calendrier, de la technologie disponible et de la méthode d'accompagnement.	Le TDR du conseiller Tech RRT a été partagé avec l'UNICEF et PRONANUT. Lors de la réunion de présentation, le but et les objectifs de la consultation et le soutien général ont été clairement expliqués.
Priorités concurrentes parmi certains des participants.	L'identification correcte des participants, la communication claire de l'objectif de la consultation et le partage ponctuel de toutes les informations pertinentes, y compris les dates auxquelles les diverses activités seront menées, l'heure.
Trouver un terrain d'entente sur l'ensemble le plus réalisable d'approche simplifiée à piloter.	Des discussions structurées et s'assurer que les participants comprennent bien la matrice de hiérarchisation des priorités qui a été utilisée. S'assurer que les discussions aient lieu dans un climat de coopération et de respect mutuel.

Résultats

Participants

Le processus de consultation a été suivi par divers membres du personnel du ministère de la Santé, des Nations Unies et des organisations représentées par un total de 37 participants. Ceux-ci comprenaient : l'Unicef, PRONANUT, des représentants de l'IMAM, du département iCCM, du suivi et de la surveillance de la nutrition et des GTT de l'ANJE-E, Caritas-Congo, INTERSOS, le programme national IRA, ADRA, ALIMA, SDC, COOPI, SCI, MDA, PAM, MSF et ACF. Les 37 personnes ont participé aux 2 réunions clés (réunion initiale et réunion de partage des résultats), tandis que 9 organisations ont rempli la matrice de hiérarchisation des priorités et 19 personnes ont répondu aux questionnaires individuels.



Sur les 19 questionnaires individuels reçus, 50 % des réponses provenaient d'ONG internationales suivies du ministère de la Santé, des Nations Unies et d'ONG nationales. Il est à noter que 3 des 19 questionnaires étaient incomplets et n'ont donc pas été inclus dans l'analyse.

Expériences avec les approches simplifiées.

Dans l'ensemble, 37,5 % (6) des 16 répondants au questionnaire individuel ont de l'expérience dans une ou plusieurs des adaptations. Le personnel de PRONANUT avait une expérience très limitée et ne s'est pas noté comme « ayant de l'expérience » en général. Les participants avaient plus d'expérience avec 1) l'utilisation d'un seul produit pour le traitement de la MAM et de la MAS, 2) le PB Mères et 3) la réduction des visites de suivi. L'adaptation avec laquelle ils étaient le moins familiers avec était le traitement de la malnutrition aiguë par les agents communautaires de santé ou les bénévoles. Pour la plupart des répondants, leur expérience provient des projets pilotes actuellement en cours en RDC et d'autres pays comme le Niger et le Soudan du Sud. Pour la plupart des participants du côté du ministère de la Santé, leur expérience provient de l'interaction avec des partenaires qui pilotent les adaptations dans le pays.

Tableau 2: Expériences sur les différentes adaptations

Adaptation	Aucune expérience	Un peu d'expérience	Expérience
Détection et traitement à la fois de la MAS et de la MAM dans un seul programme et au point de livraison.	56 % (9)	19% (3)	25% (4)
Utiliser un seul produit pour traiter la MAS et la MAM	50% (8)	19% (3)	31% (5)
Utiliser le PB et l'Oedème comme critères d'admission et de sortie	63% (10)	0% (0)	37% (6)
Modification de la quantité de l'ATPE : a) la quantité donnée non basée sur le poids (2 : 1 pour MAS : MAM).	62,5 % (10)	25% (4)	12,5 % (2)
Modifier la quantité d'ATPE : b) Réduction progressive du dosage d'ATPE, soit pour les patients atteints de MAS soit pour les enfants atteint de malnutrition aiguë pendant leur rétablissement.	56 % (9)	31% (5)	13% (2)
Réduire la fréquence de visites de suivi	44% (7)	19% (3)	37% (6)
Recours aux ACS pour gérer la malnutrition sans complications, y compris le traitement médical (MAS et MAM)	81% (13)	6% (1)	13% (2)
L'approche du PB Mères	43,7 % (7)	12,5 % (2)	43,7 % (7)

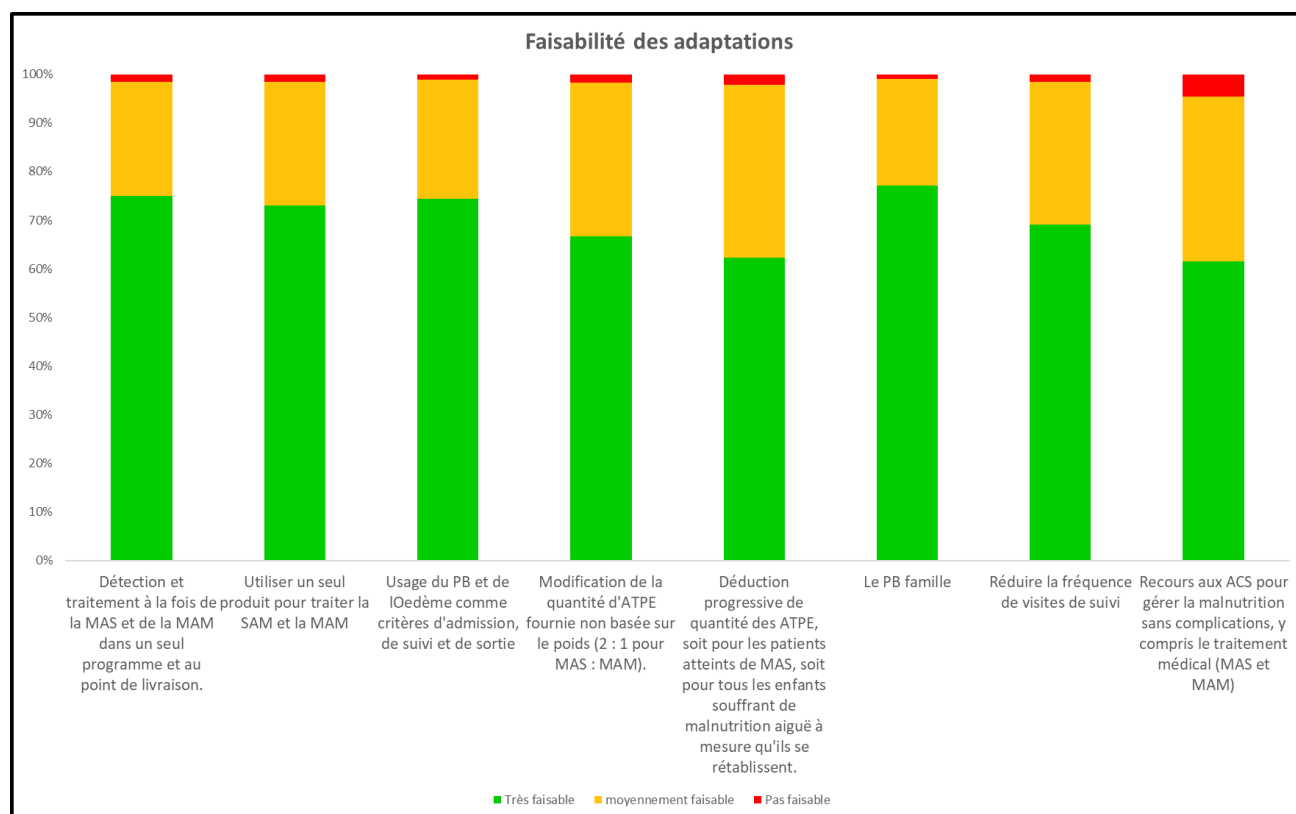
Praticabilité des approches.

Toutes les organisations ont indiqué que les diverses adaptations étaient pertinentes pour leur stratégie organisationnelle globale, chaque adaptation recevant une note de 5 en moyenne dans la matrice de hiérarchisation des priorités. Sur base des six domaines thématiques examinés ; l'approche du PB Mères, l'usage du MUAC uniquement avec œdème pour l'admission, le suivi et la sortie, et le traitement combiné de la MAS et de la MAM dans le cadre d'un programme, étaient les trois principales adaptations considérées comme réalisables.

La cotation des questionnaires individuels était similaire à ce qui était présenté dans la matrice. Bien que les 3 premiers étaient les mêmes, le début du questionnaire individuel portait sur l'utilisation du PB uniquement avec œdème pour l'admission, le suivi et la sortie, suivi de l'usage d'un seul produit pour traiter à la fois la MAS et la MAM et troisièmement, l'approche du PB Mères. Les raisons de prioriser le PB Mères incluaient :

- La capacité existante parmi les partenaires
- Plus d'expérience avec l'approche du PB car elle a été appliquée plus longtemps que les autres adaptations
- La composante qualité est toujours la responsabilité des agents de santé
- Disponibilité / accès facile aux rubans de mesure du PB
- Potentiel pour couvrir des villages qui sont très reculés

Figure 1: Notation de praticabilité de chaque adaptation basée sur la matrice



D'après la matrice de hiérarchisation, le traitement de la malnutrition aiguë comprenant le traitement médical par des agents communautaires de santé, a été considéré comme peu plausible. Cela a été suivi par La réduction progressive de la posologie des ATPE pour les patients atteints de MAS ou pour tous les enfants souffrant de malnutrition aiguë pendant leur rétablissement ainsi que par la réduction de la fréquence des visites de suivi. Le même classement a été déduit des questionnaires individuels. Les préoccupations majeures pour considérer les adaptations mentionnées comme les moins réalisables incluaient :

- Problèmes de qualité, par exemple craintes que les agents communautaires de santé ne gèrent pas les soins complexes impliqués en particulier dans l'administration des médicaments.
- Un engagement limité des travaux de santé avec les acteurs communautaires incluant les ACS.
- Les défis d'approvisionnement, comprenant les canalisations irrégulières, la distribution en particulier dans les villages difficiles d'accès, le stockage et la sécurité des approvisionnements au niveau communautaire.
- Capacité limitée d'inciter les agents communautaires de santé efficacement.

Prioriser par domaine thématique.

Le terme de priorité a été utilisé pour désigner combien réalisable serait une adaptation donnée. La praticabilité a été classée de la plus réalisable à la moins réalisable, désignée comme l'option 1 pour la plus réalisable jusqu'à l'option 6 pour la moins réalisable. Chaque adaptation a été analysée par rapport à chacun des six domaines thématiques individuels. Ceci était fait pour trouver quelle adaptation serait considérée la plus appropriée compte tenu des ressources disponibles, de la capacité et de la structure du système de santé en place. Le PB Mères et l'utilisation du PB comme seuls critères d'admission, de suivi et de sortie étaient les adaptations les plus prioritaires. Lorsque les approches simplifiées ont été analysées individuellement pour chaque domaine thématique, le PB Mères a été choisi comme première option dans 5 des 6 domaines thématiques. L'utilisation du PB uniquement pour l'admission, le dépistage et les sorties a été choisie comme première option dans 3 des 6 domaines thématiques. Il convient de noter que bien que le recours aux ACS pour gérer la malnutrition sans complications comprenant le traitement médical, ait été considérée comme l'adaptation la moins réalisable/ préférée, elle s'est classée deuxième option la plus réalisable lors de l'analyse par rapport au domaine thématique communautaire. Les autres adaptations ont reçu des scores variés de la deuxième à la quatrième option, comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Il n'y avait pas de 5e et 6e options, certaines approches ayant été classées au même rang pour 2 domaines thématiques ou plus.

Tableau 3: Hiérarchisation simplifiée des approches en fonction de chaque domaine thématique.

	Composant						
	Stratégie du programme	Structuration du système de santé sur le terrain	Ressources humaines	Aspects opérationnels /de mise en œuvre, y compris la logistique	Spécifique à COVID-19	Communauté	
exemples des approches	Détection et traitement de MAS et MAM dans un seul	Option 3 (14%)	Option 2 (13%)	Option 1 (13%)	Option 1 (13%)	Option 4 (11%)	Option 2 (13%)
	Utiliser un seul produit pour traiter MAS et MAM	Option 4 (12%)	Option 3 (12%)	Option 1 (13%)	Option 2 (12%)	Option 3 (12%)	Option 3 (12%)
	Utilisation unique du PB et de la présence œdème comme critères d'admission, suivi et	Option 2 (15%)	Option 1 (14%)	Option 1 (13%)	Option 1 (13%)	Option 2 (13%)	Option 2 (13%)
	Modification de la quantité des ATPE donnée non basé sur le poids.	Option 4 (12%)	Option 2 (13%)	Option 1 (13%)	Option 1 (13%)	Option 2 (13%)	Option 3 (12%)
	Réduction de la dose d'ATPE progressivement selon la récupération de l'enfant	Option 5 (11%)	Option 3 (12%)	Option 1 (13%)	Option 1 (13%)	Option 2 (13%)	Option 3 (12%)
	Approche PB familiale/PB mere	Option 1 (16%)	Option 1 (14%)	Option 2 (12%)	Option 1 (13%)	Option 1 (14%)	Option 1 (14%)
	Réduction de la fréquence des visites de suivi	Option 4 (12%)	Option 1 (14%)	Option 2 (12%)	Option 1 (13%)	Option 2 (13%)	Option 2 (13%)
	Traitement médical via les CAC	Option 6 (9%)	Option 4 (6%)	Option 3 (11%)	Option 3 (11%)	Option 4 (11%)	Option 2 (13%)

Sélection d'un ensemble d'approches simplifiées à déployer.

À la suite de l'analyse et de la présentation des résultats de l'exercice de matrice de hiérarchisation des priorités et des questionnaires individuels, il a été convenu de mettre sur pied un groupe de travail pour examiner les ressources actuellement disponibles pour le démarrage du pilotage. L'équipe spéciale incluait le GTT de la PCMA, l'UNICEF, le PAM et le PRONANUT. Au cours des discussions qui ont eu lieu en une journée, 7 adaptations ont été convenues et les conditions

préalables clés ont été répertoriées pour chaque adaptation. L'ensemble convenu inclue les adaptations suivantes :

1. Le PB Mères
2. Utilisation du PB et de l'Oedème comme critères d'admission, de suivi et de sortie
3. Traitement combiné de la MAS et de la MAM en un seul programme
4. Usage d'un seul produit (ATPE) pour le traitement à la fois de la MAS et de la MAM
5. Modification de la quantité d'ATPE fournie non basée sur le poids (2 sachets pour les cas de MAS et 1 sachet pour les cas de MAM par jour)
6. Fréquence réduite des visites de suivi
7. Recours aux ACS pour traiter la malnutrition aiguë sans complications comprenant un traitement médical

Au cours de la même réunion, il a été convenu de trouver des moyens par lesquels les enfants susceptibles d'être laissés de côté lors de l'usage de l'approche du PB uniquement seraient pris en charge. L'une des suggestions comprenait la distribution de PlumpyDOZ à tous les enfants ayant un PB de 125 mm à 130 mm.

Les prérequis pour chaque adaptation du groupe de travail sont indiqués dans le tableau ci-dessous en plus des prérequis qui ont été obtenus lors des formations qui ont eu lieu peu après la consultation. Les prérequis de la formation étaient basés sur une compréhension approfondie des différentes adaptations. Les formations se sont déroulées en 3 phases entre le 15 et le 30 juillet 2020

Tableau 4 : Prérequis pour chaque adaptation telle que proposée par le groupe de travail et à partir des formations

Analyse de la praticabilité des adaptations dans le cadre du pilotage des approches simplifiées pour la prise en charge de la MAM et de la MAS sans complications dans le contexte de la COVID-19	
Adaptation	Préalables
Le PB Famille	<ul style="list-style-type: none"> • Un suivi renforcé des acteurs communautaires • Motivation • Disponibilité améliorée de rubans MUAC • Formation des mères sur l'approche du PB Mères • Mécanisme de rétroaction
Usage du PB et de l'Oedème comme critères d'admission, de suivi et de sortie	<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement d'interventions préventives (ANJE, PlumpyDoz pour les enfants à risque etc.) pour offrir une alternative aux enfants qui seront exclus de l'admission en appliquant ce critère • Accroître le point de coupure du PB
Détection et traitement à la fois de la MAS et de la MAM dans un seul programme et au point de livraison.	AUCUNE
Utiliser un seul produit pour traiter la MAS et la MAM	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la disponibilité suffisante d'ATPE pour les cas de MAS and MAM • Bonne orientation de tous les acteurs (agents de santé, ACS, communauté)

	<ul style="list-style-type: none"> • Bons mécanismes de gestion des fournitures jusqu'au niveau communautaire
Réduire la fréquence de visites de suivi	Dans les zones affectées par la COVID-19
Modification de la quantité d'ATPE fournie non basée sur le poids (2 : 1 pour MAS : MAM).	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le suivi médical et nutritionnel • Mettre en place un suivi et une documentation individuels
Recours aux ACS pour gérer la malnutrition sans complications, y compris le traitement médical (MAS et MAM)	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les zones de santé où la PCIME et l'iccm sont actifs • Les ACS sont actifs et reçoivent de la motivation. • Personnel formé pour orienter les ACS • Supervision et suivi renforcés au niveau communautaire • Développement d'outils de suivi appropriés pour les ACS.

Review of routine programme and available survey data, from the chosen health zones.

Il n'y avait pas de données de programme de routine à examiner. L'examen visait à déterminer les informations contributives qui seraient utilisées pour analyser l'impact potentiel de différentes approches simplifiées. Des études ont montré que certains enfants peuvent manquer le traitement ou être mal classés lorsque l'adaptation du PB uniquement en tant que critères d'admission est utilisée. Une étude de Benjamin G. et al a analysé les données anthropométriques de 154 enquêtes représentatives de la population en RDC et a déterminé que si la WHZ n'était pas utilisée comme critère, 19,2% des cas de MAS seraient exclus du traitement et 14,1% des cas de MAS seraient traités comme le MAM.

Les rapports disponibles comprenaient le MICS 2018 et les rapports d'enquête des zones de santé à proximité (Maluku, Kikimi et Biyela) et ceux-ci ont été examinés en plus d'analyser l'ensemble de données de l'enquête Biyela et Kingasani SMART pour le nombre d'enfants susceptibles d'avoir été manqués si un basé sur les critères d'admission uniquement PB. Selon le MICS, les provinces de Kinshasa et Tanganyika ont respectivement 5,5% et 4% tandis que la province de l'Ituri a une prévalence élevée de MAG par WHZ de 11,2%, bien que la MAG par PB n'ait pas été collectée. L'enquête SMART pour la zone Kikimi réalisée par World Vision a montré un taux de MAG de 12,0%.

L'analyse de l'ensemble de données Biyela et Kingasana a révélé que, pour cette population, 53,5% ont été détectés par WHZ uniquement, 37,2% ont été détectés par PB uniquement et 9,3% ont été détectés simultanément par WHZ et PB. Compte tenu de la capacité de P/T et PB à détecter les mêmes cas d'émaciation, nous pouvons considérer cet échantillon comme ayant une discordance P/T/PB élevée. Bien que ces données ne représentent pas les zones de santé sélectionnées, elles peuvent donner un aperçu des effets de la mise en œuvre des approches simplifiées proposées et en particulier le PB uniquement pour l'admission, le suivi et le traitement sont accompagnés de mesures robustes pour prendre en charge les enfants qui peuvent être manqués.

Conclusion et recommandations.

Les approches simplifiées sont recommandées non seulement pour aider à réduire le risque de transmission de la COVID-19, mais elles ont également le potentiel de contribuer à l'amélioration globale de la stratégie de PCMA. Les approches simplifiées visent à accroître la simplicité de la prévention et du traitement de la malnutrition aiguë en améliorant la qualité, le coût, la couverture et la continuité. L'ensemble d'approches retenu l'a été principalement sur base des ressources disponibles ainsi que les capacités sur le terrain. Chaque organisation avait une note de praticabilité variable (très faisable, moyennement faisable et non faisable) pour une adaptation donnée, mais globalement, il a été admis que les 7 adaptations sont possibles à déployer dans les zones sélectionnées.

Les adaptations sélectionnées :

1. Le PB Mères
2. Utilisation du PB et de l'Oedème comme critères d'admission, de suivi et de sortie
3. Traitement combiné de la MAS et de la MAM en un seul programme
4. Usage d'un seul produit (ATPE) pour le traitement à la fois de la MAS et de la MAM
5. Modification de la quantité d'ATPE fournie non basée sur le poids (2 sachets pour les cas de MAS et 1 sachet pour les cas de MAM par jour)
6. Fréquence réduite des visites de suivi
7. Recours aux ACS pour traiter la malnutrition aiguë sans complications comprenant un traitement médical

Les conditions préalables telles que discutées par le groupe de travail seront capitales pour assurer un pilotage efficace des approches. Il est donc essentiel que tous les partenaires du cluster nutrition conjointement avec le PRONANUT s'assurent collectivement que ces conditions préalables sont rencontrées en tant qu'exigences minimales pour garantir une base solide pour la mise en œuvre des adaptations.

Il est important que les simplifications ne soient pas considérées comme une solution miracle aux défis inhérents au système de santé, mais plutôt comme une opportunité de s'attaquer davantage aux faiblesses déjà existantes et un moyen de trouver en permanence des moyens d'améliorer les programmes de nutrition dans le pays. Par conséquent, le cluster doit s'assurer de créer une plateforme de discussion sur la nécessité d'un changement dans la manière dont le programme PCMA est déployé, les défis existants et les solutions ; ces discussions devraient également inclure les donateurs.

Annexes

Annexe 1 : Agenda pour les réunions de groupe

- Présentation d'un mémoire sur les approches simplifiées
- Présentation des informations sur le processus de consultation (objectifs, approche, résultats)
- Discussion des avantages et des inconvénients des approches
- Séance de rétroaction sur les opinions, préoccupations ainsi que les défis potentiels lors du déploiement.
- Discussion sur comment compléter la matrice de hiérarchisation des priorités des approches
- Séance de questions et réponses.

Annexe 2 : Liste des participants

Liste des participants à la réunion de consultation sur les approches simplifiées.			
#	Nom	Position	Département de l'institution / organisation
1	Kalil SAGNO	Coordonnateur du Cluster Nutrition	UNICEF
2	BUMBA N'LOSI Nono	Président GTT	GTT PCIMA -RDC
3	Tusuku Toussaint	Chef division, formateur PCIME	Pronanut
4	Georges Alain TCHAMBA	Point focal prévention et prise en charge MA, section nutrition	UNICEF
5	Patrice BADIBANGA	Spécialiste de Nutrition	PAM
6	Brigitte KINI	Co-présidente	GTT-Nutrition COVID 19 (OMS)
7	DIAMFU MONGALA	Caritas	Caritas-Congo
8	Moussa ISSA	Gestionnaire du Programme Nutrition	INTERSOS
9	Fidèle ILUNGA	Formateur PCIME	Programme National IRA
10	Macky KYUSA	Conseiller technique en nutrition	ADRA
11	KALALA Danny	Coordonnateur du cluster Nutrition-Mbujimayi	
12	Moise KABONGO	Agent de nutrition	Bureau UNICEF région Ouest
13	Vanessa CIMPAKA	Membre GTT	GTT PCIMA- RDC
14	KAMBALE SABUNI Damien		Pronanut
15	Viviane MALEMBA SABUNI	Chef de service	Pronanut
16	Rosette MBANZA TSHIENDE	Point focal urgences, section nutrition	UNICEF
17	Ines LEZAMA	Cheffe de section Nutrition	UNICEF
18	Milca BORAMWEMA	Spécialiste de Nutrition	PAM
19	JuanCarlos MARTINEZ	Chef nutrition	PAM
20	KENGE Eunice	Vice-Conseiller technique en nutrition	ADRA
21	Victoire Hubert	Resp. Recherche OPTIMA	ALIMA

22	Allain CHIKURU	IM cluster Nut	Hub Est
23	Dr. MBUYI KAZAMBU	Gestionnaire du Programme Nutrition	SDC
24	Kévin PELLE	IMO cluster nutrition	GTT-SIN
25	Marie Petry	Responsable santé-nutrition	ACF
26	Annie MITELEZI	Présidente	GTT-ANJE-U
27	Beatrice KALENGA TSHIALA	Directrice adjointe	Pronanut
28	Nelly MALELA	Gestionnaire de nutrition, section nutrition	UNICEF
29	Mr. Jungkeun Lee	Agent de nutrition	PAM
30	Daouda Mbodj	Coordonnateur Nutrition	COOPI
31	Matenda Mulonda Kalalu	Responsable santé-nutrition	SCI
32	Cecile CAZES	Chef de Projet scientifique d'OPTIMA RDC	ALIMA
33	Bienvenue MUTU	Point focal Nutrition	MDA
34	Dr. Primitive	Point focal MSF inter sections	MSF
35	Constant MOPAYA MBAVUMOJA SHABANI	Coordonnateur cluster nutrition	Cluster Ituri
36	Marie Petry	Responsable santé-nutrition	ACF
37	Izie BOZAMA Lievin	Coordonnateur du cluster Nutrition- Kalemie	UNICEF

Annexe 3 : Matrice de hiérarchisation des priorités des approches simplifiées



Annexe 4 : Questionnaire de consultation individuelle.

