

La supplémentation en vitamine A reste Essentielle en Afrique Sub-Saharienne

Déclaration faite à Dakar, le 6 avril, 2016

Des représentants de de 23 pays et des partenaires techniques, préoccupés par l'impact de la carence en vitamine A sur la santé publique, se sont réuni à Dakar, Sénégal, entre les 4 et 6 avril 2016 afin de discuter des niveaux actuels de la carence en vitamine A, de la mortalité infantile qui lui est associée et du statut des programmes de supplémentation en vitamine A (SVA), y compris les stratégies, les niveaux d'institutionnalisation, et les menaces et opportunités actuelles. La déclaration suivante a été approuvée par les participants.

Déclaration consensuelle

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 [1]. Malgré les progrès réalisés, les taux de mortalité infantile restent à des niveaux inacceptables [2]. 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% [3], 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 [4].

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 [5, 6], 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 [7], 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 [2, 7]. 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 [2]. 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 [8]. Ceci est conforme à la trame de prise de décision développée GAVA pour la suspension des programmes de SVA [9].

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 [10].

Enfin, nous reconnaissons que les changements dans le paysage mondial et régional, qui incluent des changements dans les financements et les plates-formes de fourniture des 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 plateformes 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 [11] 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 plateformes, (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 soit intégrée dans les systèmes de santé, y compris le point de contact à 6 mois, et nous faciliterons la fourniture de la SVA avec d'autres

interventions à haut impact. Nous plaillons pour le développement urgent ou l'expansion de nouvelles approches telles que « Atteindre Chaque Communauté » (REC) et les plates-formes communautaires et, dans les pays pertinents, pour un engagement dans la démarche de transmission de l'héritage de la lutte contre la poliomyélite afin de capitaliser sur les investissements antérieurs.

- Nous remarquons en particulier que la routinisation dans les systèmes de santé comprend souvent des services avancés pour d'atteindre les plus vulnérables, mais que la planification et le suivi de ces services devraient être complètement intégrés dans le système de santé.
- Nous nous engageons à influencer sur les investissements domestiques pour qu'ils soutiennent les programmes de SVA en raison de leur grand impact et de leur rentabilité documentée.
- Nous soutenons le renforcement des interventions visant à répondre aux taux inacceptablement élevés de CVA en Afrique sub-saharienne.
- Nous redoublerons nos efforts pour générer des données de haute qualité sur le statut en vitamine A de la population, sur la couverture et la qualité des interventions et sur la consommation moyenne de vitamine A afin de l'utiliser pour orienter les programmes et les décisions politiques.

Les pays qui ont participé sont :

Le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, la République centrafricaine, la Côte d'Ivoire, le Tchad, la République Démocratique du Congo, l'Ethiopie, le Ghana, la Guinée, le Kenya, Madagascar, le Malawi, le Mali, la Mozambique, le Niger, le Nigeria, le Sénégal, la Sierra Leone, le Soudan du Sud, le Togo et la Tanzanie.

Références

1. Stevens, G.A., et al., *Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys*. Lancet Glob Health, 2015. **3**(9): p. e528-36.
2. You, D., et al., *Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. Lancet, 2015. **386**(10010): p. 2275-86.
3. UNICEF. *UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women*. 2016; Available from: <http://data.unicef.org/nutrition/vitamin-a.html>
4. *Vitamin A supplementation in infants and children 6-59 months of age*. 2011, World Health Organization: Geneva.
5. Afnan-Holmes, H., et al., *Tanzania's countdown to 2015: an analysis of two decades of progress and gaps for reproductive, maternal, newborn, and child health, to inform priorities for post-2015*. Lancet Glob Health, 2015. **3**(7): p. e396-409.

6. Amouzou, A., O. Habu, and K. Bensaid, *Reduction in child mortality in Niger: a Countdown to 2015 country case study*. Lancet, 2012. **380**(9848): p. 1169-78.
7. Kupka R, N.J., Nyhus Dhillon C, Blankenship J, Haskell MJ, Baker SK, Brown KH., *Safety and mortality benefits of delivering vitamin A supplementation at 6-months of age in sub-Saharan Africa*. Food and Nutrition Bulletin.
8. Palmer, A.C., et al., *The use and interpretation of serum retinol distributions in evaluating the public health impact of vitamin A programmes*. Public Health Nutr, 2012. **15**(7): p. 1201-15.
9. Greig, A.N., L., *A framework for shifting from universal vitamin A supplementation: Technical guidance for VAS programs for children 6-59 months of age, Ottawa, February, 2012*, in *Sight and Life Magazine*. 2013. p. 76-77.
10. Klemm, R.D., et al., *A Changing Landscape for Vitamin A Programs: Implications for Optimal Intervention Packages, Program Monitoring, and Safety*. Food Nutr Bull, 2016.
11. Centre, C.C., *Copenhagen Consensus 2008 Results*, 2008, Editor.