



WHODOC

413

PREVENIR ET COMBATTRE LA CARENCE EN VITAMINE A, LA XEROPHTALMIE  
ET LA CECITE NUTRITIONNELLE :  
RESUME D'UNE PROPOSITION DE PROGRAMME DECENNAL DE SOUTIEN AUX PAYS

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
I. Introduction .....	2
II. Le problème, sa distribution géographique et son ampleur .....	3
III. L'élaboration d'une stratégie de prévention et de lutte .....	6
IV. La définition de structures adéquates pour la prévention et la lutte .....	7
V. Le programme décennal de soutien aux pays .....	8

PREVENIR ET COMBATTRE LA CARENCE EN VITAMINE A, LA XEROPHTALMIE  
ET LA CECITE NUTRITIONNELLE :  
RESUME D'UNE PROPOSITION DE PROGRAMME DECENNAL DE SOUTIEN AUX PAYS

I. INTRODUCTION

1. En mai 1984, la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution<sup>1</sup> par laquelle elle priait le Directeur général d'accorder un soutien aux Etats Membres pour déterminer les meilleurs moyens de prévenir et de réduire l'avitaminose A et la xérophtalmie, de collaborer avec eux à la surveillance de l'incidence et de la prévalence de ces affections, de mettre au point des matériels de formation concernant la prévention et la réduction de l'avitaminose A et de coordonner le lancement et la gestion d'actions internationales de lutte contre l'avitaminose A.

2. Le présent document contient le résumé du programme décennal de soutien aux pays proposé<sup>2</sup> pour prévenir et combattre la carence en vitamine A, la xérophtalmie et la cécité nutritionnelle et mis au point pour donner suite à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ce programme représente aussi la contribution de l'OMS à la stratégie plurisectorielle approuvée en 1984 par le Comité administratif de coordination des Nations Unies sur la base des recommandations relatives à la prévention et à la réduction de la carence en vitamine A formulées par le Sous-Comité de la nutrition de cet organisme.

3. L'Organisation mondiale de la Santé a présenté sa proposition de programme aux parties intéressées lors d'une réunion qui s'est tenue le 12 mars 1985 à Genève. L'objet de cette réunion était d'une part de fournir des renseignements sur les mesures prises par l'Organisation en application de la résolution de l'Assemblée et, d'autre part, de commencer à mobiliser des ressources financières et autres à cet effet. Participaient<sup>3</sup> à cette réunion les représentants de gouvernements et d'organismes gouvernementaux, d'institutions et d'organes du système des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales, des experts oeuvrant dans le domaine de la prévention et de la réduction de la carence en vitamine A et des fabricants de vitamine A, représentant l'industrie chimique.

4. Les participants à cette réunion sont unanimement convenus que l'OMS est, et doit rester, l'une des principales forces motrices en matière de prévention de la cécité nutritionnelle et qu'elle a un rôle déterminant à jouer dans la coordination et l'harmonisation des efforts déployés par toutes les parties intéressées pour faire en sorte qu'ils aient le plus grand impact possible. En tenant à jour un inventaire des besoins mondiaux, l'OMS est à même d'identifier les défaillances dans la couverture du programme de prévention et de lutte et d'appeler l'attention sur ces défaillances. Les gouvernements souhaiteront peut-être verser des contributions bénévoles à l'OMS pour combler ces lacunes ou peut-être préféreront-ils financer des programmes de prévention et de lutte sur une base bilatérale directe. Dans ce dernier cas, il est indispensable que l'OMS soit tenue au courant de tout appui fourni pour qu'elle puisse jouer le rôle de coordination qui lui a été confié. L'OMS est prête à ouvrir la voie et elle compte que l'intérêt suscité parmi les gouvernements suffira pour que les ressources dont elle a besoin pour s'acquitter de cette responsabilité lui soient fournies.

<sup>1</sup> Résolution WHA37.18, Assemblée mondiale de la Santé, Genève, mai 1984, document WHA37/1984/REC/1, p. 10.

<sup>2</sup> Document NUT/84.5 Rev.1.

<sup>3</sup> Voir à l'annexe 1 du rapport sur la réunion de parties intéressées, document NUT/85.2 Rev. 1, la liste des participants.

## II. LE PROBLEME, SA DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE ET SON AMPLEUR

5. C'est au niveau de l'oeil que les effets de la carence en vitamine A sont les plus sensibles, entraînant la cécité nocturne, la kératinisation de la conjonctive et de la cornée et, finalement, des ulcérations cornéennes et la nécrose de la cornée (kératomalacie). Xérophtalmie signifie littéralement "oeil sec" et, dans son sens restreint, le terme n'est utilisé que par les ophtalmologues; dans son sens le plus large, et en santé publique, le terme xérophtalmie s'applique à toutes les manifestations oculaires de la carence en vitamine A.
6. Le bilan en vitamine A de chaque organisme dépend de plusieurs facteurs, deux des plus importants étant la disponibilité et l'ingestion et l'absorption de quantités suffisantes. La vitamine A est présente sous forme de rétinol (vitamine A préformée) dans des produits d'origine animale, par exemple le foie, le lait, le beurre et les oeufs, et sous forme de carotène (provitamine A) dans plusieurs céréales, dans certains tubercules à chair jaune, dans des légumes verts ou jaunes comme les carottes, les feuilles de manioc et les épinards et dans des fruits à chair jaune autres que les agrumes comme les mangues et les papayes et dans l'huile de palme. L'activité biologique des carotènes n'est qu'une fraction de celle du rétinol et l'absorption intestinale des premiers est influencée par la présence ou l'absence de graisses dans l'alimentation. Les populations qui courent le risque d'être atteintes de xérophtalmie semblent trouver la plus grande partie, sinon la totalité, de leur vitamine A sous la forme de carotènes.
7. La diarrhée, les infections parasitaires et d'autres troubles intestinaux entravent l'absorption de la vitamine A de même que les infections des voies respiratoires, la rougeole et d'autres maladies fébriles qui augmentent les besoins métaboliques, interrompent les modes normaux d'alimentation et réduisent de ce fait l'ingestion de la vitamine A. On sait également que les formes graves de malnutrition protéino-énergétique perturbent l'absorption, le stockage et l'utilisation de cette vitamine. Dans toutes les situations où ces facteurs sont couramment présents, les besoins individuels en vitamine A sont nécessairement accrus. En même temps, la carence en vitamine A diminue considérablement la résistance aux infections et, de ce fait, augmente la morbidité et la mortalité dues en particulier aux maladies respiratoires et à la diarrhée.
8. Les jeunes enfants sont les plus exposés au risque de xérophtalmie, à la fois parce que leurs besoins en vitamine A sont proportionnellement plus élevés que pour tout autre groupe d'âge, et parce que ce sont eux qui sont le plus souvent atteints par les infections décrites au paragraphe précédent. Il en résulte que les destructions cornéennes graves, conduisant à la cécité, sont le plus souvent observées chez les enfants âgés de six mois à six ans. La carence en vitamine A est, en fait, la cause isolée de cécité la plus fréquente chez les enfants d'âge préscolaire des pays en développement. Plus jeune est l'enfant et plus grave est la maladie, plus élevé est le risque de destruction de la cornée et de décès. Soixante à soixante-dix pour cent de tous les cas non traités décèdent dans les semaines qui suivent le début de la cécité.
9. En cas de catastrophe, en cas de famine ou de sécheresse par exemple, les effets négatifs de la carence en vitamine A sont aggravés. Un bilan en vitamine A initialement marginal se détériore rapidement et conduit à la xérophtalmie, à la cécité nutritionnelle et au décès.
10. L'OMS a mis au point des critères de prévalence<sup>1</sup> pour déterminer l'importance en santé publique de la carence en vitamine A. Ces critères ont servi à élaborer l'enquête mondiale ci-après.
11. En 1985, les pays dans lesquels la carence en vitamine A a été reconnue comme un problème de santé publique important sont situés, en Afrique, dans les régions sahélienne et sous-sahélienne : Bénin, Burkina Faso, Mali et Mauritanie et, à l'est et au sud : Ethiopie, Malawi, République-Unie de Tanzanie et Zambie, dans les Amériques : Salvador, Haïti et des parties du Brésil et du Mexique, en Asie : Bangladesh, Inde, Indonésie, Népal et Sri Lanka, dans la Méditerranée orientale : Oman et Soudan et dans le Pacifique occidental : Philippines et Viet Nam.

<sup>1</sup> Rapport d'une réunion mixte OMS/FISE/USAID/Helen Keller International/IVACG : La lutte contre la carence en vitamine A et la xérophtalmie, Série de Rapports techniques N° 672, OMS, Genève, 1982.

12. Dans d'autres pays, on a la preuve indirecte que la carence en vitamine A constitue un problème de santé publique important mais la preuve directe, fondée sur une estimation formelle de la prévalence et de l'ampleur de cette maladie, fait défaut. Dans d'autres pays encore, bien que des cas sporadiques de xérophtalmie aient été signalés, le tableau de la prévalence est tel que la carence en vitamine A ne semble pas justifier actuellement une action prioritaire. Il conviendrait néanmoins de recueillir des renseignements supplémentaires et de surveiller de près la situation. Les pays correspondant à la classification ci-dessus apparaissent à la Fig. 1 et dans les Tableaux 1 et 2 ci-dessous.

TABLEAU 1. PAYS OU LA CARENCE EN VITAMINE A, LA XEROPHTALMIE ET LA CARENCE NUTRITIONNELLE SONT DES PROBLEMES DE SANTE PUBLIQUE IMPORTANTS, PAR REGION

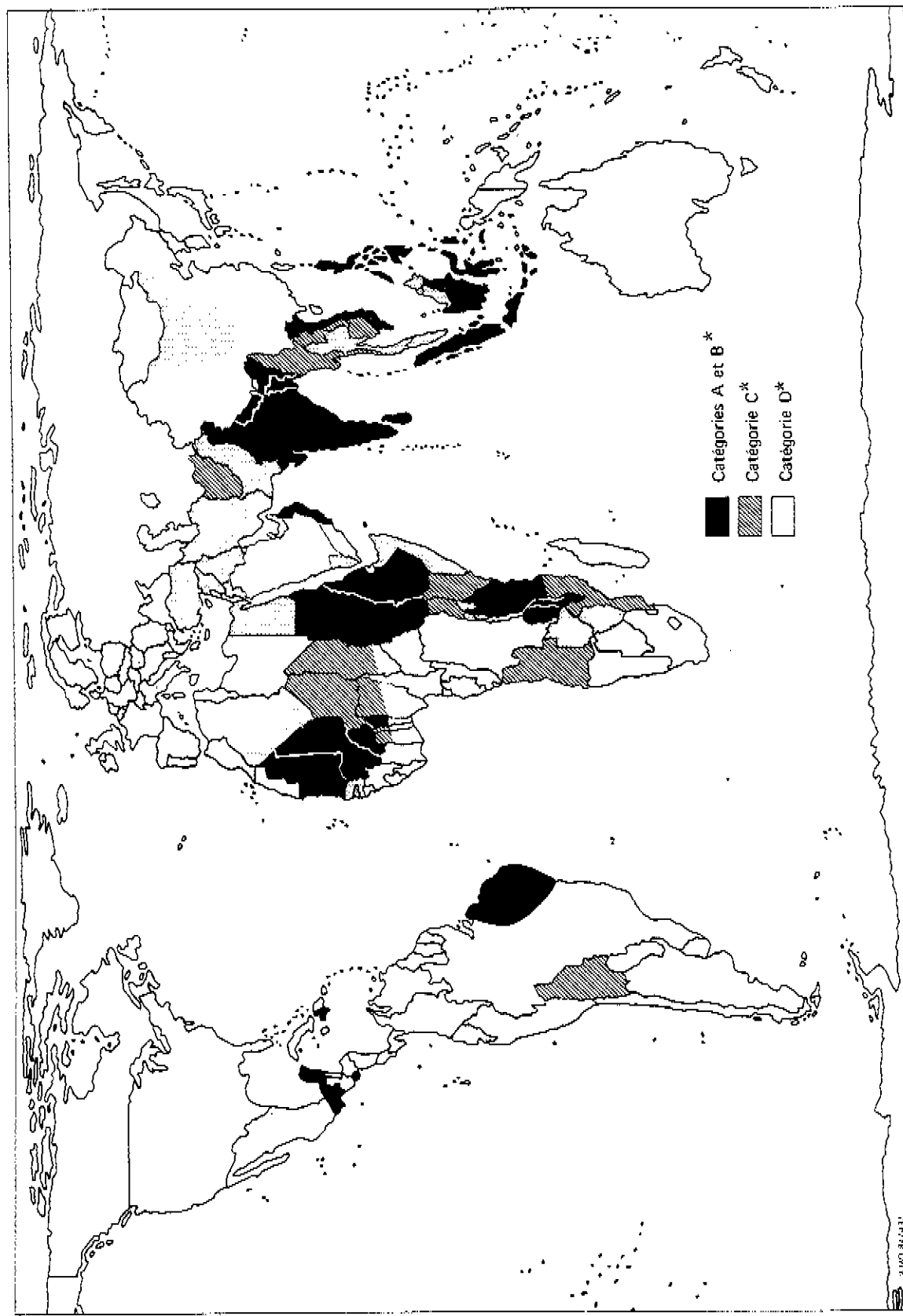
Région	Catégorie A <sup>a</sup>	Catégorie A <sup>b</sup>	Catégorie C <sup>c</sup>
<u>Afrique</u>		Bénin Burkina Faso Ethiopie Malawi Mali Mauritanie R.U. de Tanzanie Zambie	Angola Tchad (nord) Ghana (nord) Kenya Mozambique Niger Nigéria (nord) Ouganda
<u>Amériques</u>	El Salvador Haïti	Brésil (nord-est) Mexique	Bolivie
<u>Asie du Sud-Est</u>	Bangladesh Inde Indonésie Népal Sri Lanka		Birmanie
<u>Méditerranée orientale</u>		Oman Soudan	Afghanistan
<u>Pacifique occidentale</u>	Philippines	Viet Nam	Kampuchea dém. République dém. pop. lao

<sup>a</sup> Le problème a été évalué, un programme national de prévention et de lutte est en cours.

<sup>b</sup> Le problème a été évalué, ou partiellement évalué, aucun programme national de prévention et de lutte n'a été entrepris.

<sup>c</sup> Le problème n'a pas encore été évalué ou les renseignements sont insuffisants mais une forte probabilité existe sur la base de preuves indirectes.

FIG. 1  
LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA CARENCE EN VITAMINE A ET DE LA XÉROPTHALMIE  
DANS LE MONDE EN 1984, PAR CATÉGORIES DE PAYS



\*Voir Tableau 1.

Cette carte, qui s'inspire de la "projection Peters", n'implique aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires ou zones, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites

3/80 84721

TABLEAU 2. PAYS, PAR REGION, OU LA CARENCE EN VITAMINE A NE SEMBLE PAS ETRE UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE IMPORTANT MAIS OU LE TABLEAU DE LA PREVALENCE DEVRAIT ETRE SURVEILLE DE PRES

(catégorie D)

---

<u>Afrique</u>	<u>Europe</u>
Algérie	Maroc
Botswana	Turquie
Burundi	
Lesotho	<u>Méditerranée orientale</u>
Madagascar	
Rwanda	Egypte
Sénégal	Iran
Zimbabwe	Iraq
	Jordanie
<u>Amériques</u>	Pakistan
	Somalie
Equateur	Syrie
Pérou	Yémen
<u>Asie du Sud-Est</u>	<u>Pacifique occidental</u>
Thaïlande	Chine
	Malaisie

---

13. Bien que la nature fragmentaire des données dont on dispose rende difficile l'estimation précise du nombre, dans le monde, des cas nouveaux de carence en vitamine A et de xérophtalmie qui se manifestent chaque année, on peut se faire une idée de l'ampleur du problème en consultant les données enregistrées et les résultats d'enquêtes provenant des pays où il a été suivi de près.

14. En Indonésie, par exemple, l'incidence des lésions cornéennes actives a été estimée à 60 000 cas nouveaux par an parmi les enfants d'âge préscolaire, soit un taux de 2,7 pour 1000. Sur cette base, on peut calculer que, chaque année, au Bangladesh, en Inde, en Indonésie et aux Philippines, un total de quelque 400 000 enfants d'âge préscolaire présenteront des lésions cornéennes actives entraînant une cécité partielle ou totale. Ces chiffres, en fait, sont en deçà de la réalité car ils sont basés sur un taux d'incidence identique pour les quatre pays alors que les données dont on dispose indiquent qu'il est plus élevé au Bangladesh et en Inde. Le nombre annuel total des cas de xérophtalmie non cornéenne (formes modérées, généralement réversibles, de la maladie), dans ces pays, est probablement de l'ordre de 5 millions d'enfants d'âge préscolaire.

15. En projetant à l'échelon mondial les estimations concernant le Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie et les Philippines, on parvient à un total annuel de plus de 500 000 cas nouveaux de lésions cornéennes actives et à un total de 6 à 7 millions de cas de xérophtalmie non cornéenne parmi les enfants d'âge préscolaire. Ces estimations sont prudentes; d'innombrables autres enfants, bien que ne présentant pas de signes de xérophtalmie active, souffrent d'un manque de vitamine A, avec la diminution de la résistance aux infections et l'augmentation de la morbidité et de la mortalité que cet état implique.

### III. L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE DE PREVENTION ET DE LUTTE

16. Il y a carence en vitamine A quand les réserves de l'organisme sont épuisées et que ses besoins ne sont pas satisfaits par de nouveaux apports. Le plus important, pour prévenir la carence en vitamine A, est donc en principe d'assurer en premier lieu une prise régulière et suffisante de vitamine A, surtout par les jeunes enfants, dans l'alimentation quotidienne normale, ainsi qu'un apport adéquat de protéines et de calories. Tout en augmentant l'apport en vitamine A, il conviendrait de s'efforcer de réduire la prévalence et la gravité de facteurs tels que la diarrhée, la rougeole, la malnutrition protéino-énergétique et les infections respiratoires de manière à maintenir l'apport en vitamine A et à réduire les besoins de l'organisme à l'égard de ce nutriment. Même en présence de ces facteurs qui contribuent à la carence, le fait d'accroître l'apport en vitamine A pour constituer des réserves suffisantes dans le foie préviendra efficacement la cécité nutritionnelle.

17. Une stratégie générale conçue pour prévenir et combattre la carence en vitamine A, la xérophtalmie et la cécité nutritionnelle peut se définir en fonction des mesures prises à court terme, à moyen terme et à long terme :

1) Mesures à court terme : l'administration à des groupes vulnérables de doses uniques importantes de vitamine A en fonction des circonstances ou sur une base périodique peut être organisée rapidement et avec une infrastructure minimale. Il s'agit essentiellement d'une mesure d'urgence qui permettra de prévenir et de combattre la carence en vitamine A et la xérophtalmie en attendant que le problème soit définitivement résolu.

Les nourrissons (moins de 12 mois) devraient recevoir 100 000 UI par voie orale et les enfants de 1 à 6 ans 200 000 UI de vitamine A à intervalles réguliers, par exemple tous les quatre à six mois. Sinon, il conviendrait d'administrer une dose identique de vitamine A aux enfants atteints de malnutrition protéino-énergétique, de rougeole, de gastro-entérite ou de toute autre infection pulmonaire ou autre et donc exposés au risque de xérophtalmie. Une dose massive devrait aussi être donnée aux mères pendant le mois qui suit l'accouchement, de façon à augmenter la teneur en vitamine A de leur lait. Cette méthode, qui a largement fait ses preuves, a servi de base au programme national de prévention et de lutte dans des pays comme le Bangladesh, l'Inde et l'Indonésie.

En théorie, le soin de distribuer la vitamine A devrait être confié à l'agent de santé primaire, en particulier dans les régions où l'on sait que la xérophtalmie est un problème de santé publique important. Outre ces distributions préventives systématiques, les agents de santé devraient administrer, au moment du diagnostic, 200 000 UI de vitamine A à tout enfant atteint de xérophtalmie cornéenne. La même dose devrait être donnée le jour suivant et deux semaines plus tard (100 000 UI pour les enfants de moins d'un an).

2) Mesures à moyen terme : l'enrichissement d'un véhicule alimentaire en vitamine A demande davantage de temps et ne peut être entrepris que si un certain nombre de conditions préalables sont remplies. Cette approche suppose, par exemple, le choix d'un véhicule approprié, la mise au point du processus d'enrichissement, la réalisation d'essais pour éprouver l'acceptabilité et la stabilité de l'aliment enrichi, la mise en oeuvre de mesures de contrôle de la qualité et l'adoption de lois appropriées. De nombreux pays industrialisés recourent à cette approche pour favoriser une consommation régulière et suffisante de vitamine A. En ce qui concerne les pays en développement, pour qu'une telle méthode réussisse, il faut choisir un véhicule susceptible d'être consommé en quantités suffisantes par les groupes exposés. L'enrichissement du sucre au Honduras et au Guatemala, par exemple, a donné d'excellents résultats et les essais avec le glutamate monosodique, actuellement en cours en Indonésie et aux Philippines, sont extrêmement prometteurs.

3) Mesures à long terme : la solution à long terme, pour prévenir et combattre la carence en vitamine A, consiste à accroître la ration alimentaire de vitamine A. Pour cela, il faut modifier la ration quotidienne de sources alimentaires naturelles de cette vitamine de façon à réduire au maximum le risque de carence. Si la vitamine A préformée (rétinol) n'est présente que dans des produits d'origine animale, la provitamine A sous forme de carotènes se trouve dans plusieurs céréales (mais pas dans le riz), certains tubercules comme les patates douces à chair jaune, des légumes comme les carottes et les légumes à feuilles vert foncé, les fruits jaunes comme les mangues et les papayes et l'huile de palme. Pour accroître la production et la consommation d'aliments riches en vitamine A et en carotène, il faut obtenir la collaboration étroite d'un certain nombre de parties, les secteurs de l'agriculture, de l'éducation et de la santé, par exemple, ainsi que celle des communautés et des familles.

18. Même quand les aliments riches en vitamine A et les aliments riches en provitamine A sont faciles à obtenir et relativement peu coûteux, il pourra être nécessaire d'instaurer ou de renforcer des programmes d'éducation nutritionnelle pour encourager leur consommation par les populations à haut risque, en particulier les enfants d'âge préscolaire. Dans les régions où ces aliments sont coûteux ou ne se trouvent pas régulièrement, il pourra être utile de développer, dans la mesure du possible, le jardinage familial et les pratiques horticoles connexes. Les huiles comestibles, ajoutées à l'alimentation, favoriseront l'absorption des carotènes.

19. Il ne fait aucun doute que c'est avec une stratégie souple, alliant des interventions à court terme, à moyen terme et à long terme à une éducation nutritionnelle, que l'on obtiendra les meilleurs résultats. Les agents des soins de santé primaires et autres agents communautaires sont tout indiqués pour influencer le bilan vitaminique A des populations en luttant pour réduire la prévalence et la gravité des maladies et des infections qui contribuent à une carence de cette vitamine. Ils peuvent aussi enseigner aux familles et aux particuliers des pratiques nutritionnelles saines tout en administrant des doses prophylactiques élevées de vitamine A aux groupes exposés.

20. Avant de déterminer les différents éléments dont seront constitués les programmes nationaux destinés à prévenir et combattre la carence en vitamine A, il convient de procéder à une analyse critique des conditions qui prédominent dans une région donnée. Des variables telles que l'ampleur, la distribution géographique et les variations saisonnières du problème, les systèmes de production et de distribution alimentaires, la répartition des dépenses domestiques et les habitudes alimentaires familiales, l'infrastructure sanitaire et les services sociaux connexes ainsi que les ressources humaines et financières figurent au nombre des éléments qui permettront le mieux d'envisager la façon de résoudre le problème.

#### IV. LA DEFINITION DE STRUCTURES ADEQUATES POUR LA PREVENTION ET LA LUTTE

21. Pour que les programmes destinés à prévenir et à combattre la carence en vitamine A aboutissent, ils doivent avoir une couverture directe, régulière et étendue. Les soins de santé primaires offrant le cadre nécessaire pour la réalisation de cette couverture, ils sont particulièrement bien adaptés pour l'action qui vise à réduire la prévalence de la carence en vitamine A et de la xérophtalmie de façon telle qu'elles ne soient plus des problèmes de santé publique importants. En tant que principaux fournisseurs des soins de santé aux échelons les plus périphériques du système de santé, les agents de santé et autres agents communautaires ayant la formation appropriée pourront être indispensables à la mise en oeuvre de programmes de prévention et de contrôle efficaces.

22. Si l'on prend l'exemple de la distribution de doses élevées, il est indispensable que les agents de santé et autres agents communautaires reçoivent une formation dans des domaines tels que la stratégie du programme, la prévention, le dépistage et le traitement de la xérophtalmie, les tâches inhérentes à leur emploi, comme les techniques de dosage, l'enregistrement des données et la notification ainsi que l'éducation nutritionnelle. La formation continue et le recyclage, particulièrement à l'échelon local et du district, pourront améliorer sensiblement la qualité du travail de ces agents; cela étant, bien encadrés, des agents de santé de village, des agents de sécurité familiale et des agents chargés d'améliorer la nutrition familiale (en Inde, au Bangladesh et en Indonésie respectivement) ont largement prouvé que, même avec une formation minimale, ils pouvaient contribuer à l'édification de programmes nationaux efficaces.

23. Cependant, pour prévenir, détecter et traiter la xérophtalmie, on ne doit pas - et on ne devrait pas - attendre que les soins de santé primaires aient été étendus à tous les membres de la population. Les agents de santé et autres personnels devraient être capables, quel que soit le stade de développement du système de santé, de diagnostiquer et de traiter la xérophtalmie quand des cas se présentent, tout en prenant les mesures préventives nécessaires parmi les groupes à haut risque, par exemple les enfants chez lesquels la prévalence de la malnutrition protéino-énergétique, de la rougeole et de la gastro-entérite est élevée.

24. Selon la situation locale, on pourra utiliser l'approche du "cas index" pour repérer et traiter les groupes à haut risque; en d'autres termes, des équipes mobiles pourraient se rendre auprès des communautés où des cas ont été découverts. En fait, cela pourrait être, dans un premier temps, la seule méthode possible pour atteindre des populations isolées, dispersées ou migrantes, une sorte de mesure de "premiers secours" en cas de famine ou dans d'autres situations d'urgence.

25. Dans la plupart des cas, l'intégration dans les structures existantes d'activités de grande envergure destinées à prévenir et à combattre la carence en vitamine A présente de nombreux avantages, et peut même s'imposer, quand il s'agit de formuler et d'appliquer des programmes ayant des chances de succès. Une telle approche pourrait aider à maintenir à un niveau minimum les coûts de la prévention et de la lutte, garantir l'appui et la continuité institutionnels voulus et renforcer l'ensemble des capacités nationales de prestation des services de santé. Ainsi, quand des systèmes de santé, basés sur l'approche des soins de santé primaires, sont plus développés et capables de couvrir une grande partie des groupes à haut risque, la distribution efficace de doses élevées de vitamine A par les agents de santé et de nutrition, le personnel des écoles primaires et d'autres agents communautaires peut être envisagée. Une autre possibilité consiste à utiliser à cet effet des programmes à objectif unique couvrant une zone étendue comme les programmes de vaccination ou de lutte antipaludique.

#### V. LE PROGRAMME DECENNAL DE SOUTIEN AUX PAYS

26. Conformément aux objectifs et aux cibles fixés par l'Assemblée mondiale de la Santé pour le Septième programme général de travail de l'OMS pour la période 1984-1989,<sup>1</sup> l'objectif du programme décennal de soutien aux pays est de réduire la prévalence mondiale et la gravité de la carence en vitamine A, de la xérophtalmie et de la cécité nutritionnelle pour qu'elles cessent d'être des problèmes de santé publique importants. Bien que plus de dix ans puissent en fait être nécessaires pour mener à bien cet objectif, la durée totale du programme n'affecte en rien l'étape initiale de sa planification.

27. Pour atteindre cet objectif, le programme fournira un soutien aux pays pour les aider à mener à bien cinq types principaux d'activités :

- 1) l'évaluation de la prévalence et de la gravité de la carence en vitamine A et l'identification des groupes à haut risque;
- 2) la prévention de la carence en vitamine A dans les zones et dans les groupes pour lesquels les taux de prévalence sont réputés élevés, ou dont on peut s'attendre qu'ils le soient;
- 3) le traitement des sujets atteints de carence en vitamine A, de xérophtalmie ou de cécité nutritionnelle, dans le cadre des interventions systématiques des soins de santé primaires;
- 4) la formation des personnels de santé et des agents de santé communautaires aux techniques de prévention, de dépistage et de lutte concernant la carence en vitamine A, la xérophtalmie et la cécité nutritionnelle;
- 5) l'analyse des problèmes (techniques, logistiques, ressources humaines et autres) ayant trait à la formulation, l'application, la surveillance et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte.

28. La réussite du programme dépendra aussi de l'ampleur de l'action menée par d'autres secteurs. Ainsi, tandis que le programme privilégie l'action du secteur de la santé, une collaboration étroite avec les secteurs apparentés comme l'agriculture et l'éducation sera vivement encouragée pour atteindre un objectif commun.

29. L'OMS soutiendra les pays sur la base de la classification donnée à la Fig. 1 et dans les Tableaux 1 et 2 ci-dessus:

Dans les pays de la catégorie A, l'accent portera en particulier sur le renforcement de la gestion des programmes nationaux existants et sur leur élargissement de manière qu'ils couvrent tous les groupes à risque; pour cela les interventions ayant déjà abouti seront consolidées et de nouvelles interventions seront mises sur pied tandis que des moyens seront élaborés pour mesurer et estimer l'efficacité du programme.

Dans les pays de la catégorie B, l'accent portera en particulier sur la conception des programmes de prévention et de lutte, la gestion, la formation, le choix du (ou des) système(s) de prestation, l'appui logistique et le choix du type ou de l'éventail d'interventions.

Dans les pays de la catégorie C, l'accent portera en particulier sur l'évaluation du problème, la formation des personnels de santé publique et autres aux méthodes de diagnostic et la formulation des programmes.

Dans les pays de la catégorie D, l'accent portera en particulier sur la surveillance du tableau de la prévalence nationale.

#### Soutien à l'échelon mondial

30. Le Siège de l'OMS aura pour tâche :

- 1) de préparer la documentation de base, y compris la présente proposition, et de lancer le programme de soutien aux pays;
- 2) d'organiser des réunions avec les gouvernements donateurs éventuels et leurs organismes de développement bilatéral et avec les organisations internationales non gouvernementales et bénévoles du secteur de la santé, ou de secteurs apparentés, pour trouver le soutien financier et autre nécessaire au programme;
- 3) de coordonner, avec les organisations du système des Nations Unies et d'autres organes intergouvernementaux, les organismes de développement bilatéral et les organisations non gouvernementales et bénévoles appropriés, les contributions financières, techniques et matérielles aux programmes nationaux destinés à prévenir et à combattre la carence en vitamine A et la xérophtalmie;
- 4) d'élaborer des matériels appropriés sur des questions techniques et de gestion, qui puissent être adaptés et utilisés à l'échelon national pour former les agents sanitaires et de développement à la prévention et à la réduction de la carence en vitamine A et de la xérophtalmie et pour formuler et appliquer les programmes nationaux prévus à cet effet;
- 5) de recueillir des informations sur des sujets tels que les progrès scientifiques, la distribution géographique et l'ampleur du problème ainsi que les moyens et les approches propres à le prévenir et le combattre et diffuser cette information aux parties intéressées (gouvernements, autres organisations et organes, chercheurs, grand public, etc.);
- 6) de mettre au point et de coordonner la recherche;
- 7) de créer et de maintenir un système de notification actuel pour faciliter la surveillance et l'évaluation mondiales du programme de soutien et répondre aux demandes d'information des donateurs, des organes directeurs de l'OMS et du grand public;

<sup>1</sup> Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1982 (Série "Santé pour tous", No. 8).

8) de recenser les domaines où des recherches et des progrès supplémentaires sont nécessaires pour combler les lacunes des connaissances actuelles et s'assurer que ces recherches sont effectivement entreprises et leurs résultats appliqués au moment opportun et de manière productive;

9) d'assurer une coopération interrégionale.

31. Les bureaux régionaux de l'OMS auront pour tâche :

1) de déterminer pourquoi les gouvernements ont intérêt à participer au programme de soutien et d'organiser, sur demande, une coopération technique entre l'OMS et ses Etats Membres, comme suit :

a) pour les pays de la catégorie A : évaluer l'efficacité des programmes nationaux de prévention et de lutte existant et étendre les programmes de façon qu'ils couvrent tous les groupes vulnérables en renforçant les interventions déjà couronnées de succès et en adoptant de nouvelles mesures, le cas échéant;

b) pour les pays de la catégorie B : vérifier avec précision la distribution géographique et l'ampleur du problème; formuler des programmes nationaux de prévention et de lutte; choisir le type d'intervention ou les interventions qui seront utilisées conjointement et organiser une formation administrative et technique au nom des personnels de santé nationaux et des autres fonctionnaires chargés de la mise en oeuvre du programme;

c) pour les pays de la catégorie C : évaluer la distribution géographique et l'ampleur du problème; former les personnels de la santé publique et autres aux techniques diagnostiques et formuler des programmes nationaux de prévention et de lutte;

d) pour les pays de la catégorie D : recueillir des informations supplémentaires et surveiller étroitement la prévalence.

2) de recruter et de mettre au courant, lorsque cela est nécessaire, des experts qui se rendront dans les pays pour a) cerner le problème, b) formuler le programme de prévention et de lutte et c) évaluer ce programme;

3) d'organiser des activités d'éducation et de formation inter-pays sur les aspects techniques et administratifs du programme national;

4) d'encourager et de favoriser la coopération technique entre les pays, y compris le partage des moyens de formation et de l'information concernant les expériences nationales et l'élaboration conjointe d'une technologie appropriée et d'approches permettant de l'appliquer;

5) de soutenir les efforts de recherche et de développement en rapport avec les programmes nationaux de prévention et de lutte.

#### Soutien au niveau national

32. Le personnel de l'OMS dans les pays aura pour tâche :

1) d'assurer, sur demande, une coopération technique directe pour soutenir la formulation, l'application, la surveillance et l'évaluation des programmes nationaux de prévention et de lutte;

2) de communiquer l'information pertinente aux ministères de la santé et aux autres ministères et organes intéressés;

3) de collaborer avec d'autres institutions des Nations Unies et avec les organisations non gouvernementales et bénévoles appropriées qui soutiennent, dans les pays, les programmes nationaux de prévention et de lutte.

Elaboration du programme et incidences financières

33. L'appui fourni aux niveaux national, régional et mondial revêtira des formes diverses, y compris l'organisation d'ateliers régionaux et nationaux, l'évaluation des problèmes nationaux et la formulation et l'élaboration des programmes, la fourniture de suppléments en vitamine A, une aide pour le transport et l'entretien, la conception et la fourniture de matériels éducatifs et, le cas échéant, la fourniture de compétences techniques.

34. Un groupe consultatif interrégional, composé de représentants des pays participants, des organismes parrainants bilatéraux et multilatéraux et des organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées, sera créé en vue d'aider à mettre en oeuvre le programme de soutien aux pays.

35. Le Secrétariat de l'OMS (aux échelons mondial et régional) sera chargé d'élaborer les plans d'action, y compris leurs incidences financières, et de gérer le programme sous l'angle technique et administratif.

36. Le Tableau 3 ci-après fait apparaître les coûts régionaux et mondiaux prévus pour les cinq premières années du programme. Le coût prévu du seul élément appui mondial pour la même période est résumé au Tableau 4 tandis que le Tableau 5 donne la ventilation des ressources en pourcentage par élément du programme.

TABLEAU 3. RECAPITULATION DU COUT TOTAL PREVU  
DU PROGRAMME DE SOUTIEN, 1985-1989

(en milliers de US \$)

Echelons régional/mondial	1985	1986	1987	1988	1989	Total	%
Afrique	395	630	850	1 025	1 135	4 035	20,8
Amériques	150	485	615	340	560	2 150	11,1
Asie du Sud-Est	255	1 120	1 725	2 125	2 065	7 290	37,6
Europe		20				20	0,1
Méditerranée orientale		40	160	370	235	805	4,1
Pacifique occidental	100	505	645	695	515	2 460	12,7
Appui mondial	500	580	550	500	500	2 630	13,6
Total provisoire	1 400	3 380	4 545	5 055	5 010	19 390	100,0
Après ajustement pour le coût du programme de soutien (13%)	1 582	3 819	5 136	5 712	5 661	21 910	
Après ajustement pour l'infla- tion (estimée à 5% par an)	1 582	4 010	5 650	6 626	6 906	24 774	

TABLEAU 4. COUT ESTIMATIF D'ELEMENT SOUTIEN MONDIAL, 1985-1989

(en milliers de US \$)

	1985	1986	1987	1988	1989
Groupe consultatif interrégional (8 membres, interprétation et documents)	35	35	35	35	35
Secrétariat (mondial) <sup>a</sup>	150	230	230	230	230
Consultants	90	90	60	60	60
Soutien à la recherche	150	150	150	100	100
Mise au point des matériels éducatifs	25	25	25	25	25
Imprévus	50	50	50	50	50
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>580</b>	<b>550</b>	<b>500</b>	<b>500</b>

<sup>a</sup>Un médecin principal, une secrétaire et des voyages en mission pour 1985-1989 et un fonctionnaire technique (gestion du programme) pour 1986-1989.

TABLEAU 5. VENTILATION DES RESSOURCES PAR ELEMENT PRINCIPAL DU PROGRAMME (%)

Evaluation du problème et planification, application et évaluation des programmes de prévention/lutte	73
Formation (aux échelons régional et national)	9
Gestion (à l'échelon régional), consultants, voyages en mission du personnel	6
Gestion (à l'échelon mondial) personnel/consultants imprévus	7 1
Groupe consultatif interrégional	1
Recherche	3
	100 %

= = =