

Intégration de la supplémentation en vitamine A et de la vaccination : politique et répercussions programmatisques

Rapport d'une réunion, 12-13 janvier 1998,
UNICEF, New York



PROGRAMME MONDIAL DES VACCINS ET VACCINATIONS
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION



Organisation mondiale de la Santé
Genève
1998



La publication de ce document a été rendue possible grâce à une subvention de l'Initiative pour les micronutriments, Centre de recherches pour le développement international, Ottawa, Canada

*Numéro de référence pour les commandes : WHO/EPI/GEN/98.07
Imprimé en octobre 1998
(Version anglaise imprimée en juillet 1998)*

**Ce document ainsi que d'autres documents préparés par GPV
sont disponibles sur Internet :**
<http://www.who.ch/gpv-documents/>

Pour commander des exemplaires, s'adresser à :
Organisation mondiale de la Santé
Programme mondial des Vaccins et Vaccinations
Programme élargi de Vaccination
CH-1211 Genève 27, Suisse
Télécopie : +41 22 791 41 93/791 41 92 • E-mail : gpv@who.ch

© Organisation mondiale de la Santé 1998

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Table des matières

Généralités	1
Conclusions et recommandations	3
1. Distribution de suppléments de vitamine A à l'occasion de consultations de routine	3
2. Administration de vitamine A aux enfants au cours d'activités de vaccination supplémentaires telles que les JNV	5
3. Approche en fonction du risque	6
4. Sélection	7
5. Normalisation des capsules de vitamine A	8
6. Autres méthodes d'administration	8
7. Surveillance et contrôle	9
8. Formation et éducation	10
9. Pays cibles du projet OMS «PEV + vitamine A»	10
10. Organisations non gouvernementales	11
Annexe : Liste des participants.....	12

Généralités

Une réunion des institutions internationales engagées dans la vaccination et la lutte contre les carences en micronutriments a été organisée par le Programme mondial OMS des Vaccins et Vaccinations (GPV) au Siège de l'UNICEF à New York. L'objectif de cette réunion était d'examiner de quelle façon l'écart entre la couverture vaccinale et la couverture par des suppléments de vitamine A pouvait être réduit, et de proposer des lignes directrices afin d'intégrer la supplémentation en vitamine A et la vaccination en :

- parvenant à un consensus sur les questions techniques, logistiques et de surveillance posées par l'intégration des activités de supplémentation en vitamine A et de vaccination ; et en
- mettant en commun et en passant en revue les expériences de terrain dans ce domaine.

On dispose désormais de nombreux éléments attestant que la carence en vitamine A (CVA) est très répandue chez les jeunes enfants dans de nombreux pays en développement et que cette carence accroît sensiblement le risque de décès du jeune enfant. Une méta-analyse d'une série d'essais contrôlés indique que l'administration systématique de suppléments de vitamine A entre l'âge de 6 et de 72 mois peut permettre de réduire la mortalité d'environ 23 % lorsqu'il existe une carence en vitamine A. De plus, les suppléments de vitamine A administrés dans le cadre du traitement de la rougeole permettent de réduire le taux de létalité de plus de 50 %. Les suppléments de vitamine A administrés aux mères immédiatement après l'accouchement améliorent le bilan vitaminique A de la mère ainsi que la teneur en vitamine A du lait maternel et devraient vraisemblablement contribuer à améliorer la santé tant de la mère que du nouveau-né lorsque l'apport alimentaire de vitamine A est insuffisant.

L'administration de suppléments périodiques de vitamine A à large dose est une méthode très rentable pour prévenir et traiter l'avitaminose A chez le jeune enfant. L'enrichissement des aliments les plus courants a également été adopté avec succès dans certains pays en développement, mais il est peu probable que cette méthode soit efficace dans un avenir proche dans les pays les plus pauvres. L'amélioration du régime alimentaire des femmes enceintes et allaitantes et des jeunes enfants aidera à réduire la prévalence de l'avitaminose A et est nécessaire pour de nombreuses autres raisons. Il importe donc de recourir à tout un assortiment de stratégies pour assurer à tous les individus un apport suffisant en vitamine A.

Dans les pays (ou certaines parties des grands pays) où l'on sait ou bien où l'on soupçonne qu'il existe une avitaminose A, la supplémentation permettra sans doute de réduire la mortalité du jeune enfant lorsque celle-ci est aussi importante ou plus importante que la mortalité due à une seule maladie du PEV. Lorsque les taux de mortalité infanto-juvénile sont élevés, il est probable qu'il existe aussi une carence en vitamine A. La vitamine A étant stockée dans le foie, l'impact de la supplémentation sur l'individu est beaucoup plus durable que, par exemple, celui de médicaments qui peuvent être métabolisés en quelques heures. Cela offre un large éventail de possibilités de supplémentation - des suppléments convenablement dosés pourraient être administrés chaque jour, chaque semaine, chaque mois ou même seulement tous les quatre à six mois. La pratique actuellement suivie au niveau international consiste à utiliser de très larges doses de vitamine A (200 000 UI pour les enfants âgés de 12 mois et plus), administrées une fois tous les six mois, en partant du principe qu'il s'agit là de la meilleure façon de protéger le plus grand nombre d'enfants au moindre coût possible.

Dans de nombreux pays où l'OMS et l'UNICEF considèrent que la CVA constitue un problème de santé publique, moins de 50 % des nourrissons et des jeunes enfants reçoivent actuellement des suppléments de vitamine A. Les programmes de vaccination permettent actuellement d'atteindre environ 80 % des nourrissons dans le monde (ainsi qu'un pourcentage légèrement inférieur de mères) chaque année grâce à 500 millions de contacts. Des dizaines de millions d'enfants dont le bilan vitaminique A est insuffisant ne reçoivent cependant pas pour le moment de suppléments de vitamine A, bien qu'ils soient systématiquement vus dans un centre de santé ou par un agent de santé qui assure des services de vaccination.

Grâce à un financement de l'ACDI à travers l'Initiative pour les micronutriments, le projet OMS «PEV + vitamine A» sera mis en oeuvre sur une période de quatre ans. Ce projet s'efforcera de relier les programmes de vaccination et la supplémentation en vitamine A de trois façons, à travers :

- les services de vaccination systématique ;
- les occasions de vaccination supplémentaires telles que les journées nationales de vaccination (JNV) ou les campagnes de vaccination contre la rougeole, le tétanos et la fièvre jaune ; et
- le traitement de la rougeole et de la xérophtalmie.

La recherche appliquée, l'élaboration de matériels de formation ainsi que les activités de surveillance et d'évaluation seront également soutenues.

La réunion de New York a porté sur des questions techniques, logistiques et de surveillance liées à l'intégration des activités de supplémentation en vitamine A et de vaccination, et a permis de mettre en commun les données d'expérience dans ce domaine.

Conclusions et recommandations

1. Distribution de suppléments de vitamine A à l'occasion de consultations de routine

Il existe un large éventail de solutions pour parvenir à distribuer aux enfants les suppléments nécessaires. Dans la pratique, la distribution de doses élevées de vitamine A¹ par des agents de santé, des agents chargés de la nutrition ou de la vaccination restera sans doute le principal moyen de fournir les suppléments nécessaires aux mères immédiatement après l'accouchement, ou aux jeunes enfants, dans la plupart des pays au cours des années à venir. Les services de vaccination constituent souvent les seuls contacts systématiques fiables avec des services de santé pour les mères et les nourrissons.

Le calendrier de supplémentation systématique à respecter a été décrit dans la publication du groupe spécial OMS/UNICEF/IVACG intitulée «Supplémentation en vitamine A : Utilisation des suppléments dans le traitement et la prévention de la carence en vitamine A et de la xérophtalmie» (2^e éd., 1998). Un examen ultérieur de ce document a montré qu'il conviendrait de souligner l'importance d'administrer des suppléments aux enfants aux alentours de six mois. Dans les régions où l'on observe une CVA, des interventions s'imposent afin de distribuer aux nourrissons des doses optimales de vitamine A au moment critique, c'est-à-dire lorsque le lait maternel cesse d'être une source suffisante de vitamine A. Le risque de mortalité associée à l'avitaminose A est le plus élevé dans la tranche d'âge 6-36 mois, et c'est cette tranche d'âge qui doit être prioritaire, même si l'on doit s'efforcer de couvrir les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans.

De plus en plus, les pays optent pour la distribution de doses additionnelles de vaccin dans les calendriers de vaccination systématique après l'âge d'un an. Ces contacts supplémentaires avec les services de vaccination pourraient offrir la possibilité d'administrer des doses de suppléments de vitamine A adaptées à l'âge.

On a montré que, lorsqu'on administrait les vaccins antirougeoleux et antipoliomyélitique en même temps que la vitamine A, les taux de séroconversion n'étaient pas sensiblement réduits. L'administration simultanée de vitamine A devrait prochainement être recommandée à l'occasion des consultations pour les vaccinations par le DTC, le vaccin anti-hépatite B, le vaccin anti-Hib et le vaccin anti-amaril. On s'efforce cependant de recueillir des informations supplémentaires pour étayer ce principe avant de formuler une recommandation définitive.

¹ En ce qui concerne la supplémentation en vitamine A, une «dose élevée» représente une quantité supérieure à 25 000 UI par dose.

Recommandations (1)

1.1 L'administration de suppléments de vitamine A à la mère au moment de l'accouchement accroît la teneur en vitamine A du lait maternel et il faut l'expliquer à la mère. Une dose de vitamine A (200 000 UI) devrait être administrée à toutes les mères, quel que soit le mode d'alimentation du nourrisson, dès le premier contact avec un agent de santé ou un nutritionniste, de préférence au moment de l'accouchement mais au plus tard lors de la vaccination par le BCG, pour autant que la mère n'ait pas déjà reçu une dose après l'accouchement et que la consultation ait lieu dans les six semaines suivant l'accouchement.

Note : Les recommandations OMS/UNICEF prévoient l'administration de suppléments de vitamine A aux mères allaitantes jusqu'à huit semaines après l'accouchement mais, afin de simplifier les instructions données au personnel, il peut s'avérer plus simple de prescrire et d'appliquer une limite de six semaines (que les mères allaitent ou pas). On trouvera davantage d'informations sur les doses à administrer aux mères après l'accouchement dans le document OMS intitulé «Apports de sécurité en vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement» (1998).

1.2 Une dose de vitamine A adaptée à l'âge doit être administrée aux nourrissons conformément aux indications données dans le tableau suivant :

Tableau récapitulatif des groupes cibles et contact pour vaccination possible

Groupe cible	Contact pour vaccination	Dose de vitamine A
Toutes les mères, quel que soit le mode d'alimentation du nourrisson, jusqu'à six semaines après l'accouchement si la mère n'a pas reçu de suppléments de vitamine A après l'accouchement	BCG, VPO-0 ou DTC-1 jusqu'à six semaines	200 000 UI
Nourrissons 9-11 mois	Vaccination antirougeoleuse	100 000 UI
Enfants 12 mois et plus		200 000 UI
Enfants de 1 à 4 ans	Rappels* Campagnes spéciales* Primovaccination retardée*	200 000 UI

* Eviter d'administrer un supplément trop rapidement après la précédente dose de vitamine A — l'intervalle *minimum* entre deux doses est d'un mois (exceptionnellement, cet intervalle peut être réduit en cas de CVA clinique).

2. Administration de vitamine A aux enfants au cours d'activités de vaccination supplémentaires telles que les JNV

Les JNV offrent une excellente occasion d'administrer une dose élevée de vitamine A à tous les enfants âgés de 6 à 59 mois. Pour garantir un apport suffisant en vitamine A, un autre contact, environ 4 à 6 mois après l'organisation d'une journée nationale de vaccination, serait l'idéal. La deuxième dose élevée pourrait être administrée lors de l'organisation d'une «journée des micronutriments» ou dans le cadre de consultations de routine. Même si un deuxième contact ne peut être garanti au cours de la même année, les JNV devraient tout de même être mises à profit pour l'administration d'une dose supplémentaire.

Les JNV sont des manifestations de grande envergure organisées avec l'aide de bénévoles qui permettent d'administrer des vaccins à tous les enfants d'une tranche d'âge quel que soit leur état vaccinal dans un délai aussi court que possible. La vitamine A ne doit pas être administrée à l'occasion des JNV pour la poliomyélite ou d'autres campagnes si le fait d'ajouter cette intervention aux opérations compromet l'objectif même de l'activité (par exemple l'éradication de la poliomyélite). Afin de ne pas compromettre le succès des JNV, l'intégration de la supplémentation en vitamine A doit être planifiée avec attention et rendue aussi simple que possible. Du personnel/ des bénévoles et des ressources financières supplémentaires devront être prévus pour l'administration de la vitamine A pour assurer le bon déroulement des JNV et éviter de ralentir le travail des postes de vaccination déjà très occupés. La réunion a proposé que l'OMS établisse des lignes directrices claires et élabore des matériels de formation pour aider les administrateurs du PEV à concevoir l'élément supplémentation en vitamine A.

Entre 1998 et 2000, de nombreux pays où l'avitaminose A pose problème organiseront des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite. Beaucoup d'autres prévoient également des campagnes de vaccination contre la rougeole, le tétanos néonatal et la fièvre jaune. Ces activités de vaccination supplémentaires offrent également une excellente occasion d'administrer la vitamine A aux populations carencées cibles.

Recommandations (2)

2.1 Dans les pays où l'avitaminose A constitue un problème de santé publique et qui organisent des journées nationales (JNV) et des journées locales (JLV) de vaccination contre la poliomyélite, il convient d'administrer la vitamine A pendant ces campagnes. Une planification et une formation adéquates doivent être entreprises de façon à ce que le groupe cible qui en a le plus besoin puisse être atteint, à ce que la faisabilité technique soit assurée et à ce que l'objectif premier d'une couverture élevée par une dose supplémentaire de VPO et par une dose de vitamine A soit atteint. L'administration de vitamine A ne doit être incluse dans les opérations de ratissage que si les moyens logistiques et de formation adéquats pour assurer une distribution correcte des suppléments peuvent être assurés. Etant donné que les opérations de ratissage sont souvent exécutées sans beaucoup de préavis, généralement après qu'une flambée épidémique ait été signalée, cela ne sera peut-être pas toujours possible. Toutefois, les opérations de ratissage visent souvent des populations très difficiles à atteindre, où les carences en vitamine A sont susceptibles de constituer également un problème.

-
- 2.2 Lorsqu'une forte proportion des enfants visés reçoivent déjà des suppléments de vitamine A à l'occasion de consultations de routine dans les centres de santé, l'administration de vitamine A dans le cadre des activités de vaccination supplémentaires peut ne pas être justifiée. Le seuil réel qui déterminera si l'on doit administrer de la vitamine A à l'occasion de vaccinations supplémentaires pourra être différent d'un pays à l'autre. La décision devra reposer sur une évaluation des difficultés que suppose l'amélioration de la couverture systématique par des suppléments de vitamine A par rapport à la possibilité de forte couverture qu'offrirait un rattachement de la supplémentation aux activités de vaccination supplémentaires. En l'absence d'une analyse dans le pays sur laquelle fonder la décision, il est suggéré d'inclure la supplémentation dans les activités de vaccination supplémentaires si la couverture systématique par des suppléments de vitamine A est inférieure à 80 %. L'un des avantages qu'il y a à mettre à profit les activités de vaccination supplémentaires est que les JNV permettent souvent d'atteindre une forte proportion d'enfants qui ne sont pas vus par les services de consultation de routine et d'atteindre des enfants de plus d'un an.
- 2.3 La supplémentation systématique en vitamine A (que ce soit par les services de vaccination ou par les services de santé maternelle et infantile) ne devrait pas être interrompue pendant les JNV.
- 2.4 L'OMS devrait mettre au point dès que possible un additif au Guide pratique sur la poliomyélite afin de dispenser une formation adaptée à l'administration de vitamine A au personnel et aux bénévoles employés lors des journées nationales de vaccination. *(Ce guide vient d'être achevé et sera disponible en octobre 1998.)*
- 2.5 La décision d'inclure ou non l'administration de vitamine A lors des activités de vaccination supplémentaires devrait être prise le plus tôt possible au moment de la planification pour permettre une organisation logistique et une formation appropriées.
- 2.6 L'organisation logistique des activités de vaccination et des activités connexes, y compris la supplémentation en vitamine A, incombe en grande partie au personnel de terrain chargé de la vaccination. Le personnel de terrain chargé de la nutrition devrait être invité à apporter un soutien technique pour la supplémentation en vitamine A et la posologie, de même que pour la surveillance des effets (le PEV possède une infrastructure mieux adaptée à la surveillance de la couverture que le programme Nutrition, qui par contre est mieux équipé pour organiser des enquêtes spéciales d'évaluation de l'impact ainsi que pour évaluer les liens avec d'autres activités en rapport avec la vitamine A).

3. Approche en fonction du risque

Certaines initiatives de soins de santé primaires dirigent les interventions sur ceux dont on sait qu'ils sont exposés à un risque élevé plutôt que de faire porter les efforts de façon globale, y compris sur ceux qui n'en ont pas besoin. Les programmes de vaccination appliquent une approche en fonction du risque dans les situations suivantes :

-
- Action en cas d'épidémie
 - Eradication de la poliomyélite (opérations de ratisse) - voir également la recommandation 2.1
 - Lutte contre la rougeole (campagnes urbaines) et élimination de la maladie
 - Élimination du tétanos néonatal

Ces interventions en fonction du risque peuvent se prêter à la supplémentation en vitamine A, car elles permettent d'atteindre des populations normalement difficiles d'accès.

Recommandation (3)

3.1 Chaque fois qu'une stratégie de vaccination en fonction du risque est appliquée dans une région où l'on observe des carences en vitamine A, il faudrait envisager l'administration simultanée de suppléments de vitamine A.

4. Sélection

- **Mères** : Le groupe de travail OMS/UNICEF/IVACG recommande d'administrer une large dose (200 000 UI) en supplément peu après l'accouchement, pendant laquelle une mère allaitante a toutes chances d'être stérile. (Voir recommandation 1.1).
- **Enfants au cours des visites de routine** : Pour éviter le surdosage, il convient d'enregistrer chaque supplément de vitamine A administré sur la fiche de santé de l'enfant lors des visites de *routine* dans les services de santé. L'idéal serait d'administrer aux enfants âgés d'au moins six mois des suppléments à larges doses (100 000 UI) à des intervalles de quatre à six mois. Les enfants ne devraient généralement pas recevoir deux suppléments à larges doses de vitamine A distincts en moins d'un mois. Si des nourrissons de moins de six mois ne sont pas nourris au sein, ils doivent recevoir un supplément de 50 000 UI à titre préventif, ou s'ils présentent des signes de CVA clinique, recevoir un traitement par une dose de 50 000 UI deux jours consécutifs.
- **Enfants lors des JNV** : Il se peut qu'un enfant ait reçu une dose de vitamine A au cours d'une visite de routine au service de santé juste avant l'organisation d'une JNV. Il est peu probable qu'une dose ait été administrée dans les quatre semaines précédentes, mais même si c'était le cas, ce ne serait pas très inquiétant. Par définition, la JNV est organisée dans une zone où l'on observe des carences en vitamine A et les enfants ont probablement des taux très faibles de vitamine A. Même si l'on administre deux doses à moins de quatre semaines d'intervalle, le danger d'effets indésirables transitoires est faible et le risque d'effets indésirables graves négligeable. Aussi n'est-il pas indispensable, lors des JNV, de vérifier si des doses ont déjà été administrées, car cette opération risquerait de ralentir considérablement les opérations de vaccination.

Recommandations (4)

- 4.1 La sélection des mères avant l'administration de suppléments lors des contacts pour les vaccinations par le BCG/VPO-0 est nécessaire pour éviter tout risque tératogène. On demandera à la mère à quand remonte l'accouchement et si elle a déjà reçu un supplément de vitamine A après l'accouchement.
- 4.2 Au cours des visites de vaccination de routine, il conviendra de vérifier l'âge de tous les enfants et s'ils ont reçu une dose de vitamine A au cours des quatre semaines précédentes afin de déterminer s'il convient de leur administrer une dose adaptée à leur âge.
- 4.3 Pendant une JNV, seule la **sélection par âge** est nécessaire afin de déterminer la dose correcte à administrer à l'enfant.

5. Normalisation des capsules de vitamine A

La normalisation des capsules (dosage, couleur et tunique) est une condition importante pour une distribution efficace et sûre des suppléments de vitamine A et pour l'élaboration de matériels de formation et de lignes directrices uniformes au plan mondial.

Recommandations (5)

- 5.1 Les capsules de vitamine A devraient toujours comporter une petite pointe pour en simplifier l'ouverture. Elles devraient être normalisées sous forme de trois doses selon le code-couleur suivant :

50 000 IU	blanc	(non utilisé lors des JNV)
100 000 IU	bleu	
200 000 IU	rouge	

6. Autres méthodes d'administration

La vitamine A est normalement administrée sous forme de capsules, encore qu'un pays administre le liquide à la cuillère et ait mis au point un flacon doseur. Aucune méthode actuellement utilisée n'évite totalement les problèmes sur le terrain. Si les capsules ne nécessitent pas le recours à un matériel compliqué ou dangereux, on pourrait encore en améliorer la présentation. Un système de compte-gouttes semblable à celui que l'on utilise pour le VPO permettrait de pouvoir se passer d'un récipient plus volumineux et de ne rien avoir à couper. Ce compte-gouttes serait probablement peu coûteux, facile et rapide à mettre au point.

Recommandation (6)

- 6.1 L'UNICEF et l'OMS étudieront la possibilité de mettre au point un compte-gouttes simple pour l'administration de la vitamine A. On devra veiller tout particulièrement à mettre au point un système permettant un dosage correct, qui ne risque pas de se bloquer sur le terrain en raison de la viscosité de la vitamine A liquide et dont l'extérieur ne risque pas d'être contaminé par des moisissures.

7. Surveillance et contrôle

La surveillance et le contrôle sont essentiels pour évaluer l'exécution des programmes (c'est-à-dire par exemple en déterminant si la vitamine A est bien administrée à ceux qui en ont besoin, quand et où ils en ont besoin), ainsi que les progrès mondiaux sur la voie de l'élimination de l'avitaminose A en tant que problème de santé publique. La supplémentation en vitamine A est une intervention rentable, mais les efforts en cours visant à en démontrer les avantages par rapport au coût et l'impact sur la santé doivent être poursuivis afin d'obtenir un appui politique et public en faveur de cette mesure.

Recommandations (7)

- 7.1 Dans les pays où l'on observe une CVA, les systèmes d'information du PEV devraient être adaptés afin de pouvoir contrôler la distribution et l'administration de la vitamine A. Un effort particulier devrait être fait pour encourager les pays à notifier au minimum la couverture par des suppléments de vitamine A pour les vaccinations de routine. Cette supplémentation serait mesurée sous forme de VA1 (pourcentage des enfants visés de moins d'un an recevant une dose de vitamine A en supplément) et VA2 (pourcentage des enfants visés de moins d'un an recevant une deuxième doses de vitamine A en supplément) pendant la première année de vie.
- 7.2 Pendant les vaccinations systématiques, l'administration de vitamine A à la mère et/ou à l'enfant devrait être enregistrée sur le carnet de vaccination ou sur la fiche «Chemin de la santé». Il est utile de pouvoir modifier les fiches pour y inclure l'enregistrement de la date de la dose pour au moins deux doses de vitamine A - VA1 et VA2 (et plus si possible).
- 7.3 Le nombre total de nourrissons/enfants à qui l'on a administré des capsules (quelle que soit la dose) de vitamine A pendant une JNV doit être enregistré sur des feuilles de comptage. Les programmes ne devraient pas enregistrer les doses sur les carnets de vaccination individuels ou les fiches «Chemin de la santé» afin de réduire au minimum les délais aux postes de vaccination.
- 7.4 Des outils de surveillance appropriés, ainsi que des méthodes et des modules de formation doivent être mis au point pour aider les pays à définir précisément les régions ou populations exposées au risque de CVA.
- 7.5 Les études visant à évaluer le rapport coût/efficacité de la supplémentation en vitamine A liée aux programmes de vaccination doivent être poursuivies. Il faudrait faire connaître les meilleures pratiques pour assurer une distribution efficace et rentable de la vitamine A.
- 7.6 D'autres méthodes permettant de mesurer l'impact doivent être mises au point. Un test rapide pour établir le bilan vitaminique A doit être élaboré et expérimenté sur le terrain.

8. Formation et éducation

Comme pour toute nouvelle intervention, la mise au point de matériels de formation et de cours est une condition préalable au succès. Le personnel de santé à tous les niveaux du système de santé ainsi que d'autres agents participant à la lutte contre l'avitaminose A et ses conséquences devraient connaître les plans de traitement et de prévention. Le moyen le plus efficace d'assurer une formation régulière consiste à intégrer des modules d'apprentissage dans les programmes de formation des agents de santé à tous les niveaux. Des périodes de formation relativement courtes sur la vitamine A pourraient être ajoutées aux programmes de formation concernant les JNV, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et autres. L'OMS et d'autres organisations comme BASICS, Helen Keller International et l'IVACG mettent au point des matériels d'enseignement qui peuvent être intégrés facilement dans des séances de formation plus classiques.

Recommandations (8)

- 8.1 La formation en matière de supplémentation en vitamine A devrait être intégrée aux cours sur la vaccination destinés aux cadres moyens du PEV.
- 8.2 Une bibliographie annotée des matériels de formation existants concernant la vitamine A (et des matériels en préparation) devrait être établie et mise à la disposition des collaborateurs.
- 8.3 Des auxiliaires pédagogiques devraient être mis au point à l'intention des dispensateurs et des superviseurs.
- 8.4 Des matériels de promotion devraient être mis au point pour différents publics.
- 8.5 Le programme d'études des écoles de médecine et de soins infirmiers devrait inclure la prévention de l'avitaminose A.

9. Pays cibles du projet OMS «PEV + vitamine A»

Pratiquement une centaine de pays sont considérés par l'OMS comme présentant des signes cliniques ou des symptômes infracliniques graves, modérés ou légers de carence en vitamine A. Les pays présentant les carences les plus sévères sont principalement situés en Afrique et en Asie du Sud-Est. En outre, il peut y avoir une population carencée en vitamine A si les taux de mortalité des moins de cinq ans sont élevés, même si aucune donnée n'atteste de la prévalence de la CVA.

Des suppléments de vitamine A devraient être administrés à toutes les mères et à tous les jeunes enfants (voir ci-dessus la posologie détaillée selon l'âge) dans tous les pays (ou dans certains districts lorsqu'il existe des différences importantes entre districts, et si l'on dispose de données détaillées sur les taux de rétinol sérique) où l'on pense, d'après des enquêtes, qu'il existe une carence en vitamine A.

Dans le cadre du nouveau projet de l'OMS, la priorité sera donnée aux pays dans lesquels le problème d'avitaminose A est bien défini et qui sont dotés d'un système de vaccination suffisamment solide pour mettre en oeuvre l'intervention intégrée.

Recommandation (9)

9.1 Les pays prioritaires seront sélectionnés en consultation avec les administrateurs du PEV, de l'Unité Nutrition et d'autres partenaires clés et organisations collaboratrices. En général, les pays seront choisis sur la base de la présence de plusieurs des critères suivants, et l'on ne se fondera pas sur un critère unique :

a) Poids de la maladie

- population dans laquelle une carence en vitamine A clinique et/ou infraclinique a été démontrée (*tout pays ou district qui fait état d'un taux de rétinol sérique inférieur ou égal à 0,7 µmol/l dans plus de 20 % d'un échantillon représentatif d'enfants est considéré comme souffrant d'une carence infraclinique sévère*) ;
- un taux de mortalité des moins de cinq ans élevé, associé à un taux élevé de létalité par rougeole ou à une forte prévalence de malnutrition protéino-énergétique ;
- prévalence de la xérophtalmie.

b) Questions programmatiques

- si l'infrastructure du PEV est suffisamment solide pour supporter la charge additionnelle de la supplémentation en vitamine A ;
- la volonté de mettre en oeuvre le projet et de s'engager à entreprendre des activités d'élimination de la carence en vitamine A.

10. Organisations non gouvernementales

De nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) sont activement engagées dans des programmes de supplémentation en vitamine A. Grâce à leur action axée sur la communauté, les ONG peuvent jouer un rôle particulier dans les stratégies nationales d'élimination de l'avitaminose A. En contribuant aux programmes de vaccination, les ONG peuvent accroître la couverture dans les régions où les gouvernements et les organisations plus importantes ont parfois du mal. Les ONG jouent un rôle actif dans les campagnes de sensibilisation en faveur des interventions nutritionnelles auprès des autorités centrales, des districts ou des associations communautaires, souvent là même où l'on observe des carences en vitamine A. Ces efforts de sensibilisation reposent souvent sur des enquêtes régionales portant sur l'état nutritionnel et sur des études pilotes qui ont fait la preuve de l'efficacité des stratégies mises en place pour résoudre les obstacles opérationnels et qui peuvent être adaptées à des programmes de plus grande envergure. C'est pour ces raisons notamment que les efforts des ONG dans ce domaine doivent être pris en compte et soutenus.

Annexe :

Liste des participants

David Alnwick
Chef, Section Santé
UNICEF, 3 UN Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 212 824 6369
Fax : 212 824 6464
E-mail : dalnwick@unicef.org

Bruce Aylward
Médecin, Programme élargi de Vaccination
Programme mondial des Vaccins et Vaccinations
Organisation mondiale de la Santé
CH-1211 Genève 27, Suisse
Tél : 41 22 791 4419
Fax : 41 22 791 4193
E-mail : aylwardb@who.ch

Victor Barbiero
Bureau Santé et Nutrition
USAID, G/PHN/HN
Washington, DC 20523, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 202 712 1283
Fax : 202 216 3404
E-mail : vbarbiero@usaid.gov

Bruno de Benoist
Conseiller régional Nutrition
Bureau de l'OMS pour l'Afrique, c/o OMS Genève
CH-1211 Genève 27, Suisse
Tél : 41 22 791 3412
Fax : 41 22 791 4156
E-mail : debenoistb@who.ch

Susan Burger
Directeur, Section Nutrition
Helen Keller International
90 Washington Street
New York, NY 10006, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 212 943 0890 (ext. 811)
Fax : 212 943 1220
E-mail : sburger@hki.org

Peter Carrasco

Organisation panaméricaine de la Santé
525 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 202 974 3779
Fax : 202 974 3635
E-mail : carrascp@paho.org

Jenny Cervinkas

Administrateur de programme
Initiative pour les Micronutriments
Centre de recherches pour le Développement international
Ottawa, Ontario K1G 3H9, Canada
Tél : 613 236 6163
Fax : 613 236 9579
E-mail : jcervinkas@idrc.ca

John Clements

Médecin, Programme élargi de Vaccination
Programme mondial des Vaccins et Vaccinations
Organisation mondiale de la Santé
CH-1211 Genève 27, Suisse
Tél : 41 22 791 4417
Fax : 41 22 791 4193
E-mail : clem@who.ch

Joanne Csete

Conseiller principal, Nutrition
UNICEF, 3 UN Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 212 824 6370
Fax : 212 824 6465
E-mail : jcsete@unicef.org

Theresa Coleman

Administrateur de Projet, Vaccination
UNICEF, 3 UN Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 212 824 6326
Fax : 212 824 6460
E-mail : tcoleman@unicef.org

Nita Dalmiya

Consultant, Section Nutrition
UNICEF, 3 UN Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 212 824 6375
Fax : 212 824 6465
E-mail : ndalmiya@unicef.org

Frances Davidson
Bureau Santé et Nutrition
USAID, G/PHN/HN
Washington, DC 20523, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 202 712 0982
Fax : 202 216 3404
E-mail : fdavidson@usaid.gov

Abigail Dzimadzi
Administrateur de projet
UNICEF, P.O. Box 30375
Lilongwe 3, Malawi
Tél : 265 780 770
Fax : 265 783 162 or 265 781 447
E-mail : aozimadzi@unicef.org

Rebecca Fields
BASICS
1600 Wilson Blvd, Suite 300
Arlington, VA 22209, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 703 312 6807
Fax : 703 312 6900
E-mail : rfield@basics.org

Sian Fitzgerald
Directeur exécutif
PATH Canada, 1 Nicholas St. Suite 1105
Ottawa K1N 7B7, Canada
Tél : 613 241 3927
Fax : 613 241 7988
E-mail : path@synapse.net

Taky Gaafar
Conseiller régional, Maladies et Vaccination
Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
P.O. Box 1517
Alexandrie 21511, Egypte
Tél : 20 3 483 0090
Fax : 20 3 483 8916
E-mail : Gaafart@who.sci.eg

Joyce Greene
Consultant, Section Nutrition
UNICEF, 3 UN Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 212 824 6306
Fax : 212 824 6465
E-mail : jgreene@unicef.org

Tracey Goodman
Coordonnatrice des programmes
Family Health Project
Canadian Public Health Association
1565 Carling Avenue, Suite 400
Ottawa, Ontario K1Z 8R1, Canada
Tél : 613 725 3769 (ext. 156)
Fax : 613 725 9826
E-mail : tgoodman@cpha.ca

Janet-Marie Huddle
Administrateur de projet Nutrition
World Vision Canada
6630 Turner Valley Road
Mississauga, Ontario L5N 2S4, Canada
Tél : 905 821 3033 (ext. 396)
Fax : 905 821 1825 or 821.1354
E-mail : janet-marie.huddle@worldvision.ca

Janice Johnston
Administrateur de programme principal
Initiative pour les Micronutriments
Centre de recherches pour le Développement international
PO Box 8500
Ottawa, Ontario K1G 3H9, Canada
Tél : 613 236 6163 (ext. 2427)
Fax : 613 236 9579
E-mail : jjohnston@idrc.ca

Thane Oke Kyaw-Myint
Chef, Section Santé et Nutrition
UNICEF, P.O. Box 58
Dhaka 1000, Bangladesh
Tél : 880 2 933 6701
Fax : 880 2 933 5641
E-mail : unicef@bangla.net

Eric Laroche
Représentant
UNICEF
Kinshasha, République Démocratique du Congo
Tél : 243 88 01815
Fax : 871 761 481320
E-mail : elaroche@unicef.org

Chessa Lutter
Organisation panaméricaine de la Santé
525 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 202 974 3247
Fax : 202 974 3635
E-mail : lutterch@paho.org

Jose Martines

Médecin

Division de la Santé et du Développement de l'enfant

Organisation mondiale de la Santé

CH-1211 Genève 27, Suisse

Tél : 41 22 791 2111

Fax : 41 22 791 4193

E-mail : martinesjc@who.ch

Imam Mochny

Conseiller régional, PEV

Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est

New Delhi 02, Inde

Tél : 91 11 331 7804

Fax : 91 11 335 2106

E-mail : mochny@who.ernet.in

Ellyn Ogden

Bureau Santé et Nutrition

USAID, G/PHN/HN

Washington, DC 20523, Etats-Unis d'Amérique

Tél : 202 712 5891

Fax : 202 216 3404

E-mail : eogden@usaid.gov

Kayode Oyegbite

Administrateur principal de projet, Santé

UNICEF, P.O. Box 1169

Addis Ababa, Ethiopie

Tél : 251 1 51 51.55

Fax : 251 1 511 628

E-mail : koyegbite@unicefac.vn

Ciro de Quadros

Directeur, Programme spécial des Vaccins

Organisation panaméricaine de la Santé

525 23rd Street, N.W.

Washington, DC 20037, Etats-Unis d'Amérique

Tél : 202 974 3247

Fax : 202 974 3635

E-mail : quadrosc@paho.org

Charles Rambert

Fonctionnaire chargé des achats

UNICEF, UNICEF Plads, Freeport

21 00 Copenhague, Danemark

Tél : 45 35 273 527

Fax : 45 35 269 421

E-mail : crambert@unicef.dk

Suomi Sakai

Conseiller principal en Santé, Vaccination
UNICEF, 3 UN Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 212 824 6313
Fax : 212 824 6460
E-mail : ssakai@unicef.org

Tina Sanghvi

BASICS
1600 Wilson Blvd, Suite 300
Arlington, VA 22209, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 703 312 6893
Fax : 703 312 6900
E-mail : tsanghvi@basics.org

Roger Shrimpton

Chef, Section Nutrition
UNICEF, 3 UN Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 212 824 6368
Fax : 212 824 6465
E-mail : rshrimpton@unicef.org

Saher Shuqaidef

Administrateur de Projet Santé
UNICEF, P.O. Box 840028
11184 Amman, Jordanie
Tél : 962 6 629 571
Fax : 962 6 640 049
E-mail : sshuqaide@mcimail.com

Barbara Underwood

Institut National pour les Yeux
National Institute of Health
31 Centre Drive MSC 2510
Bethesda, MD 20892-2510, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 301 496 1331
Fax : 301 496 2297
E-mail : Barbara_Underwood@nih.gov

Jane Zucker

Administrateur de Programme, Vaccination et Santé de l'Enfant
UNICEF, 3 UN Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique
Tél : 212 824 6312
Fax : 212 824 6460
E-mail : jzucker@unicef.org