



Déclaration de l'IVACG

Les Accords d'Annecy pour l'Évaluation et la Lutte contre la Carence en Vitamine A

Résumé des Recommandations et Clarifications

Le Groupe Consultatif International sur la Vitamine A (IVACG), a réalisé une revue compréhensive des recommandations sur la lutte contre la carence en Vitamine A élaborées au cours des 20 dernières années. Cette revue constitue la première en son genre à être effectuée au cours de cette période. L'IVACG a préparé un ensemble de documents d'experts qui ont été présentés au cours d'une réunion qui a rassemblé un comité d'experts à Annecy en France, en octobre 2000. Les recommandations fondées sur des preuves scientifiques ont été affinées lors des délibérations qui ont eu lieu à Annecy et ont été présentées en vue de l'élaboration de l'accord final au cours de la XX^e réunion de l'IVACG tenue à Hanoï au Viêt-Nam, en février 2001. Les articles des experts et un résumé approfondi préparé par le Dr Alfred Sommer et le Dr Frances R. Davidson ont été publiés dans *The Journal of Nutrition* (2002: 132 [9S]: 2843S-2990S).

Un résumé des recommandations sur la lutte contre la carence en Vitamine A, appelées les Accords d'Annecy sont présentés ci-dessous.

Une nomenclature standardisée a été présentée afin de clarifier les concepts portant sur la carence en vitamine A.

Le terme “troubles dus à la carence en vitamine A” (TDCVA) a été choisi pour désigner toutes les perturbations physiologiques causées par un statut sous-optimal en vitamine A, y compris les signes cliniques et les symptômes. “La carence en vitamine A” (CVA) est définie comme les stocks, dans le foie, de vitamine A $< 20 \mu\text{g/g}$ ($0.07 \mu\text{mol/g}$) et de ses substituts. Les TDCVA comprennent les manifestations préalablement appelées “sub-cliniques” (par exemple, la faible mobilisation du fer, les problèmes de différenciation cellulaire, la faible réaction immunitaire) ou manifestations cliniques (morbidité et mortalité infectieuses accrues, retards de croissance, anémie, xérophtalmie).

Les manifestations non oculaires et systémiques de la CVA sont souvent désignées à tort comme “sub-cliniques,” ce qui pourrait faire penser qu’elles sont moins importantes. Cependant, ces manifestations physiologiques peuvent être graves et elles entraînent une forte augmentation du risque de décès. Le terme “sous-clinique” devrait être abandonné.

De nouveaux critères peuvent déterminer avec plus d’exactitude le niveau et la gravité de la CVA au sein d’une population.

Cécité nocturne maternelle. Le fait qu’une femme ait souffert de cécité nocturne (XN) à un moment quelconque de sa dernière grossesse avec une naissance vivante, apparaît être un moyen plus précis que la méthode consistant à interroger les parents sur la présence de XN chez leurs enfants d’âge préscolaire. Ainsi, une prévalence minimale de XN de 5% chez ces femmes est considérée comme un indicateur de CVA au sein de la population générale.

Rétinol sérique. La concentration en rétinol sérique servant d’un indicateur de CVA a été augmentée à $< 20 \mu\text{g/dL}$ ($0,70 \mu\text{mol/L}$), c’est à dire le double de la concentration adoptée au départ en 1980. La prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants d’âge préscolaire servant d’indicateur de carence en vitamine A en population a été augmenté de $> 5\%$ à $> 15\%$. La chromatographie en phase liquide de haute performance (HPLC) est considérée comme la seule technique de laboratoire qui est fiable pour la mesure régulière de la concentration en rétinol sérique. Si les mesures par HPLC ne sont pas assurées, l’évaluation de la CVA doit alors être faite sur la base des critères cliniques.

Taux de mortalité des moins de 5 ans. Les populations au sein desquelles le taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) est élevé ont toutes inévitablement un problème de carence en vitamine A. Ainsi, les pays dans lesquels le TMM5 > 50 par 1.000 naissances vivantes ont sans doute un problème de CVA. Les pays ayant un TMM5 de 20 à 50 par 1.000 naissances vivantes pourraient avoir un problème, et sa présence ou absence devrait être documentée.

Les stratégies d'intervention ont été clarifiées.

La diversification alimentaire à elle seule s'avère inadéquate pour la normalisation du statut en vitamine A.

L'Institut Américain de Médecine, *US Institute of Medicine* en anglais, a récemment conclu que la bio-disponibilité du bêta-carotène, principale source de provitamine A dans les plantes, est en réalité la moitié de ce que l'on croyait jusqu'ici. D'autres études effectuées à partir de données provenant de pays en développement estiment qu'il faut 21 µg de bêta-carotène à partir d'un régime alimentaire végétal typique composé de légumes et de fruits, pour produire 1 µg d'équivalent de rétinol. Il est ainsi pratiquement impossible de corriger totalement la carence en vitamine A uniquement par l'alimentation dans les pays en développement où les populations continuent de vivre essentiellement de produits alimentaires conventionnels à base de plantes. La supplémentation des mères et des jeunes enfants reste une intervention essentielle au sein des populations carencées en vitamine A.

La posologie de la supplémentation des mères en post partum et des nourrissons a été révisée.

Une étude récemment effectuée dans plusieurs pays et sponsorisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (1998; *Lancet* 352[9136]:1257-1263) a indiqué que le dosage actuel de supplémentation ne convient pas aux femmes en post-partum et aux nourrissons, et est incapable de maintenir ou d'améliorer un statut adéquat en vitamine A chez les enfants de plus de 6 mois. La concentration et la fréquence des doses ont été augmentées comme suit:

Posologie pour la supplémentation de routine à forte dose de vitamine A chez les populations carencées.

Population	Dose de vitamine A à administrer	Horaire d'administration
Nourrissons de 0-5 mois	150.000 UI en trois doses de 50.000 UI chaque avec un intervalle d'au moins 1 mois entre les doses	A chaque contact DTP (6, 10, et 14 semaines) (ou à d'autres occasions)
Nourrissons de 6-11 mois	100.000 UI en une dose unique tous les 4-6 mois	A n'importe quelle occasion (par exemple, lors de la vaccination contre la rougeole)
Enfants de 12 mois et plus	200.000 UI en une dose unique tous les 4-6 mois	A n'importe quelle occasion
Femmes en post-partum	400.000 UI en deux doses de 200.000 UI avec un intervalle d'au moins un jour	Le plus tôt possible après l'accouchement mais pas plus de 6 semaines après
	et/ou 10.000 UI par jour ou 25.000 UI par semaine	et/ou pendant les 6 premiers mois après l'accouchement.

La fortification peut réduire la CVA. La fortification des produits alimentaires de consommation générale, au sein d'un sous-groupe de population exposé à la CVA, peut significativement réduire la fréquence et la sévérité de cette dernière. Cependant, afin de réussir, de tels programmes doivent souvent faire face aux contraintes politiques régulatrices et commerciales.

Un suivi et une évaluation approfondis sont essentiels. Quelles que soient les stratégies d'intervention mises en œuvre, une évaluation rigoureuse et répétée est nécessaire pour s'assurer que l'intervention a atteint l'objectif visé.

L'IVACG offre ces recommandations basées sur les preuves scientifiques les plus fiables actuellement disponibles, afin de permettre la création de programmes de lutte contre la carence en vitamine A qui soient plus efficaces et efficients, elles se veulent plus pratiques et plus utiles que les recommandations qu'elles remplacent.

Fondé en 1975, l'IVACG coordonne les activités internationales visant la réduction de la carence en vitamine A dans le monde. L'IVACG concentre ses efforts sur la production et la dissémination de nouvelles connaissances, sur leur traduction afin de rendre possible leur application pratique, et sur la formulation de politiques et recommandations de référence pouvant être utilisées par d'autres personnes pour l'élaboration de programmes de prévention et de lutte.

Comité Directeur de l'IVACG

David Alnwick, M.Sc.
Omar Dary, Ph.D.
Frances R. Davidson, Ph.D.,
Secrétaire de l'IVACG

Alfred Sommer, M.D., M.H.Sc.,
Président du Comité Directeur de l'IVACG
Kraisid Tontisirin, M.D., Ph.D.
Suttalak Smitasiri, Ph.D.
Clive E. West, Ph.D., D.Sc.
Keith P. West, Jr., Dr.P.H.

Membres du Secrétariat de l'IVACG

Suzanne S. Harris, Ph.D.

Veronica I. Triana, M.P.H.

La publication de cette déclaration a été rendue possible grâce à l'appui de Micronutrient Global Leadership, un projet de "Office of Health, Infectious Disease and Nutrition" (Bureau de la Santé, des Maladies Infectieuses et de la Nutrition), du "Bureau for Global Health" (Bureau de Santé Mondiale), du "U.S. Agency for International Development" (Agence Américaine de Développement International), sous l'accord de coopération numéro HRN-A-00-98-00027-00. Cette traduction en français a été assurée par Helen Keller International.

Août 2003

Imprimé aux Etats-Unis d'Amérique.



Des copies complémentaires uniques de cette publication et des autres publications de l'IVACG sont offertes gratuitement aux pays en voie de développement et vendues à 3,50 \$US aux pays développés. Plusieurs publications de l'IVACG peuvent être téléchargées gratuitement sur le site : <http://ivacg.ilsf.org>. Les copies peuvent être commandées au

Secrétariat de l'IVACG :
ILSI Research Foundation:
One Thomas Circle, NW, 9th floor
Washington, DC 20005-5802, USA

Téléphone: 202-659-9024
Fax : 202-659-3617
E-mail: hni@ilsf.org
Site Internet : <http://ivacg.ilsf.org>

Groupe Consultatif International sur la Vitamine A (IVACG)

L'Institut de Nutrition Humaine de ILSI Research Foundation tient lieu de secrétariat à l'IVACG.
