



Modèles de distribution de la vitamine A en vigueur en RDC

Contexte-Forces -Défis

*Par Jean Pierre Banea MD, PhD
Directeur du PRONANUT*

Symposium SVA avril

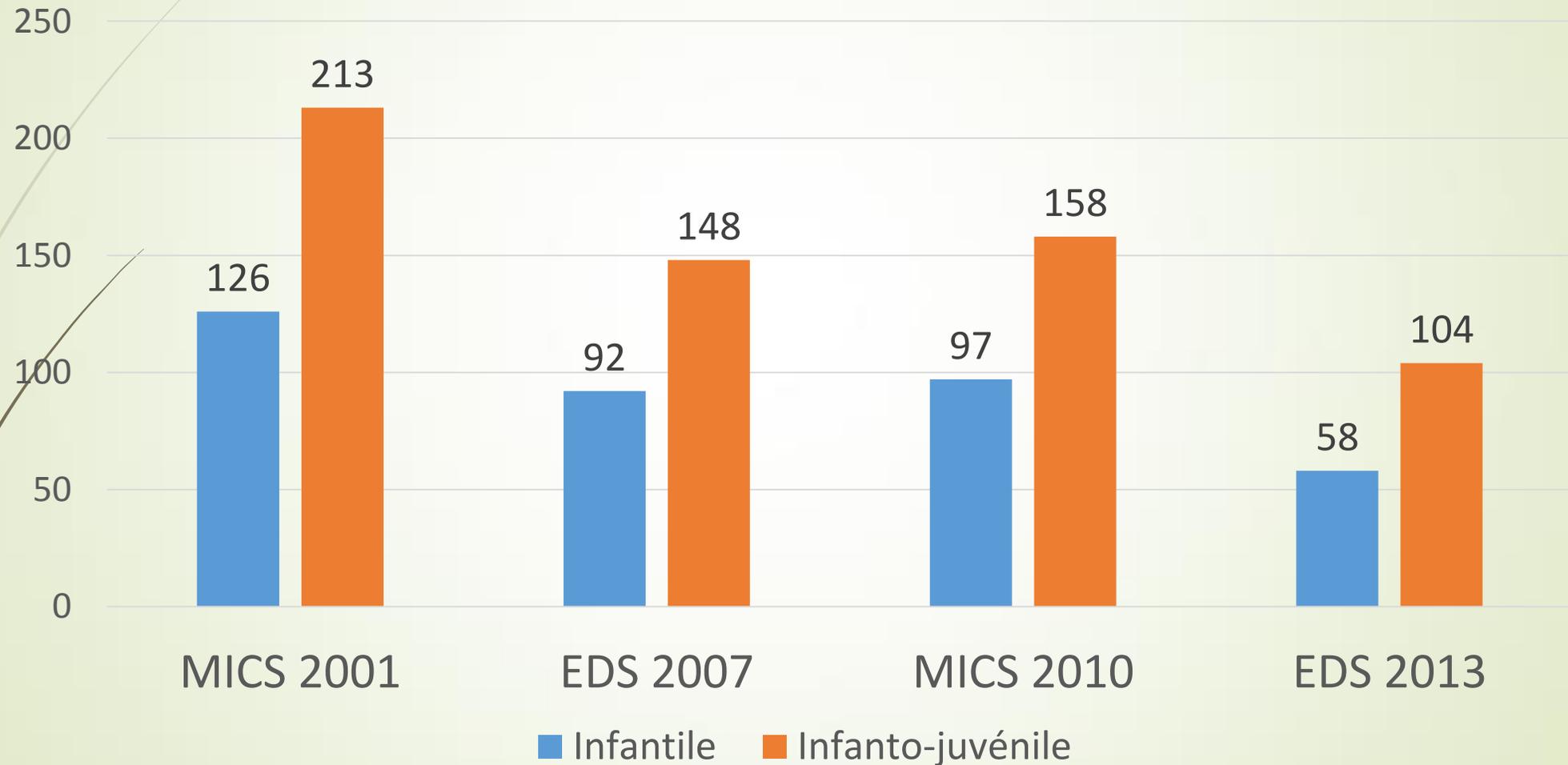
Plan de présentation

1. Contexte de la RDC
2. Modèles de distribution de la vitamine A en RDC
3. Evolution des couvertures administratives obtenues en SVA
4. Couvertures SVA des JSE phase II 2015
5. Nombre d'enfants et des femmes enceintes récupères en vaccination lors des JSE
6. Couvertures de PECS
7. Perspectives
8. Conclusion

Contexte de la RDC

- 104 pour 1000 : taux mortalité infanto juvénile(EDS 2013-2014)
- 43% : malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans (EDS-2013-2014)
- 47% :taux d'anémie chez les enfants de moins de 5 ans (EDS-2013-2014)
- 38% : taux d'anémie chez les femmes (Enquête nationale2005).
- 61% de la carence en vitamine A chez les enfants de 6 à 36 mois,(Enquêté nationale1998).

Evolution de la mortalité infantile de 2001 à 2013



Modèles de distribution de la vitamine A en RDC

Principaux modèles de distribution qui ont coexisté de 1998-2015 :

- Distribution de la vitamine A lors des JLV et JNV
- Campagne de supplémentation en vitamine A et déparasitage au mébendazole
- Journées santé de l'enfant (JSE)
- Routine et autres modèles

Distribution de la vitamine A lors des campagnes porte à porte JLV/ JNV

Contexte

C'est un modèle qui consiste à administrer la vitamine A lors des Journées nationales (JNV) ou locales de vaccination (JLV) contre la poliomyélite des enfants de moins de 5 ans:

- 61 % de la carence en vitamine A révélée par l'enquête de prévalence en 1998
- Décision du Gouvernement de distribuer la vitamine A aux enfants de 6 -59 mois saisissant l'opportunité des JLV/JNV à partir de 1998
- Adoption de la politique nationale de nutrition en 2000 intégrant la SVA

Distribution de la vitamine A lors des JLV/ JNV(suite et fin)

Forces	Défis
Prise de conscience de la carence en vitamine A	Trouver le financement pour assurer la 2e dose de la SVA comme recommandé par OMS
Distribution Vitamine A aux enfants de 6-59 mois sur le territoire national	Couvrir tout le pays/ toutes les zones de santé si les JLV couvrent seulement quelques Zones
Couverture administrative maintenue autour 98%	Assurer le respect de la périodicité de la SVA/ intervalle de 6 mois face au calendrier oscillant des JLV/JNV
Atteinte d'un grand nombre d'enfants de 6-59 mois attendus pour la SVA en 3 jours de campagne	Assurer la gestion et l'assurance qualité des données de la SVA
Les JNV/JLV bénéficient d'un grand financement	Maitriser le dénominateur et ruptures des intrants lors des JNV/JLV
Economie d'échelle pour les partenaires impliqués dans la SVA	

Campagne de supplémentation en vitamine A et déparasitage au mébendazole

Contexte

Il s'agit de la distribution de la vitamine A et du mébendazole dans une campagne isolée porte à porte

- Souci d'assurer une 2^e dose de vitamine A aux enfants de 6-59 mois
- Les JLVs sélectives dans le pays/d'autres provinces non couvertes
- Prévalence élevée d'anémie chez les enfants et chez les femmes
- Présence des partenaires d'appui financier et technique: BASICS, MOST sous financement USAID; MI, Gouvernement japonais, UNICEF et HKI sous financement DFTAD/Canadiens
- Financement USAID BASICS-MOST, financement canadiens/DFTAD

Campagne de supplémentation en vitamine A et déparasitage au mébendazole(suite et fin)

Forces	Défis
Couverture administrative en SVA élevée et atteinte d'un nombre élevé d'enfants en 3 jours	Assurer le financement car demande de la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières importantes
Effet mobilisateur du mébendazole à cause des effets immédiats et l'acceptation de la SVA	Relever la couverture dans les zones de santé à faible performance
Disponibilité du financement DFTAD et partenaires d'appui technique UNICEF et HKI	Mobiliser les fonds pour financer la campagne de supplémentation en vitamine A en porte à porte
Existence des Coordinations provinciales de nutrition dans toutes les provinces	Assurer la gestion et l'assurance qualité des données de la SVA

Journées de santé de l'enfant(JSE)

- Evénements bi annuels programmés tous les 6 mois suivant la périodicité de la SVA
- JSE sont en stratégie fixe, avancée ou mobile dans les centres de santé existants avec une forte implication des communautés
- Offrent de façon obligatoire/non négociable:
 - supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois
 - déparasitage au mébendazole des enfants de 12 à 59 mois,
 - vaccination de rattrapage des enfants de 0 à 11 mois à tous les vaccins et la vaccination de la femme enceinte (VAT)
 - la promotion d'une pratique familiale essentielle.
- Selon les besoins et la disponibilité des intrants
 - distribution de MILDA
 - dépistage de la malnutrition

Journées de santé de l'enfant(JSE)suite

Contexte

- Elimination du virus sauvage de poliomyélite entraînant la suppression des JNV
- Diminution ou manque de financement pour les programmes verticaux tel que SVA
- Renforcement du système de santé en offrant un paquet d'activités à haut impact pour la survie de l'enfant dans les structures de santé
- Malnutrition chronique élevée à 43% (EDS 2013-2014)

Journées de santé de l'enfant (suite et fin)

Forces	Défis
Livraison au même moment d'un paquet d'interventions à haut impact pour la survie de l'enfant	Maintien/augmentation de la couverture à au moins 80% dans toutes les zones de santé
Implication d'autres partenaires pour appuyer les JSE	Gestion des données de toutes les interventions et assurance qualité
Couverture en SVA élevée au-delà de 80% pour le pays	Institutionnalisation des JSE et leur appropriation par le pays
Augmentation de la fréquentation des structures des soins et utilisation du personnel du centre de santé	Augmentation de nombre d'enfants de 0-11 mois et des femmes enceintes récupérés en vaccination.
	Supervision, coordination et évaluation intégrées PEV/nutrition

Routine

Routine est réalisée lors:

- des consultations prescolaires (CPS) pour le suivi de l'évolution de la croissance au niveau des centres de santé pour les enfants de moins de 5 ans
- de traitement des enfants malades souffrant de diarrhée, rougeole, malnutrition aiguës ainsi que des infections respiratoires aiguës (IRA)

Contexte

- Couverture faible dans la tranche d'âge de 6 mois pendant les campagnes
- Non protection des enfants qui avaient 5 mois lors de la campagne
- 1000 premiers jours de l'enfant
- Survie de l'enfant

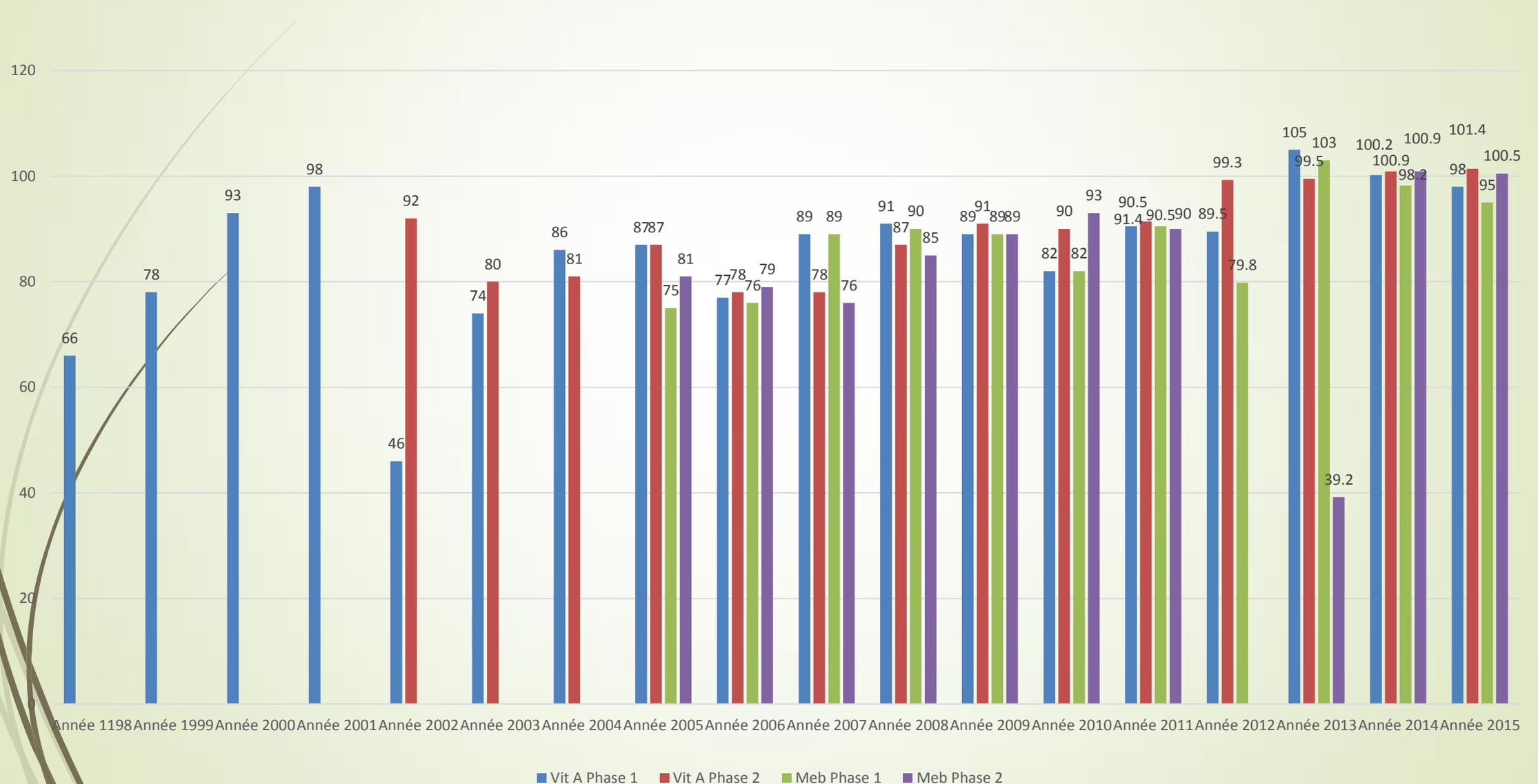
Routine (suite et fin)

Forces	Défis
Existence de la carte ou fiche CPS illustrant la vitamine A	Maitrise de dénominateur et approvisionnement des intrants
Redynamisation de la CPS dans certaines zones de santé	Fréquentation des enfants de 6 mois et de 12 à 59 mois à la CPS,
Création de contact à 6 mois d'âge dans les zones pilotes avec CPS redynamisée	Gestion correcte des données de routine en SVA
Existence des expériences pilotes SVA en routine	Couverture élevée selon les objectifs fixés(60%)

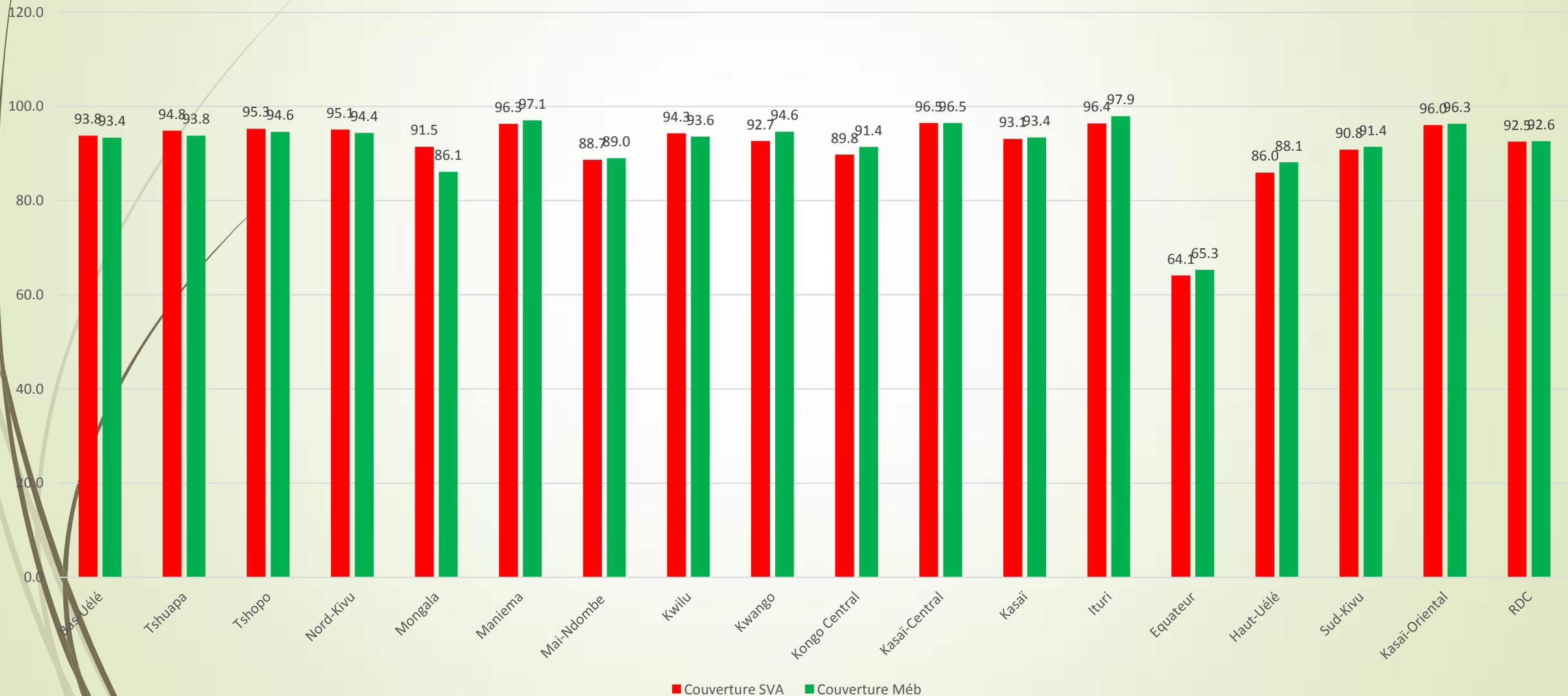
Autres modèles

- ▶ La SVA intégrée à la vaccination contre la rougeole (VAR) en stratégie fixe, et avancée dans certaines zones de santé
- ▶ SVA intégrée au traitement à l'ivermectin sous directives communautaires (TIDC) en stratégie porte à porte dans certaines zones de santé endémiques: distributeurs communautaires administrent:
 - ▶ la vitamine A
 - ▶ le mébendazole
 - ▶ l'ivermectin

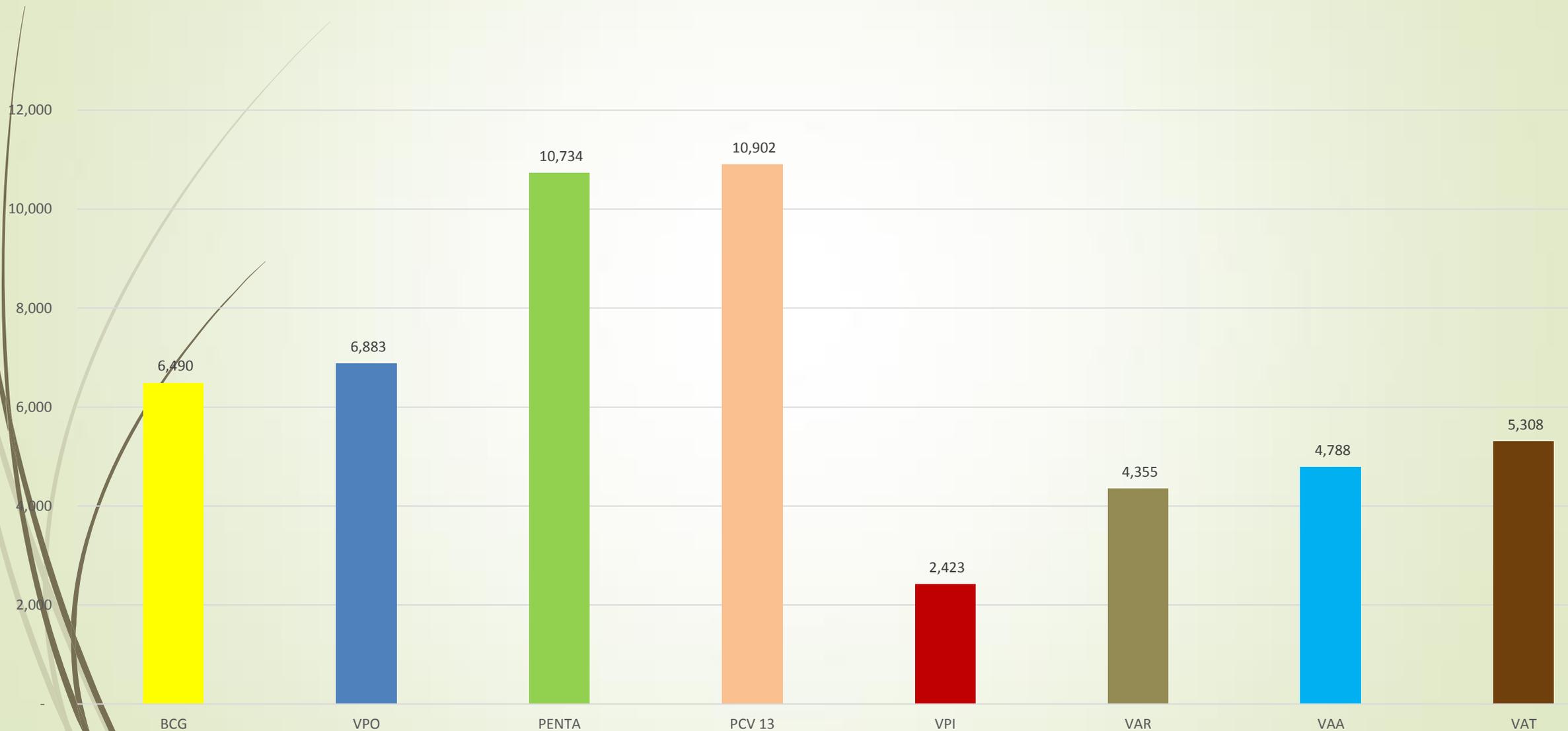
Evolution des taux des couvertures administratives de la SVA et déparasitage au mébendazole obtenues de 1998 à 2015



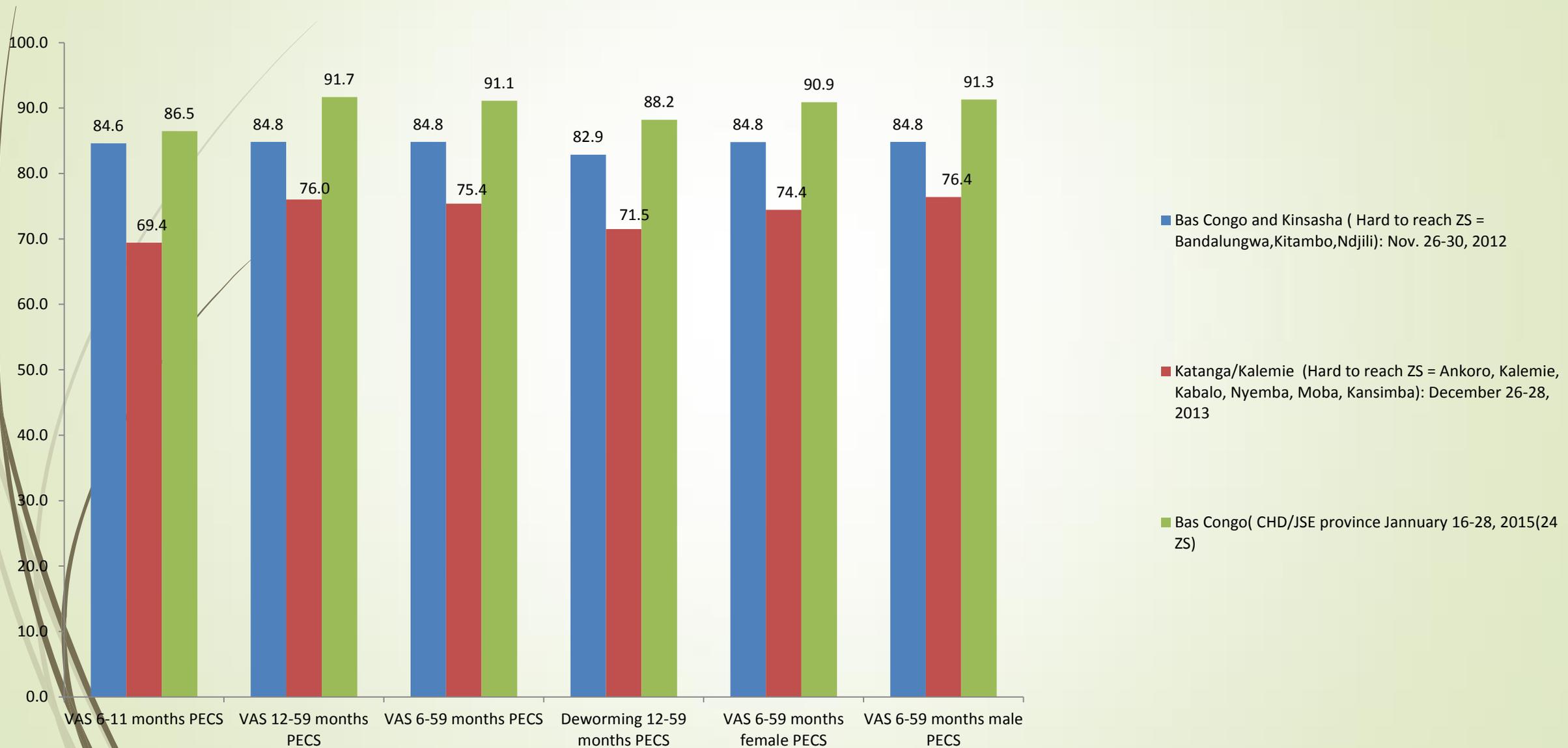
Couvertures administratives de la SVA/déparasitage au mébendazole lors des JSE dans 18/26 provinces phase II 2015



Nombre d'enfants et femmes enceintes récupérés en vaccination lors des JSE phase II 2015 dans 18/26 provinces



Couvertures PECS de la SVA et du déparasitage au mébendazole dans quelques provinces 2012 – 2014



Perspectives

- ▶ Étendre les JSE dans toutes les provinces en respectant le processus d'implémentation afin d'assurer la couverture
- ▶ Institutionnaliser les JSE
- ▶ Passer des JSE à la routine
- ▶ Assurer la supervision, coordination, revues de données et enquêtes intégrées PEV/nutrition
- ▶ Assurer la SVA au contact de 6 mois d'âge en routine lors des séances de CPS
- ▶ Redynamiser la CPS dans la majorité des ZS pour assurer le suivi de l'évolution de la croissance de l'enfant.

Conclusion

- Les différents modèles utilisés pour assurer la SVA en RDC ont abouti à des couvertures administratives élevées selon l'objectif pays fixé d'atteindre au moins 95 % d'enfants de 6 -59 mois pour la SVA
- Les PECS réalisées de 2012-2014 dans certaines provinces n'ont pas révélé de différence significative entre couverture administrative et celles issues des PECS
- Il existe des poches des faibles couvertures (inférieur à 80%) d'où nécessité de développer les programmes de recherche des enfants difficiles à atteindre dans les zones de santé à faible performance
- La SVA de routine devra être renforcée et amenée à l'échelle

