







QUELLES SONT LES CONDITIONS POUR DIMINUER LA SUPPLÉMENTATION PRÉSCOLAIRE UNIVERSELLE EN VITAMINE A

NOTE DE POLITIQUE

RÉSUMÉ

La carence en vitamine A demeure un problème de santé publique répandu dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (LMIC), malgré les changements dans les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, les tendances de morbidité et les options d'interventions innovantes. Les programmes de supplémentation en vitamine A (SVA) ont contribué à la réduction des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, mais ne peuvent à eux seuls résoudre le problème sous-jacent d'un apport alimentaire insuffisant en vitamine A et de carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Vu les bienfaits prouvés de la SVA pour la survie des enfants, la décision de diminuer ou de cesser la SVA universelle devrait reposer sur des informations qui confirment que les populations vulnérables ont un apport en vitamine A adéquat et soutenu provenant de sources alimentaires ou d'interventions. Cette note illustre un processus décisionnel en quatre phases, élaboré par l'Alliance globale pour la vitamine A (GAVA), qui comprend : (i) une analyse de situation qui identifie et fait la compilation de données existantes sur la nutrition en vitamine A, sur les infections chez les enfants d'âge préscolaire, et sur la portée et la qualité de la mise en œuvre des programmes de contrôle de la carence en vitamine A: (ii) une évaluation de l'adéquation des données existantes en matière de récence, de représentativité et de qualité et pour déterminer la nécessité de recueillir des informations supplémentaires; (iii) une description du statut et de l'apport en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire, assortie de données ventilées correctement par groupes à risque; et (iv) une recommandation, selon le contexte, pour maintenir, modifier ou diminuer la SVA.

* Les enfants d'âge préscolaire signifient les enfants âgés de 6 à 59 mois.

CONTEXTE

On reconnaît depuis des décennies que la carence en vitamine A constitue une importante préoccupation de santé publique [1]. En 1990, le Sommet de l'ONU pour les enfants a appelé à une « quasi-élimination de la carence en vitamine A et de ses conséquences, notamment la cécité. » Fort de cet appel, on a intensifié et mis à l'échelle la SVA et d'autres interventions relatives à la vitamine A dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire et ainsi contribué à une réduction mondiale de la carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire, soit de 39 % en 1991 à 29 % en 2013 [2]. Cette amélioration globale du statut en vitamine A repose principalement sur une diminution importante de la prévalence de la carence en vitamine A en Asie de l'Est, en Amérique latine et dans les Caraïbes. En 2013, la prévalence de la carence en vitamine A demeurait cependant très élevée en Afrique subsaharienne (48 %) et en Asie du Sud (44 %) [2]

DÉFINITIONS IMPORTANTES:

Apport en vitamine A: La quantité de vitamine A absorbée par le corps, toutes sources confondues.

Statut de la vitamine A: Le niveau de vitamine A dans le corps à un moment donné, tel que mesuré par des indicateurs biochimiques.

Apport nutritionnel en vitamine A: L'ensemble des procédés par lesquels nous absorbons et utilisons la vitamine A. Ceci inclut l'apport en vitamine A ainsi que tout facteur qui pourrait influencer l'apport, l'absorption et l'utilisation de la vitamine A, notamment les infections.







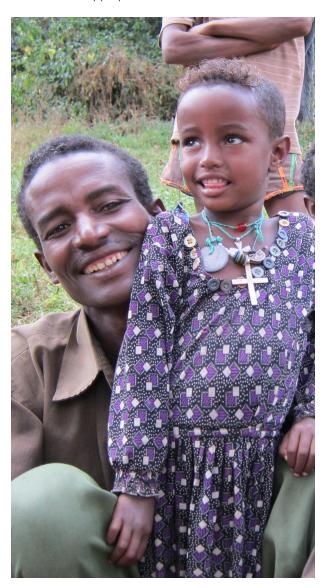


Le fondement scientifique qui sous-tend l'administration annuelle de deux doses élevées de SVA aux enfants âgés de 6 à 59 mois dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est sans équivoque [3, 4, 5, 6]. On associe la SVA à une diminution des risques de mortalité toutes causes confondues et de cécité nutritionnelle, ainsi qu'à une réduction de la fréquence de la diarrhée [7]. On a aussi démontré l'impact positif de la SVA dans des populations diverses dont les niveaux de référence de carence en vitamine A varient et là où les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans vont de 5,3 à 126,2 pour 1000 naissances [6]. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié, en août 2011, des directives internationales qui se basent sur des données probantes démontrant l'impact positif de la SVA sur la survie de l'enfant [7]. Selon ces directives les plus récentes à ce jour, la SVA constitue l'une des interventions en santé publique ayant connu le plus de succès vu son impact sur la survie de l'enfant, la facilité avec laquelle elle s'intègre dans les programmes de soins de santé primaires et sa grande portée, soutenue et équitable, quel que soit le contexte. Il s'agit de l'une des interventions visant la survie des enfants parmi les plus répandues qui, depuis l'année 2000, est passée à l'échelle dans 80 pays où la carence en vitamine A préscolaire est un problème de santé publique [8].

Les programmes de SVA ont contribué à réduire les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans; cependant ces programmes ne peuvent à eux seuls résoudre le problème sous-jacent d'apport alimentaire insuffisant en vitamine A et de carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'évaluation de la concentration sérique en rétinol indique que la SVA améliore le statut en vitamine A pendant environ 4 à 12 semaines, ce qui a pour objectif de réduire les risques de mortalité et d'infections chez les enfants. Dans les populations sous-alimentées, il faut utiliser d'autres interventions complémentaires pour s'attaquer aux causes sous-jacentes de la carence en vitamine A et pour maintenir des niveaux adéquats d'apport en vitamine A [9]. Celles-ci comprennent l'enrichissement des aliments de base avec de la vitamine A, l'augmentation de la production et la promotion du biofortification génétique des aliments en bêtacarotène (p. ex. : le maïs enrichi au bêtacarotène, les patates douces à chair orange), les interventions qui font la promotion de la diversification alimentaire, y compris des aliments d'origine animale, l'utilisation de poudres de micronutriments, la promotion de l'allaitement, et la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses.

Une fois mises en œuvre avec succès et de manière équitable pour atteindre ceux qui sont le plus à risque de souffrir de carence en vitamine A, ces stratégies visent à augmenter l'apport quotidien en vitamine A et peuvent aider à normaliser le statut en vitamine A et offrir un filet de sécurité alimentaire fiable et durable.

De nombreux pays ont mis en œuvre la SVA universelle pour les enfants âgés de 6 mois à 59 mois depuis près de 20 ans. Certains d'entre eux ont déjà affiché des baisses de la carence en vitamine A d'une partie ou de la totalité de la population d'âge préscolaire. Les décideurs et les gestionnaires de programmes commencent donc à se poser, à juste titre, la question suivante : « À partir de quel moment est-il approprié de diminuer la SVA universelle? »





LE CADRE GAVA : UN PROCESSUS EN QUATRE PHASES POUR GUIDER LA PRISE DE DÉCISION QUANT AU MOMENT PROPICE POUR DIMINUER LA SVA UNIVERSELLE

Lors d'une consultation technique en 2012, GAVA et ses partenaires ont convenu qu'une décision sur la diminution de la SVA universelle dans une population donnée demande un examen approfondi vu l'impact de la SVA sur les vies sauvées chez les enfants d'âge préscolaire qui vivent dans des zones de grande prévalence de carence en vitamine A et de mortalité infantile. La consultation a également conclu que l'élimination de la SVA devrait seulement se faire lorsque des données probantes de haute qualité confirment un niveau acceptable du statut en vitamine A de la population et que celle-ci ingère des niveaux adéquats de vitamine A. Lorsque le statut et l'apport en vitamine A varient entre les sous-populations, on devrait seulement considérer une diminution de la SVA dans les sous-populations qui présentent un statut et un apport acceptables.

À la suite de la consultation, GAVA et ses partenaires ont élaboré un processus en quatre phases pour aider les pays à évaluer les progrès face à l'élimination durable de la carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire (Figure 1). Les trois premières phases comportent la collecte, l'évaluation et l'examen des données liées à l'apport nutritionnel en vitamine A alors que le cadre présenté à la phase finale guide la prise de décision quant au moment opportun pour diminuer les programmes de SVA préscolaires.

PHASE 1: ANALYSE DE LA SITUATION

GAVA recommande que les pays fassent une analyse de la situation pour identifier et compiler les données existantes sur l'apport nutritionnel en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire de la population. Ceci inclut les données d'apport alimentaire et les données biochimiques récentes sur le statut de la vitamine A au niveau de la population, ventilées par sous-populations visées, dont les enfants âgés de 6 à 11 mois, les enfants âgés de 12 à 23 mois, les enfants âgés de 24 à 59 mois, les groupes socio-économiques et les régions pertinentes.

Le cadre décisionnel de GAVA encourage les pays à prendre en considération d'autres facteurs contextuels qui influencent le statut en vitamine A - en plus du statut et de l'apport en vitamine A - pour s'assurer que tout ajustement au programme se fasse de manière éclairée. Les pays devraient recenser et examiner les données de toutes les activités et interventions qui pourraient avoir une influence sur l'apport nutritionnel en vitamine A des enfants d'âge préscolaire. Ces données comprennent la présence, l'intensité et la portée des interventions qui appuient l'apport en vitamine A (p. ex. : la production d'aliments enrichis de vitamine A ou biofortification génétique au bêtacarotène, ou des programmes qui font la promotion de la diversité alimentaire). Ces données devraient aussi contenir divers indicateurs liés au statut en vitamine A et à l'impact des programmes de SVA (morbidité, mortalité, taux de vaccination, allaitement exclusif, etc.). L'analyse de la situation devrait également inclure des données sur les facteurs politiques et

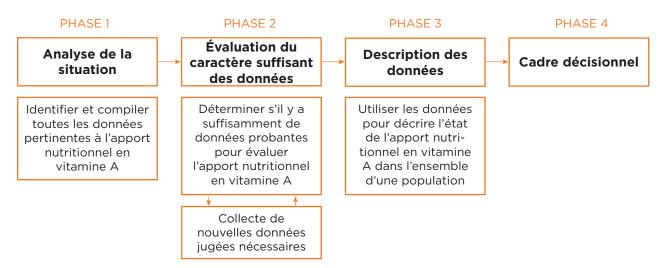


Figure 1: Processus en quatre phases pour une prise de décision basée sur les données probantes en ce qui a trait à la diminution des programmes SVA.



environnementaux qui pourraient exposer le pays ou la région à des risques élevés de chocs ou de stress reconnus pour avoir une influence sur l'apport nutritionnel en vitamine A, notamment la sècheresse, les inondations, les épidémies, les fluctuations du marché et les conflits. Le Tableau 1 ci-dessous présente un exemple de données pertinentes à inclure dans l'analyse de la situation.

On utilisera les données recueillies durant l'analyse de la situation pour guider la collecte des données manquantes, le cas échéant, pour naviguer le cadre de la prise de décision de la phase 4, et pour soutenir la planification et la mise en œuvre des recommandations du cadre.

Tableau 1: Données pertinentes pour une analyse de la situation sur l'apport nutritionnel en vitamine A des enfants âgés de 6 à 59 mois [10, 11].

de 6 à 59 mois (prévalence de l'apport habituel en vitamine A inférieure au besoin moyen estimatif ou apport adéquat, et l'apport quotidien moyen en vitamine) Accès à des aliments contenant de la vitamine A, disponibles dans les marchés et les foyers Statut anthropométrique (retard de croissance, émaciation) Prévalence de faible poids à la naissance Incidence de rougeole et de diarrhée Décès dus à la diarrhée ou à des causes infectieuses Le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et le taux de mortalité infantile La couverture vaccinale pour les enfants âgés de 12 à 23 mois Concentration suffisante de vitamine A dans les aliments enrichis en vitamine A, selon les normes de l'industrie pour l'enrichissement en micronutriments Accès à suffisamment d'aliments enrichis en vitamine A, notamment les aliments de base, les condiments et les aliments transformés Consommation d'aliments enrichis en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire (p. ex.: pourcentage d'enfants qui consomment des aliments enrichis en vitamine A, la fréquence de la consommation, l'estimation quantitative de l'apport) La portée des programmes programme avec les poudres de micronutriments et leur		
d'allaitement continu) Les données d'apport en vitamine A, toutes sources confondues, chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (prévalence de l'apport habituel en vitamine A inférieure au besoin moyen estimatif ou apport adéquat, et l'apport quotidien moyen en vitamine) Accès à des aliments contenant de la vitamine A, disponibles dans les marchés et les foyers - Statut anthropométrique (retard de croissance, émaciation) - Prévalence de faible poids à la naissance - Incidence de rougeole et de diarrhée - Décès dus à la diarrhée ou à des causes infectieuses - Le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et le taux de mortalité infantile - La couverture vaccinale pour les enfants âgés de 12 à 23 mois - Concentration suffisante de vitamine A dans les aliments enrichis en vitamine A, selon les normes de l'industrie pour l'enrichissement en micronutriments - Accès à suffisamment d'aliments enrichis en vitamine A, notamment les aliments de base, les condiments et les aliments transformés - Consommation d'aliments enrichis en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire (p. ex.: pourcentage d'enfants qui consomment des aliments enrichis en vitamine A, la fréquence de la consommation, l'estimation quantitative de l'apport) - La portée des programmes programme avec les poudres de micronutriments et leur		nécessaire pour interpréter ces mesures (p. ex. : rétinol sérique assorti de marqueurs d'inflammation, dont la protéine C-réactive et l'alpha-1-glycoprotéine)
 Indicateurs de santé et de maladie Décès dus à la diarrhée ou à des causes infectieuses Le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et le taux de mortalité infantile La couverture vaccinale pour les enfants âgés de 12 à 23 mois Concentration suffisante de vitamine A dans les aliments enrichis en vitamine A, selon les normes de l'industrie pour l'enrichissement en micronutriments Accès à suffisamment d'aliments enrichis en vitamine A, notamment les aliments de base, les condiments et les aliments transformés Consommation d'aliments enrichis en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire (p. ex. : pourcentage d'enfants qui consomment des aliments enrichis en vitamine A, la fréquence de la consommation, l'estimation quantitative de l'apport) La portée des programmes programme avec les poudres de micronutriments et leur 	alimentaire et disponibilité	 d'allaitement continu) Les données d'apport en vitamine A, toutes sources confondues, chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (prévalence de l'apport habituel en vitamine A inférieure au besoin moyen estimatif ou apport adéquat, et l'apport quotidien moyen en vitamine) Accès à des aliments contenant de la vitamine A, disponibles dans les marchés et les
 Concentration suffisante de vitamine A dans les aliments enrichis en vitamine A, selon les normes de l'industrie pour l'enrichissement en micronutriments Accès à suffisamment d'aliments enrichis en vitamine A, notamment les aliments de base, les condiments et les aliments transformés Consommation d'aliments enrichis en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire (p. ex. : pourcentage d'enfants qui consomment des aliments enrichis en vitamine A, la fréquence de la consommation, l'estimation quantitative de l'apport) La portée des programmes programme avec les poudres de micronutriments et leur 	santé et de	 Prévalence de faible poids à la naissance Incidence de rougeole et de diarrhée Décès dus à la diarrhée ou à des causes infectieuses Le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et le taux de mortalité infantile
degre de comornite.	des aliments	 Concentration suffisante de vitamine A dans les aliments enrichis en vitamine A, selon les normes de l'industrie pour l'enrichissement en micronutriments Accès à suffisamment d'aliments enrichis en vitamine A, notamment les aliments de base, les condiments et les aliments transformés Consommation d'aliments enrichis en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire (p. ex. : pourcentage d'enfants qui consomment des aliments enrichis en vitamine A, la fréquence de la consommation, l'estimation quantitative de l'apport)

¹Les indicateurs biologiques sont les seules mesures qui permettent d'établir la prévalence de la carence en vitamine A.

² L'analyse de la situation ne devrait inclure que des données sur les aliments enrichis en vitamine A appropriés à des fins de consommation par de jeunes enfants.



PHASE 2 : ÉVALUATION DU CARACTÈRE SUFFISANT DES DONNÉES

À la seconde phase, les gestionnaires de programme devraient évaluer le caractère suffisant des données recueillies lors de l'analyse de la situation. Dans l'ensemble, les données devraient permettre aux gestionnaires de programme:

- a. De déterminer l'apport en vitamine A des enfants d'âge préscolaire (y compris les sous-populations visées) à partir de toutes les sources de vitamine A; et
- D'estimer la prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire (y compris les sous-populations visées) à partir de données biochimiques sur le statut en vitamine A.

On considère suffisantes les sources de données qui présentent les caractéristiques suivantes : elles sont de grande qualité, récentes (c.-à-d. < 5 ans), statistiquement représentatives du groupe de la population en cours d'évaluation, prises à un moment propice et mesurées de pair avec d'autres caractéristiques qui permettent la ventilation des données. En ce qui a trait au moment propice, il importe que les données tiennent compte des variations saisonnières en matière de disponibilité des aliments, du statut en vitamine A et de la vulnérabilité à la carence en vitamine A pour s'assurer qu'elles évaluent correctement les indicateurs de l'apport nutritionnel en vitamine A basés sur le moment de la collecte des données. De plus, les données biochimiques devraient exclure les données provenant d'enfants d'âge préscolaire qui ont reçu des doses élevées de supplément de vitamine A dans les huit semaines précédant la collecte d'échantillons et inclure des caractéristiques pertinentes d'échantillonnage, notamment la région, le genre et l'âge. Le statut en vitamine A des sous-populations vulnérables devrait aussi être évalué pour faire ressortir toute inégalité. Les sous-populations visées devraient être représentatives et accessibles [12]. De plus, pour identifier les populations à risque, il importe de tenir compte de caractéristiques telle la répartition sociale (p. ex. : les groupes de réfugiés et les personnes déplacées) ainsi que les facteurs socio-économiques (p. ex. : le niveau de revenu, l'approvisionnement en eau et le niveau de l'assainissement) et l'accès aux services de soins de santé et de services sociaux [10].

Si les gestionnaires de programme peuvent faire une estimation adéquate de ces deux paramètres avec les



données disponibles, ils peuvent passer directement à la troisième phase.

Identification du déficit en matière d'information

S'il mangue de l'information ou si elle est insuffisante, il faudra consacrer des efforts et des ressources pour combler ces déficits avant de poursuivre. Exigeante, la collecte de données représentatives de grande qualité sur l'apport alimentaire et biochimique en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire demande une expertise de l'échantillonnage, de la collecte et la gestion de données et de l'analyse. Des outils, dont le Micronutrient Survey Toolkit (trousse d'enquête sur les micronutriments) du Center for Disease Control des États-Unis, peuvent aider à guider la planification et la mise en œuvre d'enquêtes sur les micronutriments [12]. Pour sa part, le projet de l'International Dietary Data Expansion (INDDEX) [13] et le National Cancer Institute aux États-Unis [14] (Institut national des États-Unis sur le cancer) donnent des conseils sur la collecte et l'utilisation de données nutritionnelles.

Avant d'amorcer la collecte de données, les gestionnaires de programme doivent identifier les déficits en matière d'information, évaluer les données qui répondraient le mieux aux besoins du pays et établir les priorités face à la collecte des informations manquantes. La Figure 2 illustre ce genre de priorisation lorsque les données biochimiques manquent ou sont insuffisantes. Lorsqu'il faut cueillir des données supplémentaires, il pourrait s'avérer économique de coordonner une telle collecte avec une autre enquête de carence en micronutriments [10].



PRIORISATION DE LA COLLECTE DE DONNÉES POUR LA PRISE DE DÉCISION

Les enquêtes biochimiques sont coûteuses et exigent une grande expertise. Lorsqu'il manque des données biochimiques ou qu'elles sont insuffisantes, les gestionnaires de programme devraient premièrement évaluer si une enquête est justifiée avant de la planifier.

Étape 1. Évaluer le caractère suffisant des données sur l'apport en vitamine A et sur les programmes de vitamine A, et combler les déficits en matière de données.

- Est-ce qu'il existe des données de grande qualité représentatives de l'apport alimentaire en vitamine A recueillies au cours des cinq dernières années?
- Est-ce que ces données suggèrent que l'apport alimentaire en vitamine A est suffisant?

Étape 2. Évaluer si les données d'apport en vitamine A et les programmes de vitamine A suggèrent qu'un changement positif du statut en vitamine A est plausible depuis la dernière enquête biochimique.

- Est-ce que les données suggèrent que l'apport alimentaire en vitamine A s'est amélioré depuis la dernière enquête biochimique?
- Est-ce que les données suggèrent qu'on a instauré des programmes de lutte contre la carence en vitamine A ou qu'on a amélioré des programmes existants depuis la dernière enquête biochimique?

S'il existe suffisamment d'informations pour suggérer qu'un changement positif du statut en vitamine A est plausible, alors une enquête biochimique pourrait être justifiée.

Figure 2: Étapes de priorisation de la collecte de données pour la prise de décision sur la diminution de la SVA chez les enfants d'âge préscolaire.

PHASE 3: DESCRIPTION DES DONNÉES

Il importe de décrire l'apport nutritionnel en vitamine A en fonction des différentes sous-populations d'enfants âgés de 6 à 59 mois. De plus, il faudrait ventiler les données selon les indicateurs pertinents qui peuvent augmenter la vulnérabilité à une carence en vitamine A pour mieux comprendre la distribution de l'apport en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire.

Décrire la prévalence de la carence en vitamine A

L'OMS recommande la SVA universelle lorsque la prévalence de la carence en vitamine A constitué un problème de santé publique [7]. Pour évaluer si tel est le cas dans une population donnée, les gestionnaires de santé publique devraient recueillir des données biochimiques au moyen d'une enquête transversale représentative. Le(s) marqueur(s) biologique(s) utilisé(s)

pour évaluer la carence en vitamine A devraient suivre les directives mondiales actuelles sur les mesures du statut en la vitamine A. Bien que les directives actuelles de l'OMS sur la gestion de la carence en vitamine A suggèrent que celle-ci ne représente plus un problème de santé publique lorsqu'elle tombe en dessous de 2 % [10], ces faibles niveaux sont difficiles à détecter dans une enquête transversale. Donc, en pratique, GAVA recommande d'appliquer la fourchette considéré par l'OMS comme étant un faible problème de santé publique (c.-à-d. la carence en vitamine A \leq 10 % chez les enfants âgés de 6 à 59 mois) comme seuil pour envisager une diminution de la SVA.



Les pays devraient être en mesure de déterminer si la prévalence de la carence en vitamine A demeure élevée (> 10 %) ou a été réduite (≤ 10 %) dans toutes les souspopulations grâce à l'utilisation des données représentatives sur la prévalence de la carence en vitamine A. Cette analyse devrait envisager les souspopulations selon la géographie et l'âge. On utilisera le résultat de cette évaluation pour entreprendre la première phase du cadre décisionnel de GAVA.

Décrire l'apport en vitamine A

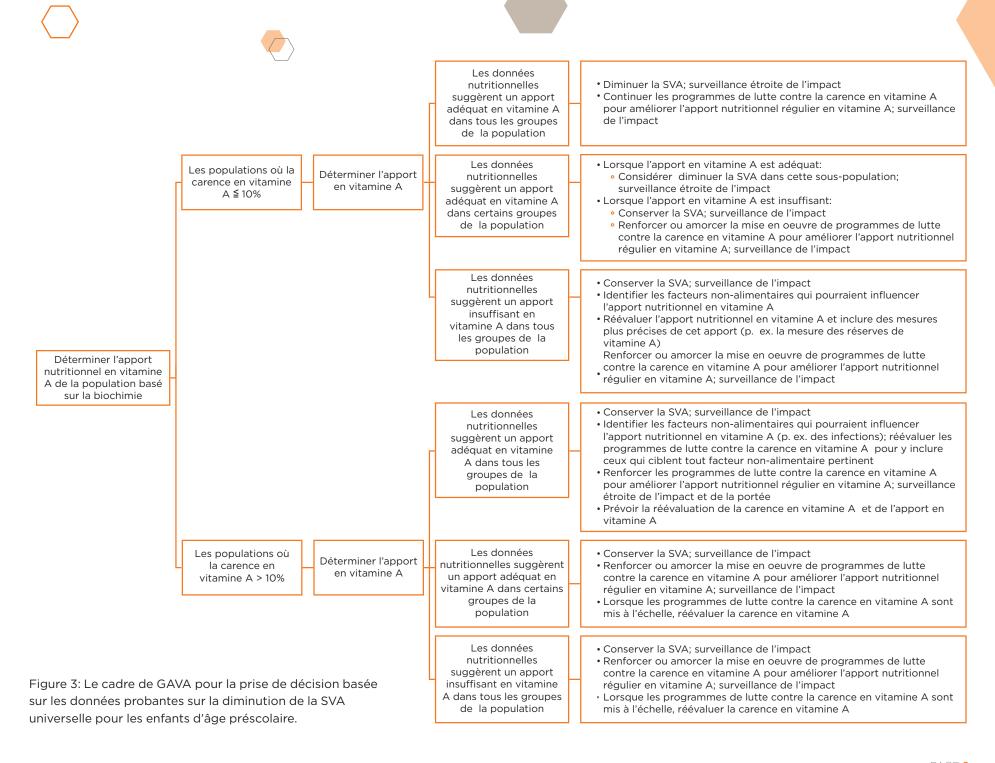
La description de la suffisance alimentaire en vitamine A intègrera des données de sources multiples, dont les enquêtes individuelles d'apport alimentaire, les enquêtes de ménages liées à l'alimentation, les données sur la composition des aliments, les bilans alimentaires nationaux, ainsi que la suffisance, l'accessibilité et la consommation d'aliments enrichis de vitamine A. À l'aide de données représentatives sur l'apport en vitamine A, toutes sources confondues, chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, les gestionnaires de programme devraient déterminer si les taux de vitamine A sont adéquats dans la population entière, dans certaines sous-populations ou inadéquates dans tous les groupes de la population. Pour s'assurer d'un apport en vitamine A adéquat, il faudra aussi examiner la distribution de l'apport en vitamine par rapport à l'apport adéquat (chez les enfants âgés de 6 à 11 mois) ou l'exigence moyenne estimée (chez les enfants âgés de 12 à 59 mois). Cette évaluation guidera les gestionnaires de programme lors de la deuxième phase du cadre décisionnel de GAVA.

PHASE 4 : CADRE DÉCISIONNEL

Selon la prévalence de la carence en vitamine A et des habitudes d'apport en vitamine A de la population, une série déterminée de recommandations sur les politiques du cadre décisionnel GAVA guidera les gestionnaires de programme (Figure 3). De façon générale, le cadre décisionnel recommande de seulement diminuer la SVA universelle semi-annuelle dans les populations où il y a des données probantes de grande qualité qui suggèrent que l'apport en vitamine A et le statut en vitamine A sont adéquats chez les enfants d'âge préscolaire. Le processus de diminution pourrait passer par la diminution de la fourchette d'âge cible, l'élimination de zones géographiques précises ou l'élimination complète du programme. Lorsque l'apport en vitamine A et le statut en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire ne sont pas adéquats, le cadre recommande des mesures de rechange pour conserver ou modifier le programme de SVA.

On utilise la collecte de données durant l'analyse de la situation pour naviguer à l'intérieur du cadre et pour soutenir les pays qui planifient et qui mettent les recommandations du cadre en œuvre.







CONCLUSION

Bien que la programmation de la SVA a mené à des améliorations considérables au cours des 20 dernières années, les données probantes récentes suggèrent que la portée mondiale de la SVA est en déclin et que plusieurs pays éprouvent des difficultés à maintenir les taux précédemment élevés de portée de la SVA [15]. De plus, plusieurs pays qui s'emploient à mettre en œuvre des programmes de lutte contre la carence en vitamine A le font sans avoir de données probantes suffisantes, ce qui amoindrit l'aptitude des gestionnaires de programme à comprendre le statut actuel et les tendances de carence en vitamine A et ainsi d'allouer les ressources de manière efficace [16]. Malgré ces défis mondiaux actuels, certains pays ont constaté d'importantes réductions de la carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire et pourraient être prêts à envisager la diminution de la SVA universelle.

Cette note a mis l'accent sur le besoin de données nationales représentatives de grande qualité sur le statut en vitamine A pour étayer la prise de décision à l'égard des programmes de lutte contre la carence en vitamine A. Lorsqu'il existe des preuves tangibles qui confirment l'amélioration de l'apport en vitamine A et que le statut en vitamine A est adéquat, on recommande aux gestionnaires de programme d'envisager la diminution de la SVA universelle puisque l'avantage potentiel de l'impact du programme sur la mortalité s'estompe. Selon l'épidémiologie de la carence en vitamine A et des différents profils de risques présents au sein de la population, le processus de diminution pourrait impliquer la diminution de la fourchette d'âge cible, l'élimination de zones géographiques précises ou l'élimination complète du programme. Une fois la diminution effectuée, il faudra continuer à surveiller étroitement le statut en vitamine A dans les groupes cibles et les populations nationales représentatives afin de confirmer la lutte durable contre la carence en vitamine A.

Cette note résume les données probantes nécessaires pour soutenir la prise de décision quant à la diminution des programmes de supplémentation en vitamine A. Il faudrait cependant examiner les recommandations du cadre à la lumière des autres risques, avantages et coûts liés au programme de SVA. Les outils de modélisation peuvent également soutenir ce processus en aidant les gestionnaires de programme à établir les combinaisons d'interventions les plus adaptées pour faire une lutte efficace et rentable à la carence en vitamine A [17].







RÉFÉRENCES

- **1.** WHO, "Control of vitamin A deficiency and xerophthalmia," WHO, Geneva, 1982.
- 2. G. Stevens, J. Bennett, Q. Hennocq, Y. Lu, L. De-Regil, L. Rogers, G. Danaei, L. Guangquan, R. White, S. Flaxman, S. Oehrle, M. Finucane, R. Guerrero, Z. Bhutta, A. Then-Paulino, W. Fawzi, R. Black and M. Ezzati, "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," The Lancet Global Health, vol. 3, no. 9, pp. e528-36, September 2015.
- **3.** WHO/UNICEF/IVACG Task Force, "Vitamin A supplements: A guide to their use in the treatment of vitamin A deficiency and xerophthalmia," WHO, Geneva, 1997.
- **4.** 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.
- **5.** A. Amouzou, O. Habi, K. Bensaid and Niger Coundown Case Study Working Group, "Reduction in child mortality in Niger: A countdown to 2015 country case study," Lancet, vol. 380, no. 9848, pp. 1169-78, 29 September 2012.
- **6.** G. Beaton, R. Martorell, K. Aronson, B. Edmonston, G. McCabe, A. Ross and B. Harvey, "Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries Nutrition policy discussion paper No. 13," UN Administrative Committee on Coordination Subcommittee on Nutrition (ACC.SCN), Geneva, 1993.

- 7. WHO, "Guideline: Vitamin A supplementation for infants and children 6-59 months of age," WHO, Geneva, 2011.
- **8.** R. Klemm, A. Palmer, A. Greig, R. Engle-Stone and N. Dalmiya, "A changing landscape for vitamin A programs: Implications for optimal intervention packages, program monitoring and safety," Food and nutrition bulletin, vol. 37, no. (2 Suppl), pp. S75-8, 2016.
- **9.** A. Palmer, K. West, N. Dalmiya and W. Schultink, "The use and interpretation of serum retinol distributions in evaluating the public health impact of vitamin A programmes," Public health nutrition, vol. 15, no. 7, pp. 1201-15, July 2012.
- **10.** WHO, "Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes," WHO, Geneva. 1998.
- 11. S. Tanumihardjo, R. Russell, C. Stephensen, B. Gannon, N. Craft, M. Haskell, G. Lietz, K. Schulze and D. Raiten, "Biomarkers of nutrition for develompent (BOND) Vitamin A review," Journal of Nutrition, vol. 146, no. 9, pp. 1816S-48S, 2016.
- 12. J. Gorstein, K. Sullivan, I. Parvanta and Begin F, "Indicators and methods for cross-sectional surveys of vitamin and mineral status of populations," The Micronutrient Initiative (Ottawa) and the Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta), 2007.
- **13.** Tufts University, "International Dietary Data Expansion Project," [Online]. Disponible: https://inddex.nutrition.tufts.edu/international-dietary-data-expansion-project-0. [Accessed 2019].

- **14.** U.S. Department of Health and Human Services, "Dietary Assessment Research Resources," [Online]. Disponible: https://epi.grants.cancer.gov/dietary-assessment/resources.html. [Accessed 2019].
- **15.** UNICEF, "Coverage at a crossroads: New directions for vitamin A supplementation programmes," UNICEF, New York, 2018.
- **16.** J. Wirth, N. Petry, S. Tanumihardjo, L. Rogers, E. McLean, A. Greig, G. Garrett, R. Klemm and F. Rohner, "Vitamin A supplementation programs and country-level evidence of vitamin A deficiency," Nutrients, vol. 9, no. 3, p. E190, 2017.
- 17. The Sackler Institute for Nutrition Science/ Micronutrient Forum, "Nutrition modeling tools for advocacy, decision-making and costing: A workshop to support adoption and utilization," New York. 2017.

Cette note de politique a été préparée par le secrétariat de GAVA avec le soutien de ses partenaires principaux: Nutrition International, Helen Keller International et l'UNICEF. © GAVA 2019





