



Supplémentation Vitamine A en routine au Senegal Etat des Lieux, Opportunités et Défis

Symposium régional sur la SVA



Dakar, 4 Avril 2016



Plan

- Objectifs de la présentation
- Contexte
- Intégration de la SVA aux paquets de soins des enfants
- Approche
- Enrôlement graduel des districts vers la transition
- Processus de mise en œuvre
- Opportunités et menaces
- Principaux résultats
- Défis
- Leçons apprises et recommandations

Objectifs de la présentation

- Partager le contexte de mise en œuvre de la SVA au cours des 15 dernières années
- Discuter des initiatives d'intégration de la SVA aux activités de routine
- Bénéficier de suggestions et contributions pour améliorer l'approche

Contexte

~ 60%
couverture

➤ 80%
couverture

40%
couverture

>90%
couverture

MICAH
3
Districts

VAS: JNV /
JLM

Arrêt
JNV

MSP
change
vers la
routine

Retour
JNV

JLS
/JNV/JSE

Approche
ondulatoire
(campagne/routine)

1997

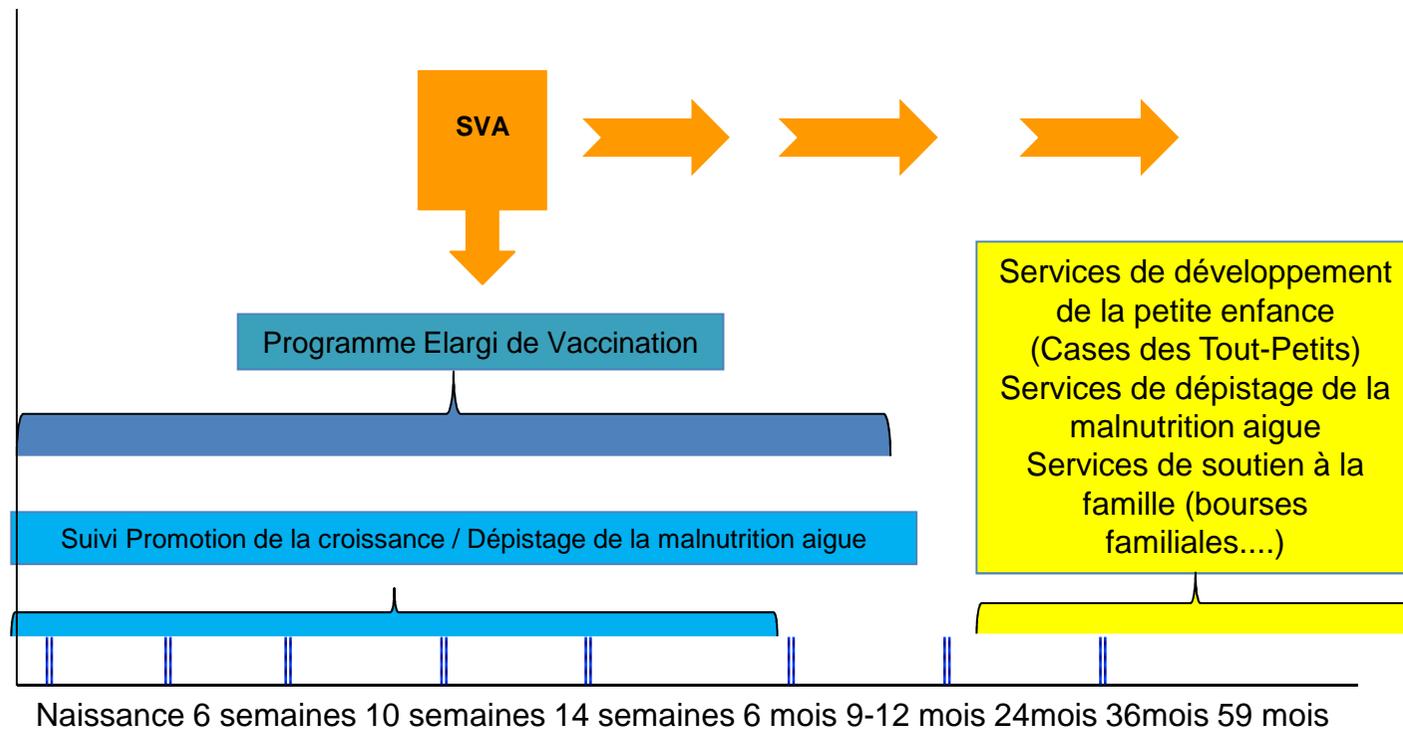
1999 - 2002

2003 -2004

2005 - 2012

2013 +

Intégration de la SVA aux Paquets soins des enfants



Approche

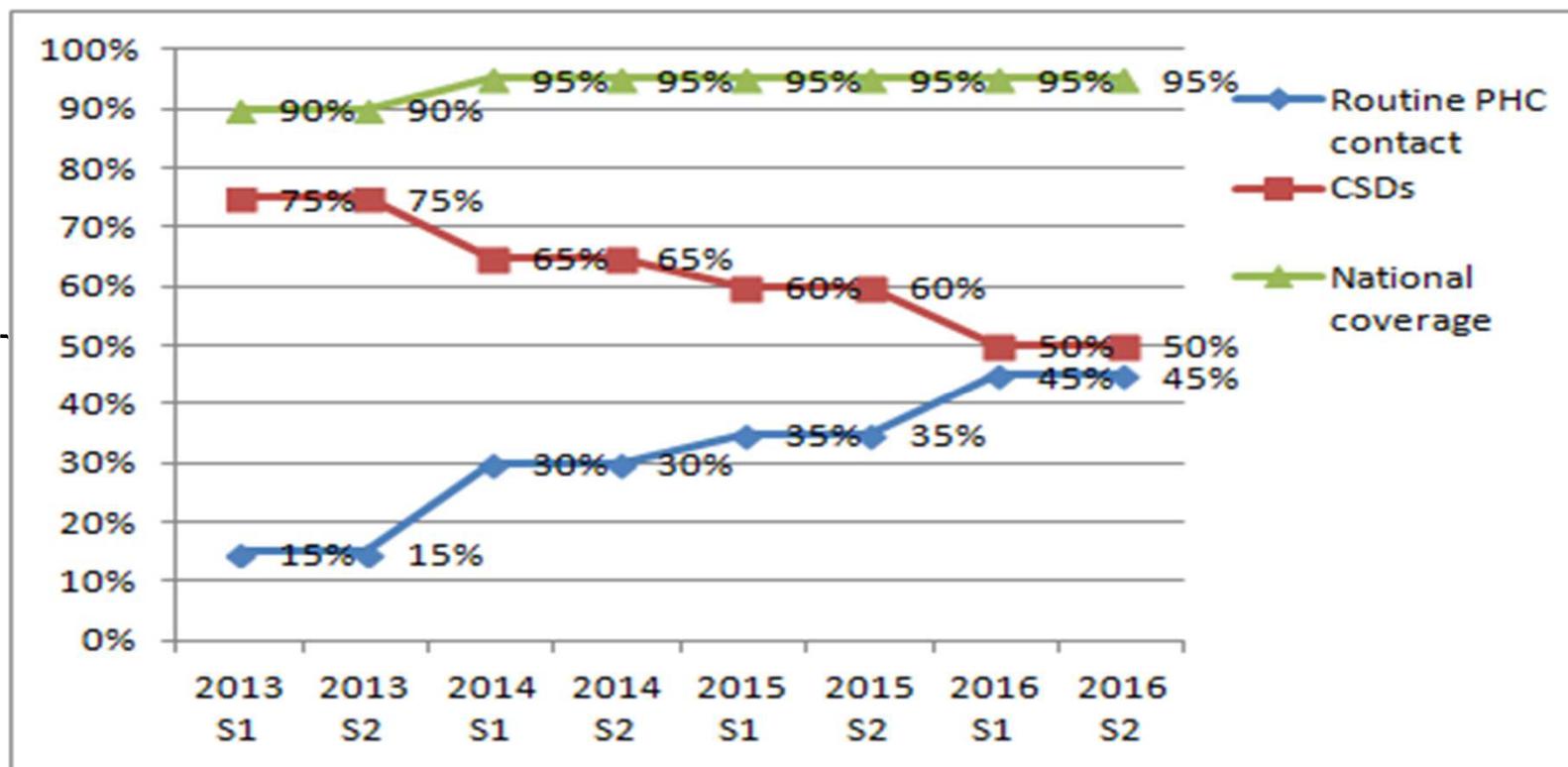
- Passer progressivement des campagnes à l'offre de la SVA via les contacts de routine du niveau sanitaire et communautaire.
- Critères de transition:
 - Volonté des ECD de passer à la SVA en routine
 - Couverture des 3 derniers JSE > 80%
 - Couverture du PEV (Penta 3) > 50%
 - Bon réseau d'ASC et d'OCB mettant en œuvre des activités de santé communautaire telles que le SPC, le dépistage de la MAM/MAS
- L'idée est d'avoir deux mécanismes de prestation
 - Utilisation des plates-formes comme le PEV, le SPC et le dépistage de la malnutrition aiguë, visites à domicile pour l'offre de la SVA en routine dans les districts enrôlés.
 - Poursuite des campagnes dans les districts non enrôlés.
- La finalité étant la généralisation de la SVA en routine

Enrôlement graduel des districts vers la transition

Leadreship du MSAS /graduel

Démarrage : Juin 2013

Plan d'enrolement des 31 districts avec l'appui de MI dans 5 régions



Entre 2015 et 2016 : 16 districts enrôlés avec l'appui de l'UNICEF et HKI dans 4 régions

Processus de mise en œuvre

- Élaboration du plan national
- Élaboration du guide de planification, de mise en œuvre et de suivi de la SVA en routine
- Révision des outils de collecte et de rapportage du SIGS
- Élaboration progressive des micro-plans intégrés de SVA en routine
- Formation des ECR et des ECD (formateurs), des prestataires et des Acteurs Communautaires
- Suivi post-formation et supervision sur le terrain
- Réunions de revue régionale

Réunion de revue des partenaires GAVA

- Analyse de la situation de la SVA en routine
- Développement d'un plan d'action centre sur le renforcement de la qualité des activités à base communautaire.
- Engagement des partenaires GAVA à appuyer le passage à l'échelle de la SVA en routine

- Développement d'une stratégie intégrée de SVA en routine à base communautaire
- Orientation des Chargés de Programme et des Facilitateurs du PSCC2
- Supervision formative des Acteurs Communautaires
- Supervision
- Mise à l'échelle progressive de la SVA en routine sous le leadership de la DSRSE

Opportunités et menaces

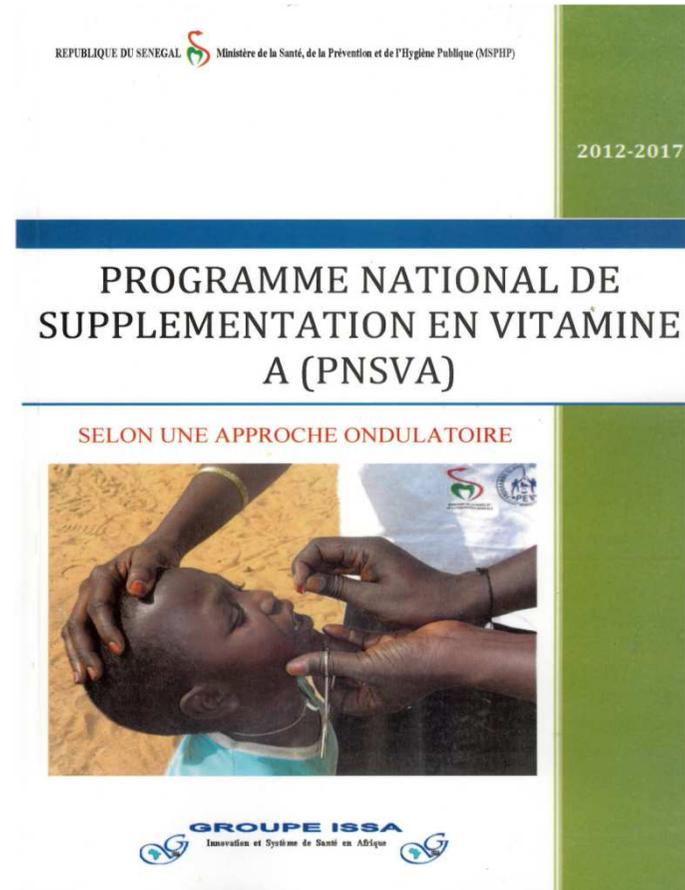
- SVA intervention dans les documents de politique pour la survie de l'enfant
- PEV (stratégies bien maîtrisées, méthodes procédures, protocoles et outils bien définis...)
- Plate-forme pour les interventions communautaires en nutrition (PRN, PSCC2)
- Couverture de la SVA incluse dans les indicateurs de Financement axé sur les résultats (FBR).
- Gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 dans le cadre de la politique nationale de couverture maladie universelle
- CVA intégrées au plan de sécurisation et au MOU DSRSE/PNA

- Insuffisance des ressources financières des partenaires pour soutenir les JSE
- Absence de système de distribution et de gestion efficace et fonctionnel des CVA au niveau communautaire
- Faible intégration du données communautaires dans le système de santé
- Grèves des syndicats
- Motivation des acteurs communautaires

Principaux réalisations & résultats

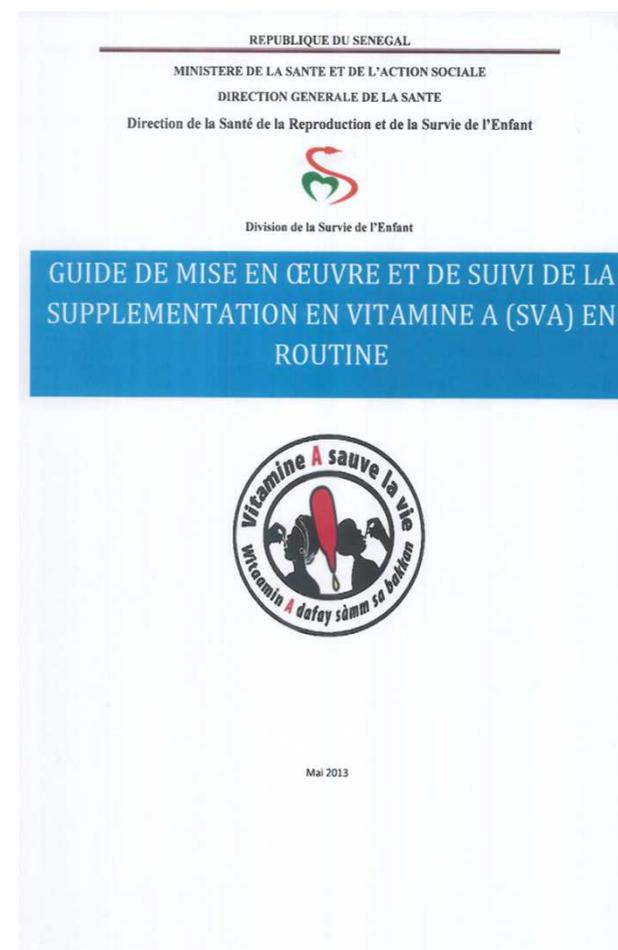
Au niveau national

- Programme national SVA
- Guide de mise en œuvre et le suivi de la SVA en routine
- Indicateurs de la SVA intégrés dans les outils et guides de collecte et de rapportage du SIG
- Indicateurs de la SVA inclus dans la grille des visites à domicile intégrée
- Un manuel de formation sur la gestion des CVA dans un contexte de distribution en routine
- Stratégie et outils de CCC (affiches, aide-mémoire des ASC, spots radio et télé développés)



Principaux réalisations & résultats

- **Au niveau régions et districts**
 - Micro-plans intégrés de SVA en routine élaborés et mis en œuvre dans 47 districts des 76
 - 1.742 professionnels de santé et 13,994 agents de santé communautaire formés sur la mise en œuvre et le suivi de la SVA en routine
 - Les progrès de la SVA en routine (activités et couverture) incluse dans l'agenda des réunions mensuelles de coordination des districts et des revues trimestrielles des régions
 - 123 ECD et gestionnaires de dépôts de médicaments formés sur la gestion et la distribution des CVA dans un contexte de SVA en routine



Principaux réalisations & résultats

- **Au niveau communautaire**
 - Élaboration du manuel du formateur sur la SVA de routine au niveau communautaire en routine
 - Élaboration de la fiche technique des A.C
 - 139 animateurs de PSSC formés sur la mise en œuvre et le suivi de la SVA communautaire en routine
 - Renforcement des capacités (notification et rapportage) de la SVA en routine de 3.863 A.C intervenant dans 1607 cases de santé et points de prestation de service communautaires.
 - Le consortium a bénéficié du soutien financier de l' USAID pour étendre la stratégie intégrée de la SVA en routine à base communautaire à l'ensemble des districts.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
FICHE TECHNIQUE
STRATÉGIE INTÉGRÉE DE ROUTINISATION DE LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A À BASE COMMUNAUTAIRE (SIRVAC)

I. Rappels sur la vitamine A

1.1. Qu'est ce que la vitamine A ?

- La vitamine A est un micronutriment (comme le fer et l'iode) fourni en petites quantités par notre alimentation ou d'autres apports.
- Notre organisme ne peut pas fabriquer la vitamine A ; la vitamine A est apportée par le lait maternel jusqu'à 6 mois, c'est pourquoi il est important de faire l'Allaitement Maternel Exclusif (AME).
- A partir de l'âge de 6 mois, les apports du lait maternel en vitamine A ne suffisent plus pour satisfaire les besoins du nourrisson ; c'est pourquoi il faut supplémenter tous les 6 mois les enfants de 6-59 mois avec de la vitamine A.

1.2. Quels sont les avantages de la vitamine A ?

- La vitamine A augmente la résistance aux infections chez les enfants de 6 - 59 mois ;
- La vitamine A favorise la croissance et le développement de l'enfant ;
- La vitamine A augmente la résistance de l'organisme à la plupart des maladies de l'enfant ;
- La vitamine A joue un rôle important dans la vision nocturne .

1.3. Quelles sont les conséquences de la carence en vitamine A ?

Les conséquences de la carence en vitamine A sont :

- Cécité crépusculaire ("Mbem pèñ") et ses complications ;
- Vulnérabilité à certaines maladies

1. diarrhée,
2. rougeole,
3. malnutrition,
4. IRA ...

1.4. Quels sont les signes de la carence en vitamine A ?

La carence en vitamine A se manifeste par les signes suivants :

1. Diminution de la vision le soir (cécité crépusculaire),
2. Apparition d'une tâche gris-argentée sur le blanc de l'œil,
3. Lésions de la cornée et des conjonctives.

1.5. Quelles sont les sources de la vitamine A ?

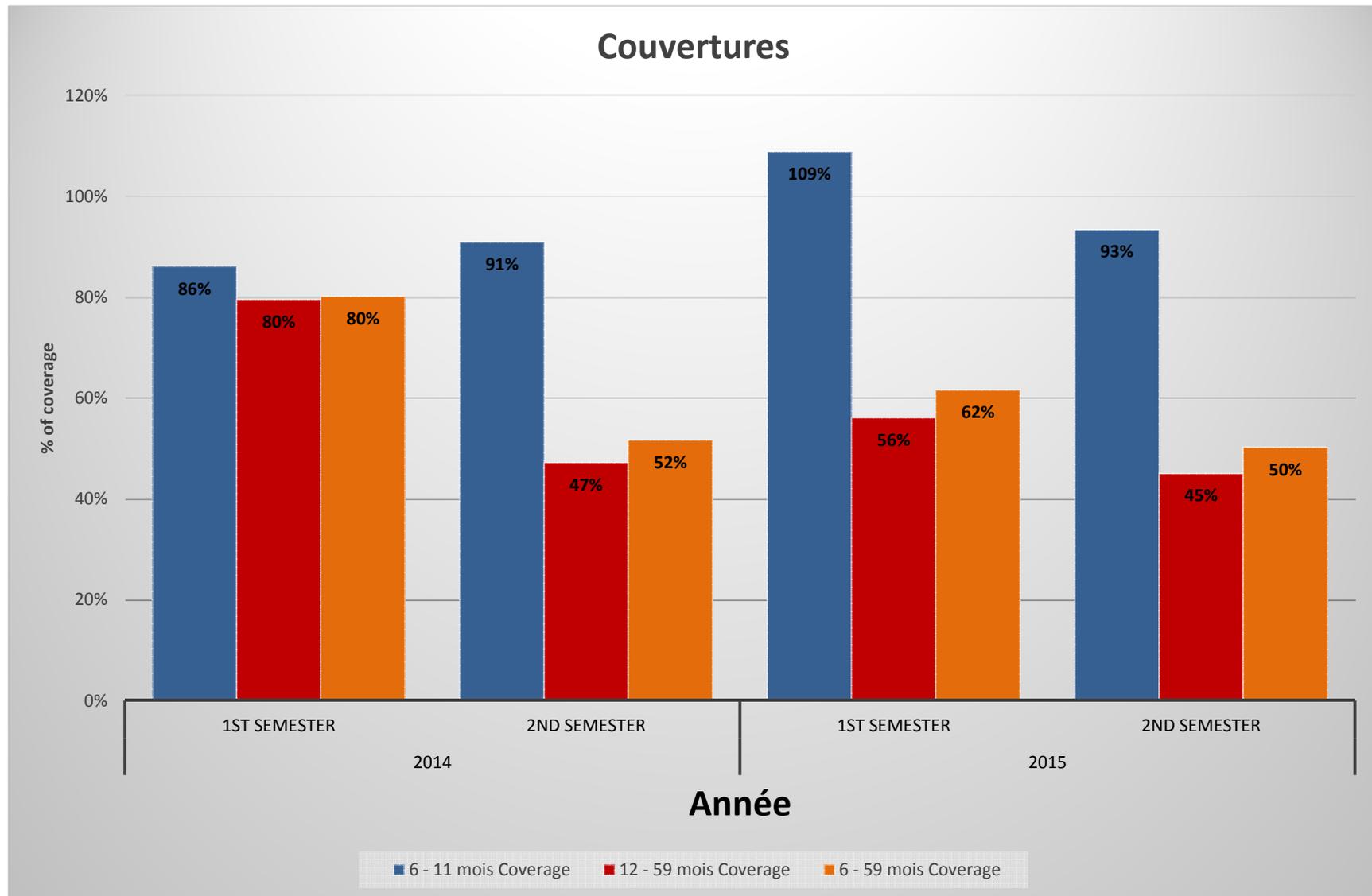
On trouve la vitamine A dans :

1. les aliments d'origine animale (lait, viande, foie, poisson, œufs),
2. les aliments d'origine végétale comme les fruits et légumes à chair jaune-orangée et les feuilles (huile de palme, mangues, papaye, pastèque, nébédav, ...),
3. l'huile enrichie en vitamine A.

NB : La vit A en capsule est utilisée par les ACS et les prestataires pour supplémenter les enfants de 6 - 59 mois



Principaux réalisations & résultats



Défis

**Faible performance de la couverture de la SVA pour les enfants
12-59 mois**

Notification de la couverture de la SVA du niveau communautaire non systématique

- Prestation de la SVA pas systématiquement enregistrée et rapportée
- Supervision des A.C insuffisante

Intégration aux plates-formes de routine non systématique

Plateformes pas systématiquement utilisées par les A.C pour la SVA

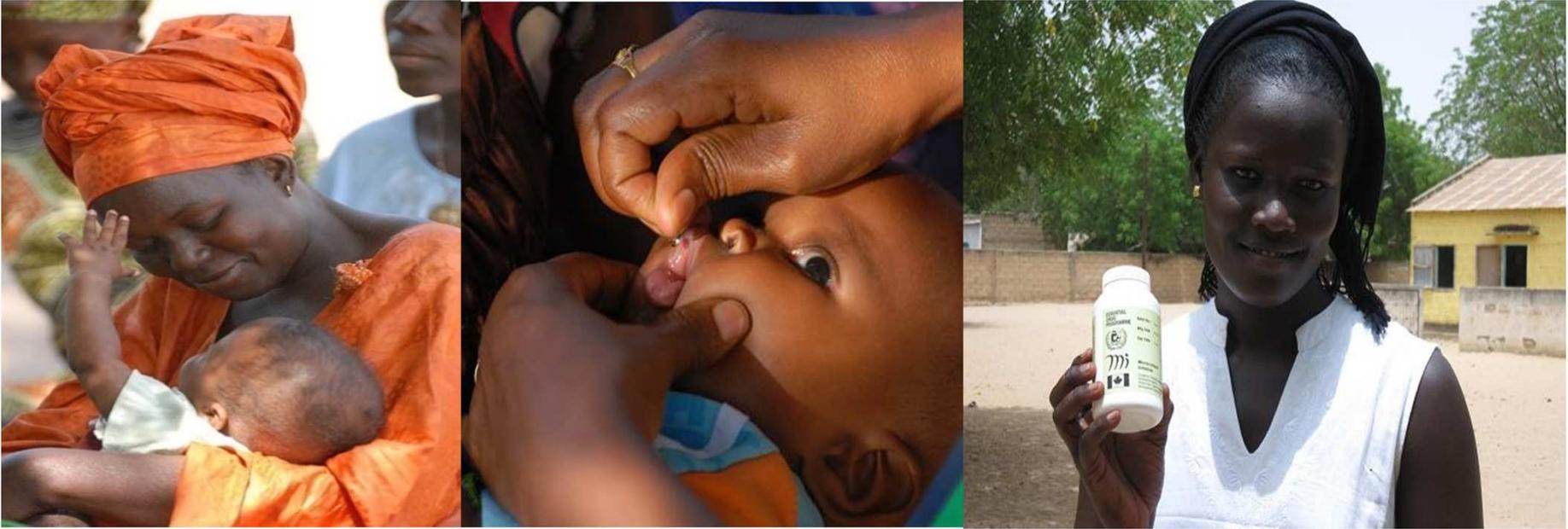
Supervision des A.C insuffisante

Faible demande en SVA pour les enfants 12-59 mois

CCC insuffisante pour la promotion de la demande en SVA

Leçons apprises et recommandations

- L'engagement et le leadership des MCD sont déterminants pour atteindre les couvertures
- La mise en œuvre de la SVA de routine doit être menée avec une régulière supervision et un suivi sur le terrain
- La supervision formative des A.C. doit être renforcée pour améliorer la notification et le rapportage de la SVA.
- La mise en œuvre de la stratégie de CCC doit accompagner le processus pour augmenter la demande en SVA lors des contacts .
- Les réunions de revue régulières ont permis la mise en œuvre de stratégies correctrices
- L'institutionnalisation de la SVA en routine requiert son intégration systématique dans les packages de prestation de services aux niveaux sanitaire et communautaire



Merci