



The Global
Alliance
for Vitamin A

MISE EN ŒUVRE DE CAMPAGNES DE SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19 : CADRE DE DÉCISION

RÉSUMÉ DES CONNAISSANCES

SEPTEMBRE 2020

CONTEXTE

Intervention vitale, la supplémentation en vitamine A (SVA) réduit le risque de mortalité infantile, de morbidité et de malnutrition dans les pays qui présentent des niveaux élevés de carence en vitamine A (CVA) [1]. Malgré le fait que des épidémies comme celle de la COVID-19 limitent souvent l'accès aux services de santé, il est d'autant plus important que les enfants reçoivent une forte dose de SVA deux fois par an, soit tous les 4 à 6 mois.

Dans de nombreux contextes, les campagnes de SVA constituent un moyen efficace pour atteindre les enfants de 6 à 59 mois avec des taux de couverture pouvant dépasser 80 %. Cependant, en raison des mesures de prévention de la COVID-19, dont la distanciation physique, les restrictions de mouvement et l'interdiction des rassemblements de groupes, de nombreux pays ont dû reporter leurs campagnes et laisser les enfants sans protection contre les maladies et les décès évitables. La baisse de la couverture due à la pandémie menace les efforts réalisés ces dernières années par de nombreux pays pour améliorer la couverture de la SVA et en améliorer l'équité. En conséquence, les pays qui affichent une forte prévalence de CVA chez les jeunes enfants et un taux élevé de mortalité chez les moins de 5 ans déterminent actuellement le meilleur plan d'action pour continuer la prestation de SVA pendant la pandémie.

De nombreux pays tentent de trouver le bon équilibre entre prévenir la propagation de la COVID-19 et minimiser les perturbations des services essentiels de santé et de nutrition infantiles, tels que la SVA. Ce processus difficile oblige les pays à sopeser les avantages d'une telle intervention, sûre et efficace, par rapport aux risques accrus de transmission d'une nouvelle maladie qui peut alourdir les services de santé essentiels. Le contexte et les facteurs de risque varient selon, et à même, les pays. Chaque pays devra déterminer le meilleur moyen d'équilibrer les avantages et les risques associés à la mise en œuvre ou au report des campagnes de SVA pour sa propre population dans un contexte pandémique. La fluidité du scénario de transmission de la COVID-19 forcera également les pays à réévaluer leurs décisions à mesure que de nouvelles informations ou données émergent.

Étant donné le contexte de la pandémie de COVID-19, le présent document vise à :

1. Élaborer un cadre décisionnel pour aider les pays qui utilisent des campagnes pour la prestation de SVA à décider comment s'y prendre pour organiser l'administration de SVA, et
2. Fournir des principes généraux pour guider la réflexion sur la mise en œuvre des campagnes de SVA.

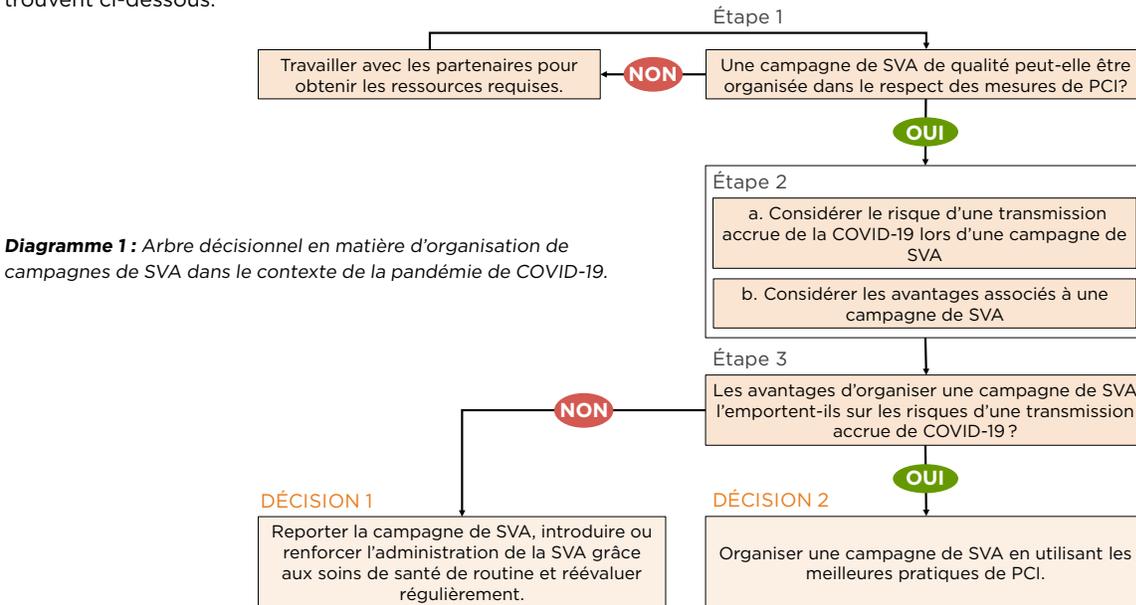
La [déclaration de consensus](#) de GAVA et le [guide opérationnel](#) sur l'administration de la SVA aux enfants d'âge préscolaire dans le contexte de la COVID-19 accompagnent ce résumé [2, 3].

CADRE DÉCISIONNEL

Le cadre ci-dessous décrit un processus pour mener une analyse risques-avantages afin de répondre à la question principale - **Les avantages de la mise en œuvre d'une campagne de SVA l'emportent-ils sur le risque d'augmenter la transmission de la COVID-19 ?** L'analyse demande aux pays de sopeser les avantages pour la santé publique à court et moyen terme de la mise en œuvre d'une campagne de SVA (et le risque associé au report d'une campagne) par rapport au risque d'une augmentation potentielle de la transmission du COVID-19 si la campagne allait de l'avant. Le bien-être des

enfants vulnérables constitue une considération majeure en ce qui concerne les avantages d'une campagne de SVA. La protection offerte par la SVA leur est vitale lors d'une épidémie de maladie infectieuse et peut empêcher une flambée de la morbidité et de la mortalité infantiles. Par conséquent, l'analyse des avantages doit tenir compte de l'impact, sur les enfants vulnérables, de l'absence d'une campagne de SVA pendant la pandémie. Il faut aussi tenir compte du niveau de transmission de la COVID-19 dans le pays ainsi que la capacité du pays à organiser des campagnes de SVA dans le respect des mesures strictes de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Le diagramme 1 propose un arbre décisionnel pour aider les pays à déterminer le meilleur plan d'action pour la prestation de la SVA pendant la pandémie de COVID-19. Les détails pour chaque étape identifiée dans l'arbre de décision se trouvent ci-dessous.



Étape 1 : Évaluer la capacité du pays à organiser une campagne sûre et efficace.

Questions à examiner à l'étape 1 :

- Quelle est la meilleure approche pour organiser la campagne ?
 - La méthode de prestation déterminera les mesures de PCI et les ressources nécessaires pour respecter les meilleures pratiques de prévention contre la COVID-19.
 - Les campagnes peuvent prendre plusieurs formes (porte-à-porte ; à un lieu fixe dans la communauté ou dans un poste ou un établissement de santé ; sur une période d'une semaine, ou sur plusieurs semaines, etc.) et chaque méthode a ses propres risques et avantages.
 - Examiner les modes de transmission de la COVID-19 au niveau local. Comme le rapport avantage-risque pour chaque méthode de prestation peut varier au niveau sous-national, la meilleure méthode de prestation peut également varier selon les districts ou les régions.
 - Examiner la disponibilité d'un transport sécuritaire pour les donneurs de soins et les enfants et leur penchant à se déplacer ou à se rendre à un lieu fixe.
 - Examiner si les donneurs de soins accepteraient les visites à domicile des agents de santé pendant la pandémie de COVID-19.
- Quelle est la capacité de mettre en œuvre des mesures de PCI rigoureuses contre la COVID-19 pendant la campagne de SVA ?
 - Y a-t-il suffisamment de ressources (ressources humaines, équipement de protection individuelle (EPI), transport, par exemple) pour mener une campagne de SVA en suivant les meilleures pratiques de lutte contre l'infection dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ?
 - Peut-on fournir un EPI adéquat à toutes les personnes qui administreraient la SVA pendant la campagne ? Sinon, le gouvernement et les professionnels de la santé sont-ils à l'aise de procéder avec une campagne de SVA selon le mode d'administration par les donneurs de soins ?
 - Y a-t-il suffisamment de ressources (ressources humaines, expertise, EPI, transport, par exemple) pour effectuer la surveillance de la COVID-19 après la campagne de SVA ?
- S'il est impossible de mettre en œuvre une campagne de SVA de haute qualité avec des mesures de PCI adéquates, est-il possible de travailler avec des partenaires pour accéder aux ressources nécessaires ?



Étape 2a : Prendre en compte le risque d'une augmentation potentielle de transmission de la COVID 19 lors d'une campagne de SVA.

Questions à examiner à l'étape 2a :

- Quels sont les modes de transmission de la COVID-19 dans le pays ? À quoi cela ressemble-t-il au niveau sous-national ?
- Quels types et niveaux de mesures de contrôle et d'interventions le gouvernement impose-t-il ? La communauté adhère-t-elle à ces mesures ? Y a-t-il des variations dans certaines régions du pays ?
- Si une campagne de SVA entraîne une transmission accrue de la COVID-19, quel serait l'impact sur la capacité du système à fournir des services de santé de routine ? Si une campagne de SVA entraîne une transmission accrue de la COVID-19, quelles sont les ressources et actions nécessaires pour communiquer les risques ?
- Quelle est la capacité de communiquer efficacement et d'obtenir la participation des communautés pour s'assurer que les membres aient confiance dans la PCI et les mesures de santé publique mise en place pendant la campagne ?
- Si la mise en œuvre de la campagne originale augmente le risque de transmission de la COVID-19, peut-on le réduire davantage en modifiant la méthode de prestation de la SVA (décentraliser la prestation de SVA vers des unités administratives plus petites pour réduire l'achalandage, par exemple) ?

Étape 2b : Prendre en compte les avantages associés à une campagne de SVA

Questions à examiner à l'étape 2b :

- Quel est l'impact de l'absence d'une campagne de SVA sur la santé publique ?
 - À quand remonte la dernière campagne de SVA ? À plus de 6 mois ?
 - Tenir compte que les enfants âgés de 6 à 59 mois à risque de CVA sont plus vulnérables aux maladies infantiles courantes et à la diarrhée lorsqu'ils sautent une dose de SVA.
 - Tenir compte des personnes touchées par l'insécurité alimentaire et du risque accru de dénutrition en raison d'interruptions de l'approvisionnement causées par la pandémie de COVID-19.
 - Examiner les données récentes sur l'incidence de la diarrhée ou de la rougeole pour évaluer si les enfants courent un risque accru de maladie en raison de la pandémie de COVID-19. Comparer ces données avec celles de la même période l'année dernière pour contrôler la saisonnalité.
- Que peut-on faire pour remplacer une campagne de SVA ?
 - Si on utilise les soins de santé de routine comme méthode de rechange pour administrer la SVA, quel niveau de couverture peut-on atteindre ?
- Comment la communauté et la population cible perçoivent-elles les avantages de la SVA pour leurs enfants ?
 - Y a-t-il une forte demande de SVA dans la communauté de sorte qu'elle demeurerait élevée dans le contexte pandémique ?

Étape 3 : Déterminer l'approche la plus appropriée en fonction de l'analyse risques-avantages menée aux étapes 1 et 2.

PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE CHOISIE

Décision 1 : Organiser une campagne de SVA en utilisant les meilleures pratiques de PCI

Si un pays décide de lancer sa campagne de SVA, elle doit être mise en œuvre avec les meilleures pratiques de PCI conformément aux recommandations détaillées du [guide opérationnel](#) de GAVA [2], aux lignes directrices de l'OMS pour les PCI [4] et à la réglementation et aux mesures locales de contrôle et de prévention contre la COVID 19.

Sans se limiter aux éléments suivants, les meilleures pratiques de PCI lors de la prestation de SVA comprennent :

- Examens de dépistage pour les agents de santé (suivant les protocoles nationaux le cas échéant) ;
- Lavage fréquent des mains ;
- Distanciation physique ;
- Administration de la SVA à l'extérieur ou dans des zones bien ventilées et fréquemment désinfectées ;
- Réduction du risque associé aux grands rassemblements ;
- Utilisation de masques médicaux par les agents de santé et, lorsqu'ils ne sont pas disponibles, utilisation du mode d'administration par les donneurs de soins ; et
- Autres pratiques recommandées par l'OMS et les autorités locales.



Si l'organisation de la campagne dévoile des ressources limitées pour la PCI, il faudra décider du mode à utiliser au niveau local. Par exemple, si les agents de santé qui administrent la SVA n'ont pas accès aux masques médicaux, il faudra utiliser le mode d'administration par les donneurs de soins et revisiter les plans de formation des agents de santé en conséquence.

Décision 2 : Reporter la campagne de SVA, introduire ou renforcer l'administration de la SVA grâce aux soins de santé de routine et réévaluer régulièrement

Si un pays décide de ne pas organiser une campagne de SVA, GAVA recommande aux pays d'introduire ou de renforcer l'administration de la SVA par le biais des services de santé de routine. De plus, le pays devra réévaluer cette décision régulièrement et prévoir une prestation de SVA intensifiée et de rattrapage le cas échéant.

- Introduire ou renforcer l'administration de la SVA par le biais des services de santé de routine existants et/ou adaptés.
 - Les pays qui décident de reporter la campagne de SVA devraient envisager l'administration de la SVA par le biais de plates-formes du système de santé existantes aptes à fournir des services aux enfants âgés de 6 à 59 mois et à leurs donneurs de soins. On devrait administrer la SVA dans le cadre d'un ensemble d'interventions de santé et de nutrition infantiles (par exemple, vaccination de routine, traitement vermifuge, dépistage de la malnutrition aiguë). On devrait offrir ces interventions à tous les points de contact possibles, tout en suivant les mesures de PCI recommandées.
 - Face à des ressources limitées, on pourrait cibler l'administration de la SVA aux enfants âgés de 6 à 23 mois en priorité dans certains contextes.
- Planifier la prestation d'une SVA intensifiée et de rattrapage.
 - Lorsque la SVA se faisait généralement dans le cadre de campagnes qu'il a fallu annuler ou reporter en raison de la COVID-19, il faudra avoir recours à une administration de SVA de rattrapage.
 - Dans les pays qui ont dû s'appuyer sur la prestation de routine de la SVA pendant la pandémie, le passage rapide à l'administration de la SVA par le biais des systèmes de soins de santé de routine pourrait entraîner une baisse significative de la couverture. Il faudra donc compenser à l'aide d'une administration de rattrapage de la SVA. Les soins de santé de routine joignent difficilement les enfants de plus de 18 mois, car ces enfants ont terminé leur calendrier vaccinal et les parents ne fréquentent les services de santé que lorsque les enfants plus âgés sont malades. De plus, les perturbations du système de santé pendant la pandémie et la réduction de parents en quête de soins de santé signifient que les systèmes de routine atteindraient moins d'enfants que d'habitude pendant la pandémie.
 - Pour ces raisons, les pays devraient commencer à planifier dès maintenant le rétablissement et l'intensification des campagnes de SVA ou d'autres méthodes de prestation de SVA capables d'atteindre une couverture élevée. Il faudra mettre la prestation de la SVA en œuvre le plus tôt possible, lorsque les conditions le justifient et que les autorités nationales estiment que les campagnes et/ou l'administration de routine de la SVA peuvent avoir lieu.
- Réévaluer la décision de reporter ou d'annuler les campagnes de SVA chaque semaine.
 - Les pays devraient réévaluer régulièrement leur décision pour tenir compte des nouvelles informations et données dans l'analyse risques-avantages.

RÉFÉRENCES

[1] A. Imdad, K. Herzer, E. Mayo-Wilson, M. Yakoob and Z. Bhutta, "Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from 6 months to 5 years of age," Cochrane database of systematic reviews, no. 3, 2017.

[2] GAVA, «Supplémentation universelle en vitamine A pour les enfants d'Âge préscolaire dans le contexte de COVID-19 : déclaration de consensus de l'alliance GAVA,» GAVA, 22 juin 2020. [En ligne]. Disponible: http://www.gava.org/content/user_files/2020/04/D%C3%A9claration-de-Consensus-GAVA-SVA-dans-le-contexte-du-COVID-19.pdf. [Accès le 22 juillet 2020].

[3] GAVA, «Supplémentation en vitamine A chez enfants d'âge préscolaire dans le contexte de COVID-19,» GAVA, 22 juin 2020. [En ligne]. Disponible: http://www.gava.org/content/user_files/2020/06/Orientations-Op%C3%A9rationnelles-GAVA-SVA-dans-le-contexte-du-COVID-19.pdf. [Accès le 22 juillet 2020].

[4] OMS, «Lignes directrices pour le nouveau coronavirus (2019-nCoV),» OMS, 2020. [En ligne]. Disponible: <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>. [Accès le 22 juillet 2020].