

# AGIR CONTRE LES VERS

JANVIER 2006, NUMÉRO 6



Administration d'un comprimé de mébendazole à un enfant togolais

## AU SOMMAIRE:

- **Quels programmes faut-il regrouper ?**
- **Organisation d'un poste regroupant plusieurs interventions**
- **Posologies, coûts, âges et calendriers**
- **République démocratique du Congo**
- **Avantages, problèmes et enseignements**

© Marcko Kokic/IFRC

## VIVRA-T-ELLE JUSQU'A SES CINQ ANS ?

Quels sont les besoins d'un enfant pour survivre dans des pays comme le Bangladesh, le Niger ou le Mozambique ? Les plus essentiels sont la chaleur, la nourriture et une protection contre les maladies.

Pourtant, chaque année, plus de 10,6 millions d'enfants meurent dans les pays en développement avant l'âge de 5 ans. Dans la plupart des cas, les causes de ces décès auraient pu être évitées. Sept décès sur dix sont dus à des infections respiratoires aiguës (pneumonie en particulier), à des diarrhées, à la rougeole, au paludisme, à la malnutrition ou à l'association de plusieurs de ces problèmes.

Jusqu'à une époque récente, les programmes s'occupant de ces questions, comme la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la vaccination contre la rougeole et toute une série d'actions pour réduire les problèmes de malnutrition de l'enfant, ont été mis en œuvre séparément. La question est de savoir si on peut regrouper certaines de ces interventions et la réponse est manifestement oui.

De plus en plus de pays se lancent dans la délivrance simultanée de plusieurs produits sanitaires. C'est ainsi que l'on a adjoint les comprimés de déparasitage à des campagnes à grande échelle comprenant des vaccinations, des journées pour la santé de l'enfant ou l'administration de la vitamine A. Il apparaît clairement que les communautés apprécient ces regroupements de services sanitaires qui améliorent la couverture.



Une mère et ses enfants à une journée de la santé de l'enfant en Angola, 2005

© Edith Cheung/WFP

Dans ce numéro d'*Agir contre les vers*, nous allons nous intéresser aux enfants d'âge préscolaire (c'est-à-dire les moins de 5 ans), ainsi qu'aux occasions de déparasiter cette tranche d'âge et aux problèmes à résoudre.

**Quand les groupes ciblés sont les mêmes, que les budgets sont serrés, il est alors possible et logique de partager les séances de formation, le transport et le personnel de santé pour délivrer simultanément plusieurs interventions, plutôt que de lancer un programme séparé pour chacune d'entre elles.**



Organisation  
mondiale de la Santé

## QUELS PROGRAMMES FAUT-IL REGROUPER ?

### En routine ou sous forme de campagnes ?

La plupart des pays ont des programmes à grande échelle ayant pour objectif la survie des enfants de moins de 5 ans. Certains les mettent en œuvre par le biais des soins de santé de routine, mais la couverture est alors souvent faible. D'autres adoptent la méthode des campagnes, notamment lorsqu'il est crucial d'atteindre une couverture élevée pour endiguer efficacement la morbidité. Dans tous les cas, le minimum est de veiller à ce que les campagnes renforcent le système de routine du pays et ne l'affaiblissent pas.

### Caractéristiques

Quelques caractéristiques essentielles vont déterminer si le regroupement des programmes est possible sur le terrain : la tranche d'âge ciblée et la fréquence des contacts doivent être semblables. Il faut aussi prendre en compte le niveau des compétences requises pour délivrer le traitement. Il faut par exemple un soignant qualifié pour injecter le vaccin contre la rougeole. En revanche, les comprimés pour le déparasitage sont très sûrs et peuvent être administrés par du personnel non médical, sans aucun matériel particulier, mis à part de l'eau propre pour aider les enfants à les avaler. Les questions de logistique sont aussi très importantes : si l'on décide par exemple de faire du porte-à-porte, il y a une limite au nombre de moustiquaires, de boîtes isothermes ou de comprimés que chaque soignant peut porter.

**Le point essentiel, c'est que certaines interventions doivent avoir lieu régulièrement pour être utiles : c'est notamment le cas pour la vitamine A et le déparasitage<sup>1</sup>, à administrer tous les 6 mois.**

**Les campagnes massives n'ont aucune utilité si l'on ne dispose pas ensuite des ressources nécessaires pour continuer**

### GROUPES CIBLES POUR LE DEPARASITAGE

#### Enfants d'âge scolaire<sup>2</sup>

La prévalence et l'intensité des verminoses atteignent un pic chez les enfants de **6 à 15 ans**. Ce groupe est donc visé en priorité pour les traitements. Ils sont par ailleurs faciles à atteindre par le système scolaire, en formant les enseignants à l'administration des médicaments.

Les enfants d'âge scolaire constituent l'objectif mondial que tous les pays d'endémie cherchent à atteindre : « *Traiter régulièrement au moins 75 % de tous les enfants d'âge scolaire exposés au risque de schistosomiase et de géohelminthiases en 2010* ».

#### Enfants d'âge préscolaire<sup>3</sup>

Dès que l'enfant commence à ramper et à explorer son environnement, il a tendance à porter tout qu'il trouve à sa bouche. Il y a donc déjà un risque d'infection et le traitement est utile.



Au Bangladesh, pratiquement 100 % des enfants sont parasités.



Petit garçon risquant de s'infecter en Afrique de l'Est.

### Les programmes à intégrer doivent

- viser les mêmes tranches d'âge ;
- avoir la même fréquence de contact avec les groupes visés ;
- être faisables sur le terrain ;
- ne pas remettre en cause l'intégrité du programme sur lequel ils se greffent.

<sup>1</sup> La fréquence du déparasitage dépend de la prévalence et de l'intensité des parasitoses dans la zone. Voir <http://www.who.int/wormcontrol>

<sup>2</sup> Les verminoses des enfants d'âge scolaire comprennent les helminthiases transmises par le sol et la schistosomiase (par contact avec de l'eau contaminée)

<sup>3</sup> En général, ils ne sont infectés que par les helminthes transmis par le sol car, à cet âge, ils passent beaucoup moins de temps à se baigner ou à nager.

ORGANISATION D'UN POSTE REGROUPANT PLUSIEURS INTERVENTIONS<sup>1</sup>



ZONE D'ATTENTE

SERVICE D'ORDRE

Recruté dans la communauté locale

Aide à mettre le poste en place chaque jour. Maintient l'ordre dans la zone d'attente. Informe la foule des retards éventuels. Fait circuler les personnes. Mobilise la communauté.

ENTREE

TABLE 1

INSCRIPTION



EQUIPE CHARGEE DES INSCRIPTIONS

1. Vérifier que l'enfant est bien dans la tranche d'âge ciblée
2. Donner à l'accompagnateur adulte une fiche de présence pour chaque enfant
3. Ecrire l'âge de l'enfant au dos de la fiche

VITAMINE A & DEPARASITAGE



EQUIPE DE LA VITAMINE A ET DU DEPARASITAGE

1. Vérifier l'âge de l'enfant et administrer la vitamine A et le comprimé de déparasitage suivant le protocole.
2. Inscrire l'enfant sur la feuille de comptage

TABLE 3

Préparation de la table pour les injections

EQUIPE de PREPARATION

1. Diluer le vaccin, inscrire les flacons utilisés
2. Préparer les seringues autobloquantes
3. S'assurer des conditions de propreté et de sécurité de la vaccination
4. Veiller à la bonne conservation des vaccins

TABLE 2

ROUGEOLE



EQUIPE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE

1. Vacciner l'enfant
2. Veiller à l'innocuité de la procédure
3. Surveiller les réactions éventuelles et les traiter

COMPTAGE

EQUIPE DE COMPTAGE POUR LA VACCINATION

1. Compter le nombre de doses vaccinales administrées en fonction de l'âge
2. Remercier l'adulte d'avoir accompagné l'enfant

SORTIE









Organisation d'un Poste

<sup>1</sup>Adaptation de « Accelerated measles control in Zambia. Measles supplemental immunization 2003. Central Board of Health », Zambie, OMS, UNICEF, Croix-Rouge.

POSOLOGIES, COÛTS, ÂGES ET CALENDRIERS DES INTERVEN

POSOLOGIE, COÛTS, ÂGES

|   | Produit et posologie   | Coût*  | Tranche d'âge ciblée  |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |
|---|--|--|---|------------|----------------------------|-------------|---------------------------|----------------------------|------------|-------------|---|---------------------|
| <b>Journées de la santé de l'enfant</b><br>  |  |  | Variable  |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |
| <b>Déparasitage</b><br>*<br>                 | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>12-24 mois</td> <td>&gt;24 mois</td> </tr> <tr> <td>Albendazole (400 mg comp.)</td> <td>½ comprimé</td> <td>1 comprimé</td> </tr> <tr> <td>Mebendazole (500 mg comp.)</td> <td>1 comprimé</td> <td>1 comprimé</td> </tr> </table> <p><i>La fabrication de comprimés à 200 mg d'albendazole est moins courante. Dans ce cas, la posologie pour les 12-24 mois est de 1 comprimé et après 24 mois, de 2 comprimés.</i></p> |  | 12-24 mois  | >24 mois   | Albendazole (400 mg comp.) | ½ comprimé  | 1 comprimé                | Mebendazole (500 mg comp.) | 1 comprimé | 1 comprimé  | Pour le mebendazole ou l'albendazole, un comprimé coûte environ US\$ 0.02 | A partir de 12 mois |
|   | 12-24 mois   | >24 mois   |   |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |
| Albendazole (400 mg comp.)  | ½ comprimé   | 1 comprimé   |   |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |
| Mebendazole (500 mg comp.)  | 1 comprimé   | 1 comprimé   |   |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |
| <b>Vitamine A</b><br>**<br>                | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>6-11 mois</td> <td>12-59 mois</td> </tr> <tr> <td>Capsule bleue</td> <td>x 1 capsule</td> <td>x 2 capsules (100,000 IU)</td> </tr> <tr> <td>Capsule rouge (200,000 IU)</td> <td>—</td> <td>x 1 capsule</td> </tr> </table>   |  | 6-11 mois   | 12-59 mois | Capsule bleue              | x 1 capsule | x 2 capsules (100,000 IU) | Capsule rouge (200,000 IU) | —          | x 1 capsule | Une capsule coûte environ US\$ 0.02                                       | 6-5 ans (59 mois)   |
|   | 6-11 mois  | 12-59 mois   |   |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |
| Capsule bleue   | x 1 capsule  | x 2 capsules (100,000 IU)  |   |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |
| Capsule rouge (200,000 IU)  | —  | x 1 capsule  |   |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |
| <b>Rougeole</b><br>***<br>                 | Injection d'une dose de vaccin antirougeoleux reconstitué.<br><br>On utilisera de préférence des seringues autobloquantes. La chaîne du froid est indispensable, de même que des conteneurs de sécurité pour éliminer le matériel d'injection.   | Une injection coûte environ US\$ 0.30 (vaccin + matériel de sécurité pour l'injection) par le service d'achats de l'UNICEF | <u>Rattrapage:</u><br>9 mois-15 ans<br><br><u>Suivi:</u><br>9-5 ans (59 mois) |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |
| <b>Vaccin antipoliomyélitique</b><br>*<br> | Le vaccin antipoliomyélitique buccal (VPO) s'administre par voie orale. On donne 2 gouttes à chaque enfant. La chaîne du froid est indispensable.  | Une dose de VPO coûte environ US\$ 0.13  | 0-5 ans (59 mois)   |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |
| <b>MII</b><br>                             | Une moustiquaire par adulte ayant des enfants à charge ou une moustiquaire par enfant de moins de 5 ans  | MII US\$ 2-3<br>MDI US\$ 5-6   | 0-5 ans (59 mois)<br>Femmes enceintes   |            |                            |             |                           |                            |            |             |   |                     |

\*Enseignants ou agents de santé communautaires \*\*Certains pays font appel à du personnel soignant, d'autres à du personnel non soignant \*\*\*Personnel soignant qualifié. \*Coût des produits seulement. N'inclut pas les frais opérationnels.

## INTERVENTIONS COURANTES POUR LES ENFANTS D'AGE PRESCOLAIRE

### Calendrier

Ces journées sont en général organisées une ou deux fois par an pour délivrer des combinaisons variées des interventions décrites ci-dessous, en fonction des besoins particuliers de chaque pays.

*Événements de grande ampleur visant à couvrir tous les enfants, les journées de la santé de l'enfant sont un bon moyen d'administrer les comprimés pour le déparasitage, avec l'avantage supplémentaire de l'organisation annuelle et l'intégration dans le système de routine de prestation des soins de santé, ce qui assure leur pérennisation.*

Malgré l'innocuité des comprimés de déparasitage, il faut qu'ils soient administrés à l'âge qui convient par du personnel qualifié. L'OMS stipule que les enfants peuvent être traités à partir de l'âge de 12 mois. Ceux qui n'ont pas 12 mois ne doivent pas être traités et le traitement doit toujours avoir lieu sur place et sous surveillance.

NB: Les administrateurs des campagnes à grande échelle pourront envisager de ne traiter les enfants qu'à partir de 24 mois ou seulement « ceux qui marchent », pour deux raisons :

- Les enfants plus grands ont moins de difficultés à avaler les comprimés de déparasitage, de grande taille.
- Les enfants plus grands sont plus infectés.

*La fréquence du traitement, une ou deux fois par an, dépend de la prévalence et de l'intensité des verminoses dans la zone considérée.*

On administre les capsules de vitamine A à partir de l'âge de 6 mois et jusqu'à 5 ans, tous les 6 mois.

*Les programmes d'administration de la vitamine A sont donc idéaux pour y adjoindre les comprimés de déparasitage, la tranche d'âge ciblée étant la même (à l'exception des enfants de 6 mois, trop jeunes pour un traitement contre les helminthiases). Dans les zones de forte endémie, on recommande aussi le déparasitage tous les 6 mois.*

On administre la première dose de vaccin antirougeoleux aux enfants à 9 mois ou peu après dans le cadre des services de vaccination en routine.

Une deuxième « occasion » est fournie à tous les enfants, pour couvrir tous ceux qui n'ont pas reçu la première dose ou n'ont pas développé d'immunité après la vaccination. Cette nouvelle dose est administrée soit par les services de vaccination en routine, soit dans le cadre d'activités supplémentaires de vaccination :

- Campagnes de rattrapage – qui ont lieu une fois ;
- Campagnes de suivi – tous les 3 à 5 ans ;
- Campagnes de ratissage – équipes faisant du porte-à-porte pour trouver tous les enfants qui ont échappé à la vaccination en routine comme aux campagnes de masse précédentes. L'ensemble du pays est alors visé, ou des régions très étendues, avec l'objectif d'une couverture dépassant 90 %.

*Toutes les prises de contact pour la vaccination antirougeoleuse sont une bonne occasion pour le déparasitage (à l'exception de la vaccination à 9 mois). L'inconvénient est que les comprimés de déparasitage doivent être administrés régulièrement alors que les campagnes contre la rougeole n'ont pas lieu régulièrement tous les ans.*

La stratégie d'éradication de la poliomyélite repose sur l'administration de 3 doses de VPO pendant la première dans le cadre du système de vaccination en routine, suivies d'une dose supplémentaire pour tous les moins de 5 ans au cours des journées nationales de vaccination ou des journées supplémentaires de vaccination. Avec la baisse du nombre des cas de poliomyélite, ces journées de vaccination sont progressivement supprimées.

Toutefois, compte tenu de la dynamique et du personnel qualifié résultant des activités du programme contre la poliomyélite, de nombreux professionnels de la santé s'interrogent sur les moyens d'utiliser ces ressources pour d'autres programmes sanitaires à grande échelle.

*On ne peut pas adjoindre le déparasitage à l'administration du VPO, qui a lieu avant 12 mois. En revanche, les journées nationales ou locales de vaccination sont une bonne occasion. Comme pour la rougeole, ces campagnes n'ont pas lieu chaque année.*

Les moustiquaires conventionnelles (MII) doivent être retraitées de préférence tous les 3 lavages.

Long-lasting insecticidal treated nets (LLINs) should ideally be replaced every 3 years.

*Plusieurs pays ont associé le déparasitage aux moustiquaires, soit en n'associant que ces deux services, soit en les intégrant dans des campagnes plus vastes délivrant de multiples produits.*

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

La République démocratique du Congo (RDC) est l'un des plus grands pays d'Afrique. Chez les moins de 5 ans, la mortalité est de 213/1 000 et 60 % des enfants qui meurent ont une carence en vitamine A. Seuls 30 % de la population ont accès à des services de santé. Parmi les rares programmes d'envergure nationale, la campagne d'administration de la vitamine A opère depuis 2001.

En mars 2005, avant le lancement de son programme intégré, la RDC a entrepris des enquêtes nationales sur l'anémie et les verminoses chez les enfants de moins de 5 ans, et sur l'anémie chez les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher.

- 70,6 % des enfants étaient anémiés (Hb < 100 g/litre).
- 82 % des enfants étaient infectés par des vers.
- 67,3 % des femmes enceintes et 53 % des femmes venant d'accoucher étaient anémiées (Hb < 110 g/litre et Hb < 120 g/litre), avec une proportion variant de 36 à 90 % selon les provinces.

Ces résultats ont eu une influence décisive. En mai 2005, le déparasitage a été adjoint pour la première fois à la campagne nationale d'administration de la vitamine A.

### Mébéndazole

Pour simplifier l'administration, le mébéndazole (500 mg) a été choisi, ce qui signifie que, pour tous les enfants à partir de 12 mois, la posologie était d'un seul comprimé. Du fait que ces comprimés, légèrement sucrés, peuvent être croqués, ils sont très appréciés et faciles à distribuer.



Administration d'un comprimé de mébéndazole à un enfant au cours de la campagne en RDC.

### Coûts

- Une boîte de 100 comprimés coûte, par l'UNICEF, US \$1,61 (auquel il faut ajouter 15 ou 25 % pour l'envoi par bateau ou par avion à la RDC).
- Coût par enfant : US \$0,02 par traitement (US \$0,04 par enfant et par an, pour deux traitements).
- On a compté des frais supplémentaires de 5 à 10 %, dans la mesure où l'envoi de quantités supplémentaires est une obligation dans des pays où la logistique est difficile. Plusieurs boîtes de comprimés ont également disparu au cours de la campagne du fait de la forte demande.

### Faciliter les choses

Se basant sur les couleurs des capsules de vitamine A, les équipes de santé ont établi une méthode pour se faciliter le travail :

- Rien d'autre n'est administré aux enfants prenant la capsule bleue de vitamine A.
- Un comprimé de déparasitage est administré aux enfants prenant la capsule rouge de vitamine A.

### Nombre d'enfants traités

La campagne de la RDC a connu un succès retentissant. Au cours de la première tournée, 7,8 millions d'enfants au total (12 à 59 mois) ont été déparasités (soit 84 % de la cible) et plus de 10 millions d'enfants (6 à 59 mois) ont reçu la supplémentation en vitamine A (89 % de la cible). En novembre 2005, il était prévu pour la seconde tournée d'atteindre un nombre d'enfants encore plus grand : 11,4 millions pour la vitamine A et 10 millions pour le mébéndazole.

### Effets secondaires ou problèmes signalés

On n'a signalé aucun effet indésirable pour les nouveaux comprimés de mébendazole. On a observé que les enfants les plus jeunes, notamment de 1 à 2 ans, pouvaient avoir du mal à croquer ou à sucer le comprimé qui est relativement gros. Dans ce cas, les agents communautaires l'ont écrasé dans une cuiller ou l'ont cassé en deux avant de le donner à nouveau à l'enfant. En général, cela ne leur a pas posé trop de problèmes dans le cadre de la campagne et les instructions ont été légèrement modifiées pour la tournée suivante.



Administration d'une capsule de vitamine A à un enfant au cours de la campagne en RDC.

© R. Franco/WHO

### Adjonction à la campagne contre la poliomyélite

Parallèlement à l'énorme succès du programme d'administration de la vitamine A et du déparasitage, la RDC a également adjoint celui-ci à la campagne contre la poliomyélite dans certaines régions. Lorsque cette proposition a été présentée pour la première fois, certains des membres du comité national du programme élargi de vaccination (PEV) ont pensé que le surcroît de travail qui en résultait pour les agents de vaccination pouvait nuire à la campagne porte-à-porte. Il a donc été décidé d'ajouter le déparasitage à la première tournée de vaccination antipoliomyélitique (pour les enfants de 12 à 59 mois) et la vitamine A à la seconde tournée (pour les enfants de 6 à 59 mois). Cette décision avait de plus l'avantage d'améliorer l'absorption de la vitamine A, du fait que les enfants commencent par être déparasités.

le déparasitage à la première tournée de vaccination antipoliomyélitique (pour les enfants de 12 à 59 mois) et la vitamine A à la seconde tournée (pour les enfants de 6 à 59 mois). Cette décision avait de plus l'avantage d'améliorer l'absorption de la vitamine A, du fait que les enfants commencent par être déparasités.

### Adjonction à la campagne contre la rougeole

On prévoit maintenant d'ajouter la vitamine A et le déparasitage aux JLV contre la rougeole dans 2 des 11 provinces à l'aide d'une stratégie fixe. C'est la première fois que ces trois interventions sanitaires seront délivrées simultanément en RDC, ce qui officialise le regroupement minimum d'interventions pour accélérer la réduction de la mortalité des moins de 5 ans à l'échelle nationale.



Un enfant attend son traitement au cours de la campagne en RDC

© DRC/UNICEF

### Commentaires des communautés et des parents

L'expérience de la RDC fait apparaître clairement que le déparasitage est très populaire.

Au cours de la campagne d'administration de la vitamine A comme de celle contre la poliomyélite, les parents sont revenus pour demander de traiter leurs enfants plus âgés lorsqu'ils ont constaté les effets immédiats du mébendazole. Le personnel de la campagne contre la poliomyélite a signalé que l'adjonction du déparasitage avait un effet mobilisateur et avait permis de couvrir des enfants qui, autrement n'auraient pas été vaccinés.

Au cours des deux campagnes, on a signalé une « très forte » demande pour les comprimés. La campagne d'administration de la vitamine A attribue ainsi au déparasitage l'augmentation de 14 % de la couverture (70 % en 2004 lorsqu'elle a été administrée seule et 84 % en 2005, avec le déparasitage)..

### Guide du déparasitage et de la vitamine A

Pour aider les équipes sur le terrain, un guide du déparasitage et de l'administration de la vitamine A a été publié. Comme le guide de la vitamine A existait déjà, on y a ajouté une page d'instructions pour le déparasitage afin d'indiquer les posologies correctes à tous les âges et certains messages fondamentaux à délivrer aux parents pour leur expliquer pourquoi ils doivent traiter leurs enfants.

## GUIDE DU DEPARASITAGE

**République démocratique du Congo**  
**Ministère de la Santé**



GUIDE DU DEPARASITAGE  
et de la VITAMINE A

**Deux fois par an : tous les 6 mois**




- 1** **Qu'est-ce que le déparasitage ?**  
C'est un traitement pour éliminer les vers intestinaux chez l'enfant.
- 2** **Pourquoi éliminer les vers intestinaux ?**  
Parce qu'ils peuvent provoquer l'anémie, empêcher les enfants de bien grandir et diminuer leurs capacités d'apprentissage.
- 3** **Comment élimine-t-on les vers intestinaux ?**  
En administrant du mébendazole deux fois par an. L'enfant doit croquer le comprimé et l'avaler en présence de celui qui le lui a donné.
- 4** **Posologie : mebendazole**

| Age     | Posologie | Nbr. de comp. |
|---------|-----------|---------------|
| 1-5 ans | 500 mg    | 1             |
- 5** **Combien de fois faut-il traiter les enfants à partir de l'âge de 1 an ?**  
Deux fois par an, à six mois d'intervalle à partir de l'âge de 1 an.
- 6** **Peut-on donner du mébendazole aux enfants avant l'âge de 1 an ?**  
Non, les enfants âgés de 0 à 11 mois ne doivent pas être traités au mébendazole.
- 7** **Message essentiel pour le déparasitage**  
« Chers parents, traitez vos enfants de 1 à 5 ans pour les débarrasser des vers intestinaux. Ils auront ainsi une bonne nutrition, une bonne croissance et pourront mieux apprendre à l'école »

## GUIDE DE LA VITAMINE A

| 1 | Posologie |  |              |
|---|-----------|--|--------------|
|   | Age       | Capsules de vitamine A<br>Couleur    Posologie | Nbr de comp. |
|   | 6-11 mois | Bleue    100,000 IU                            | 1            |
|   | 1-5 ans   | Rouge    200,000 IU                            | 1            |

- 2** **Que faire s'il n'y a pas les capsules requises pour l'âge de l'enfant :**  
**Quand il n'y a que des capsules rouges (200 000 UI):**  
 - Administrer 3 gouttes seulement d'une capsule rouge aux enfants de 6 à 11 mois. Jeter le reste de la capsule.  
 - Donner une capsule complète aux enfants de 1 à 5 ans  
**Quand il n'y a que des capsules bleues (100 000 UI):**  
 - Donner une seule capsule bleue aux enfants de 6 à 11 mois.  
 - Donner deux capsules bleues aux enfants de 1 à 5 ans.
- 3** **Matériel nécessaire pour administrer la vitamine A:**  
 - Capsules de vitamine A (bleues at rouges)  
 - Eau propre  
 - Ciseaux ou aiguilles  
 - Savon  
 - Une serviette propre
- 4** **Quand faut-il donner la vitamine A aux enfants ?**  
Il faut donner de la vitamine A tous les 6 mois aux enfants de 6 mois à 5 ans.
- 5** **Comment donne-t-on la vitamine A ?**  
 1. Couper la pointe de la capsule avec des ciseaux ou la percer avec une aiguille.  
 2. Retourner la capsule dans la bouche de l'enfant.  
 3. Vider tout le contenu dans la bouche de l'enfant.
- 6** **Que fait-on du reste des capsules ?**  
Il faut évacuer toutes les capsules vides dans les sites qui conviennent pour les déchets.
- 7** **Comment doit-on conserver les capsules de vitamine A ?**  
Il faut les garder dans le récipient d'origine, bien fermé, à l'abri de la lumière et de la chaleur. On ne peut pas garder ces capsules dans des sacs en papier.
- 8** **Pourquoi donner de la vitamine A aux enfants ?**  
Parce que la vitamine A renforce l'immunité des enfants contre les infections, les aide à grandir et évite la malnutrition. De 0 à 6 mois, le nourrisson trouve les quantités nécessaires de vitamine A dans le lait de sa mère s'il est exclusivement allaité au sein.
- 9** **Message essentiel pour la vitamine A**  
« Chers parents, donnez tous les 6 mois de la vitamine A à tous vos enfants, de 6 mois à 5 ans, pour les protéger des maladies et pour qu'ils grandissent bien. »

## AVANTAGES DU REGROUPEMENT DES INTERVENTIONS

### Le déparasitage est très apprécié

Les communautés et les parents apprécient beaucoup le déparasitage car ils peuvent en observer le résultat, les vers expulsés dans les selles de leurs enfants, quelques heures après le traitement. En quelques jours les enfants vont mieux, ils sont plus actifs et ont de nouveau de l'appétit. Le fait d'ajouter le déparasitage à n'importe quel programme augmente l'affluence aux postes assurant les soins.



Foule se pressant à un poste de santé au cours d'une campagne intégrée en Zambie.

© François D'Elbée/UNICEF Zambie

### Economies

Il peut être rentable d'ajouter des produits aux campagnes à grande échelle. Le Togo a signalé que le fait de regrouper plusieurs interventions (rougeole, MII, polio et déparasitage) avait permis d'économiser du temps et de l'argent. Le coût total par enfant était de US \$6,92, dont US \$0,02 pour le comprimé de mébendazole.

### Les données initiales attestent de l'impact

La décision de traiter les enfants d'âge préscolaire est souvent prise sur la base des taux d'infection observés dans les écoles. En République-Unie de Tanzanie, les organisateurs du programme ont signalé qu'une enquête initiale chez les enfants d'âge préscolaire aurait été utile pour démontrer l'impact de leur programme, notamment auprès des donateurs. Au Népal par exemple, une étude pour évaluer l'impact du déparasitage a montré qu'après seulement deux tournées, les taux d'anémie avaient baissé de 75 %, une preuve convaincante des bienfaits de ces interventions peu coûteuses pour la santé.

## PROBLEMES

### Ingestion des comprimés

Certains pays ont signalé que les enfants les plus jeunes (principalement ceux de 1 à 2 ans) ont du mal à avaler les gros comprimés de déparasitage. On a demandé aux parents et au personnel de santé de les aider en écrasant le comprimé dans une cuiller avec quelques gouttes d'eau. Cela ralentit cependant le passage des enfants dans le poste de soins. Dans un pays, les organisateurs ont augmenté le nombre des jours de traitement en s'appuyant sur les services de santé locaux, de façon à ne laisser aucun enfant de côté.



Un assistant écrase un comprimé de déparasitage en République-Unie de Tanzanie.

© Dr John Dunlop



Administration d'un comprimé écrasé à un jeune enfant en République-Unie de Tanzanie.

© Dr John Dunlop

**L'OMS recommande de n'administrer que des comprimés à croquer aux enfants d'âge préscolaire, avec de l'eau sûre. L'OMS et ses partenaires surveillent les programmes en cours d'exécution pour veiller à la sécurité et au respect des lignes directrices données par l'Organisation.**

**Ne surchargez pas les programmes!**

Les programmes en cours ne doivent pas être surchargés par trop d'activités supplémentaires. Avec la décentralisation croissante des responsabilités au niveau des personnels des districts, l'intégration des programmes devrait alléger leur charge de travail, pas l'alourdir.

**ENSEIGNEMENTS**

**Appui politique et adhésion des communautés**

L'appui politique de haut niveau et l'adhésion des communautés sont importants pour le succès de tout programme, plus particulièrement quand il s'agit d'un programme intégré pour lequel les attitudes des administrateurs et d'autres ne sont pas encore orientées vers une délivrance commune des services.

**Suivi et évaluation**

Il faut également planifier bien à l'avance les rapports et les contrôles conjoints, de façon à ce que les formulaires de collecte des données puissent être adaptés et testés sur le terrain avant d'être utilisés.

**Pas assez de temps, pourtant la couverture a augmenté**

Les responsables de la planification des programmes intégrés ont exprimé à maintes reprises la nécessité d'augmenter beaucoup le temps consacré aux préparatifs. Quand on a besoin de tous les produits (MII, capsules de vitamine A, comprimés de mébendazole et vaccins contre la rougeole), les procédures pour se les procurer doivent commencer des mois à l'avance. Tout retard pour un seul des produits se répercute sur l'ensemble du programme.

Si les divers éléments sont financés par différents bailleurs de fonds, la situation devient encore plus complexe. De l'autre côté, tous les pays qui se sont lancés dans un programme intégré signalent que l'offre de plusieurs produits de santé améliore la participation.



Zambie: enfant avec moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée.

© François d'Elbée/UNICEF Zambie

**De même que la PCIME reconnaît que l'intégration est essentielle pour prendre en charge un enfant malade, les programmes qui s'occupent de la survie de l'enfant doivent dépasser le cadre de la maladie isolée et prendre en compte la santé générale de chaque enfant.**

Nous espérons beaucoup que la lecture d'« **Agir contre les vers** » est agréable et informative. Pour toute observation sur les numéros déjà publiés ou pour toute proposition concernant des sujets que vous voudriez voir aborder dans de prochains numéros, n'hésitez pas à nous envoyer un courriel à : [wormcontrol@who.int](mailto:wormcontrol@who.int)