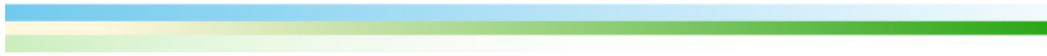




Organisation
mondiale de la Santé

Directive :

**Supplémentation
en vitamine A chez
les femmes pendant
la période postnatale**



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Directive : supplémentation en vitamine A chez les femmes pendant la période postnatale.

1.Vitamine A - administration et posologie. 2.Carence en vitamine A - prévention et contrôle. 3.Période du postpartum. 4.Nutrition maternelle. 5.Ligne directrice. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250177 3

(classification NLM : WD 110)

© **Organisation mondiale de la Santé 2011**

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int).

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

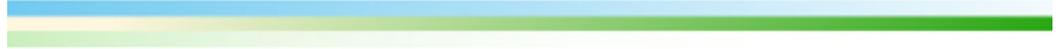
Conception et mise en page : Alberto March

Citation proposée

OMS. *Directive : Supplémentation en vitamine A chez les femmes pendant la période postnatale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.



Table des matières	Remerciements	iv
	Soutien financier	iv
	Résumé	1
	Portée et objet	2
	Généralités	2
	Récapitulatif des éléments factuels	3
	Recommandation	5
	Observations	5
	Diffusion	5
	Incidences sur les futurs travaux de recherche	5
	Processus d'élaboration de la directive	6
	<i>Groupes consultatifs</i>	
	<i>Portée de la directive, évaluation des éléments factuels et prise de décisions</i>	
	Gestion des conflits d'intérêts	8
	Plans d'actualisation de la directive	9
	Bibliographie	10
Annexe 1	Tableau GRADE Récapitulatif des résultats	12
Annexe 2	Membres du Comité OMS/UNICEF de gestion des directives relatives à la supplémentation en vitamine A	14
Annexe 3	Membres du groupe chargé d'élaborer les directives sur la supplémentation en vitamine A, Secrétariat de l'OMS et experts extérieurs	15
Annexe 4	Membres du tableau d'experts et de partenaires extérieurs	18
Annexe 5	Questions en présentation PICO (Population, Intervention, Control, Outcomes)	21
Annexe 6	Résumé des éléments à prendre en compte pour déterminer la force de la recommandation	22



Remerciements

L'élaboration de cette directive a été coordonnée par le Dr Lisa Rogers et supervisée par le Dr Juan Pablo Peña-Rosas. Elle a bénéficié des contributions techniques des Docteurs Rajiv Bahl, Luz Maria de Regil et Jose Martines et de Mme Tracey Goodman. Nos remerciements vont au Dr Regina Kulier et au personnel du secrétariat du Comité d'évaluation des directives pour leur appui tout au long du processus. Nous sommes également reconnaissants au Dr Davina Ghera pour ses conseils techniques et son assistance dans la préparation des consultations techniques préliminaires à l'élaboration de cette directive, ainsi qu'à M. Issa T. Matta et à Mme Chantal Streijffert Garon du Bureau du Conseiller juridique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour leur aide dans la gestion des procédures de conflits d'intérêts. Mme Grace Rob et Mme Paule Pillard de l'Unité Micronutriments, Département Nutrition pour la santé et le développement, ont assuré un soutien logistique.

L'OMS est très reconnaissante pour leurs contributions techniques aux membres du Comité OMS/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) de gestion des directives sur la supplémentation en vitamine A, du groupe de travail chargé d'élaborer les directives sur la supplémentation en vitamine A et du tableau d'experts et de partenaires extérieurs. Elle tient aussi à remercier la Cochrane Editorial Unit pour son appui dans la coordination de la mise à jour des revues systématiques de la littérature ayant servi à étayer cette directive et le récapitulatif des résultats.

Soutien financier

L'OMS remercie le Gouvernement du Luxembourg pour le soutien financier qu'il a apporté à ce travail.

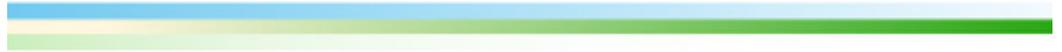
Résumé

Près de 1000 femmes meurent chaque jour dans le monde de complications de la grossesse ou de l'accouchement. La carence en vitamine A touche aussi près de 19 millions de femmes enceintes, principalement dans la Région africaine et la Région de l'Asie du Sud Est de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La vitamine A joue un rôle important dans la vision, la croissance et le développement physique, ainsi que dans la fonction immunitaire. Une carence en cette vitamine augmente les risques de cécité nocturne et d'autres pathologies oculaires telles que la xérophtalmie. Les États Membres ont demandé à l'OMS de formuler des recommandations sur les effets et l'innocuité d'une supplémentation en vitamine A chez les femmes pendant la période postnatale en tant que stratégie de santé publique.

L'OMS a élaboré la présente recommandation, reposant sur des données factuelles, à l'aide des procédures figurant dans le [Manuel OMS d'élaboration des directives](#). Les étapes de ce processus ont été les suivantes : i) identification des questions et résultats prioritaires ; ii) récupération des données factuelles ; iii) évaluation et synthèse des données ; iv) formulation de recommandations, notamment sur les priorités futures de la recherche ; et v) planification de la diffusion, de la mise en œuvre, de l'évaluation de l'impact et de l'actualisation de la directive. La méthodologie [GRADE](#) (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) a été appliquée pour préparer des profils de données en rapport avec des sujets sélectionnés à l'avance, à partir de revues systématiques de la littérature actualisées. Un groupe international et multidisciplinaire d'experts a participé aux deux consultations techniques de l'OMS, qui se sont tenues à Genève (Suisse) les 19 et 20 octobre 2009 et du 16 au 18 mars 2011, afin d'examiner et d'analyser les données factuelles et le projet de recommandation et de voter la force de la recommandation en tenant compte : i) des effets souhaitables ou indésirables de cette intervention ; ii) de la qualité des données disponibles ; iii) des valeurs et des préférences attachées à cette intervention dans différentes situations ; et iv) du coût des options dont disposent les agents de santé dans différents contextes. Tous les membres du groupe ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts avant chacune des réunions. Un tableau d'experts et de partenaires extérieurs a participé à l'ensemble du processus.

La supplémentation en vitamine A chez les femmes pendant la période postnatale n'est pas recommandée en tant qu'intervention de santé publique pour prévenir les morbidités et mortalités maternelles et infantiles (recommandation forte). La qualité des éléments factuels disponibles concernant la mortalité et la morbidité maternelles et les effets indésirables a été classée comme faible ou très faible. La qualité des éléments factuels relatifs à la mortalité infantile toutes causes confondues a été jugée grande et celle des éléments concernant la mortalité et la morbidité infantiles par cause spécifique très faible. Pendant la période postnatale, les femmes doivent continuer à bénéficier d'une nutrition adaptée, la meilleure façon de remplir cette condition étant la consommation d'un régime alimentaire sain et équilibré.

¹ La présente publication est une directive OMS. Une directive OMS est un document, quel qu'en soit le titre, renfermant des recommandations de l'OMS relatives à des interventions sanitaires, qu'elles soient d'ordre clinique, politique ou de santé publique. Une recommandation fournit des informations sur ce que les responsables de l'élaboration des politiques, les prestataires de soins de santé ou les patients devraient faire. Elle suppose un choix entre différentes interventions qui ont des incidences sur la santé et des conséquences sur l'utilisation des ressources. Toutes les publications renfermant des recommandations de l'OMS sont approuvées par le Comité d'évaluation des directives de l'OMS.



Portée et objet

La présente directive fournit des recommandations de portée mondiale et étayées par des éléments factuels concernant l'administration de suppléments de vitamine A aux femmes pendant la période postnatale dans le but de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles.

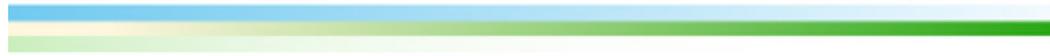
Elle aidera les États Membres et leurs partenaires dans leurs efforts pour prendre des décisions éclairées quant aux interventions à mettre en œuvre dans le domaine nutritionnel pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, et notamment les objectifs de réduction de la mortalité de l'enfant (OMD 4) et d'amélioration de la santé maternelle (OMD 5). Elle s'adresse à un vaste public comprenant les responsables de l'élaboration des politiques et leurs conseillers experts, ainsi que le personnel technique et programmatique des organisations impliquées dans la conception, la mise en œuvre et le passage à l'échelle supérieure des interventions nutritionnelles en faveur de la santé publique.

Ce document présente la principale recommandation et un récapitulatif des éléments factuels qui l'étayent. Le lecteur trouvera des informations supplémentaires sur le corpus de données dans l'annexe 1 et dans d'autres documents mentionnés en référence.

Généralités

Près de 1000 femmes meurent chaque jour dans le monde de complications de la grossesse ou de l'accouchement (1). Presque tous ces décès se produisent dans des pays en développement et la plupart d'entre eux pourraient être évités en prévenant certaines complications, comme les saignements sévères (hémorragie), les infections et l'hypertension, et des maladies comme le paludisme, l'anémie et le VIH/sida pendant la grossesse et le post-partum (2). Les décès pendant la période néonatale représentent 36 % des décès d'enfants de moins de 5 ans intervenant dans le monde (3, 4). Ces décès sont imputables principalement à la prématurité et au petit poids de naissance (31 %), aux infections néonatales (26 %), à l'asphyxie à la naissance (manque d'oxygène à la naissance) et aux traumatismes lors de la naissance (23 %). Une proportion non négligeable des nouveau-nés meurent d'anomalies congénitales (6,8 %), d'autres causes périnatales non infectieuses (5,7 %), du tétanos (5 %) et de maladies diarrhéiques (2,6 %).

La carence en vitamine A demeure également un problème de santé publique chez les femmes et les enfants et touche, d'après les estimations, 190 millions d'enfants d'âge préscolaire et 19 millions de femmes enceintes (5). La plus forte charge d'avitaminose A s'observe dans la Région africaine et dans la Région de l'Asie du Sud-Est de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Pendant la lactation, la vitamine A est indispensable à la santé et à la vision de la mère (6). L'apport nutritionnel recommandé en vitamine A pour les femmes pendant la période postnatale est de 850 µg d'équivalents rétinols (RE)/jour (7), quantité qui peut être difficile à obtenir par la seule alimentation dans certaines zones. Parmi les sources alimentaires de provitamine A figurent des légumes tels que les carottes, les courges, les papayes et l'huile de palme rouge ; les aliments d'origine animale riches en vitamine A préformée comprennent les produits laitiers (lait entier, yogourts, fromages), le foie, les huiles de poisson et le lait humain (6, 7).



Les nourrissons naissent généralement avec de faibles réserves corporelles en vitamine A. Le lait des mères correctement nourries est riche en vitamine A et c'est la meilleure source de cette vitamine pour le nourrisson (8). C'est pourquoi les mères sont encouragées à pratiquer l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois après la naissance de leur enfant. La concentration de vitamine A dans le lait maternel est maximale durant les 21 premiers jours, c'est-à-dire dans le colostrum (4-6 premiers jours) et dans le lait de transition pendant les 7-21 jours suivants (9). Par la suite, dans les pays industrialisés, la concentration de vitamine A reste habituellement stable pendant le reste de la lactation (10).

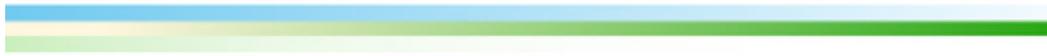
Dans les zones où les carences en vitamine A sont courantes, les mères peuvent produire du lait moins concentré en vitamine A (9). Néanmoins, si une mère ne peut satisfaire ses besoins accrus en cette vitamine pendant la lactation à travers l'alimentation, son organisme s'efforcera de compenser les faibles teneurs en vitamine A de son lait en faisant appel aux réserves de vitamine A de son foie (11). La vitamine A joue un rôle important dans la vision, la croissance, le développement physique et la fonction immunitaire, et une carence en cette vitamine accroît les risques de cécité nocturne et d'autres pathologies oculaires comme la xérophtalmie (12), notamment lorsque les taux de maladies infectieuses sont élevés et/ou pendant les saisons où les sources alimentaires riches en vitamine A se font rares (13).

L'apport en vitamine A apporté à la mère par l'alimentation est un important déterminant de la teneur en cette vitamine de son lait et du bilan vitaminique A de son enfant (9, 14). On a fait appel à des programmes tels que la supplémentation pendant la période postnatale, la diversification alimentaire et l'enrichissement des aliments en vitamine A pour améliorer le bilan en vitamine A des femmes et faire augmenter la concentration de cette vitamine dans leur lait (15). Cette démarche permet de protéger les réserves en vitamine A des femmes allaitantes tout en corrigeant le problème de faiblesse des apports en vitamine A provenant du lait maternel pour les nourrissons (16).

Les suppléments de vitamine A sont la plupart du temps bien tolérés par les femmes en période postnatale (17) ; néanmoins, la supplémentation maternelle à fortes doses (plus de 50 000 UI) peut avoir des effets indésirables tels que nausées, céphalées, fièvre, vomissements, augmentation de la pression du liquide céphalorachidien, vision brouillée, somnolence et manque de coordination musculaire (18). Toutefois, ces symptômes sont généralement transitoires et ne s'accompagnent pas d'effets indésirables à long terme (19).

Récapitulatif des éléments factuels

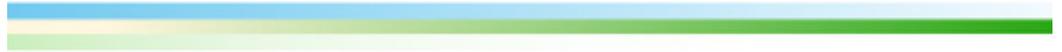
Trois revues systématiques de la littérature (20-22) ont examiné les effets et l'innocuité de la supplémentation en vitamine A chez les femmes pendant la période postnatale. La première d'entre elles a évalué l'effet de suppléments de vitamine A pendant la période postnatale sur la santé des mères et des nourrissons (20). Elle englobait 12 études comparant une supplémentation maternelle en vitamine A (sous forme de β -carotène, de palmitate de rétinyle ou de formulation miscible à l'eau), seule ou associée à d'autres micronutriments, avec un placebo, l'absence d'intervention ou l'administration d'autres micronutriments ou d'une dose plus faible de vitamine A, débutant à un



débutant à un moment quelconque pendant la période postnatale (de la période de 24 heures suivant l'accouchement à 6 semaines après la naissance). Ces études avaient pour sujets des mères résidant dans des milieux pauvres en Inde, au Bangladesh, en Indonésie, en Tanzanie, en Gambie, au Zimbabwe, au Kenya, au Ghana et au Pérou. Il était ainsi probable que les femmes participant à ces études présentaient un faible taux de vitamine A et un mauvais état nutritionnel. L'une des études a évalué la mortalité maternelle à 12 mois après l'accouchement et n'a rapporté aucun effet significatif de l'administration de 400 000 UI de vitamine A dans les 24-96 heures suivant l'accouchement (rapport des risques instantanés (HR) : 1,11 ; intervalle de confiance (IC) à 95 % : 0,81-1,51). Une seule étude a évalué les effets indésirables et n'a relevé aucune différence dans l'incidence des vomissements dans les 30 heures suivant l'administration d'une dose unique de 400 000 UI de vitamine A ou d'un placebo (rapport des risques (RR) : 0,33 ; IC à 95 % : 0,03-3,14). Quatre essais n'ont rapporté aucune différence globalement dans la mortalité infantile après une supplémentation en vitamine A par comparaison avec un placebo (RR : 1,14 ; IC à 95 % : 0,84-1,57).

Les autres revues (21, 22) ont évalué l'effet d'une supplémentation en vitamine A administrée à des mères pendant le post-partum sur la mortalité, la morbidité et les effets indésirables chez leurs nourrissons jusqu'à l'âge d'un an. Sept études menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (trois en Asie et quatre en Afrique) ont été prises en compte dans la méta-analyse, qui n'a révélé aucun impact sur la mortalité infantile (RR : 1,00 ; IC à 95 % : 0,94-1,06). Seuls deux essais ont enregistré des informations sur les causes de décès et n'ont fait apparaître aucun indice d'une diminution du risque de décès par cause respiratoire (RR : 1,59 ; IC à 95 % : 0,84-2,99) ou imputable à la diarrhée (RR : 2,57 ; IC à 95 % : 0,72-9,12). Le seul essai ayant rapporté des données de morbidité n'a constaté aucun effet sur le risque de diarrhée (RR : 1,10 ; IC à 95 % : 0,99-1,23) ou d'infection respiratoire aiguë (ratio des taux : 0,96 ; IC à 95 % : 0,85-1,08). Deux essais ont fait état d'effets indésirables mais n'ont relevé l'un et l'autre aucun effet de ce type dans le groupe d'intervention ou le groupe témoin pendant le suivi. Ces revues incluaient trois études qui n'avaient pas été prises en compte dans la première revue mentionnée plus haut (20). Ces études supplémentaires portaient sur la supplémentation avec des doses hebdomadaires plus faibles de vitamine A avant ou pendant la grossesse jusqu'à l'accouchement ou sur 12-24 semaines pendant la période postnatale. La dose cumulée de vitamine A reçue par les mères sur cette période était indiquée dans l'une de ces études comme inférieure ou égale à 200 000 UI et comme supérieure à cette valeur pour les six études restantes. Aucune différence significative n'a été identifiée au niveau des résultats lorsque les données ont été stratifiées selon la dose totale de vitamine A reçue (unités) par les mères ($\leq 200\ 000$ UI contre $> 200\ 000$ UI) ou le nombre de doses de vitamine A administrées (une seule contre plusieurs).

La qualité globale des éléments factuels disponibles concernant la mortalité, la morbidité et les effets indésirables chez les mères a été classée comme faible ou très faible (*annexe 1*). Les données relatives à la mortalité infantile toutes causes confondues ont été jugées comme de grande qualité ; en revanche, la qualité des éléments factuels concernant la mortalité et la morbidité infantiles par cause spécifique a été notée comme très faible.



Recommandation

L'administration d'une supplémentation en vitamine A aux femmes pendant la période postnatale dans le but de prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles n'est pas recommandée (*recommandation forte*¹).

Observations

- Cette directive remplace et actualise les recommandations antérieures sur la supplémentation en vitamine A chez les mères dans le but de prévenir les carences en cette vitamine (23) et d'améliorer le bilan vitaminique A des mères et de leurs nourrissons (8).
- Les femmes en période postnatale doivent être encouragées à avoir une nutrition appropriée, la meilleure façon d'y parvenir étant de consommer un régime alimentaire sain et équilibré, et à se référer aux directives pour une alimentation saine pendant la lactation (24).
- Cette directive ne comprend pas de recommandation concernant le traitement de la xérophtalmie. Face à ce type de cas, il convient de se référer aux directives existantes sur le traitement de la xérophtalmie chez les femmes en âge de procréer (23).

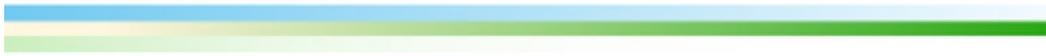
Diffusion

La présente directive sera diffusée par des vecteurs électroniques tels que des diaporamas, des CD-ROM et l'Internet, soit par l'intermédiaire des listes de distribution de l'Unité Micronutriments de l'OMS ou du Comité permanent des Nations Unies sur la Nutrition (SCN), soit par le biais du [site de l'OMS sur la nutrition](#). À ce jour, le Département Nutrition pour la santé et le développement de l'OMS a entrepris de constituer la Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Cette bibliothèque électronique a pour but de compiler et de mettre en ligne les directives de l'OMS en rapport avec la nutrition, des documents complémentaires tels que des revues systématiques de la littérature et d'autres éléments éclairant des directives et leurs justifications biologiques et comportementales, ainsi que d'autres documents produits par les États Membres et les partenaires dans le monde.

Incidences sur les futurs travaux de recherche

- Des recherches doivent être menées sur l'effet de suppléments de vitamine A (200 000 UI) sur les concentrations de rétinol dans le lait maternel lorsqu'ils sont administrés à une mère allaitante à spécifiquement 6 semaines de la période postnatale (par opposition à une délivrance immédiatement après l'accouchement).
- Des recherches sont aussi nécessaires sur le métabolisme d'une forte dose de vitamine A (200 000 UI) administrée aux femmes pendant le post-partum. En outre, il faudrait réunir des informations sur la manière dont cette dose se distribue dans l'organisme (est-elle par exemple stockée ou sécrétée dans le lait maternel?) et dont elle est excrétée.

¹ Une recommandation forte est une recommandation pour laquelle le groupe chargé d'élaborer les directives est sûr que les effets souhaitables de l'adhésion à la recommandation l'emportent sur les effets indésirables. La recommandation peut être en faveur ou en défaveur d'une intervention. Les conséquences d'une recommandation forte pour les patients sont que la plupart des gens dans leur situation souhaiteraient voir appliquer les mesures recommandées et que seule une faible proportion ne le souhaiterait pas. Pour les cliniciens, cela signifie que la plupart des patients devraient bénéficier de l'intervention recommandée et que l'application de cette recommandation est une mesure raisonnable pour des soins de qualité. Pour les responsables de l'élaboration des politiques, une recommandation forte signifie qu'elle peut être transposée en politique dans la plupart des situations.



Processus d'élaboration de la directive

La présente directive a été élaborée conformément aux procédures OMS d'élaboration des directives reposant sur une base factuelle, comme indiqué dans le [Manuel OMS d'élaboration des directives](#) (25).

Groupes consultatifs

Un Comité OMS/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) de gestion des directives sur la supplémentation en vitamine A, composé de représentants des Départements suivants de l'OMS : Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent ; Vaccinations, vaccins et produits biologiques ; Pour une grossesse à moindre risque ; Nutrition pour la santé et le développement ; Santé et recherche génésiques ; et de la Section Nutrition de l'UNICEF (*annexe 2*), a été créé en 2009. Ce Comité a guidé et supervisé au plan général l'élaboration de la présente directive. Deux groupes supplémentaires ont été constitués : un groupe consultatif de la directive et un tableau d'experts et de partenaires extérieurs.

Pour constituer le groupe chargé d'élaborer les directives sur la supplémentation en vitamine A, on a réuni des experts appartenant à divers tableaux consultatifs d'experts de l'OMS ou s'étant fait connaître à l'occasion d'appels ouverts à spécialistes, en veillant à l'équilibre entre les sexes, à la multidisciplinarité des compétences et à la représentation de toutes les Régions OMS (*annexe 3*). Des efforts ont été consentis pour qu'y figurent des experts du contenu, des spécialistes de la méthodologie, des représentants de partenaires potentiels (par exemple des responsables sanitaires et autres professionnels de la santé impliqués dans le processus de soins) et des consommateurs. Les représentants d'organisations à but lucratif ne peuvent être membres d'un groupe OMS chargé d'élaborer des directives. Le rôle de ce groupe a été de conseiller l'OMS sur le choix des résultats importants pour la prise de décisions et l'interprétation des éléments factuels.

Le tableau d'experts et de partenaires extérieurs a été consulté sur la portée du document, les questions traitées et le choix des résultats importants pour la prise de décisions, ainsi que sur l'examen du projet de directive achevé (*annexe 4*). Cela s'est fait grâce aux listes de distribution de l'Unité Micronutriments et du SCN qui globalement recensent plus de 5500 abonnés, et par le biais du [site Web de l'OMS sur la nutrition](#).

Portée de la directive, évaluation des éléments factuels et prise de décisions

Une série initiale de questions (et les composantes de ces questions) auxquelles la directive devait répondre a été le principal point de départ pour formuler la recommandation ; les questions ont été rédigées par le personnel technique de l'Unité Micronutriments, Département Nutrition pour la santé et le développement, en collaboration avec la Section Nutrition de l'UNICEF, à partir des besoins politiques et programmatiques des États Membres et de leurs partenaires. La présentation PICO (Population, Intervention, Control, Outcomes) a été utilisée (*annexe 5*). Les questions ont été exposées et examinées par le Comité de gestion et un retour d'information a été reçu de 45 partenaires.

La première réunion du groupe chargé d'élaborer les directives s'est tenue les 19 et 20 octobre 2009 à Genève (Suisse) en vue de finaliser la portée des questions et d'établir un classement des résultats déterminants et des populations à prendre en



compte. Les membres du groupe ont examiné la pertinence de chacune des questions et ont modifié ces dernières au besoin. Ils ont noté l'importance relative de chaque résultat de 1 à 9 (un classement de 7 à 9 indiquant un résultat déterminant pour une décision, de 4 à 6 un résultat important et de 1 à 3 un résultat peu important). La question finale principale sur la supplémentation en vitamine A pendant la période postnatale ainsi que les résultats qui ont été identifiés comme déterminants pour la prise de décisions figurent en présentation PICO à l'annexe 5.

La [Collaboration Cochrane](#) a été missionnée afin de rechercher, d'examiner et de produire des revues systématiques, des profils de données et le tableau Récapitulatif des résultats¹ (annexe 1). Deux revues Cochrane ont été mises à jour et une revue supplémentaire, non-Cochrane, sur la supplémentation en vitamine A pendant la période postnatale, a été identifiée. Les fichiers actualisés du logiciel Review Manager (RevMan), obtenus auprès de la Cochrane Editorial Unit, ont été adaptés afin de refléter les résultats déterminants précédemment identifiés (les résultats sans rapport avec cette directive ont été exclus). Les fichiers RevMan ont été exportés dans le logiciel de profilage GRADE afin de préparer les récapitulatifs des éléments factuels conformément à l'approche [GRADE](#) (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) pour évaluer la qualité générale des éléments disponibles (26) (annexe 1). L'approche GRADE prend en compte : le type d'étude ; les limites des études sur le plan de la conduite et de l'analyse ; la cohérence des résultats entre les études disponibles ; le caractère direct (ou l'applicabilité et la validité externe) des éléments probants concernant les populations, les interventions et les contextes dans lesquels l'intervention proposée peut être mise en œuvre ; ainsi que la précision de l'estimation sommaire de l'effet.

Les revues systématiques et les profils de données GRADE pour chacun des résultats déterminants ont servi à rédiger la directive. Une deuxième réunion du groupe s'est tenue du 16 au 18 mars 2011 à Genève (Suisse), afin d'examiner les éléments factuels, de discuter le projet de recommandation et de déterminer la force de cette dernière, en prenant en compte : i) les effets souhaitables et indésirables de cette intervention ; ii) la qualité des éléments factuels disponibles ; iii) les valeurs et les préférences attachées à l'intervention dans différentes situations ; et iv) le coût des options à la disposition des agents de santé dans les différents contextes (annexe 6). Un consensus a été défini comme l'accord à la majorité simple des membres du groupe. Le personnel de l'OMS présent à la réunion ainsi que d'autres experts techniques extérieurs participant à la collecte et à la notation des éléments factuels n'ont pas été autorisés à voter. Il n'y a pas eu de désaccord marqué parmi les membres du groupe.

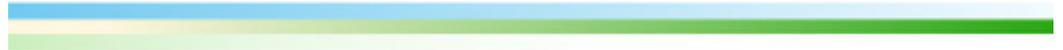
Le tableau d'experts et de partenaires extérieurs a été une nouvelle fois consulté à propos du projet de directive. Un retour d'information a été reçu de la part de 12 partenaires. Le personnel de l'OMS a ensuite finalisé la directive et l'a soumise pour approbation à l'OMS avant de la publier.

¹ Dans le cadre du processus éditorial Cochrane avant publication, les revues sont soumises à des pairs extérieurs pour recueillir leurs observations (un éditeur et deux arbitres scientifiques extérieurs à l'équipe éditoriale) et au conseiller statistique du groupe (<http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>). Le [Cochrane handbook for systematic reviews of interventions](#) explique en détail le processus consistant à préparer et à tenir à jour les revues Cochrane systématiques sur les effets des interventions sanitaires.

Gestion des conflits d'intérêts

Conformément aux règles définies dans les [Documents fondamentaux](#) de l'OMS (27), l'ensemble des experts participant à une réunion de l'OMS doivent déclarer tout intérêt en rapport avec cette réunion avant d'y participer. Les déclarations de conflits d'intérêts de tous les membres du groupe chargé d'élaborer les directives ont été examinées par le fonctionnaire technique responsable et les départements concernés avant la finalisation de la composition du groupe et l'invitation à participer à la réunion. Tous les membres du groupe et les participants aux réunions d'élaboration des directives ont soumis un formulaire de déclaration d'intérêts accompagné de leur curriculum vitae avant chaque réunion. En outre, ils ont déclaré verbalement les conflits d'intérêts potentiels au début de chaque réunion. Les conflits d'intérêts ont été gérés en stricte conformité avec les Lignes directrices OMS pour la déclaration d'intérêts (experts de l'OMS) (28). Les conflits d'intérêts potentiels déclarés par les membres du groupe chargé d'élaborer les directives sont résumés ci-après.

- Le Professeur Michael Clarke a déclaré être Directeur de l'UK Cochrane Centre et membre de la Collaboration Cochrane. Il n'a pas participé personnellement à la préparation ou à la conduite des revues systématiques sur la supplémentation en vitamine A utilisées pour cette directive, bien que certains de ses collègues l'aient fait.
- Le Dr Jean Humphrey a déclaré que son unité de recherche avait reçu entre 1996 et 2009 des subventions pour le projet Zimbabwe Vitamin A for Mothers and Babies (ZVITAMBO) de diverses organisations, et notamment de la Fondation Nestlé, de BASF et de la Pediatric AIDS Foundation, qui reçoit l'essentiel de son financement de diverses organisations, dont Johnson & Johnson et l'Abbott Fund. Des sous-études ont également été financées par Support for Analysis and Research in Africa (SARA) et Linkages Projects, tous deux dirigés par l'Academy for Educational Development (AED). À notre connaissance, en dehors de BASF, aucune de ces entreprises pas plus que leurs sponsors commerciaux ne produisent directement ou indirectement des suppléments de vitamine A.
- Le Dr Charles Stephensen a déclaré recevoir de l'OMS des fonds destinés à une étude sur l'efficacité de la supplémentation en vitamine A chez le nouveau-né pour améliorer la fonction immunitaire et, des National Institutes of Health des États-Unis d'Amérique, d'autres fonds destinés à des études sur la vitamine A et la fonction immunitaire chez la souris.
- Le Dr Sherry Tanumihardjo a déclaré recevoir une rémunération en tant que consultant technique pour l'Agence internationale de l'Énergie atomique (AIEA) et des honoraires de HarvestPlus. Elle a également reçu pour ses recherches un soutien de la part : de HarvestPlus pour une étude d'efficacité de la vitamine A chez les enfants zambiens nourris au maïs orange et pour une étude sur la banane chez les gerbilles visant à déterminer la valeur en vitamine A des caroténoïdes de la provitamine A ; des National Institutes of Health des États-Unis d'Amérique pour la mise au point d'un test de dilution de l'isotope ¹³C du rétinol ; de l'United States Department of Agriculture (USDA) pour l'utilisation de l' α -rétinol comme marqueur du chylomicron chez



le rat et le porc ; et de l'OMS pour des études mécanistiques visant à mieux appréhender la supplémentation en vitamine A pendant la période néonatale à l'aide du modèle dyadique truie-porcelet. En outre, elle a été remboursée de ses frais de voyage par l'AIEA, HarvestPlus et l'OMS lorsqu'elle s'est rendue à des réunions. À notre connaissance, ni HarvestPlus ni ses sponsors commerciaux ne produisent directement ou indirectement des suppléments de vitamine A.

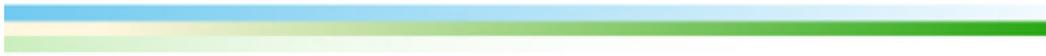
Des spécialistes extérieurs ont été invités aux réunions en tant qu'observateurs et pour apporter des contributions techniques, mais ils n'ont pas participé aux processus de prise de décisions.

Plans d'actualisation de la directive

La recommandation figurant dans cette directive sera réexaminée en 2015. Si de nouvelles informations sont alors disponibles, un groupe d'examen de la directive se réunira afin d'évaluer les nouveaux éléments factuels et de réviser la recommandation. Le Département Nutrition pour la santé et le développement au Siège de l'OMS à Genève, ainsi que ses partenaires internes seront responsables de la coordination de l'actualisation de la directive en conformité avec les procédures officielles figurant dans le [Manuel OMS d'élaboration des directives](#) (25). L'OMS accueillera favorablement les suggestions concernant des aspects supplémentaires à évaluer dans cette directive lorsqu'il sera temps de la réviser.

Bibliographie

1. WHO et al. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf, consulté le 27 mai 2011).
2. Khan KS et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 2006, 367:1066-1074.
3. *Statistiques sanitaires mondiales 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/fr/index.html>, consulté le 27 mai 2011).
4. *The global burden of disease: 2004 update*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html, consulté le 27 mai 2011).
5. *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005. WHO Global Database on Vitamin A Deficiency*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598019_eng.pdf, consulté le 27 mai 2011).
6. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. Vitamin A. In: *Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc*. Washington, DC, National Academy Press, 2001:82-146.
7. OMS, FAO. *Vitamin and mineral requirements in human nutrition*, 2nd ed. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546123.pdf>, consulté le 25 mai 2011).
8. OMS. Initiative pour les micronutriments. *Apports de sécurité en vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement : recommandations et rapport d'une consultation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (WHO/NUT/98.4 ; http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.4_fre.pdf, consulté le 27 mai 2011).
9. Newman V. *Vitamin A and breastfeeding : a comparison of data from developed and developing countries*. San Diego, Wellstart International, 1993.
10. Stoltzfus R, Underwood BA. La teneur en vitamine A du lait maternel comme indicateur des besoins en vitamine A des femmes et des nourrissons. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1995, 73 : 703-711 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486808/pdf/bullwho00409-0137.pdf>, consulté en mai 2011).
11. Allen LH, Haskell M. Vitamin A requirements of infants under six months of age. *Food and Nutrition Bulletin*, 2001, 22:214-234.
12. Sommer A, West KP Jr. *Vitamin A deficiency: health, survival and vision*. New York, Oxford University Press, 1996.
13. Underwood BA. Prevention of vitamin A deficiency. In: Howson C, Kennedy E, Horwitz A, eds. *Prevention of micronutrient deficiencies: tools for policy makers and public health workers*. Washington, DC, National Academy Press, 1998:103-166.
14. Haskell MJ, Brown KH. Maternal vitamin A nutrition and the vitamin A content of human milk. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*, 1999, 4:243-257.
15. Stoltzfus RJ, Humphrey JH. Vitamin A and the nursing mother-infant dyad: evidence for intervention. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 2002, 503:39-47.
16. Miller M et al. Why do children become vitamin A deficient? *Journal of Nutrition*, 2002, 132:2867S-2880S.
17. Iliff PJ et al. Tolerance of large doses of vitamin A given to mothers and their babies shortly after delivery. *Nutrition Research*, 1999, 19:1437-1446.

- 
18. Bauernfeind JC. *The safe use of vitamin A: a report of the International Vitamin A Consultative Group (IVACG)*. New York, Nutrition Foundation, 1980.
 19. Underwood BA. Vitamin A in animal and human nutrition. In: Sporn MB, Roberts AB, Goodman DS, eds. *The retinoids*. Vol 1. New York, Academic Press, 1984:281-392.
 20. Oliveira-Menegozzo JM et al. Vitamin A supplementation for postpartum women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (10) :CD005944 (http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD005944/pdf_fs.html, consulté le 27 mai 2011).
 21. Gogia S, Sachdev HS. Maternal postpartum vitamin A supplementation for the prevention of mortality and morbidity in infancy: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39:1217-1226 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/39/5/1217.long>, consulté en mai 2011)
 22. Gogia S, Sachdev HS. Vitamin A supplementation for the prevention of morbidity and mortality in infants six months of age or less. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (10):CD007480 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007480.pub2/abstract>, consulté le 06 octobre 2011).
 23. OMS, UNICEF, IVACG. *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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/1998/9242545066.pdf>, consulté le 27 mai 2011).
 24. Bureau régional OMS de l'Europe. *Healthy eating during pregnancy and breastfeeding*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/120296/E73182.pdf, consulté le 27 mai 2011).
 25. *Manuel OMS d'élaboration des directives*. Comité d'évaluation des directives. Projet mars 2010. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
 26. Atkins D et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2004, 328:1490.
 27. *Documents fondamentaux*, 47^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://apps.who.int/gb/bd/F/F_index.html, consulté le 19 mai 2011).
 28. *Lignes directrices pour la déclaration d'intérêts (experts de l'OMS)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

Annexe 1 Tableau GRADE Récapitulatif des résultats

Supplémentation en vitamine A chez les femmes pendant la période postnatale

Patients ou population : femmes en post-partum

Situations : pays où la carence en vitamine A peut être un problème de santé publique

Interventions : supplémentation en vitamine A

Résultats	Effet relatif (IC 95 %)	Nombre de participants (études)	Qualité des éléments factuels (GRADE)*	Observations
Mortalité maternelle Suivi : 12 mois en moyenne	HR 1,11 (0,81-1,51)	8 577 (1 étude)	⊕⊕⊕⊕ faible ^{1,2}	Seule une étude a rendu compte de ce résultat
Morbidité maternelle : infections (nombre total de jours de maladie par jour de suivi) Suivi : 3 mois en moyenne		50 (1 étude)	⊕⊕⊕⊕ très faible ³⁻⁶	30 épisodes sur 2 281 jours de suivi (vitamine A) contre 28/2281 (placebo) ; aucune comparaison statistique n'a été effectuée dans cette étude Seule une étude a fait état de ce résultat
Effets indésirables chez les mères après administration : vomissements	RR 0,33 (0,03-3,14)	786 (1 étude)	⊕⊕⊕⊕ faible ^{5,7,8}	Seule une étude a fait état de ce résultat
Effets indésirables chez les mères après administration : nausées	RR 1,38 (0,44-4,31)	786 (1 étude)	⊕⊕⊕⊕ faible ^{5,7,8}	Seule une étude a fait état de ce résultat
Effets indésirables chez les mères après administration : céphalées	RR 1,21 (0,74-1,99)	786 (1 étude)	⊕⊕⊕⊕ faible ^{5,7,8}	Seule une étude a fait état de ce résultat

IC, intervalle de confiance ; RR, rapport des risques ; HR, rapport des risques instantanés ; IRA, infection respiratoire aiguë.

* Niveaux de qualité des éléments factuels selon le groupe de travail GRADE :

Grande qualité : nous pensons avec une grande confiance que l'effet vrai est proche de l'effet estimé.

Qualité moyenne : nous avons une confiance modérée dans l'estimation de l'effet. L'effet vrai est probablement proche de l'effet estimé, mais il existe une possibilité qu'il soit substantiellement différent.

Faible qualité : notre confiance dans l'estimation de l'effet est limitée. L'effet vrai peut être substantiellement différent de l'effet estimé.

Très faible qualité : nous avons très peu confiance dans l'estimation de l'effet. L'effet vrai est probablement substantiellement différent de l'effet estimé.

¹ Estimations des risques pour le groupe témoin déduites des données présentées dans le rapport d'essai.

² Résultat compatible avec un bénéfice ou un inconvénient.

³ Aucune analyse n'a été réalisée sur les données brutes.

⁴ Roy (1997) : masquage de l'allocation peu sûr et non-respect de la procédure en double aveugle pour le groupe témoin (pas de placebo).

⁵ L'analyse ne portant que sur une seule étude, l'hétérogénéité est inconnue plutôt que non observée.

⁶ Données éparses dans l'étude de départ.

⁷ Groupe d'étude ZVITAMBO : la raison pour laquelle seules 766 femmes sur les 14 110 randomisées ont été incluses dans l'évaluation des effets indésirables n'est pas claire.

⁸ Les intervalles de confiance autour de l'effet groupé sont compatibles avec des bénéfices et des inconvénients.

Pour plus de détails sur les études incluses dans cette revue, voir les références (20-22).

(Suite page suivante)

(Suite de la page précédente)

Supplémentation en vitamine A chez les femmes pendant la période postnatale**Patients ou population :** femmes en post-partum**Situations :** pays où la carence en vitamine A peut être un problème de santé publique**Interventions :** supplémentation en vitamine A

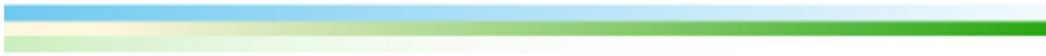
Résultats	Effet relatif (IC 95 %)	Nombre de participants (études)	Qualité des éléments factuels (GRADE)*	Observations
Mortalité infantile (toutes causes confondues) au cours de la première année de vie Suivi : 6-12 mois	RR 1,00 (0,94-1,06)	59 402 (7 études)	⊕⊕⊕⊕ grande	
Mortalité infantile liée aux IRA au cours de la première année de vie Autopsie verbale ou rapport non médical Suivi : 12 mois	RR 1,59 (0,84-2,99)	5 207 (2 études)	⊕⊖⊖⊖ très faible ^{1,3}	
Mortalité infantile liée aux diarrhées au cours de la première année de vie Autopsie verbale ou rapport non médical Suivi : 12 mois	RR 2,57 (0,72-9,12)	5 207 (2 études)	⊕⊖⊖⊖ très faible ^{1,3,4}	
Mortalité infantile liée à la rougeole au cours de la première année de vie	Non estimable	0 (0 étude)		Aucune des études n'a fait état de ce résultat
Morbidity infantile due aux IRA Suivi : 12 mois en moyenne	Ratio de fréquences 0,96 (0,85-1,08)	598 (1 étude)	⊕⊖⊖⊖ très faible ^{5,6}	Pas d'estimation de la morbidité provenant de sources externes Seule une étude a fait état de ce résultat
Morbidity infantile due aux diarrhées Suivi : 12 mois en moyenne	RR 1,10 (0,99-1,23)	598 (1 étude)	⊕⊖⊖⊖ très faible ^{5,6}	Pas d'estimation de la morbidité provenant de sources externes Seule une étude a fait état de ce résultat

IC, intervalle de confiance ; RR, rapport des risques ; HR, rapport des risques instantanés ; IRA, infection respiratoire aiguë.

* Niveaux de qualité des éléments factuels selon le groupe de travail GRADE :

Grande qualité : nous pensons avec une grande confiance que l'effet vrai est proche de l'effet estimé.**Qualité moyenne :** nous avons une confiance modérée dans l'estimation de l'effet. L'effet vrai est probablement proche de l'effet estimé, mais il existe une possibilité qu'il soit substantiellement différent.**Faible qualité :** notre confiance dans l'estimation de l'effet est limitée. L'effet vrai peut être substantiellement différent de l'effet estimé.**Très faible qualité :** nous avons très peu confiance dans l'estimation de l'effet. L'effet vrai est probablement substantiellement différent de l'effet estimé.¹ Une des études présentait un masquage de l'allocation inadapté. Aucune des deux études n'apportait de solution satisfaisante au problème des données manquantes.² Les intervalles de confiance intégraient une réduction de 16 % et une augmentation de 300 % (inconvenient appréciable) du risque de décès par IRA.³ Seuls deux essais ont fait état de ce résultat et la méta-analyse peut être affectée par l'absence d'indication de la mortalité par cause spécifique dans les études restantes.⁴ Les intervalles de confiance intègrent une réduction de 28 % (bénéfice appréciable) et une augmentation de 900 % (inconvenient appréciable) du risque de décès lié à la diarrhée.⁵ Une seule étude, qui ne décrivait pas les procédures de randomisation et de masquage de l'allocation et ne répondait pas de manière satisfaisante au problème de l'incomplétude des résultats.⁶ Un seul essai de faible ampleur a fait état de ce résultat.

Pour plus de détails sur les études incluses dans cette revue, voir les références (20-22).



Annexe 2 Membres du Comité OMS/UNICEF de gestion des directives relatives à la supplémentation en vitamine A

OMS

Dr Rajiv Bahl

Médecin
Unité Santé et développement du
nouveau-né et de l'enfant
Département Santé et développement de
l'enfant et de l'adolescent

Mme Tracey Goodman

Fonctionnaire technique
Unité Programme élargi de vaccination Plus
Département Vaccination, vaccins et
produits biologiques

Dr Matthews Mathai

Médecin
Unité Normes et coopération technique
avec les pays
Département Pour une grossesse à
moindre risque

Dr Mario Merialdi

Coordonnateur
Unité Amélioration de la santé maternelle
et périnatale
Département Santé et recherche
génésiques

Dr Juan Pablo Peña-Rosas

Coordonnateur
Unité Micronutriments
Département Nutrition pour la santé et le
développement

Dr Lisa Rogers

Fonctionnaire technique
Unité Micronutriments
Département Nutrition pour la santé et le
développement

UNICEF

M. Arnold Timmer

Conseiller principal
Unité Micronutriments
Section Nutrition de l'UNICEF

Annexe 3

Membres du groupe chargé d'élaborer les directives sur la supplémentation en vitamine A, Secrétariat de l'OMS et experts extérieurs

A. Membres du groupe chargé d'élaborer les directives sur la supplémentation en vitamine A

(Note : les domaines de compétences de chaque membre du groupe sont indiqués en italique)

Professeur Hany Abdel-Aleem

Hôpital universitaire d'Assiout
Assiout, Égypte
Obstétrique et gynécologie

Professeur Michael Clarke

University of Oxford
Oxford, Royaume-Uni
Méthodes

Dr Anna Coutsoudis

University of KwaZulu-Natal
Durban, Afrique du Sud
Vitamine A, maladies infectieuses

Dr M. Monir Hossain

Bangladesh Institute of Child Health and
Dhaka Shishu (Children)
Hospital Sher-e-Bangla Nagar
Dhaka, Bangladesh
Néonatalogie

Dr Jean Humphrey

Zimbabwe Vitamin A for Mothers and Babies
Project (ZVITAMBO)
Harare, Zimbabwe
*Vitamine A, virus de l'immunodéficience
humaine (VIH)*

Dr Yustina Anie Indriastuti

Indonesian Medical Doctor Nutrition Society
Jakarta, Indonésie
Administrateur de programme

Dr Marzia Lazzerini

Institut de Santé maternelle et infantile
Trieste, Italie
Méthodes, pédiatrie

Dr Pavitra Mohan

Bureau de pays de l'UNICEF en Inde
New Delhi, Inde
Pédiatrie

Dr Rintaro Mori

Université de Tokyo
Tokyo, Japon
Pédiatrie

Dr A. Catherine Ross

Pennsylvania State University
University Park, États-Unis d'Amérique
Vitamine A, immunologie

Dr Isabella Sagoe-Moses

Ghana Health Service – Ministry of Health
Accra, Ghana
Administrateur de programme

Dr Claudia Saunders

Instituto de Nutrição Josué de Castro
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brésil
Programmes de recherche sur la vitamine A

Dr Prak Sophonneary

Centre national de Santé maternelle et
infantile
Ministère de la Santé
Phnom Penh, Cambodge
Administrateur de programme

Dr Charles Stephensen

USDA Western Human Nutrition Research
Center
Davis, États-Unis d'Amérique
Vitamine A, immunologie

Dr Sherry Tanumihardjo

University of Wisconsin
Madison, États-Unis d'Amérique
Métabolisme de la vitamine A

Dr Khalid Yunis

Université américaine de Beyrouth
Beyrouth, Liban
Néonatalogie, périnatologie

B. OMS

M. Joseph Ashong

Stagiaire (rapporteur)
Unité Micronutriments
Département Nutrition pour la santé et le développement

Dr Francesco Branca

Directeur
Département Nutrition pour la santé et le développement

Mme Emily Cercone

Stagiaire (rapporteur)
Unité Micronutriments
Département Nutrition pour la santé et le développement

Dr Luz Maria de Regil

Épidémiologiste
Unité Micronutriments
Département Nutrition pour la santé et le développement

Dr Chris Duncombe

Médecin
Unité Traitement antirétroviral et soins liés à l'infection à VIH
Département VIH/sida

Dr Davina Gherzi

Chef d'équipe
Système d'enregistrement international des essais cliniques
Département Politique et coopération en matière de recherche

Dr Ahmet Metin Gulmezoglu

Médecin
Coopération technique avec les pays en matière de santé sexuelle et génésique
Département Santé et recherche génésiques

Dr Regina Kulier

Spécialiste scientifique
Secrétariat du Comité d'évaluation des directives
Département Politique et coopération en matière de recherche

Dr José Martines

Coordonnateur
Unité Santé et développement du nouveau-né et de l'enfant
Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent

Mme Sueko Matsumura

Stagiaire (rapporteur)
Unité Micronutriments
Département Nutrition pour la santé et le développement

Dr Sant-Rayn Pasricha

Stagiaire (rapporteur)
Unité Micronutriments
Département Nutrition pour la santé et le développement

C. Bureaux régionaux de l'OMS

Dr Abel Dushimimana

Médecin
Bureau régional de l'Afrique
Brazzaville, Congo

Dr Chessa Lutter

Conseiller régional
Santé de l'enfant et de l'adolescent
Bureau régional des Amériques/
Organisation panaméricaine de la Santé
Washington, États-Unis d'Amérique

Dr Kunal Bagchi
Conseiller régional
Nutrition et sécurité sanitaire des
aliments
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est
New Delhi, Inde

Dr Joao Breda
Spécialiste scientifique
Bureau régional de l'Europe
Copenhague, Danemark

Dr Ayoub Al-Jawaldeh
Conseiller régional
Nutrition
Bureau régional de la Méditerranée
orientale
Le Caire, Égypte

Dr Tommaso Cavalli-Sforza
Conseiller régional
Nutrition
Bureau régional du Pacifique occidental
Manille, Philippines

D. Experts extérieurs

Dr Denise Coitinho Delmuè
Comité permanent des Nations Unies sur
la Nutrition (SCN)
Genève, Suisse

Dr Rafael Flores-Ayala
Centers for Disease Control and
Prevention (CDC)
Atlanta, États-Unis d'Amérique

Mme Alison Greig
L'Initiative pour les micronutriments
Ottawa, Canada

M. Toby Lasserson
Cochrane Editorial Unit
Londres, Royaume-Uni

Dr Lynnette Neufeld
L'Initiative pour les micronutriments
Ottawa, Canada

Dr Mathilde Savy
Institut de Recherche pour le
Développement (IRD)
Montpellier, France

Dr David Tovey
Cochrane Editorial Unit
Londres, Royaume-Uni

Annexe 4 Membres du tableau d'experts et de partenaires extérieurs

A. Membres formulant les observations sur les questions prioritaires concernant la supplémentation en vitamine A (octobre 2009)

M. Alaa I. Abu Rub

Ingénieur
Ministère de la Santé
Autorité nationale palestinienne
Ramallah, Cisjordanie et Bande de Gaza

Dr Clayton Ajello

Vitamin Angels
Santa Barbara, États-Unis d'Amérique

Dr Mohamed Ag Ayoya

Bureau de pays de l'UNICEF en Inde
New Delhi, Inde

Professeur Hassan Aguentaou

Université Ibn Tofail
Kénitra, Maroc

Mme Deena Alasfoor

Ministère de la Santé
Mascate, Oman

Mme Maria Theresa Alvarez

Academy for Educational Development
(AED) – A2Z Project
Manille, Philippines

M. Ravi Raj Atrey

SOS Children's Villages of India
New Delhi, Inde

M. Shawn Baker

Helen Keller International
Dakar-Yoff, Sénégal

Dr Christine Stabell Benn

Bandim Health Project
Statens Serum Institut
Copenhague, Danemark

Dr Djibril Cissé

Helen Keller International
Dakar-Yoff, Sénégal

Professeur Pradeep Deshmukh

Dr Sushila Nayar School of Public Health
Mahatma Gandhi Institute of Medical
Sciences
Sewagram, Inde

Dr Amol Dongre

Mahatma Gandhi Institute of Medical
Sciences
Sewagram, Inde

Dr Masako Fujita

Michigan State University
East Lansing, États-Unis d'Amérique

Dr Bishan Garg

Dr Sushila Nayar School of Public Health
Mahatma Gandhi Institute of Medical
Sciences
Sewagram, Inde

Dr Ajay Gaur

GR Medical College
Gwalior, Inde

Mme Alison Greig

L'Initiative pour les micronutriments
Ottawa, Canada

Dr Laurence M. Grummer-Strawn

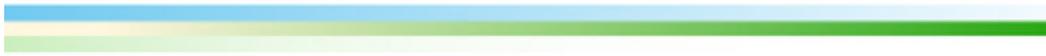
Centers for Disease Control and
Prevention (CDC)
Atlanta, États-Unis d'Amérique

Dr Maria Claret C.M. Hadler

Université fédérale de Goiás
Goiânia, Brésil

Dr Samia Halileh

Institut de Santé communautaire et
publique
Université de Birzeit
Birzeit, Cisjordanie et Bande de Gaza



Mme Nancy J. Haselow
Helen Keller International
Phnom Penh, Cambodge

Dr Jocelyn A. Juguan
Food and Nutrition Research Institute
Department of Science and Technology
Manille, Philippines

Dr Umesh Kapil
All India Institute of Medical Sciences
New Delhi, Inde

Dr Chen Ke
Hôpital délivrant des soins de santé
maternels et infantiles
Chengdu, Chine

Dr Klaus Kraemer
Sight and Life
Bâle, Suisse

M. Hou Kroen
Helen Keller International
Phnom Penh, Cambodge

Dr Anand Lakshman
L'Initiative pour les micronutriments
New Delhi, Inde

Mme Ada Lauren
Vitamin Angels
Santa Barbara, États-Unis d'Amérique

Dr Tingyu Li
Hôpital pour enfants de la Faculté
médicale de Chongqing
Chongqing, Chine

Dr Georg Lietz
Newcastle University
Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni

Dr Kurt Long
University of Queensland
Brisbane, Australie

Dr Zeba Mahmud
L'Initiative pour les micronutriments
Dhaka, Bangladesh

Dr Najat Mokhtar
Université Ibn Tofail
Kénitra, Maroc

Dr Siti Muslimatun
Organisation des Ministres de
l'Éducation d'Asie du Sud-Est
Réseau de médecine tropicale et de
santé publique (SEAMEO TROPMED)
Jakarta, Indonésie

M. Banda Ndiaye
L'Initiative pour les micronutriments
Dakar, Sénégal

Dr Lakshmi Rahmathullah
Family Health and Development
Research Service Foundation
Madurai, Inde

Professeur H.P.S. Sachdev
Maulana Azad Medical College
New Delhi, Inde

Dr Tina Sanghvi
Academy for Educational Development
Washington, États-Unis d'Amérique

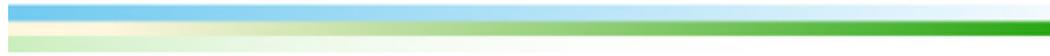
Mme Dimple Save
JICA-MP Reproductive Health Project
Bhopal, Inde

Dr Al Sommer
Johns Hopkins Bloomberg School of
Public Health
Baltimore, États-Unis d'Amérique

Dr Lize van Stuijvenberg
Medical Research Council
Cape Town, Afrique du Sud

Dr Hans Verhoef
London School of Hygiene and Tropical
Medicine
Londres, Royaume-Uni

Dr Sheila Vir
Public Health Nutrition and
Development Centre
New Delhi, Inde



Dr Tobias Vogt

Maison St Thomas et Comité de
Médecins allemands
Francfort, Allemagne

Dr Xiaoying Zheng

Institute of Population Research
Peking University
Beijing, China

Dr Jian Zhang Yang

Columbia University
New York, États-Unis d'Amérique

Dr David L. Yeung

H. J. Heinz Company Foundation
Toronto, Canada

**B. Membres formulant des observations sur les projets de directives sur la
supplémentation en vitamine A (mars 2011)**

Dr Christine Stabell Benn

Bandim Health Project
Statens Serum Institut
Copenhague, Danemark

Dr Teresa Murguía Peniche

Centre national de la Santé de l'Enfant et
de l'Adolescent
Mexico, Mexique

Professeur Hans K. Biesalski

Département de Chimie biologique et
de Nutrition
Université d'Hohenheim
Stuttgart, Allemagne

Mme Anna Roesler

Menzies School of Health Research
Casuarina, Australie

Mme Nita Dalmiya

Section Nutrition de l'UNICEF
New York, États-Unis d'Amérique

Dr Amal Saeed

Université de Khartoum
Khartoum, Soudan

Mme Alison Greig

L'Initiative pour les micronutriments
Ottawa, Canada

Dr Martha Elizabeth van Stuijvenberg

South African Medical Research Council
Cape Town, Afrique du Sud

Dr Roland Kupka

Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Afrique occidentale et centrale
Dakar-Yoff, Sénégal

Dr Sheila Vir Chander

Public Health Nutrition and
Development Centre
New Delhi, Inde

Mme Ada Lauren

Vitamin Angels Alliance
Santa Barbara, États-Unis d'Amérique

Dr Frank Wieringa

Institut de Recherche pour le
Développement
Marseille, France

Annexe 5

Questions en présentation PICO (Population, Intervention, Control, Outcomes)

Effets et innocuité de la supplémentation en vitamine A chez les femmes pendant la période postnatale

- a. Doit-on donner des suppléments de vitamine A aux femmes en période postnatale?
- b. Dans l'affirmative, à quelle dose et à quel moment après l'accouchement?

- Population :**
- Femmes en post-partum vivant dans des pays où les carences en vitamine A peuvent représenter un problème de santé publique
 - Sous-populations, définies en fonction :
 - des taux de mortalité infantile : comparaison entre pays à faible taux de mortalité infantile et pays où ce taux est élevé
 - des taux de mortalité maternelle : pays ayant des taux faibles ou élevés
 - de la prévalence du VIH dans la population générale : pays ayant une prévalence faible ou élevée
 - de l'exposition à une quantité supplémentaire de vitamine A : comparaison entre mères ayant reçu une supplémentation en vitamine A pendant la grossesse et mères ayant reçu une supplémentation selon d'autres modalités ou dont on ne sait pas ce qu'elles ont reçu

Pour les résultats chez le nourrisson uniquement

- du début de l'allaitement au sein : début précoce (dans l'heure suivant la naissance) par rapport à une autre situation
 - des pratiques d'allaitement au sein : exclusivement nourri au sein jusqu'à 3 ou 6 mois par rapport à une autre situation (l'allaitement exclusif étant défini d'après les [indicateurs OMS permettant d'évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant](#))
- Intervention :**
- Tout supplément de vitamine A administré seul par voie orale
 - Supplément de vitamine A administré par voie orale en combinaison avec d'autres micronutriments
 - Analyses par sous-groupes :
 - en fonction de la dose : 200 000 UI ou 400 000 UI par comparaison avec d'autres doses (quotidiennes ou hebdomadaires)
 - en fonction du moment où elle est administrée : immédiatement après l'accouchement ou 4-8 semaines après
- Control (élément de comparaison) :**
- Placebo ou absence de traitement
 - Suppléments de micronutriments exempts de vitamine A (pour évaluer l'effet additif de la vitamine A)

Outcomes (résultats) :

Déterminants

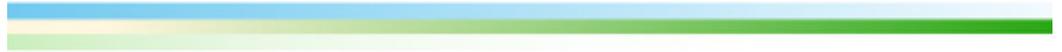
Mère

- Mortalité pendant la première année après l'accouchement
- Morbidité, infections
- Effets indésirables dans les 72 heures suivant l'administration de la supplémentation :
 - vomissements
 - autres

Nourrisson

- Mortalité entre 0 et 6 et entre 0 et 12 mois
 - toutes causes confondues
 - infections respiratoires aiguës
 - diarrhées
 - rougeole
- Morbidité entre 0 et 6 et entre 0 et 12 mois
 - infections respiratoires aiguës
 - diarrhées

- Contexte :** Tous pays



Annexe 6 Résumé des éléments à prendre en compte pour déterminer la force de la recommandation

- Qualité des éléments factuels :**
- Les éléments factuels ne sont de grande qualité que pour la mortalité infantile
 - Pour tous les autres résultats déterminants, la qualité des données est faible ou très faible
- Valeurs et préférences :**
- Il faudrait disposer de plus d'informations sur les effets indésirables
- Arbitrage entre bénéfices et inconvénients :**
- Il n'y a aucun bénéfice associé aux résultats déterminants examinés
 - Les effets négatifs potentiels sont incertains (impossible d'exclure une augmentation de la mortalité liée aux infections respiratoires ou aux diarrhées)
- Coût et faisabilité :**
- Coût minimal
 - La délivrance d'une supplémentation au moment de la naissance ou peu de temps après aux femmes qui accouchent dans un établissement de soins est faisable. Il devrait également être possible d'atteindre les mères en post-partum à l'occasion de la première visite de suivi des nourrissons

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Département Nutrition pour la santé et le développement

Organisation mondiale de la Santé

Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse

Télécopie : +41 22 791 4156

Courriel : nutrition@who.int

www.who.int/nutrition



ISBN 978 92 4 250177 3



9 789242 501773