



The Global
Alliance
for Vitamin A



DONNER LA PRIORITÉ À LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A, UN MOYEN DE SAUVEGARDER DES VIES, DANS UN CONTEXTE DE PERTURBATIONS DES RESSOURCES

MÉMOIRE DE PLAIDOYER

OBJECTIF

Les récentes réductions du financement mondial de la santé maternelle et infantile pourraient obliger les gouvernements à prendre des décisions difficiles, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) d'Afrique et d'Asie, où les ressources allouées aux programmes de santé sont déjà limitées. Ce mémoire de l'Alliance mondiale pour la vitamine A (GAVA) souligne l'importance de préserver la supplémentation en vitamine A (SVA), une intervention peu coûteuse et à fort impact dont il est prouvé qu'elle réduit la morbidité et la mortalité infantiles dans les contextes où la carence en vitamine A (CVA) constitue un problème de santé publique. Le document recommande également des approches pratiques et souples pour fournir de la SVA aux enfants vulnérables âgés de six à 59 mois dans différents contextes si les pays doivent ajuster leur approche.

MESSAGES CLÉS

- **La CVA est un tueur silencieux.** Dans les zones touchées par la CVA, les enfants âgés de six à 59 mois présentent un risque significativement plus élevé de décès par des infections courantes comme la rougeole et la diarrhée.¹
- **La CVA persiste.** De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire continuent de faire face à des niveaux modérés à sévères de CVA*, les niveaux les plus élevés se situant en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud et du Sud-Est.²
- **La CVA sauve des vies.** Dans les zones où la VAD et la mortalité des moins de cinq ans sont élevées, la SVA reste l'une des interventions les plus rentables pour prévenir les décès de jeunes enfants,³ en particulier chez les enfants âgés de six à 23 mois, où le taux de mortalité a tendance à être plus élevé.⁴
- **Supprimer la SVA dès maintenant constituerait un revers coûteux.** Tant que les systèmes alimentaires et les services de santé ne pourront pas s'attaquer efficacement aux causes sous-jacentes de la CVA chez les enfants, la SVA demeure essentielle à la réduction continue de la mortalité des moins de cinq ans.
- **Une prestation flexible = une survie optimale de l'enfant.** Adapter la prestation au contexte local et exploiter toutes les opportunités pour fournir la SVA permettra de mieux s'assurer que tous les enfants âgés de six à 59 mois reçoivent ces suppléments deux fois par an, y compris les enfants les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre.
- **Une action ciblée est efficace.** La microplanification, l'utilisation des données locales pour orienter la programmation et la mise en œuvre d'une communication et d'une sensibilisation ciblées auprès des populations mal desservies permettent de mieux garantir qu'aucun enfant ne soit laissé pour compte.

* Selon les recommandations de l'OMS pour déterminer le niveau d'importance d'un problème de santé publique en fonction de la prévalence d'un faible taux de rétinol sérique.⁵

POURQUOI LA VITAMINE A DEMEURE-T-ELLE D'UNE GRANDE IMPORTANCE

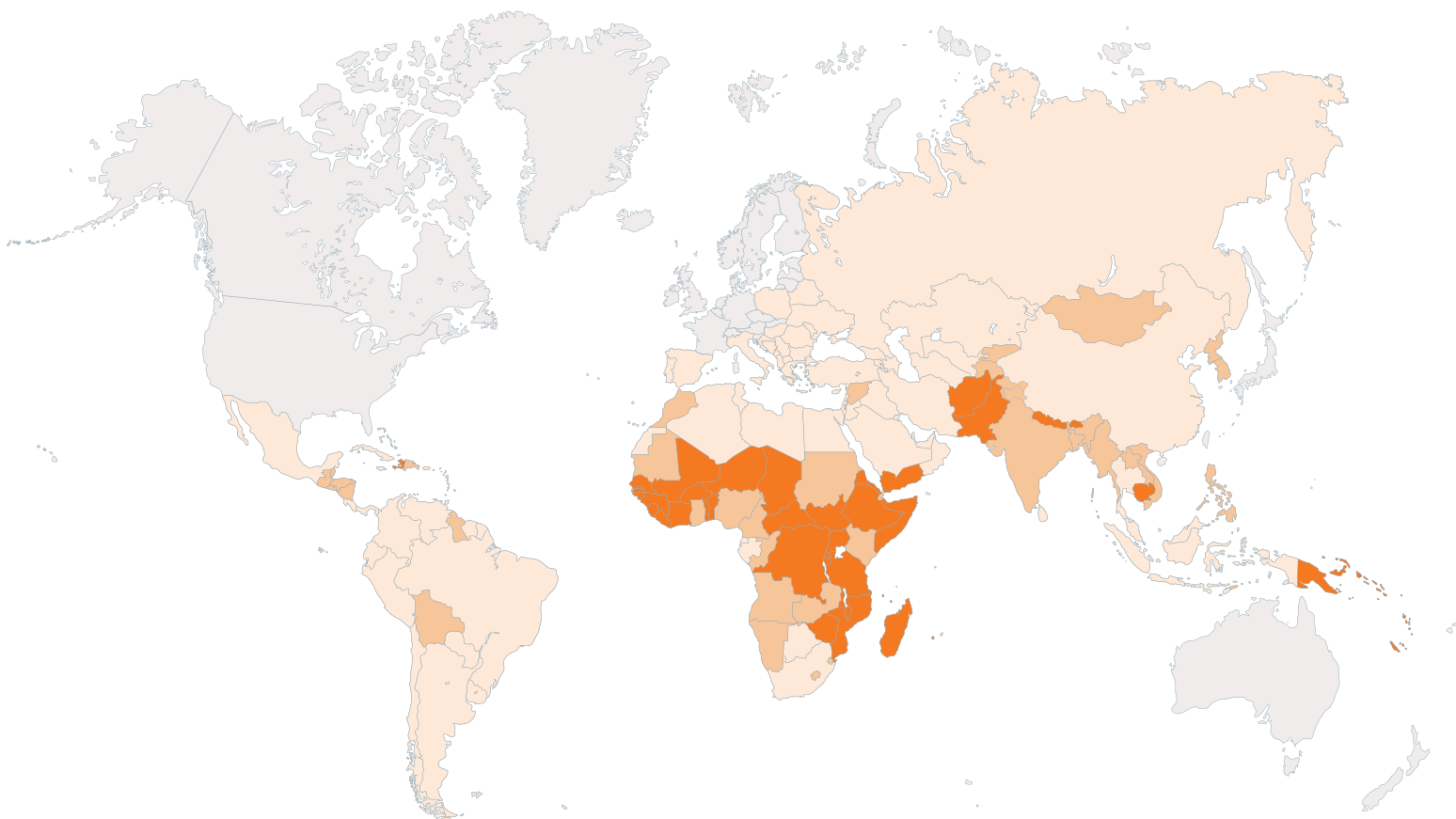
La vitamine A est essentielle à la santé et à la survie humaines. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les enfants de moins de cinq ans sont encore confrontés à des conséquences particulièrement graves de la CVA,⁶ notamment la cécité, des troubles de la croissance, un affaiblissement du système immunitaire et la mort. Les enfants âgés de six à 23 mois sont les plus vulnérables biologiquement en particulier ceux qui ne bénéficient pas d'un allaitement maternel optimal et sont exposés à des infections comme la rougeole et la diarrhée. Ces enfants présentent souvent de faibles réserves corporelles en vitamine A et un accès limité aux aliments riches en vitamine A, ce qui les expose au risque le plus élevé de décès par CVA.

LÀ OÙ LA CARENCE EN VITAMINE A PERSISTE

Malgré des progrès mondiaux, la CVA continue de menacer la vie des enfants, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud et du Sud-Est. Quarante-deux pays sont susceptibles de connaître un problème de santé publique de modéré à grave selon les niveaux de CVA chez les enfants de moins de cinq ans.⁷

Figure 1

Classification des pays selon la gravité de la CVA pour la santé publique



Importance pour la santé publique (0 à 5 ans)

■ Légère ■ Modérée ■ Grave ■ H-SDI ou aucune importance

Cette carte est fournie à titre indicatif uniquement et n'est pas à l'échelle. Les limites utilisées sur cette carte n'impliquent pas l'approbation de GAVA.

Adapté de : Song, P., et al. 2023. La prévalence de la carence en vitamine A et son importance pour la santé publique chez les enfants des pays à revenu faible ou intermédiaire : Une revue systématique et analyse de modélisation. *J Glob Health*, 13 (août 2023), 04084. doi : 10.7189, jogh.13.04084

Dans les pays où la CVA demeure un problème de santé publique, les causes profondes sont étonnamment similaires :

- **Une alimentation inadéquate** due à des pratiques alimentaires infantiles sous-optimales et à l'insécurité alimentaire.
- **Des systèmes de santé publique défaillants**, avec une capacité limitée à fournir des services préventifs de routine.
- **Le manque d'eau potable et d'assainissement**, responsable d'infections fréquentes qui réduisent l'absorption de la vitamine A.

Ces défis sont souvent aggravés par les chocs climatiques, les conflits et l'instabilité politique. Dans ces contextes, les enfants vulnérables, en particulier ceux des zones difficiles d'accès, sont les plus susceptibles d'être oubliés, ce qui aggrave les inégalités et contribue à une mortalité élevée des moins de cinq ans.

Il est encourageant de constater que la SVA s'est avérée vitale dans ces contextes. Dans les contextes à haut risque, l'administration de suppléments en vitamine A deux fois par an a été associée à une réduction allant jusqu'à 24 % de la mortalité toutes causes confondues chez les enfants de moins de cinq ans.

POURQUOI MAINTENIR LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A EST CRUCIAL

Les programmes de SVA sont mis en œuvre de différentes manières selon le contexte du pays. Avec la réduction du soutien externe aux plateformes de vaccination (par exemple, les journées nationales de vaccination) et le recul des programmes de santé maternelle et infantile en général, de nombreux pays pourraient être confrontés à des compromis difficiles. Cependant la mise en œuvre dans les contextes où la mortalité des moins de cinq ans est encore élevée et où la CVA est un problème de santé publique, **l'OMS recommande que la CVA deux fois par an continue d'être considérée comme une intervention essentielle, salvatrice et rentable⁹** — afin de gagner du temps pendant que des solutions à plus long terme comme l'enrichissement des aliments et le renforcement des systèmes prennent racine.



GAVA recommande vivement de maintenir la SVA pour tous les enfants âgés de six à 59 mois dans les zones à haut risque jusqu'à ce que :

- un accès fiable et permanent à des aliments riches en vitamine A soit assuré;
- les services de santé de routine atteignent systématiquement les enfants avec une couverture élevée; et
- les conditions sous-jacentes à la CVA se soient durablement améliorées.

Supprimer prématurément la SVA risque non seulement d'inverser les progrès réalisés en matière de réduction de la mortalité des moins de cinq ans, mais aussi de mettre en danger la vie des enfants qui en ont le plus besoin.

ADAPTER LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A AUX RÉALITÉS ACTUELLES

Les chocs soudains qui réduisent les ressources allouées aux programmes peuvent amener les gouvernements à redéfinir les priorités des groupes cibles et à reconsidérer la manière dont la SVA est délivrée. Bien que les stratégies de distribution puissent devoir être adaptées à l'évolution des contextes et à la baisse des financements, l'objectif doit rester constant dans les zones où la mortalité des moins de cinq ans est élevée et où la CVA constitue un problème de santé publique : **atteindre chaque enfant à risque de CVA avec la SVA tous les six mois, dès l'âge de six mois**. La réussite de cet objectif repose sur la compréhension des obstacles locaux à la couverture et sur la mise en œuvre **de solutions adaptées au contexte et axées sur l'équité**.

ÉLÉMENTS ESSENTIELS POUR UN PROGRAMME DE SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A EFFICACE

- **Co-administrer la SVA et le déparasitage**, en fournissant des médicaments vermifuges aux enfants dès l'âge de 12 mois.
- **Intégrer la SVA** dans les budgets et plans de santé nationaux et infranationaux.
- **Adapter la distribution de la SVA** grâce à une micro-planification fondée sur les données locales, la topographie et les capacités de service.
- **Utiliser toutes les plateformes de distribution disponibles**, des campagnes et des bénévoles communautaires aux services en établissement et de proximité.
- **Investir dans et mener des activités de communication** pour le changement social et comportemental afin d'améliorer la sensibilisation des aidants et de créer une demande pour la SVA.
- **Veiller à ce que des approvisionnements locaux en capsules de vitamine A** et en comprimés vermifuges soient disponibles en cas de besoin, en particulier pour les agents de santé de première ligne.
- **Former et soutenir les agents de première ligne**, y compris les bénévoles communautaires, afin d'atteindre systématiquement les enfants mal desservis.
- **Surveiller la couverture de la SVA** afin d'identifier les problèmes et d'apporter les corrections nécessaires au programme en temps opportun.

ADAPTER LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A POUR MAXIMISER LA PORTÉE ET LA RÉSILIENCE :

OPTIONS DE LIVRAISON

- Dans les contextes où les taux de CVA et de mortalité des moins de cinq ans sont élevés, les pays ont historiquement atteint une couverture élevée en matière de SVA grâce à des campagnes spéciales, telles que les Journées de la santé infantile ou les journées nationales de vaccination. Ces approches ont été fortement tributaire du financement externe, qui est aujourd'hui en déclin rapide. Néanmoins, il existe des possibilités **d'intégrer la SVA à toute campagne de masse** menée dans le pays auprès d'un groupe cible similaire, ce qui pourrait s'avérer rentable, notamment pour atteindre les enfants des zones mal desservies.
- Des efforts visant à **intégrer la SVA aux services de santé courants dispensés en établissement et à l'échelle communautaire**, tels que le suivi de la croissance et la vaccination systématique, sont en cours dans plusieurs pays. La couverture initiale est souvent faible, en particulier pour les enfants de plus de 12 mois, mais elle peut être améliorée grâce à des investissements dans la sensibilisation, la création de la demande, la supervision formative et la formation des agents de santé.
- **La prestation de soins par des volontaires de santé communautaires** permet d'étendre efficacement le système de santé aux communautés, en particulier dans les pays où les zones sont difficiles d'accès. Connaissant bien leur communauté, les volontaires de santé communautaires savent qui sont les enfants éligibles et où ils se trouvent, ce qui permet d'atteindre efficacement davantage d'enfants dès l'âge de six mois, puis tous les six mois par la suite. Ces volontaires peuvent mobiliser les aidants pour qu'ils recherchent la SVA ou, si le contexte politique le permet, peuvent même la fournir directement aux enfants. Cette approche peut être très équitable et réactive, mais elle dépend à la fois du contexte politique, d'une formation fiable, d'une supervision et, le cas échéant, d'un approvisionnement fiable en capsules de vitamine A à ce niveau. Il faut veiller à ne pas surcharger les bénévoles, et la reconnaissance de leur temps et de leurs efforts est importante pour la durabilité.

- **La distribution de la SVA** par le biais de programmes non sanitaires, tels que l'éducation ou les services sociaux, peut être efficace si ces programmes couvrent tout ou partie de la population cible. Cette approche peut avoir une large portée et être très durable, mais elle nécessite une coordination, une formation et une supervision interministérielles, ainsi qu'un approvisionnement fiable en capsules de vitamine A. Les programmes non liés à la santé peuvent également être mobilisés pour renforcer les efforts de communication sur le changement social et comportemental.
- **Les modèles hybrides**, combinant la SVA par le biais de campagnes, d'établissements de santé et/ou de programmes communautaires, offrent une solution flexible et adaptée au contexte pour atteindre tous les enfants âgés de six à 59 mois. Cette approche permet de prioriser les ressources pour atteindre les enfants admissibles vivant en situation de vulnérabilité, tout en mettant en œuvre les mécanismes de distribution les plus appropriés partout pour garantir la couverture, même lorsque la situation évolue. Ces programmes peuvent être adaptés au contexte local, mais nécessitent une gestion, une microplanification, une mise en œuvre et un financement décentralisés.

PRIORISER LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A FACE À DES COUPES BUDGÉTAIRES GRAVES

Lorsque les budgets nationaux de la santé sont réduits, des choix difficiles doivent être faits. Cependant, même en cas de crise, une priorisation judicieuse des ressources peut protéger la vie des plus vulnérables. Dans les cas où la SVA doit être réduite en raison de graves contraintes budgétaires, GAVA recommande aux décideurs politiques d'utiliser le cadre de priorisation suivant afin de garantir que les approvisionnements et les services limités soient dirigés là où ils auront le plus d'impact.



QUELQUES EXEMPLES DE RÉUSSITE EN MATIÈRE DE SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A

- En Éthiopie et au Sénégal, le passage des campagnes à la distribution de la supplémentation de routine a initialement enregistré une baisse de couverture, mais une reprise est en cours grâce à des investissements ciblés⁹
- Au Népal, les volontaires de santé communautaires sont habilités à distribuer la SVA dans les villages reculés, assurant ainsi une couverture durable dans les zones difficiles d'accès¹⁰
- Au Soudan du Sud, l'intégration de la SVA dans les programmes communautaires de dépistage de l'émaciation a été testée avec succès, en particulier pour les plus jeunes enfants¹¹
- En Inde, la couverture des enfants âgés de 12 à 59 mois s'est améliorée grâce à une approche hybride en établissement et en communauté, mise en œuvre¹²



CADRE DE PRIORISATION POUR LA DISTRIBUTION ET LE CIBLAGE DE LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A

-
- 1 Protéger les plus vulnérables grâce à la SVA**
 - Donner la priorité aux enfants âgés de six à 24 mois, notamment dans les zones où la mortalité des enfants de moins de cinq ans est élevée et où une carence avérée en vitamine A est constatée. Cette tranche d'âge présente le risque le plus élevé de décès par des infections comme la rougeole et la diarrhée.

 - 2 Se concentrer sur les zones géographiques à risque élevé**

Maintenir la SVA universelle dans les districts ou les régions présentant :

 - des taux de mortalité élevés chez les moins de cinq ans (> 50 pour 1 000 naissances vivantes);
 - une prévalence modérée ou sévère de la CVA chez les enfants de moins de cinq ans;
 - Preuves d'insécurité alimentaire, de conflit ou de déplacement.

 - 3 Optimiser la distribution par les canaux les plus rentables**
 - Intégrer la SVA aux points de contact établis et fonctionnels, tels que les contacts pour la vaccination, les séances de suivi de la croissance ou les visites des agents de santé communautaires, plutôt que de lancer de nouvelles plateformes.
 - S'appuyer sur les campagnes planifiées ou les actions de sensibilisation mobile en matière de santé, lorsque cela est possible.
 - Envisager d'utiliser des stratégies différentes selon les tranches d'âge ou au niveau infranational, selon le contexte.

 - 4 Ne pas supprimer la SVA, privilégier plutôt une approche stratégique**
 - Si l'élimination est envisagée, cessez la SVA uniquement dans les zones qui répondent à tous les critères de GAVA pour la réduction de la SVA (voir Conditions de réduction de la supplémentation universelle en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire de GAVA pour des conseils supplémentaires). Avant de réduire les services de SVA, veillez à ce que les enfants reçoivent un déparasitage deux fois par an et aient accès toute l'année à des aliments riches en vitamine A, à de l'eau potable, à des systèmes d'assainissement et à des services de santé de routine performants.

 - 5 Suivi et évaluation de l'impact**
 - Même dans les programmes réduits, prévoir un suivi de base de la couverture de la SVA et des résultats liés à celle-ci, afin de garantir que les réductions ne nuisent pas de manière disproportionnée aux personnes les plus à risque. Soyez prêt à ajuster le programme et à rétablir la SVA si les données le confirment.

EN RÉSUMÉ

Il n'existe pas de stratégie universelle pour la distribution de SVA. GAVA encourage vivement les pays à maintenir la SVA dans les zones où la CVA et la mortalité des moins de cinq ans sont élevées. Il convient de saisir toutes les opportunités pour atteindre, deux fois par an, tous les enfants vulnérables, en recourant à des solutions efficaces, en adaptant les interventions aux besoins et en préservant les progrès réalisés. Toutefois, si des coupes budgétaires s'avèrent nécessaires, elles doivent être opérées de manière stratégique en veillant à ce que les ressources soient concentrées là où elles auront le plus d'impact.

REMERCIEMENTS

GAVA est un groupe consultatif technique et une coalition de partenaires qui s'engagent à aider les pays à intensifier et à améliorer leurs programmes de SVA dans les contextes où la CVA demeure un problème de santé publique, afin d'accélérer les progrès en matière de survie infantile et de réduire l'impact mondial de la carence en vitamine A.

RÉFÉRENCES

- 1 OMS, « *Guideline: Vitamin A supplementation in infants and children 6–59 months of age*, », Organisation mondiale de la santé, Geneva, 2011.
- 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-Paulin, 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-e536, 2015.
- 3 A. Imdad, K. Herzer, E. Mayo-Wilson, M. Yakoob and Z. Bhutta, « Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from six months to five years of age, » *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 3, 2017.
- 4 « Bellagio brief: vitamin A deficiency and childhood mortality, » *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 27(2), 192–197, 1993.
- 5 OMS, « Serum retinol concentrations for determining the prevalence of vitamin A deficiency in populations, » (version originale anglaise), Organisation mondiale de la santé, Geneva, 2011.
- 6 OMS, « Vitamin A deficiency, » , Organisation mondiale de la santé, [En ligne]. Disponible: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/vitamin-a-deficiency>. [Consulté en 2025].
- 7 P. Song, D. Adeloje, S. Li, D. Zhao, X. Ye, Q. Pan, Y. Qiu, R. Zhang, I. Rudan and Global Health Epidemiology Research Group (GHERG), « The prevalence of vitamin A deficiency and its public health significance in children in low- and middle-income countries: A systematic review and modelling analysis, » *Journal of Global Health*, vol. 13, 04084, 2023.
- 8 OMS, « Vitamin A supplementation in infants and children 6–59 months of age, » , Organisation mondiale de la santé, 9 August 2023. [En ligne]. Disponible: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/vitamina-children>. [Consulté en 2025].
- 9 S. Horton, L. S. Blum, M. Diouf, B. Ndiaye, F. Ndoye, K. Niang and A. Greig, « Delivering vitamin A supplements to children aged 6–59 months: Comparing delivery through campaigns and through routine health services in Senegal, » *Current Developments in Nutrition*, vol. 2, no. 4, nzy006, 2018.
- 10 Public Health Concern Nepal, « National Vitamin A Programme in Nepal: Transforming Child Health, » [En ligne]. Disponible: <https://phcnepal.com/national-vitamin-a-programme-in-nepal-transforming-child-health/>. [Consulté en 2025].
- 11 N. J. Haselow, V. Joshi, P. N. Bayo, J. W. Murye, S. N. Shaban, K. T. Abebe, I. Kassim, T. Shiweredo, H. Vinathan, C. P. Jaiswal, K. A. Miluwa, E. A. Ategbo, B. Ndiaye and M. A. Ayoya, « A review of vitamin A supplementation in South Sudan: Successes, challenges, and opportunities for the way forward, » *Global Health: Science and Practice*, vol. 10, no.3, 2022.
- 12 N. Arlappa, « Vitamin A supplementation policy: A shift from universal to geographical targeted approach in India considered detrimental to health and nutritional status of under 5 years children, » *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 77, pp. 1–6, 2023.



The Global
Alliance
for Vitamin A

Ce mémoire de plaidoyer a été préparé par le Secrétariat de GAVA, avec le soutien de ses principales agences partenaires : Nutrition International, Helen Keller Intl et l'UNICEF. © GAVA 2025