



SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A

APERÇU STATISTIQUE



Exploiter le potentiel de
deux gouttes de vie

Remerciements

Préparation du présent document :

Section données et analyse,
Division des données, de la recherche et des politiques
Siège de l'UNICEF à New York

Section Nutrition
Division des programmes
Siège de l'UNICEF à New York

Supplémentation en vitamine A : aperçu statistique
Exploiter le potentiel de deux gouttes de vie

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Février 2016

La reproduction de tout ou partie de la présente publication est sujette à autorisation.

Les données les plus récentes sont disponibles (en anglais) à l'adresse suivante : <<http://data.unicef.org/nutrition/vitamin-a.html>>

Crédits photo

Photo de couverture : © UNICEF/PFPG2015-2574/Nangyo

Page 11 : © UNICEF Népal/2005/PMathema

SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A

APERÇU STATISTIQUE, février 2016

De petites doses pour un grand effet

Les suppléments de vitamine A peuvent sauver la vie d'un enfant. C'est la mission que l'UNICEF et ses partenaires se sont fixée.

Depuis près de vingt ans, les programmes de supplémentation en vitamine A soutenus par l'UNICEF ciblent les enfants âgés de 6 à 59 mois dans les pays prioritaires. La supplémentation en vitamine A renforce leur système immunitaire, réduit l'incidence de la diarrhée et de la rougeole et prévient la cécité et la perte d'acuité auditive. Plus important encore, elle augmente de 12 à 24 pour cent leur chance de survie.

Aucun enfant ne doit subir les conséquences d'une carence en vitamine A. La supplémentation est un moyen sûr, économique et équitable d'atteindre les enfants les plus vulnérables. L'UNICEF et l'OMS recommandent d'administrer chaque année deux suppléments de vitamine A à forte dose, à quatre à six mois d'intervalle, aux enfants de moins de cinq ans vivant dans des régions où la carence constitue un problème de santé publique ou affichant une mortalité élevée des enfants de cette tranche d'âge. Il suffit de deux capsules à forte dose par an, dont le coût n'est que de 0,02 dollar l'unité, pour protéger totalement un enfant contre les conséquences d'une carence en vitamine A.

L'UNICEF soutient les programmes nationaux de supplémentation en vitamine A, considérés comme cruciaux pour la survie des enfants, dans plus de 80 pays prioritaires. D'autres stratégies de distribution de vitamine A – telles que la fortification des aliments et la diversification des régimes alimentaires – sont mises en œuvre et contribuent de manière essentielle à combler les carences en vitamine A à long terme. Mais en attendant qu'elles soient déployées à grande échelle de manière pérenne, les programmes de supplémentation en vitamine A continuent de garantir la survie des enfants.

Si la couverture universelle (100 pour cent) reste l'objectif ultime, la « couverture efficace », c'est-à-dire supérieure ou égale à 80 pour cent, est le seuil requis pour améliorer la survie des enfants¹. Sous l'égide de l'UNICEF, avec l'aide de ses partenaires (dont Helen Keller International et l'Initiative pour les micronutriments) et grâce au financement à long terme du Gouvernement canadien, les programmes de supplémentation ont réalisé des progrès notables vers l'objectif de couverture efficace par deux doses. En 2000, seuls cinq pays d'Afrique subsaharienne atteignaient cette couverture ; en 2014, ils étaient 17, soit trois fois plus.

En dépit de ces avancées, il est urgent d'intensifier les efforts en Afrique subsaharienne, où le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est parmi le plus élevé du monde. Afin d'améliorer le taux de survie, nous devons mieux cibler et suivre les enfants les plus vulnérables tout en identifiant et en surmontant systématiquement les obstacles empêchant de les atteindre.

Nous savons comment parvenir à cette fin. Les maîtres mots sont la planification, le financement et l'engagement politique systématiques. Le mode de distribution des suppléments de vitamine A joue également un rôle essentiel. Longtemps, de nombreux pays ont profité des campagnes de vaccination antipoliomyélitique pour administrer des suppléments de vitamine A ; mais l'abandon de ces campagnes n'est pas toujours accompagné de stratégies de transition garantissant la poursuite d'interventions vitales, comme la supplémentation en vitamine A, notamment dans les communautés ayant un accès insuffisant aux services de santé de routine.

Dans les zones fragiles et souffrant de systèmes de santé de routine défaillants, les événements pour la santé de l'enfant contribuent à garantir que tous les enfants, en particulier les plus vulnérables, continuent d'avoir accès à ces interventions. Dans le cadre de ces événements biennuelles, les enfants bénéficient d'un ensemble de programmes adaptés au contexte local, dont la supplémentation en vitamine A, la vaccination et le déparasitage. Ces événements doivent être intégrées au système de santé, y compris à la planification à long terme, tout en y étant adaptées, et doivent répondre aux besoins spécifiques de chaque pays.

Ces événements présentent actuellement le meilleur potentiel de réalisation de la couverture efficace, car elles ciblent et atteignent les communautés vulnérables, en particulier dans les zones comptant des systèmes de santé de routine défaillants et affichant une mortalité élevée des enfants de moins de cinq ans. En d'autres termes, elles sont cruciales pour garantir à chaque enfant ses deux gouttes de vie.

¹ D'après les données factuelles disponibles, une couverture de 70 % suffit à améliorer la survie des enfants, mais le présent rapport s'appuie sur le seuil plus prudent de 80 %.

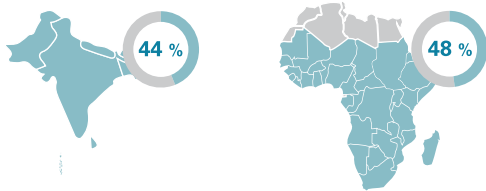
La supplémentation en vitamine A pour la survie de l'enfant

Le problème



1 sur 3

Près d'un enfant sur trois âgé de 6 à 59 mois, soit 29 pour cent, souffrait de carence en vitamine A en 2013.



L'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne affichent les taux les plus élevés de carences en vitamine A : près de la moitié des enfants âgés de 6 à 29 mois en souffrent.



Handicap



Maladie et décès

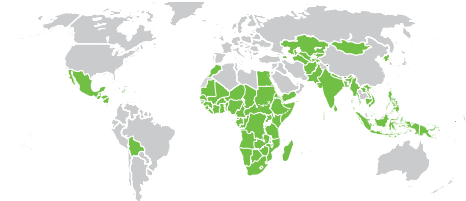
La carence en vitamine A expose davantage les enfants à la cécité, à la perte d'acuité auditive et aux maladies, dont la diarrhée. Plus grave encore, elle augmente leur taux de mortalité.

La solution



2 fortes doses
de suppléments de
vitamine A par an

L'administration d'une forte dose de supplément demeure la principale stratégie pour réduire la mortalité liée à la carence en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.



82

pays
prioritaires
en 2014

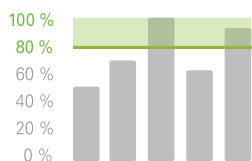
En 2014, l'UNICEF et ses partenaires ont soutenu des programmes de supplémentation en vitamine A dans 82 pays prioritaires, dont la plupart se situaient en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.



12 % – 24 %

La supplémentation en vitamine A à forte dose peut réduire la mortalité toutes causes confondues de 12 à 24 pour cent et la diarrhée de 15 pour cent.

Objectifs des programmes



≥ 80 %
Couverture efficace

Si la couverture universelle (100 pour cent) reste l'objectif ultime et est garante d'équité, la couverture efficace (≥ 80 pour cent) est le seuil recommandé pour améliorer la survie des enfants.

Dose
annuelle



à un intervalle de



mois

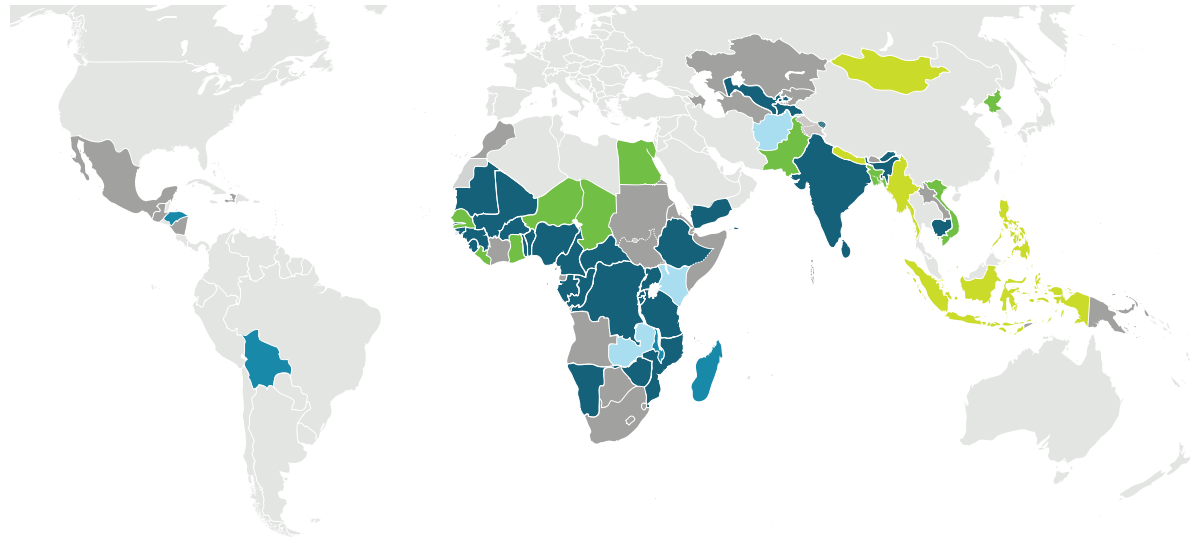


Protection totale

Pour parvenir à une réduction de la morbidité et de la mortalité, les enfants doivent bénéficier d'une protection totale chaque année.

Grâce au soutien de l'UNICEF, la protection totale a nettement augmenté depuis 2000.

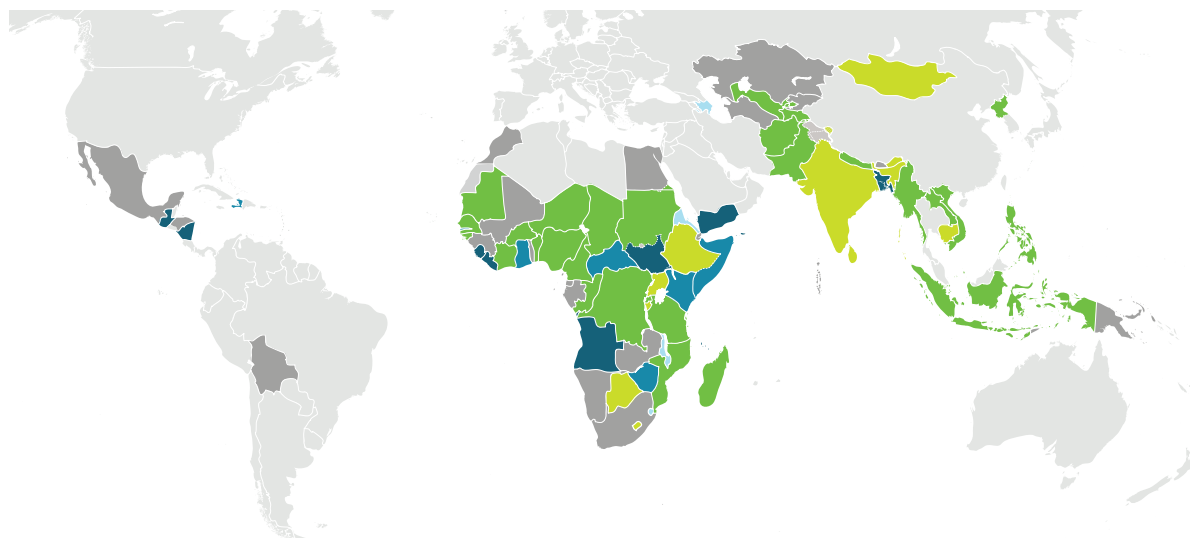
En 2000, seuls cinq pays d'Afrique subsaharienne assuraient une couverture efficace par deux doses.



2000

Couverture par deux doses de supplément en vitamine A

En 2014, ils étaient 17, soit trois fois plus.



2014

Couverture par deux doses de supplément en vitamine A

Couverture efficace



Couverture insuffisante



80 % ou plus

60 % – 79 %

40 % – 59 %

20 % – 39 %

moins de 20 %

aucune donnée

pays non prioritaire

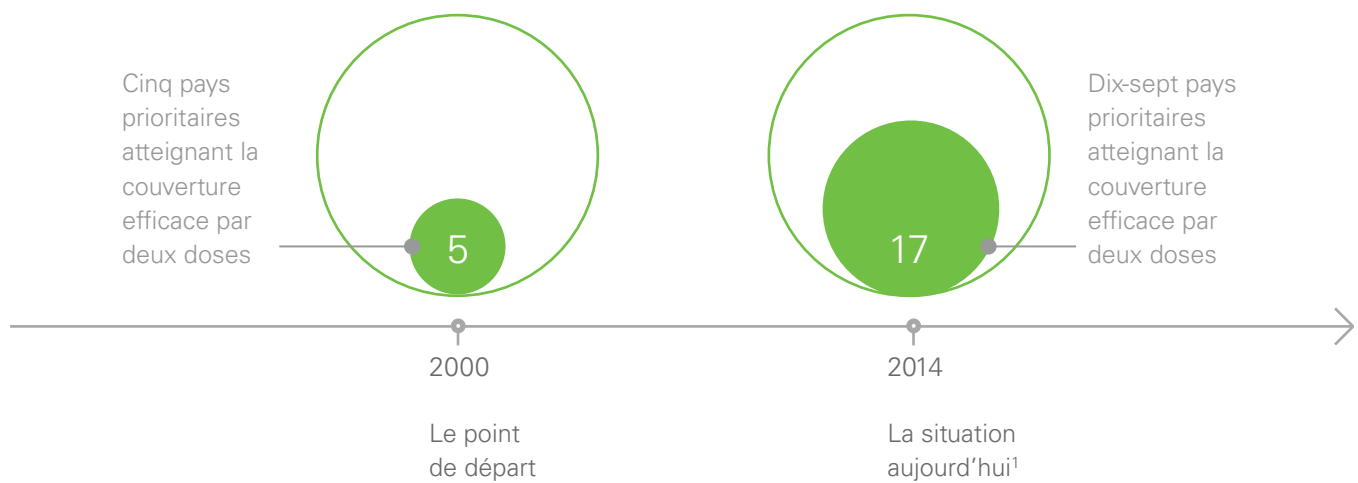
Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015. D'après des rapports administratifs émanant des pays.

Remarque : les cartes sont stylisées et ne sont pas à l'échelle. Elles ne reflètent aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières. La ligne en pointillé représente approximativement la ligne de démarcation du Jammu-et-Cachemire, convenue entre l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été décidé par les parties. La frontière définitive entre le Soudan et le Soudan du Sud n'a pas encore été déterminée. Le statut définitif de la région d'Abiyé n'a pas encore été convenu.

Les progrès accomplis depuis 2000 sont un grand pas en avant. Mais il y a encore beaucoup à faire.

Des progrès supplémentaires sont nécessaires pour réduire le taux élevé de mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne.

Nombre de pays prioritaires assurant une couverture efficace par deux doses en Afrique subsaharienne, en 2000 et en 2014



Environ un tiers des pays prioritaires ne dispose pas d'estimations relatives à la couverture par deux doses et la situation a peu évolué depuis 2000. Ces lacunes dans les données doivent être comblées.



Parallèlement, le nombre de pays affichant la couverture la plus faible (< 20 pour cent) est trois fois moins élevé. Nous devons désormais œuvrer à éliminer cette catégorie.

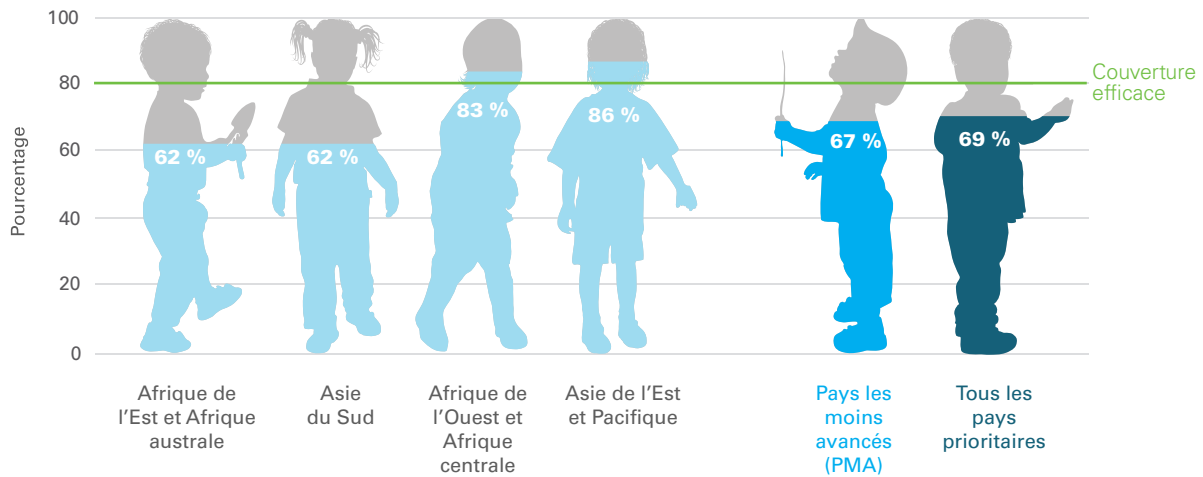
Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015. D'après des rapports administratifs émanant des pays.

¹ Les dernières données disponibles pour la couverture par deux doses de suppléments de vitamine A datent de 2014. Les données relatives à 2015 devraient être publiées à l'automne 2016.

La couverture efficace par deux doses est possible.

Deux régions ont atteint la couverture efficace en 2014.

Pourcentage d'enfants ciblés totalement protégés à l'aide de suppléments de vitamine A, par région, 2014



Mais 46 millions d'enfants parmi les plus vulnérables au monde ont été laissés pour compte.

Nombre d'enfants ciblés dans les PMA totalement protégés et non protégés, 2014



92 millions d'enfants ciblés totalement protégés dans les PMA



46 millions d'enfants ciblés dans les PMA dépourvus de protection...



... et davantage exposés aux maladies et aux décès.



= 4 millions totalement protégés



= 4 millions dépourvus de protection

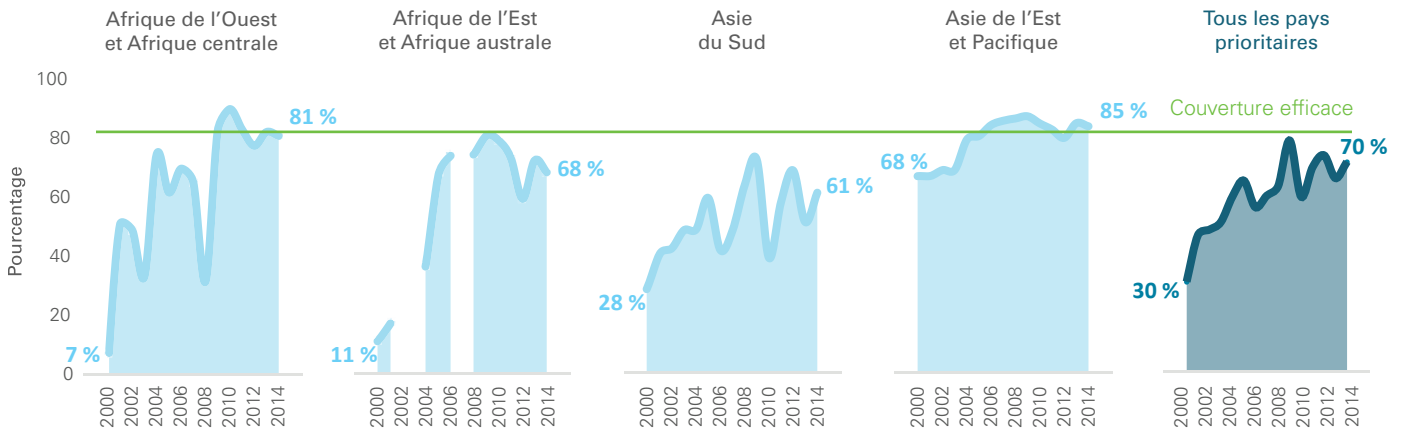
Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015. D'après des rapports administratifs émanant des pays.

Remarque : les moyennes régionales ne représentent que les pays prioritaires au sein des régions. Ainsi, la Chine n'est pas comptabilisée dans la moyenne de l'Asie de l'Est et du Pacifique car elle n'est pas considérée comme un pays prioritaire devant bénéficier d'un programme national.

Il reste encore beaucoup à faire : peu de régions atteignent une couverture efficace ininterrompue à long terme.

L'instabilité de la couverture entraîne des risques pour certains des enfants les plus vulnérables.

Évolution du pourcentage d'enfants ciblés totalement protégés à l'aide de suppléments de vitamine A, par région, 2000-2014*



Nous pouvons corriger l'instabilité et garantir une couverture efficace ininterrompue à l'aide de trois piliers :

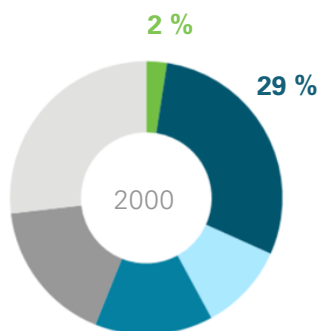


Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015. D'après des rapports administratifs émanant des pays.

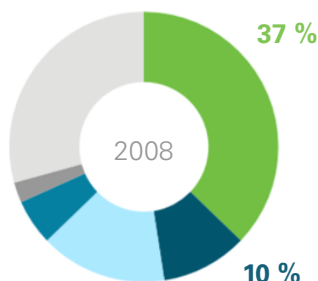
*L'analyse de l'évolution de tous les pays prioritaires s'appuie sur 23 pays disposant de données pour chaque année entre 2000 et 2014, et concernait 69 pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans en 2000 et 66 pour cent en 2014. De la même manière, les analyses régionales couvrent un sous-groupe de pays disposant de données pour toutes les années de référence. L'interruption de la courbe signale l'absence de données pour une ou deux années. C'est le cas pour la région Afrique de l'Est et Afrique australe en 2002, 2003 et 2007. Les estimations régionales représentent les données de pays couvrant au moins 50 pour cent de la population des enfants âgés de moins de cinq ans dans les pays prioritaires de la région concernée. L'évolution n'est présentée que pour les régions disposant de données suffisantes.

Les journées de santé de l'enfant : la meilleure stratégie pour atteindre une couverture durable à long terme.

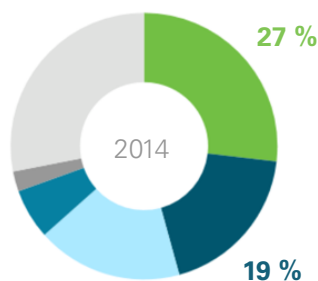
Détail des principaux mécanismes de distribution de suppléments de vitamine A en 2000, 2008 et 2014



En 2000, les événements intégrés pour la santé de l'enfant étaient pour ainsi dire inexistant, et les campagnes de vaccination antipoliomyélitique constituaient une occasion idéale d'administrer les suppléments de vitamine A.



En 2008, les événements intégrés pour la santé de l'enfant étaient pour ainsi dire inexistant, et les campagnes de vaccination antipoliomyélitique constituaient une occasion idéale d'administrer les suppléments de vitamine A.



Cependant, la reprise des campagnes de vaccination antipoliomyélitique semble cependant avoir entraîné une baisse du recours aux événements pour la santé de l'enfant, qui sont aujourd'hui en perte de vitesse. Pour être efficaces, ces derniers doivent être intégrés et adaptés au système de santé, notamment à mesure que le nombre de campagnes de lutte contre la poliomyélite diminue. Les événements pour la santé de l'enfant doivent par ailleurs répondre aux besoins locaux ; les mécanismes de distribution peuvent quant à eux évoluer avec le temps.

Pourquoi les événements pour la santé de l'enfant sont-ils si efficaces ?

Ils ciblent les communautés vulnérables et atteignent une couverture efficace dans les zones fragiles, dépourvues de systèmes de santé performants et affichant un taux élevé de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Ils mettent en œuvre des interventions essentielles, comme la vaccination et le traitement médicamenteux pour le déparasitage.

Les suppléments de vitamine A à forte dose doivent être administrés tous les quatre à six mois, et ce, jusqu'à l'âge de cinq ans, mais on constate une diminution du suivi médical des enfants après leur premier anniversaire. Sans visites médicales programmées pour, par exemple, la vaccination, il est plus difficile de distribuer les deux doses requises aux enfants plus âgés.

C'est la raison pour laquelle les événements pour la santé de l'enfant sont si importants. Ils complètent le système de santé et fournissent des services dans les communautés qui en ont besoin afin de garantir la protection totale de tous les enfants.



Les événements pour la santé de l'enfant font partie des stratégies les plus équitables, car ils permettent de distribuer directement les suppléments de vitamine A dans les communautés.

Événements pour la santé de l'enfant

Campagne de vaccination antipoliomyélitique

Contacts avec le système de santé de routine

Autres

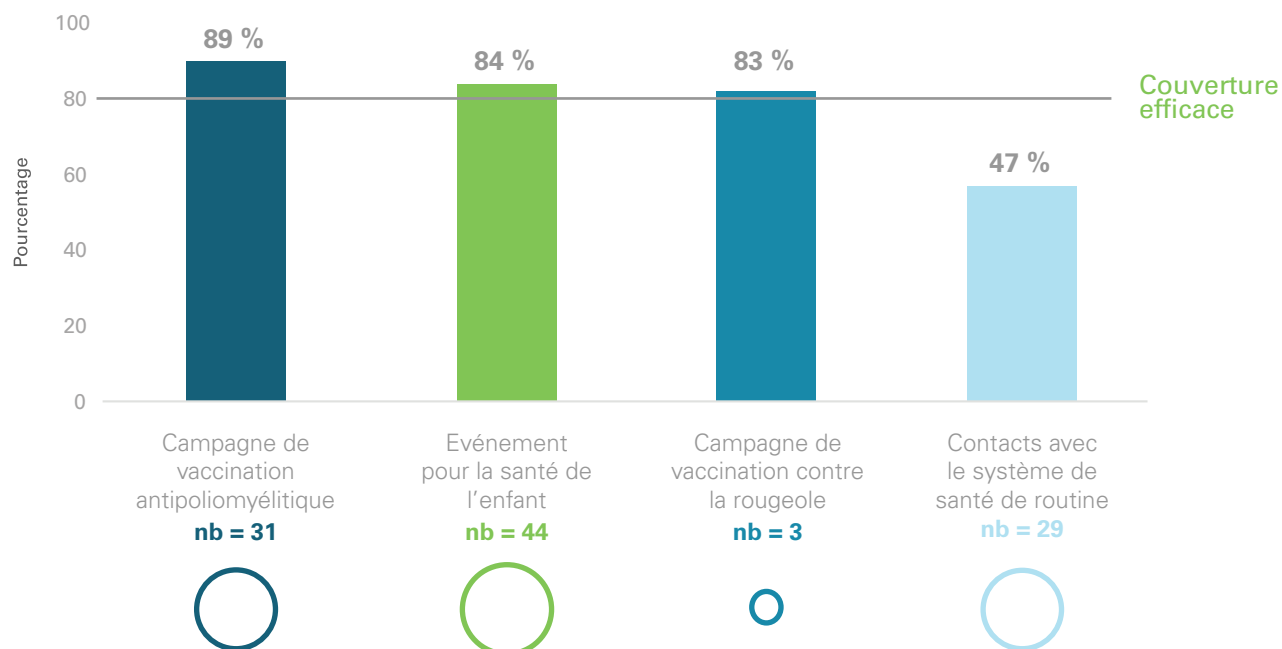
Aucune distribution

Aucune donnée

Grâce aux événements pour la santé de l'enfant, de nombreux pays peuvent étendre la portée de leur système de santé et atteindre les plus vulnérables.

Les événements pour la santé de l'enfant sont les piliers d'une couverture efficace.

Taux moyen de couverture des suppléments de vitamine A par mécanisme de distribution, 2014



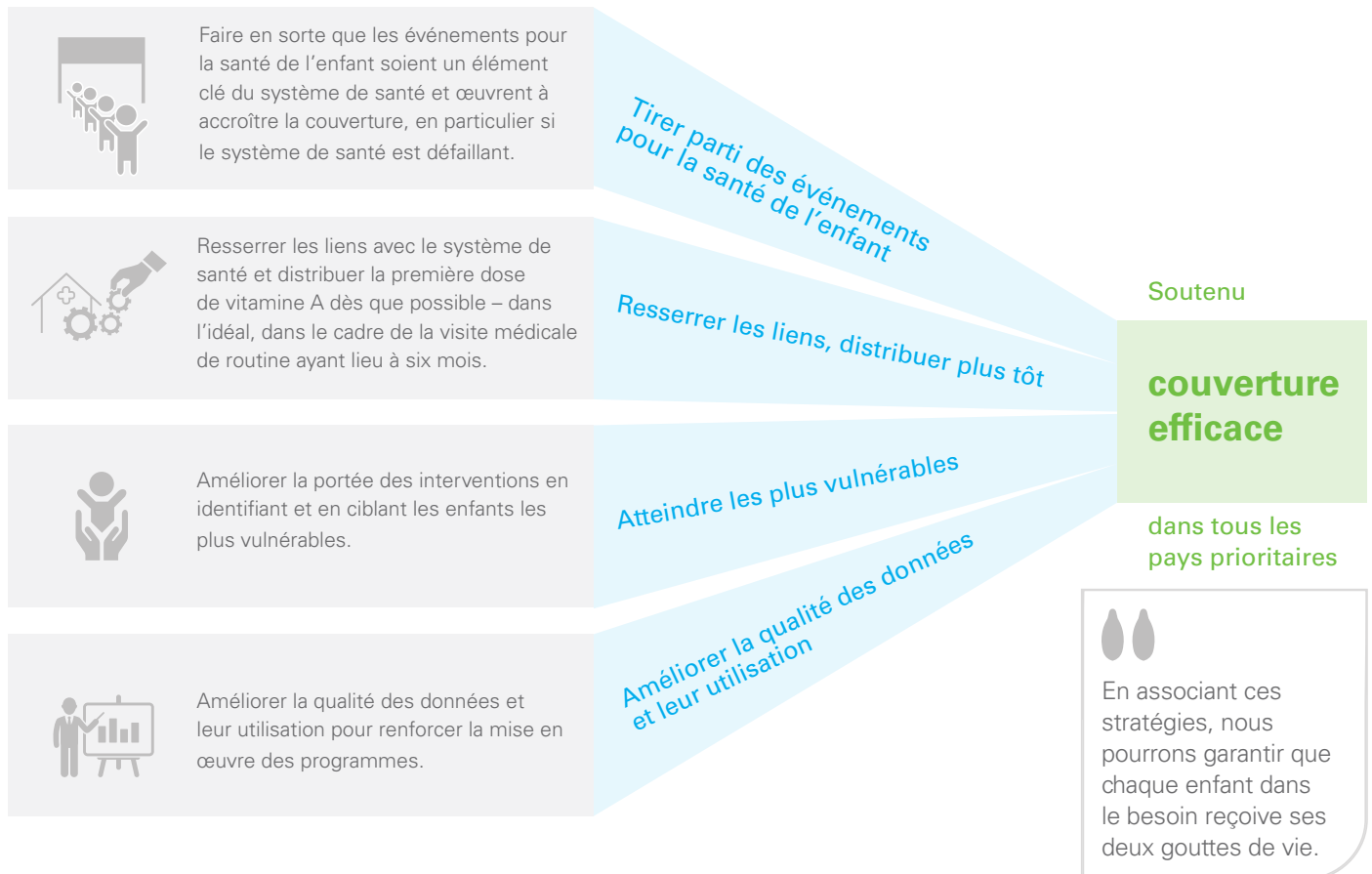
Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015. D'après des rapports administratifs émanant des pays.

Que faut-il faire pour garantir la protection totale de tous les enfants vivant dans les pays prioritaires ?

Il suffit de peu pour faire beaucoup.



Mais nous devons parfaire nos stratégies afin d'assurer un effet maximal. Pour cela, nous devons.



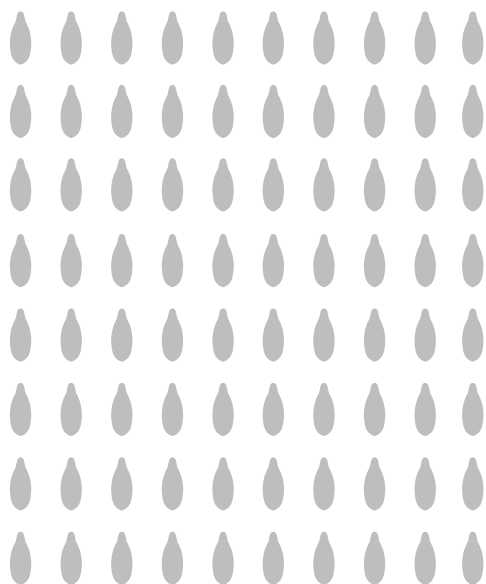


Grâce à nos partenaires, nous avons réussi à atteindre certains des enfants les plus marginalisés du monde. Leur soutien reste indispensable.

UNICEF L'Initiative pour les micronutriments
 Helen Keller International GAVA OMS A2Z
 Ministère de la santé familles mères planification
partenariats
 Gouvernement du Canada
 USAID
 Groupes de la Banque mondiale agents de santé communautaires Communauté volontaires enfants
 campagnes de vaccination contre la rougeole Journées nationales de vaccination contre la poliomyélite programme élargi de vaccination agents de santé des districts agents de planification des districts personnes en charge d'enfants

Nous remercions tout particulièrement le Gouvernement du Canada.

8 MILLIARDS
 DE CAPSULES DE VITAMINE A



Chaque goutte représente
 100 millions de capsules.



Global Affairs
 Canada

Affaires mondiales
 Canada

Grâce à un programme de don financé par le Gouvernement du Canada et mis en œuvre via l'Initiative pour les micronutriments, l'UNICEF a reçu plus de 8 milliards de capsules depuis 1998, qui, combinées au financement des interventions, ont contribué de manière cruciale au maintien de programmes de supplémentation en vitamine A efficaces.

4 MILLIONS

Selon les estimations de l'Initiative pour les micronutriments, plus de quatre millions de décès ont été évités depuis 1998.



Références

Ching P., Birmingham M., Goodman T., Sutter R., Loevinsohn B. (2000). *Childhood mortality impact and costs of integrating vitamin A supplementation into immunization campaigns*. American Journal of Public Health, Vol. 90, No. 10, p.1526-9.

Horton S., Shekar M., McDonald C., Mahal A., Brooks J.A. (2010). *Scaling up nutrition: what will it cost?* World Bank Publications.

Imdad A., Herzer K., Mayo-Wilson E., Yakoob M.Y., Bhutta Z.A. (2010). *Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from 6 months to 5 years of age*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Art. No.: CD008524.

Schmitz J., West Jr K.P., Khatry S.K., Wu L., LeClerq S.C., Karna S.L., Katz J., Sommer A., Pillion J. (2012). *Vitamin A supplementation in preschool children and risk of hearing loss as adolescents and young adults in rural Nepal: randomised trial cohort follow-up study*. British Medical Journal, Vol. 344, d7962.

Sommer A., West K.P. (1996). *Vitamin A deficiency: health, survival, and vision*. American Journal of Epidemiology, Vol.147, No. 12, p.1175-6.

Stevens G.A., Bennett J.E., Hennocq Q., Lu Y., De-Regil L.M., Rogers L., Danaei G., Li G., White R.A., Flaxman S.R., Oehrle S.P., Finucane M.M., Guerrero R., Bhutta Z.A., Then-Paulino A., Fawzi W., Black R.E., Ezzati M. (2015). *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 Vol. 3, No. 9, p.e528-36.

The Micronutrient Initiative (2014). *Canada's investment in Micronutrient Initiative will sustain life-saving nutrition programs around the world*. Accessed online December 2015. <<http://micronutrient.org/2014/11/canadas-investment-micronutrient-initiative-will-sustain-life-saving-nutrition-programs-around-world/>>

The Micronutrient Initiative. *"Why Vitamin A." What We Do*. Accessed online November 2015. <<http://micronutrient.org/what-we-do/by-micronutrient/micronutrientvitamin-a/>>.

UNICEF (2007). *Vitamin A Supplementation: A decade of progress*. UNICEF Nutrition Section, New York.

WHO (2011). *Guideline: Vitamin A supplementation in infants and children 6–59 months of age*. Geneva, World Health Organization.

Pour de plus amples informations sur les données contenues dans le présent document, veuillez contacter :

UNICEF

Section données et analyse

Division des données, de la recherche et des politiques

3 United Nations Plaza

New York, NY 10017, États-Unis

Tél. : +1 212 326 7000

E-mail : data@unicef.org

data.unicef.org

Pour de plus amples informations sur les activités de programme en matière de nutrition, veuillez contacter :

UNICEF

Section Nutrition

Division des programmes

3 United Nations Plaza

New York, NY 10017, États-Unis

Tél. : +1 212 326 7000

E-mail : nutrition@unicef.org

www.unicef.org/nutrition/

© Fond des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Février 2016