



**The Global
Alliance
for Vitamin A**

RAPPORT DU SYMPOSIUM REGIONAL SUR LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

Dakar, Sénégal - (4 - 6 April 2016)



L'Alliance mondiale pour la vitamine A (GAVA), par le biais de ses partenaires techniques – le centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC), Helen Keller International (HKI), l'Initiative pour les Micronutriments (MI) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) – et conjointement avec les Affaires Mondiales Canada (GAC), a organisé un atelier régional de trois jours à Dakar, au Sénégal, des 4 au 6 avril 2016.

L'atelier a accueilli environ 120 participants de 23 pays d'Afrique Sub-Saharienne (SSA) représentant les secteurs de la nutrition, de la vaccination, des responsables des politiques nationales de santé et des responsables des ministères de la santé (Mds), des acteurs techniques issus des partenaires GAVA des niveaux nationaux, régionaux et globaux, et des représentants de GAC.

L'objectif de l'atelier était de réexaminer les programmes de supplémentation en vitamine A (SVA) en SSA à la lumière de changements épidémiologiques et programmatiques récents et de développer des feuilles de route nationales pour la SVA pour les cinq prochaines années. Plus précisément, l'atelier avait pour but de:

- Revoir et réaffirmer la pertinence de la (SVA) en SSA en tant qu'intervention pour la survie de l'enfant;
- Examiner les modes de fourniture, en particulier à la lumière de la fin des campagnes polio;
- Partager les expériences et meilleures pratiques autour de la SVA, en insistant sur les journées de santé de l'enfant (JSE) et les stratégies communautaires avancées;
- Identifier comment intégrer la SVA dans les systèmes de santé et dans les services du PEV;
- Développer des stratégies pour accroître le support et l'institutionnalisation de la SVA au sein d'un paquet de services voués à la survie de l'enfant en Afrique.

Jour 1

**Comprendre la réalité-
Explorer les options**

Jour 2

**Explorer le parcours-
Transition & suivi**

Jour 3

**Pérennité –
Institutionnalisation**

Déroulé du symposium

RAISONNEMENT DERRIERE LA SVA

Objectifs:

- Augmenter la compréhension de l'environnement autour de la SVA et discuter du raisonnement soutenant la SVA dans chaque contexte
- Identifier des critères d'analyse du statut de la SVA dans chaque pays

Les points clés des remarques d'ouverture et les présentations initiales insistent sur le fait que la SVA est toujours TRES pertinente dans les pays de SSA parce que:

- Il existe des preuves claires que la SVA amélioré la survie de l'enfant;
- La vitamine A influence les causes principales de mortalité infantile en SSA (i.e. maladies infectieuses);
- La mortalité des moins de 5 ans a baissé mais reste inacceptablement élevée;
- Des taux élevés de carence en vitamine A (CVA) persistent dans la plupart des pays de SSA.

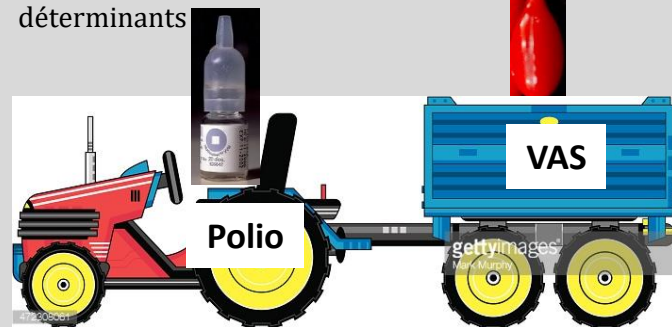
En conséquence, les recommandations de l'OMS de distribuer tous les 6 mois la SVA a tous les enfants de 6-59 mois restent pertinentes.

Les défis à surmonter furent alors présentés:

- La couverture élevée de la SVA reflète le succès de la

SVA et de l'éradication de la polio. Cependant, la disparition de la polio implique la disparition de la plateforme de distribution de la SVA;

- L'engagement pour la SVA doit être renouvelé au sein d'un paquet pour la sante et survie de l'enfant;
- Les gouvernements doivent supporter les plateformes communautaires pour atteindre tous les enfants d'âge préscolaire.
- Des investissements sont nécessaires pour améliorer les interventions ciblant la CVA et ses déterminants



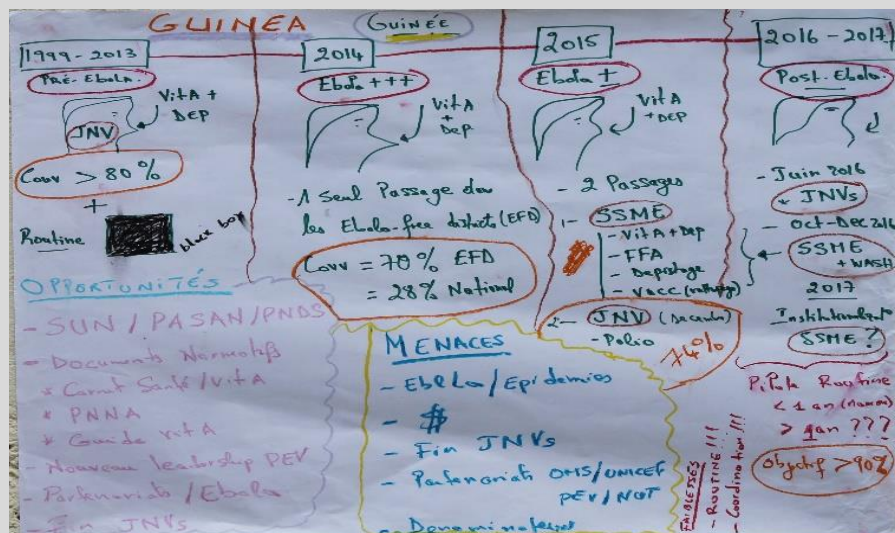
Conclusion: "Continuer comme d'habitude n'est plus une option si on veut maintenir les gains obtenus sur la mortalité grâce à la SVA lors des 5 - 10 dernières années en SSA"

Questions:

- Quelle est la réalité de la SVA dans votre contexte?
- Quelles sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces liées à la SVA dans votre contexte?

S'aidant d'un diagramme décrivant la situation de la SVA dans leur contexte, les participants ont montré que:

- Dans beaucoup de pays d'Afrique de l'ouest, la SVA dépend encore des campagnes polio;
- Les JSE ont été mises en place dans beaucoup de pays pour fournir la SVA à la place des Journées Nationales de Vaccination (JNV). Le défi principal est alors de maintenir la couverture tout en réduisant les coûts et en s'intégrant dans les services de routine du système de santé;
- Le manque de fonds reste une menace principale de la SVA et des JSE; la plupart des financements viennent encore de partenaires extérieurs;



- Des opportunités existent dans la plupart des pays grâce à l'intérêt accru pour la nutrition stimulé par le mouvement Scaling Up Nutrition (SUN).

MODELES DE FOURNITURE DE LA SVA

Objectifs:

- Explorer les différents modèles de fourniture et le contexte qu'ils requièrent
- Explorer les forces, faiblesses et limites de chaque modèle et identifier celui qui convient le mieux à chaque pays

Trois expériences issues du Sénégal, de la République démocratique du Congo et du Mozambique ont été présentées aux participants sur divers modèles de fourniture de la SVA mis en place en Afrique Sub-Saharienne:



SVA fournie en routine au Sénégal

Le ministère de la santé du Sénégal organise le passage à échelle de la fourniture routinière de la SVA au travers une combinaison entre centres de santé et plateformes communautaires. Les campagnes de SVA continuent dans les districts non encore enrôlés, mais les objectifs affichés sont de fournir la SVA en routine dans tout le pays.



Multiple modèles de fourniture de la SVA en RDC

Plusieurs modèles sont en place en RDC pour répondre à la large diversité des contextes dans le pays. Plusieurs formes de JSE, campagnes polio et vaccination, fourniture en routine dans les centres de santé. Des études comparatives sont en cours pour identifier la meilleure stratégie de fourniture pour l'avenir.



Point de contact a 6 mois (PC6M) au Mozambique

Le MdS du Mozambique teste l'intégration du PC6M pour la SVA au niveau des centres de santé en le couplant à des distributions de poudres de micronutriments et des activités communautaires pour changements de comportement. Le passage à échelle national du PC6M est prévu pour 2016.

Plusieurs modèles de fourniture existent pour répondre aux spécificités de chaque pays et contexte. La définition de ces modèles doit être effectuée avec attention pour prendre en considération les caractéristiques du système de santé et les besoins humanitaires auxquels ils sont censés répondre.

Questions:

- Quels sont les indicateurs et caractéristiques à considérer pour décider quel modèle correspond à quel contexte?
- Quel modèle convient le mieux à votre contexte?

- Pour beaucoup de pays, la transition du modèle JNV vers le modèle JSE est requise. Pour d'autres ayant déjà adopté les JSE, il peut être nécessaire de changer d'un modèle de distribution en porte-à-porte vers un système fixe / avancé impliquant les communautés.

- Les deux types de transition portent le risque d'une chute importante de la couverture.

- La transition d'un modèle JSE vers un modèle routine est déjà engagé dans certains pays. Pour éviter une baisse de la couverture, elle implique de renforcer le système de santé;

- La combinaison des services de santé et de nutrition pour la mère et l'enfant maximise l'impact et le rapport coût/efficacité de chaque service.



- Les pays où la mortalité et la morbidité restent très élevées et où le système de santé demeure fragile ont intérêt à continuer à utiliser les campagnes de masse pour les prochaines années.

SE PREPARER POUR LA TRANSITION

Objectifs:

- Augmenter la compréhension de l'importance des processus de transition et leurs défis et exigences
- Identifier les principales étapes immédiates pour initier le processus de

Deux exemples de Madagascar et d'Ethiopie ont été présentés aux participants pour montrer le parcours que chaque pays a entrepris alors qu'ils transitaient vers un modèle pérenne de fourniture de la SVA:

La coordination entre les acteurs varie fortement d'un pays à l'autre. En réfléchissant au rôle de chaque acteur dans leur pays, les participants ont pu noter que chaque acteur a souvent une vision différente de la direction que devrait prendre la SVA, de la position ou elle se trouve et de la manière de faire évoluer les choses

Le MdS est normalement l'acteur Guidant le processus, mais il arrive que ce soient les agences UN et les ONG qui promeuvent l'intégration de la SAV dans les services de sante et nutrition pour la mère et l'enfant.

Dans tous les cas, une coordination solide entre acteurs GAVA et le gouvernement est requise.



Semaine de la sante et de la nutrition de la mère et de l'enfant (MCHN) a Madagascar

La fourniture des services du paquet MCHN a Madagascar ont évolué de campagnes isolées à des événements fournissant un paquet complet de services. La transition fut un succès et une couverture élevée maintenue.



Intégration de la SVA dans le système de santé en Ethiopie

En Ethiopie, la transition s'est faite des campagnes de vaccination vers une stratégie avancée puis vers un système de fourniture en routine. La couverture, après une baisse initiale, s'améliore alors que les défis rencontrés sont réglés.

La transition d'un modèle vers un autre plus pérenne requière une préparation attentive: Les standards de performance minimaux du système de santé doivent être étudiés, un paquet de services équilibré défini, et un processus progressif mis en place qui ne conduit pas à une perte massive de couverture.

Questions

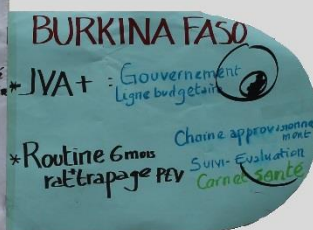
- Quels sont les principaux défis à anticiper pour le succès de la transition dans votre pays?
- Quelles sont les premières étapes à entreprendre pour démarrer la transition?

Parmi les 6 blocs du système de sante, les 4 défis principaux identifiés par la plupart des pays pour la transition sont:

- Les preneurs de décision ne sont pas au courant;
- Chaines d'approvisionnement inefficaces;
- La faiblesse du système d'information sanitaire limite le suivi de la performance des services de santé;
- Les travailleurs de santé et communautaires correctement formes manquent.



Analyse Fishbone pour le Burkina Faso



Certaines des solutions proposes consistent en:

- Développer et diffuser des stratégies de plaidoyer complètes adaptées a chaque pays et contexte;
- Adopter une approche de renforcement des systèmes de santé pour soutenir la SVA comme composant d'un paquet de services.

SUIVI DE LA SVA

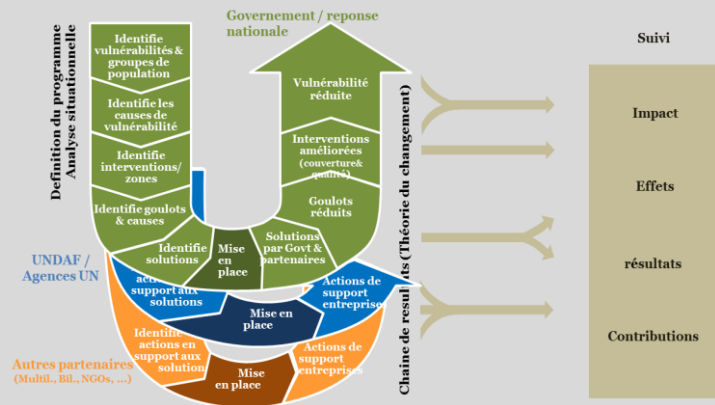
Objectifs:

- Présenter les meilleures pratiques pour le suivi de la SVA
- Introduire certains des principaux outils et approches utilisées pour le suivi des programmes de SVA et de vaccination

Une présentation initiale a été proposée aux participants soulignant le raisonnement et les principes qui président au suivi de la SVA.

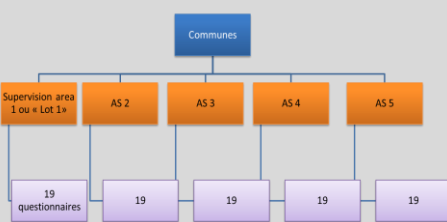
Le suivi des services de SVA est nécessaire pour identifier si les enfants cibles reçoivent vraiment les services, pour mesurer la performance des services et identifier les goulots d'étranglement affectant la qualité et la couverture des services.

Une gestion basée sur les résultats et l'équité doivent être placés au centre des stratégies de suivi. Les stratégies de suivi doivent prendre en considération le programme tout entier, les intrants, les résultats et l'impact pour nourrir les décisions vouées à l'amélioration de la performance des services.



Il faut investir davantage pour renforcer la collecte et l'utilisation de données pour le suivi de la performance des programmes de SVA et aider à leur amélioration.

Trois outils dont la pertinence a été démontrée ont été présentés: District Health Information System 2 (DHIS2), Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) and Post-event Coverage Surveys (PECS).



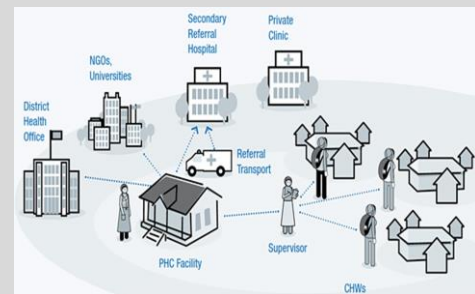
Enquête de couverture post campagne avec LQAS au Bénin:

La méthode LQAS peut être utilisée pour évaluer la planification, la mise en place et la qualité des événements SVA et PEV. Elle permet d'évaluer la couverture de la SVA et de la vaccination pendant les campagnes de masse, peut identifier les barrières à l'accès et l'utilisation de la SVA. Requérant un petit échantillon, elle peut être rapide et bon marché et donc utilisée de manière régulière.



Enquête de couverture post événement (PECS) au Mali:

Les PECS sont des enquêtes transversales dont les objectifs sont similaires aux LQAS, mais alors que LQAS vérifie des hypothèses, les PECS évaluent de manière plus complète et approfondie les déterminants d'une faible couverture de VAS ou PEV. Cependant, les PECS sont plus onéreuses et plus longues à conduire que les enquêtes LQAS.



Prendre des décisions basées sur des données - DHIS2:

DHIS 2 est un outil utilisé par de nombreux pays comme système d'information sanitaire permettant la collecte, validation, analyse et présentation de statistiques sanitaires. On peut l'utiliser pour la micro planification, la gestion de stock, l'amélioration du rapportage des services ou le suivi des goulots d'étranglement identifiés. Utiliser DHIS2 peut aider à la qualité des données de la SVA.

INSTITUTIONNALISATION

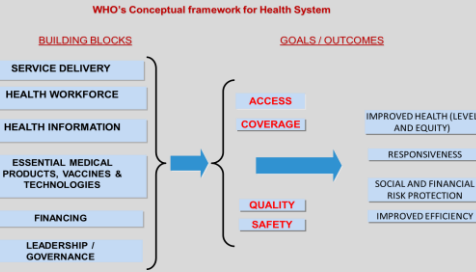
Objectifs:

- Définir l' institutionnalisation et l'intégration dans le système de santé;
- Découvrir des outils de finances publiques;
- Identifier les défis pratiques et les solutions liés à l' institutionnalisation.

Deux présentations ont été proposées aux participants. La première a souligné les bases du renforcement des systèmes de santé et la seconde a traité de la manière de promouvoir le financement publique de la SVA.

Integrer la SVA dans le systeme de soins primaires

Des opportunités pour atteindre et maintenir une couverture élevée de la SVA dans le système de santé existant. Intégrer la SVA permet aux programmes de nutrition d'augmenter leur valeur ajoutée et leur synergie avec les efforts de renforcement des systèmes de santé



Finances publiques et SVA:

Des éléments ont été fournis sur les défis et solutions potentielles permettant d'augmenter le financement domestique des services de SVA. Furent présentés des méthodes d'analyse des coûts et de suivi des dépenses et des exemples de plaidoyer réussis sous forme de cas concrets.

Les étapes proposées pour l'intégration de la SVA dans les systèmes de santé sont:

1. Conduire une analyse situationnelle;
2. Evaluer le niveau de préparation du système de fourniture des soins,
3. Analyser la situation de la SVA et autres activités de survie de l'enfant
4. Identifier les opportunités de support (technique & financier)

L'institutionnalisation est un processus long et complexe qui doit être considéré en priorité pour que la SVA soit complètement pérenne au sein des services de santé et financée par les budgets nationaux. Du plaidoyer et une approche systémique du système de santé sont nécessaires.

Trois présentations ont souligné les succès et défis liés à la promotion de l' institutionnalisation de la SVA au Burkina Faso, au Nigeria et en Tanzanie.



Institutionnalisation au Burkina Faso:

Avant 2011, la SVA était fournie au sein des campagnes JNV - polio. Depuis, elle est fournie deux fois par an grâce aux journées de la vitamine A plus (JVA+). Cependant, ces campagnes dépendent de fonds extérieurs, et sont donc vulnérables si les engagements des donateurs changent.



Institutionnalisation au Nigeria:

La SVA est bien institutionnalisée dans les politiques de santé. Cependant, la couverture reste basse dans beaucoup d'états et les iniquités persistent. Beaucoup d'états ne fournissent pas les fonds nécessaires et beaucoup de centres de santé ne participent pas aux campagnes.



Institutionnalisation en Tanzanie:

La SVA est gérée par les districts pour la planification et l'allocation des ressources. Le financement de la SVA est un mélange entre domestique et extérieur. Les facteurs stimulant la pérennité de la SVA sont la présence d'un environnement facilitant, une force de travail motivée, une bonne gestion des intrants et mobilisation sociale.

PROCHAINES ETAPES

Objectifs:

- Se mettre d'accord sur une déclaration commune;
- Identifier des étapes de plaidoyer clés à entreprendre dans les pays.

Quelques étapes de plaidoyer communes à la plupart des pays ont été:

- Donner un retour détaillé aux partenaires et acteurs qui n'ont pas participé au symposium et surtout aux preneurs de décisions des gouvernements;
- Développer une stratégie de plaidoyer spécifique dans chaque pays;
- Plaidoyer pour une ligne budgétaire spécifique de la nutrition qui inclue la SVA;
- Cibler les responsables politiques de haut rang tels que les parlementaires pour les sensibiliser à l'importance de la SVA pour la survie de l'enfant et faire d'eux des champions de la SVA
- Utiliser toutes les opportunités qui se présentent dans les pays, comme des ateliers sur les stratégies et financement de la nutrition et de la santé, les réunions de coordination du SUN ou tout autre événement permettant la promotion de la SVA.



Participants du Mozambique : De gauche à droite- Osvaldo Neto (HKI), Matthieu Joyeux (UNICEF), Luisa Maringue (Mds).



DECLARATION COMMUNE (1)

La déclaration suivante à été validée par tous les participants

La carence en vitamine A (CVA) reste un problème omniprésent dans la plupart de l'Afrique sub-saharienne, ayant connu peu de changement au cours des deux dernières décennies. Les estimations les plus récentes suggèrent que 48% des enfants de cette région souffrent de cette carence qui les expose à un plus grand risque de mortalité. Malgré les progrès réalisés, les taux de mortalité infantile restent à des niveaux inacceptables. En outre, les réductions ne sont pas homogènes à l'échelle des pays, masquant des zones à forte mortalité.

Nous reconnaissons que des progrès importants ont été réalisés au cours des 15 dernières années dans le passage à échelle de la fourniture de la SVA à forte dose. Les estimations montrent que la proportion d'enfants de 6 - 59 mois ayant reçu deux doses de SVA adaptées à leur âge en 2014 était de 69%, ce qui correspond aux estimations antérieures. De nombreux pays ayant constamment atteint une couverture plus élevée (> 80%), ces efforts ont contribué aux récentes réductions du niveau de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, La SVA ayant cet effet de réduire la mortalité infantile de 12 - 24% lorsqu'elle est administrée tous les quatre à six mois aux enfants de 6 - 59 mois dans les zones où la carence en vitamine A est un problème de santé publique.

Les efforts visant à atteindre tous les enfants de 6 - 59 mois deux fois par an avec la SVA ont contribué de manière importante à la réduction de la mortalité dans les pays ayant constamment une couverture élevée, mais il y a beaucoup plus à faire. D'autres réductions sont possibles dans les pays où la CVA est un problème de santé publique chez les enfants : (1) en mettant en œuvre des stratégies spécifiques afin d'atteindre ceux qui ne le sont pas actuellement et assurant donc que tous les enfants soient atteints avec la SVA deux fois par an, (2) en augmentant les efforts visant à atteindre les enfants dès qu'ils atteignent six mois, et (3) en renforçant l'intégration avec les programmes de vaccination.

Globalement, il y a eu des changements dans l'épidémiologie des décès d'enfants de moins de 5 ans, la mortalité néonatale représentant désormais une plus grande proportion de ces décès qu'elle ne le faisait de deux décennies au passé. Cependant, le nombre de décès chez les enfants de plus de six mois reste beaucoup trop élevé, atteignant près d'un million en Afrique subsaharienne en 2015. En l'absence de programmes de SVA, ces décès seraient encore plus nombreux.

Les causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans ont également changé : la part de la rougeole a diminué, mais celle des infections demeure important dans la mortalité infantile. Ces décès sont ceux d'enfants qui auraient dû bénéficier d'un système immunitaire rempli de vitamine A, ou de SVA à forte dose lorsque nécessaire. Par conséquent, nous convenons jusqu'à ce qu'il y ait une augmentation soutenue des taux de rétinol sérique dans la population et une réduction de la carence en vitamine A en dessous de 5%, la fourniture continue de SVA dans les populations carencées, comme en Afrique subsaharienne, est une priorité pour la survie de l'enfant. Ceci est conforme à la trame de prise de décision développée GAVA pour la suspension des programmes de SVA.

Alors que les programmes de la SVA continuent, nous convenons qu'il y a un besoin crucial de traiter les causes directes et sous-jacentes de la carence en vitamine A : l'insuffisance de la vitamine A, ou de son précurseur dans le régime alimentaire, ainsi que le manque d'hygiène et les infections répétées. Ces améliorations sont un objectif à long terme, mais les efforts pour améliorer les pratiques d'allaitement, l'accès à des aliments fortifiés, la disponibilité d'aliments complémentaires de bonne qualité et l'amélioration de l'hygiène et le contrôle des infections doivent être initiés et plus explicitement intégrés dans les stratégies de survie de l'enfant. Cela sera bénéfique à tous les groupes de la population souffrant de carence en vitamine A. L'évaluation des progrès accomplis vers cet objectif reposera sur des données récentes sur la carence en vitamine A parmi les populations, données qui sont pour l'heure très limitées.

Nous reconnaissons que les données programmatiques visant à identifier ceux qui ne sont pas actuellement atteints doivent également être renforcées. Le renforcement de la collecte des données de couverture et de leur utilisation pour améliorer les programmes, ainsi que le renforcement des liens avec les systèmes d'information sanitaire nationaux est essentiel pour que tous les enfants qui ont besoin de la SVA puissent être identifiés et atteints aussitôt que nécessaire.

En outre, les résultats intermédiaires des programmes devraient également être suivis et la performance des programmes améliorée par l'identification et la résolution des goulets d'étranglement. Nous reconnaissons donc que des investissements plus importants sont nécessaires pour renforcer la collecte et l'utilisation des données.

OUTCOME STATEMENT (2)

Enfin, nous reconnaissons que les changements dans le paysage mondial et régional, qui incluent des changements dans les financements et les plates-formes de soins, aura un impact significatif sur les programmes de SVA, et qu'il est plus nécessaire que jamais d'améliorer la coordination entre les gouvernements et leurs partenaires.

Les stratégies de fourniture ont considérablement évolué au cours des quinze dernières années avec l'adoption des journées et semaines de la santé de l'enfant comme plate-forme de fourniture de services dans beaucoup de pays et les campagnes de vaccination et les efforts d'éradication de la poliomyélite qui continuent de permettre d'atteindre beaucoup plus d'enfants. Les deux approches ont permis une augmentation de la couverture de la SVA dans de nombreux pays.

Nous sommes conscients qu'un financement international substantiel a soutenu ces plates-formes de prestation pendant de nombreuses années et qu'il est temps pour cette intervention de survie de l'enfant d'être institutionnalisée dans les systèmes de santé nationaux, y compris dans les budgets, les mécanismes de gestion et de coordination nationaux, un soutien externe continuant là où les ressources nationales sont limitées. Dans notre regard vers l'avenir, nous convenons que les programmes de la SVA ont un rapport coût / efficacité élevé et que ce rapport peut encore être amélioré.

Par conséquent, il y a un besoin urgent de trouver des solutions novatrices pour intégrer la SVA dans les services fournis au sein des systèmes de soins de santé afin d'atteindre systématiquement les enfants de moins de cinq ans avec la SVA et d'autres interventions de survie de l'enfant, en particulier dans les pays où une transition dans la stratégie employée et le mode de financement doit avoir lieu. Les principaux critères de sélection d'une telle stratégie de fourniture de services doivent inclure : la possibilité d'atteindre tous les enfants de 6 - 59 mois, en particulier les plus vulnérables ; maximiser tous les contacts au sein du système de santé, y compris les contacts de routine ; répondre aux besoins des parents et motiver leur présence ; disposer d'un mécanisme permettant d'assurer la responsabilisation. Nous croyons que l'engagement dans la démarche liée à bénéficier de l'héritage de la lutte contre la poliomyélite et l'expansion de nouvelles approches de vaccination, tels que « Atteindre Chaque Communauté » et d'autres plates-formes, (telles que celles pour le dépistage communautaire de la malnutrition aiguë), sont essentiels pour atteindre tous les enfants de moins de 5 ans avec la SVA.

Nous reconnaissons que l'institutionnalisation est une démarche qui exigera du temps et les efforts de nombreux acteurs clés. Elle doit être une priorité, tout en mettant l'accent sur l'urgence à atteindre de manière continue tous les enfants de 6 - 59 mois avec la SVA, tous les six mois.

La réalisation de cette vision nécessitera un plaidoyer continu auprès des décideurs pour les sensibiliser aux preuves des bénéfices des programmes de SVA et la nécessité de poursuivre la priorisation et le soutien.

Nous déclarons donc par la présente les points suivants :

- Nous, participants de ce symposium, nous engageons à donner notre soutien pour améliorer la fourniture de la SVA deux fois par an, afin d'atteindre tous les enfants de 6 - 59 mois, ce qui nécessitera une plus grande attention vers les plus vulnérables et assurer une fourniture équitable, et nous exhortons les décideurs au sein des gouvernements nationaux et des institutions de donateurs de maintenir leur soutien.
- Nous allons veiller à ce que la SVA est intégrée dans les systèmes de santé, y compris le point de contact à 6 mois, et nous faciliterons la co-administration de la SVA avec d'autres interventions à haut impact. Nous plaidons d'urgence pour la construction et / ou de développement de nouvelles approches telles que « Atteindre Chaque Communauté » (REC) et les plates-formes communautaires, dans les pays pertinents, l'engagement dans la démarche de planification de transmission de l'héritage de la poliomyélite afin de capitaliser sur les investissements antérieurs.
- Nous remarquons en particulier que la routinisation dans les systèmes de santé comprend souvent le service avancé afin d'atteindre les plus vulnérables, mais que la planification et le suivi de ces activités de service avancé devrait être complètement intégré dans le système de santé.
- Nous nous engageons à compter sur l'investissement national pour soutenir les programmes de la SVA en raison de son grand impact et son rentable approche documentée.
- Nous soutenons le renforcement des interventions pour répondre à la forte prévalence de l'inacceptable de DVA en Afrique sub-saharienne.
- Nous redoublerons nos efforts pour générer des données de haute qualité de la population sur l'état de VA, la couverture des interventions et de la qualité et la consommation diététique afin de l'utiliser pour orienter les programmes et les décisions politiques.



The Global
Alliance
for Vitamin A

RAPPORT DU SYMPOSIUM REGIONAL SUR LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

Dakar, Sénégal - (4 - 6 April 2016)

GAVA souhaite remercier les participants de tous les pays, agences et organisations suivants:

Représentants de:

Bénin
Burkina Faso
Burundi
Cameroun
République Centrafricaine
Cote d'Ivoire
Chad
République Démocratique du
Congo
Ethiopie
Ghana
Guinée
Kenya
Madagascar
Malawi
Mali
Mozambique
Niger
Nigeria
Sénégal
Sierra Leone
South Soudan
Tanzanie
Togo



**Des remerciements tout
particulièrement a :**

**Le gouvernement du Sénégal
qui a abrité et clôturé le
symposium**

**Affaires Mondiales Canada pour
son support financier**



Global Affairs
Canada

Affaires mondiales
Canada



**Helen Keller
INTERNATIONAL**



**Micronutrient
Initiative**

