

WORLD HEALTH ORGANIZATION

REGIONAL OFFICE FOR AFRICA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

SEDE REGIONAL EM ÁFRICA

PROGRAMME DE PREVENTION DE LA CECITE

BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE

RAPPORT D'UN SEMINAIRE SOUS-REGIONAL SUR
LA PREVENTION DE LA CECITE

Bureau interpays de développement sanitaire,
Bujumbura, Burundi, 2-6 novembre 1987

Un séminaire sous-régional sur la prévention de la cécité s'est déroulé à Bujumbura, Burundi, du 2 au 6 novembre 1987, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé et du Gouvernement du Burundi. Ce séminaire a réuni 12 participants, ophtalmologistes médecins ou infirmier(e)s, représentant 11 pays de la Sous-région : Angola, Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée Equatoriale, Madagascar, République Centrafricaine, Rwanda, Tchad et Zaïre. Deux observateurs d'une organisation non gouvernementale (Christoffel Blindenmission) étaient également présents.

Les séances d'ouverture et de clôture du séminaire ont été présidées par le Directeur de la santé du Ministère de la Santé Publique.

La salle de conférence du Bureau Sous-régional pour le Développement de la Santé (Sous-région II) a été utilisée pour les travaux des participants.

L'ordre du jour et la liste des participants sont reproduits respectivement dans les Annexes 1 et 2.

Le français a été retenu comme langue de travail. Les thèmes retenus, pour la plupart, ont été présentés sous la forme d'une conférence.

En complément une table ronde et un symposium ont été organisés et un exercice de réflexion épidémiologique a été proposé.

La dernière journée a été consacrée à la formulation de recommandations et à l'évaluation finale du séminaire (Annexe 3)

La liste des documents remis aux participants est reproduite en Annexe 4.

1. OBJECTIFS

Les objectifs de cette rencontre étaient libellés comme suit :

1.1 Objectifs généraux

- (i) Passer en revue les activités de prévention de la cécité en cours de réalisation dans chacun des pays participants. Discuter les orientations futures.
- (ii) Discuter les moyens nécessaires pour initier et mettre en place des activités nouvelles, et renforcer les services de santé oculaire dans le cadre des soins de santé primaire.
- (iii) Emettre des recommandations pour élaborer et/ou renforcer des plans nationaux de prévention de la cécité, avec mention spéciale pour la résolution du problème de santé publique posé par la cataracte.

1.2 Objectifs pédagogiques

A l'issue de ce séminaire, il était attendu que les participants soient capables, ou aient la motivation de :

- (i) Discuter les facteurs qui doivent faire l'objet d'une analyse approfondie lorsqu'on aborde les problèmes de cécité et de santé oculaire dans un contexte défini.

- (ii) Participer à la formulation, à la mise en place et à la gestion d'un programme d'action pour la promotion de la santé oculaire et la prévention des incapacités imputables à la perte de vision.
- (iii) Organiser, former et superviser une équipe de santé oculaire capable d'exécuter un programme de prévention de la cécité.
- (iv) Evaluer périodiquement le résultat des activités en cours dans le cadre de la structure économique et sociale dans laquelle elles sont exécutées.
- (v) Coopérer avec les responsables des autres secteurs de la santé et du développement national.
- (vi) Elargir la pratique l'ophtalmologie, de l'individu à la collectivité, et savoir comment communiquer avec les spécialistes de santé publique et/ou les organisations non gouvernementales.

2. LES RAPPORTS NATIONAUX

Au décours des interventions des onze représentants, le séminaire a résumé les informations recueillies dans le tableau suivant :

Pays	Population (millions) Superficie	PNPC* (+)(-)	No. centres No. ophtalmologistes (nationaux)	SSP** SOP (+)(-)	Causes de cécité	Prévalence de cécité
Angola	8 m 1.246.700 km ² (+ Cabinda)	(+)(1986)	3 centres 3 ophtalmologistes (1)	(+)	Cataracte Glaucome Onchocercose Xérophtalmie	?
Burundi	5 m 28.000 km ²	(+)	3 centres 6 ophtalmologistes (1) Equipe mobile	(+)	Cataracte Glaucome Traumatisme Infections	?
Cameroun	10 m 475.000 km ²	(-)	Centre tertiaire 1 Centres secondaires 10 Centres privés 2 19 ophtalmologistes (11)	(+)	Cataracte Glaucome Traumatisme Onchocercose Infections	?
Congo	2 m 342.000 km ²	(-)	Centre tertiaire 1 Centres secondaires 4 6 ophtalmologistes (5)	(-)	Cataracte Glaucome Traumatisme	?
Gabon	1,5 m 267.700 km ²	(-)	6 centres 8 ophtalmologistes (2)	(+)	Cataracte Glaucome Traumatisme	?
Guinée Equatoriale	0,312 m 26.052 km ²	(-)	2 centres 4 ophtalmologistes (2)	(-)	Cataracte Glaucome Gonococcie Infections Traumatisme	?
Madagascar	12 m 587.000 km ²	(-)	6 centres 10 ophtalmologistes (10)	(+)	Cataracte	?
République Centrafricaine	2,5-3,0 m 623.000 km ²	(-)	2 centres 2 équipes mobiles	(-)	Cataracte Onchocercose Glaucome Infections Traumatisme	?
Rwanda	6 m 26.268 km ²	(-)	3 centres 5 ophtalmologistes (3)	(+)	Cataracte Infections Xérophtalmie Glaucome	?
Tchad	5 m 1.284.000 km ²	(+)(1986)	1 centre 1 ophtalmologiste (0) 6 infirmiers spécialistes (4 centres)	(-)	Cataracte Glaucome Trachome Onchocercose	48% 15% 23% 2,3%
Zaïre	30 m 2.345.000 km ²	(-)	20 centres - 3 universitaires (1 qui forme les ophtalmologistes) - 17 autres centres 24 ophtalmologistes (18)	(+)	Onchocercose Cataracte Glaucome Atrophie optique Traumatisme Infections	?

* PNPC = Programme National de Prévention de la Cécité

** SSP = Soins de santé primaires

SOP = Soins oculaires primaires

3. LA CECITE DANS LE MONDE ET EN AFRIQUE - LE ROLE DE L'OMS - MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME DE PREVENTION DE LA CECITE DANS LA REGION AFRICAINE (Sujets présentés par les Drs Thylefors, Toufic et Chuwa)

La perte de vision et l'incapacité qui en découle représentent un problème médico-sanitaire et socio-économique grave pour de nombreuses populations de pays en développement. Dans les régions rurales, où les maladies cécitantes sont souvent endémiques, il est fréquent qu'environ 3 à 5% des habitants soient atteints de déficiences visuelles sévères (baisse de vision, cécité binoculaire, perte unilatérale de vision).

Le trois quarts des aveugles du monde (dont le nombre est estimé à 28 millions) vivent dans les pays en développement. Les principales causes de ce lourd excès de cas de cécité sont d'origine infectieuse (trachome, kérato-conjonctivites), nutritionnelle (avitaminose A), parasitaire (onchocercose). Le pénurie de personnels qualifiés et d'équipements qui permettraient de traiter les affections courantes que sont la cataracte et le glaucome est également à prendre en considération. L'expérience acquise dans plusieurs pays montre qu'environ 80% des cas de cécité sont évitables dans les pays en développement, c'est à dire qu'ils peuvent être prévenus ou guéris par des techniques simples et déjà connues, si elles étaient appliquées systématiquement au niveau communautaire.

Si l'on se fonde sur les données des rapports disponibles, on constate que l'on trouve les taux de cécité les plus élevés du monde dans certains pays de la Région africaine. En moyenne, la prévalence estimative de la cécité est supérieure à 1,2% pour l'ensemble de la Région. Avec une population totale d'environ 400 millions d'habitants, on estime qu'il y a, dans la Région, environ 5 millions de personnes qui souffrent de la cécité et, 2 à 4 fois plus dont la vision est faible lorsqu'on retient les définitions proposées par la 9^{ème} Révision (1975) de la Classification Internationale des Maladies.

En Afrique, les principales causes de la cécité sont la cataracte, l'onchocercose, le trachome, la carence en vitamine A et les traumatismes. Plus de 80% des cas de cécité pourraient être prévenus ou guéris par une bonne hygiène, une alimentation adéquate, des mesures de sécurité, la lutte antivectorielle, le traitement précoce des maladies oculaires. Toutefois les mesures permettant de mener à bien les actions précitées sont entravées par de nombreux facteurs, et entre autres, le fait que la communauté n'est pas suffisamment consciente de l'ampleur du problème. Les ressources disponibles pour la prévention de la cécité sont non seulement peu abondantes, mais elles sont le plus souvent réservées aux centres urbains et revêtent la forme de services curatifs ou de restauration de la vue.

A la suite de résolutions prises par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1969, 1972 et 1975, l'Organisation mondiale de la Santé, a mis en place en 1978 un Programme de Prévention de la Cécité (PBL). Bien avant cette date, plusieurs Etats Membres avaient déjà collaboré avec l'Organisation à un certain nombre d'activités préventives et de prestations de services (principalement pour lutter contre le trachome).

Parmi les buts prioritaires du programme de Prévention de la Cécité, il faut retenir l'élimination de la cécité qui peut être évitée, la promotion de soins oculaires, et la mise à disposition des populations de prestations de soins oculaires essentiels. L'objectif à long terme est de ramener le taux de cécité national à moins de 0,5% de façon que le taux dans une communauté donnée ne dépasse pas 1%.

Le programme a mis au point une approche fondée sur l'application au domaine de la santé oculaire de la stratégie des soins de santé primaires.

En effet la plupart des facteurs responsables de la cécité sont bien connus et remplissent les conditions requises pour une prévention primaire. A cet effet, l'OMS encourage les programmes communautaires dont les priorités reposent sur la prévention, la détection précoce et le traitement en faisant appel, dans toute la mesure du possible, aux services de santé publique existants à tous les niveaux, y compris les districts et les villages.

Par ailleurs, l'OMS a collaboré avec les Etats Membres et/ou avec plusieurs organisations non gouvernementales pour effectuer des enquêtes dans les pays qui le demandent. Ainsi en Afrique des enquêtes limitées ont déjà été effectuées au Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Malawi, Mali, Mauritanie, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Swaziland, Tchad, Togo et Zambie. Ces enquêtes ont révélé que la prévalence de la cécité dans la plupart des pays était de 1% et plus.

L'OMS a assuré une large diffusion aux informations disponibles et à la documentation technique. Parmi ces documents d'information, une affiche sur la prévention de la cécité dans les soins de santé primaires a suscité un vif intérêt. Cette affiche existe en anglais, en français, en portugais, en swahili, en haoussa, en arabe, en espagnol...

Il faut encore noter que le Programme OMS de lutte contre l'onchocercose a enregistré des progrès très satisfaisants grâce à ses activités de lutte antivectorielle, mais cette maladie constitue encore un problème de santé important dans les zones non traitées. L'homologation du nouveau médicament, MECTIZAN, semble devoir ouvrir un champ d'action plus vaste par sa plus grande facilité d'utilisation (une dose tous les 6 mois), et la moindre éventualité d'effets secondaires.

L'intérêt que les autorités nationales portent au problème de la cécité s'est manifesté par un nombre plus grand de pays qui ont déjà formulé des programmes nationaux et par la création de comités chargés de la prévention de cette incapacité. Parmi ces pays citons le Botswana, Burkina Faso, Ethiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Swaziland, Tanzanie et Zambie. Les Etats Membres ont continué d'allouer une part toujours plus grande des fonds fournis par l'OMS au programme de prévention de la cécité. Les chiffres alloués à cette fin sont passés de pratiquement 0 au cours du biennium 1980-1981 à US\$ 131 000 pour la période 1986-1987. Il est espéré que, les années à venir, verront la formulation d'un plus grand nombre de programmes nationaux et des attributions de crédits plus conséquentes à la prévention de la cécité dans la Région africaine.

4. OPHTALMOLOGIE DE SANTE PUBLIQUE (OSP) (Présentation Dr Négrel)

Depuis quelques années l'OSP a été définie* comme l'ensemble des connaissances qui englobent tout ce qui peut être fait à l'échelle de la collectivité pour promouvoir la santé oculaire et en particulier prévenir l'incapacité imputable à la perte de vision et à la cécité.

L'OSP ne doit pas être comprise comme une sous-spécialité de l'ophtalmologie; elle exige une approche interdisciplinaire. Elle autorise l'abord de problèmes de santé oculaire de façon rigoureuse et quantitative, grâce à l'épidémiologie, à la biostatistique, et à l'utilisation des techniques modernes de gestion.

* Public Health Ophthalmology, Conference for the Prevention of Impaired Vision and Blindness, Paris, May 1974, Dr W. Junk, b.v. Publishers, The Hague, Netherlands.

Le séminaire a eu l'occasion de consacrer plus de temps à discuter ce point au cours du symposium : "Planification, gestion et évaluation d'un programme nationale de prévention de la cécité" (page 8).

Il a été rappelé que la mise en place, à l'échelle d'un pays, de mesures préventives ou curatives, fait largement appel à l'identification et à la surveillance d'indicateurs de santé oculaire (prévalence globale, taux spécifiques par cause...).

La méthodologie des enquêtes épidémiologiques de prévalence, préconisée par PBL, a donc été présentée : il s'agit d'enquêtes par sondage aléatoire, de la population générale, stratifiées, sélectionnant des grappes dont tous les sujets sont examinés. La plupart des tâches effectuées au cours de telles enquêtes peuvent être menées à bien par du personnel non spécialisé, au terme d'une courte période de formation (4 à 5 jours), à la condition que ce personnel demeure sous stricte supervision lors de la collecte des données.

5. DEVELOPPEMENT DES PERSONNELS DE SANTE (Présentations : Dr Négrel, Professeur Bâ, Dr Chuwa)

Il a été reconnu que certaines tendances se dessinent clairement dans les Etats Membres de la Région africaine en ce qui concerne le développement des personnels sanitaires, où l'on tend à renforcer les capacités techniques, des agents de santé, à tous niveaux de compétence, pour pouvoir mobiliser la totalité de leur potentiel au profit des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Il semble pourtant que les problèmes spécifiques de formation en santé oculaire, faute d'avoir préalablement précisé les besoins, n'aient pas toujours été pris en considération. Il est donc utile pour certains pays de procéder à une étude approfondie du type de formation, de répartition et d'utilisation des personnels de santé oculaire, en vue de formuler leurs politiques nationales et des plans nationaux de prévention de la cécité fondés sur le principe d'un développement intégré du système de santé oculaire et des personnels correspondants.

Actuellement, une réelle pénurie de personnel de santé oculaire, à tous les échelons, persiste, faute d'engagement politique, faute de candidats, faute d'établissements d'enseignement.

Le nombre total d'ophtalmologistes dans la Région africaine est inférieur à 500, ce qui donne un rapport approximatif de un ophtalmologiste par million d'habitants. La plupart d'entre eux sont des expatriés qui assurent les soins curatifs et qui mènent des activités de restauration de la vue dans les zones urbaines. Dans certains pays, notamment ceux d'Afrique orientale et australe, les services de soins oculaires sont souvent assurés, principalement au niveau de la province et du district, par des assistants médicaux spécialisés.

Neuf pays seulement ont créé des établissements de formation pour les personnels des services d'ophtalmologie. La formation des ophtalmologistes est assurée en Côte d'Ivoire, Ethiopie, Kenya, Mali, Nigeria, Sénégal, Tanzanie et Zaïre. Les assistants médicaux spécialisés dans les soins oculaires sont formés en Ethiopie, Kenya, Malawi, Nigeria et Tanzanie. Dans un pays, le Nigeria, on forme des opticiens; la Tanzanie assure la formation d'opticiens et d'auxiliaires médicaux spécialisés dans les soins oculaires.

L'institut de formation des auxiliaires de Lilongwe (Malawi), continue de former pour différents pays de la Région des assistants médicaux chargés des soins oculaires. Au moins 80 personnels auxiliaires ont à ce jour obtenu leur diplôme de cet institut, principalement grâce au programme de bourses de l'OMS. Ces assistants chargés des soins oculaires assurent actuellement des prestations de services dans les pays tels que le Botswana, le Lesotho, le Malawi, la Sierra Leone, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe.

Plusieurs autres médecins de la Région ont également bénéficié du programme de bourse de l'OMS qui vise à former des ophtalmologistes, tant dans la Région qu'à l'extérieur. L'institut d'ophtalmologie tropicale de Bamako bénéficie de l'assistance de l'OMS pour ses activités de formation. La formation d'infirmiers-spécialistes et plus récemment d'ophtalmologistes est assurée dans cet institut qui est, le seul centre collaborateur de l'OMS pour la prévention de la cécité dans la Région africaine.

Depuis 1980, plusieurs activités éducatives ont été organisées par l'OMS en collaboration avec les organisations non gouvernementales. Parmi ces dernières, citons les ateliers sous-régionaux qui ont été organisés à Lilongwe, Malawi, en 1980 et à Accra, Ghana, en 1982. Des colloques nationaux se sont tenus en Zambie en 1983 et en Mauritanie en 1986. En 1984, un séminaire sous-régional a été organisé à Kampala, Ouganda, et un congrès scientifique à Moshi, Tanzanie. Ces activités ont été menées avec la participation de ressortissants de plusieurs pays de la Région et de membres d'organisations non gouvernementales travaillant dans le domaine de la prévention de la cécité en Afrique.

Compte tenu de la nature de PBL dont le concept de base fait appel aux soins oculaires primaires, il s'agit également de prévoir la formation et les moyens de supervision de nouvelles catégories de personnels : les agents de santé communautaires.

Les coordinateurs de programme doivent savoir que le recours à de telles catégories de personnels soulèvent toute une série de problèmes, concernant leur formation, leur éventuelle rémunération, leurs rapports avec la communauté desservie et avec le système de santé officiel, leur encadrement et le soutien logistique dont ils ont besoin.

Il a été précisé que la création de ces nouvelles catégories de personnels et la réorientation du personnel en place vers des tâches d'intérêt communautaire, ont des conséquences importantes pour les politiques d'utilisation des personnels de santé, particulièrement sur le rôle et les fonctions du personnel infirmier.

6. LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES (ONG) (Présentation : Dr Thylefors, intervenant : Dr Potter (CBM))

Le Programme OMS de Prévention de la Cécité entretient des relations suivies avec plusieurs organisations non gouvernementales (ONG). En effet à la suite de discussions techniques tenues en 1985, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, sur la collaboration entre les ONG et l'OMS, certaines ONG d'envergure internationale (liste et références remises aux participants) ont créé un Groupe consultatif auprès du Programme de l'OMS de Prévention de la Cécité (PBL) en vue d'intensifier la collaboration aux activités et de favoriser la coordination des efforts. Il a été décidé que la présidence de ce groupe consultatif serait assumée à tour de rôle, pour une durée de deux ans, par chacune des organisations affiliées.

Les ONG internationales participant activement à l'exécution du Programme OMS sont regroupées au sein de l'Organisation mondiale pour la Prévention de la cécité (IAPB). Cette organisation a été très active lors de la création du Programme OMS, dans les années 1970.

Un des représentants de la Christoffel Blindenmission (CBM) a précisé les différentes formes de soutien et de collaboration qu'une ONG peut fournir à un comité national de prévention de la cécité :

- (1) planification d'un programme national
- (2) échanges d'informations et d'expertise
- (3) formation de personnel et fournitures d'aides pédagogiques
- (4) fournitures de matériel et de médicaments
- (5) création d'ateliers pour la fourniture de verres correcteurs à prix modiques
- (6) mobilisation de ressources

Pour la Région africaine, le Dr Chuwa a ajouté que, en collaboration et avec le soutien financier des organisations non gouvernementales*, un groupe spécial pour la prévention de la cécité a tenu une réunion à Brazzaville en octobre 1986. Cette réunion a reconnu la gravité de la situation en matière de santé oculaire et a recommandé vivement que les soins oculaires essentiels soient assurés à l'ensemble de la population. Elle a prié instamment les Etats Membres de faire en sorte que la prévention de la cécité soit partie intégrante du système de santé publique national qui englobe les soins de santé primaires. Compte tenu de l'ampleur du problème imputable à la cataracte non opérée dans les pays de la Région, il a été recommandé que l'on adopte des stratégies de rechange pour la chirurgie de la cataracte qui pourrait être confiée à des non spécialistes comme cela a déjà été fait dans certaines parties de l'Afrique de l'ouest et de l'Afrique australe avec des résultats encourageants.

Par ailleurs la disponibilité de fonds extrabudgétaires a permis récemment à l'OMS d'acheter des médicaments et du matériel pour un certain nombre de pays. Ces mesures sont venues renforcer les efforts que les Etats Membres et les organisations non gouvernementales déploient pour lutter contre ces maladies et contre les autres risques responsables de la cécité.

7. PLANIFICATION, GESTION ET EVALUATION D'UN PROGRAMME NATIONAL DE PREVENTION DE LA CECITE - SYMPOSIUM (Intervenants : Dr Thylefors, Professeur Bâ, Dr Toufic, Dr Chuwa, Dr Négrel)

Orientations du symposium

Le Programme OMS de Prévention de la Cécité vise à réduire la cécité évitable, actuellement excessive, dans les pays en développement. Ceci comporte à la fois la lutte contre des maladies cécitantes déterminées et la fourniture de soins oculaires essentiels pour tous, dans le cadre des soins de santé primaires. La mise en place rationnelle de telles activités implique l'identification et le respect de certains principes directeurs d'un processus gestionnaire compatible avec les ressources disponibles.

* Christoffel Blindenmission, Helen Keller International Inc., International Eye Foundation & Royal Commonwealth Society for the Blind.

(1) Une première étape, essentielle, en vue de la planification et de l'exécution d'un programme national, consiste à recueillir des informations générales sur le pays, sur l'état de santé des populations (y compris la santé oculaire) et sur les services existants. Sur la base de ces informations les autorités sanitaires nationales seront en mesure de planifier un programme national.

(2) La phase de planification, consiste en la formulation d'un programme national : elle comprend l'analyse des problèmes, la détermination de la politique générale et des priorités, la fixation des objectifs, la formulation d'une stratégie sanitaire et la programmation d'ensemble (par exemple soins oculaire intégrés, programmes intensifs de lutte spécifique contre une maladie, formation, soutien logistique, mobilisation des ressources, recherche opérationnelle, surveillance continue et évaluation).

(3) La programmation détaillée, fait partie d'un processus gestionnaire plus vaste pour le développement sanitaire national; elle comporte trois phases consécutives dans la mise en oeuvre du programme : la Phase Initiale, la Phase d'Elargissement et la Phase de Consolidation et d'Intégration. Chaque phase identifie clairement des objectifs, des buts, des activités détaillées, sa couverture, les personnels nécessaires, sa logistique et ses fournitures, la participation communautaire, ses relations avec le système de santé, son budget programme, son calendrier d'action, les moyens de supervision et d'évaluation.

(4) La surveillance continue du programme est un processus débutant dès la phase de démarrage, se poursuivant au cours des phases consécutives de l'exécution afin de s'assurer que tout se passe comme prévu, conformément au calendrier; elle permet de suivre toutes les composantes des activités en cours, les questions de personnel, de fournitures et de matériel, l'adéquation des dépenses effectuées par rapport aux affectations budgétaires.

(5) L'intégration totale du programme de prévention de la cécité dans le système de santé fondé sur les soins de santé primaires constitue le but ultime qui doit être atteint au moment de l'évaluation finale du programme national. Une telle évaluation doit tenir compte de l'impact du programme sur le développement socio-économique.

8. LA CATARACTE EN AFRIQUE - TABLE RONDE (Président : Professeur Kayembe, Rapporteurs : Professeur Botaka, Dr Bireha)

Les participants de la table ronde ont reconnu d'emblée que la cataracte représentait de loin, dans chacun des pays de la Sous-région, la cause la plus fréquente de cécité (de 40 à 50% des cas), et qu'il y avait une accumulation, sans cesse croissante, de cas non opérés. Cette situation impose donc aux familles et aux pays la prise en charge de milliers de cas de cécité "inutiles", puisqu'un traitement chirurgical efficace et (relativement) peu coûteux existe et devrait être proposé, pour restaurer la vision perdue.

Les participants ont proposé que l'approche des soins de santé primaires soit tentée, chaque fois que l'organisation des services de santé nationaux le permettra, pour appréhender le problème de santé publique posée par ce type de cécité évitable, car curable. Il a été estimé qu'une telle stratégie favoriserait :

- (1) la prise de conscience par les populations de l'existence d'une possibilité de soins
- (2) le dépistage précoce des cas au niveau périphérique
- (3) le transfert des cas susceptibles d'être opérés.

La corollaire indispensable à cette démarche, consiste à renforcer, à créer et à multiplier des unités de soins oculaires, offrant des services complets de chirurgie de la cataracte (phakoexérèse et fournitures de verres correcteurs), accessibles géographiquement et culturellement au plus grand nombre.

L'augmentation prévisible de la "demande" impose dès à présent la formation de personnels susceptibles de prendre en charge les patients dépistés au niveau primaire. Considérant la pénurie actuelle d'ophtalmologistes dans la Sous-région (1 pour 1 000 000 d'habitants), qui ira s'aggravant compte tenu du temps nécessaire à la formation de ce type "idéal" de spécialistes, des solutions alternatives, temporairement acceptables, ont été discutées pour l'émergence de nouvelles catégories d'"opérateurs de la cataracte". Les possibilités d'orienter dans ce sens certains chirurgiens-généralistes, d'initier certains médecins aux techniques d'anesthésie rétrobulbaire, d'extraction intra-capsulaire du cristallin et de surveillance des cas opérés, ont longuement été débattu. L'expérience positive de certains pays africains (Kenya, Malawi, Tanzanie...) en matière de délégation de cette tâche chirurgicale à des assistants dûment formés et supervisés, a également retenu l'attention des participants.

A la suite de cette table ronde, les recommandations suivantes ont été émises :

RECOMMANDATIONS EMISES PAR LES PARTICIPANTS DE LA TABLE RONDE SUR "LA CATARACTE EN AFRIQUE"

Les participants du Séminaire sous-régional sur la Prévention de la Cécité ont unanimement reconnu que la cataracte représente la première cause de cécité dans la majorité des pays africains.

Ceci est particulièrement vrai en milieu rural où la cataracte sénile et présénile survient précocément, sans prévention possible.

A la suite de cette analyse ils ont formulé les recommandations suivantes :

1. La cataracte, première cause de cécité, doit être considérée comme un problème de santé publique prioritaire dans chaque pays.
2. Le dépistage de la cataracte doit s'effectuer à l'échelon primaire des soins oculaires.
3. Des centres de soins oculaires doivent être créés ou renforcés au niveau secondaire; en ce qui concerne le traitement chirurgical de la cataracte ces centres peuvent être fixes ou mobiles.
4. Une information adéquate de la population insistera sur le fait que la cataracte est une affection curable, l'extraction du cristallin permettant la restauration de la vue.
5. L'acquisition de verre d'aphaque à un prix modique par les malades opérés est nécessaire et doit être rendue possible. De tels verres devraient figurer sur la liste des médicaments essentiels.
6. Outre la participation directe de l'individu et/ou de la collectivité (telle qu'elle est en vigueur dans les différents pays de la Sous-région) un financement complémentaire est à prévoir pour le développement de programmes de la chirurgie de la cataracte, proposant l'acte chirurgical, la surveillance post-opératoire et la fourniture de verres. L'attribution des crédits nécessaires peut provenir, soit d'organismes gouvernementaux, soit d'organisations non gouvernementales.

7. Toute initiative incitant les ophtalmologistes à occuper des postes de travail en zone rurale, médicalement mal desservie, est susceptible d'améliorer significativement le rendement des programmes de chirurgie de la cataracte.
8. Compte tenu du nombre très insuffisant d'ophtalmologistes dans les pays appartenant à la Sous-région, la formation de chirurgiens de la cataracte est vivement recommandée. Le recrutement pourrait se faire parmi les chirurgiens généralistes et les médecins omnipraticiens ayant une expérience chirurgicale.
9. Pour apprécier la qualité des soins, une supervision permanente des personnels et des procédures doit être assurée.
10. La chirurgie de la cataracte par les tradipraticiens (abaissement du cristallin) doit être bannie. Il est recommandé que cette pratique soit découragée par une large information des populations.
11. Un inventaire des moyens, tant humains, que matériels ou logistiques, est nécessaire afin de permettre leur utilisation rationnelle dans le but d'opérer le plus grand nombre de cataractes.
12. L'impact épidémiologique et socio-économique des programmes de chirurgie de la cataracte devra régulièrement être évalué.
13. Il est utile d'encourager les rencontres interpays pour intensifier les échanges d'expériences en matière de chirurgie de la cataracte.
14. Pour permettre une meilleure sensibilisation des médecins non ophtalmologistes, la cataracte devrait, en Afrique, s'inscrire parmi les thèmes prioritaires de l'ordre du jour des rencontres et des réunions médicales.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS FINALES

A l'issue du séminaire sur la prévention de la cécité qui s'est déroulé à Bujumbura, Burundi, du 2 au 6 novembre 1987, les participants de onze pays d'expression française d'Afrique centrale et de l'Océan Indien recommandent que :

1. La prévention de la cécité évitable soit considérée comme un des problèmes de santé publique prioritaires dans chacun des pays concernés.
2. Des actions de lutte contre la cécité évitable, s'appuyant sur la stratégie des soins de santé primaires, soient systématiquement développées dans le cadre global d'un programme national de prévention de la cécité.
3. Des soins oculaires, répondant aux besoins prioritaires et compatibles avec les ressources disponibles, soient dans de brefs délais, mis à la disposition des populations au niveau les plus périphérique.
4. Le renforcement de l'infrastructure et du plateau technique dispensant des soins oculaires aux niveaux secondaire et tertiaire, soit simultanément entrepris pour améliorer la qualité des soins, mais aussi soutenir et superviser les activités dispensées au niveau primaire.
5. Toute formation de personnel de santé aux différents niveaux de compétence, de technicité et de responsabilité (médecins, infirmiers, sages femmes...) comprenne un enseignement de santé oculaire adapté aux priorités nationales en matière de lutte contre la cécité.

6. Un groupe consultatif, ou un comité national de prévention de la cécité soit, mis en place dans chacun des pays, sous l'égide du Ministère de la Santé. Un tel comité serait composé d'ophtalmologistes, de médecins de santé publique, de gestionnaires des services de santé, d'enseignants des sciences de la santé,... ainsi que des représentants d'organisations non gouvernementales actives dans ce domaine, et de toute autre personne dont les compétences s'avèreraient utiles.

7. Compte tenu du nombre très insuffisant d'ophtalmologistes travaillant aujourd'hui en Afrique, la formation de ce type de personnel soit accélérée, renforcée et adaptée aux besoins. Les possibilités actuelles de coopération technique entre pays africains, présentent en la matière un intérêt majeur.

8. Des enquêtes épidémiologiques soient effectuées dans la majorité des pays participants, pour préciser la prévalence globale de la cécité et en identifier ses principales causes. Cette étape faciliterait la préparation de plan national et permettrait d'estimer les besoins nécessaires.

9. Dans chaque pays, un(e) coordinateur(trice) national(e) et/ou régional(e) pour la prévention de la cécité soit identifié(e) et désigné(e). Des moyens nécessaires devraient alors être mis à sa disposition pour mener à bien la mission qui lui aura été confiée par le comité national.

10. Chaque pays recense ses besoins et inventorie les ressources dont il dispose en matière de lutte contre la cécité, puis cherche activement des ressources supplémentaires, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. La collaboration d'organisations non gouvernementales et la coopération technique entre pays, présentent une importance particulière dans ce contexte.

11. La sensibilisation et l'éducation pour la santé oculaire des collectivités et des groupes à risque précèdent ou fassent partie de l'action initiale de la mise en place d'un programme de prévention de la cécité. Ces activités devront se poursuivre tout au long de l'exécution du Programme.

12. Par ailleurs les participants du séminaire attirent l'attention de l'Organisation mondiale de la Santé sur les points suivants :

12.1 L'approche des problèmes de santé oculaire sous l'angle de l'ophtalmologie de santé publique (complétant les acquis de l'ophtalmologie clinique) se révèle être de la plus grande importance pour l'organisation des services ainsi que pour la mise en place du programme de prévention de la cécité. Il serait souhaitable que l'OMS organise un séminaire de formation ayant pour objet l'ophtalmologie de santé publique, à l'intention des ophtalmologistes africains d'expression française.

12.2 Il est jugé utile de poursuivre l'action initiée par le présent séminaire par d'autres réunions qui, regrouperaient les pays représentés. Ceci permettrait d'évaluer l'état d'avancement, les progrès enregistrés, les obstacles rencontrés. Les participants expriment le souhait que de telles réunions puissent se tenir avec le concours de l'OMS.

Annexe 1

PROGRAMME ET ORDRE DU JOUR

Lundi 2 novembre 1987

- 09h00 - 10h00 Cérémonie d'ouverture
- 10h00 - 10h30 Pause café
- 10h30 - 11h00 Présentation des participants/Objectifs du séminaire/Méthode de travail
- 11h00 - 12h30 Cécité dans le monde
Cécité en Afrique (Dr B. Thylefors, Dr N. Toufic)
- 12h30 - 15h00 Repas
- 15h00 - 15h45 Rôle de l'OMS - Le Programme pour la Prévention de la Cécité (Dr B. Thylefors)
- 15h45 - 16h15 Développement du Programme pour la Région africaine (Dr M. Chuwa)
- 16h15 - 16h30 Discussion
- 16h30 - 17h00 Pause café
- 17h00 - 18h00 Que faut-il entendre par "Ophtalmologie de santé publique"? (Dr A.-D. Négrel)
L'expérience du Mali (Professeur A. Bâ)

Mardi 3 novembre 1987

- 08h30 - 10h00 Présentation des rapports concernant la prévention de la cécité dans chacun des pays représentés (10 minutes par participant) (Président de séance : Professeur A. Bâ)
- 10h00 - 10h15 Pause café
- 10h15 - 12h00 Présentation des rapports nationaux (suite) et discussion (Président de séance : Dr N. Toufic)
- 12h00 - 14h00 Repas
- 14h00 - 16h00 Enquêtes de prévalence de la cécité (1^{ère} partie) (Dr A.-D. Négrel)
- 16h00 - 16h15 Pause café
- 16h15 - 17h15 Enquêtes de prévalence de la cécité (2^{ème} partie) (Dr A.-D. Négrel)
- jusqu'à 18h00 Discussion
- 19h00 Séance vidéo (30 minutes - facultatif) - "Eye health education in Thailand" (en anglais)

Mecredi 4 novembre 1987

- 08h30 - 10h00 Organisation des services de soins oculaires (Dr B. Thylefors, Dr N. Toufic)
- 10h00 - 10h15 Discussion : Réhabilitation des déficients visuels; fabrication de lunettes à prix modique (Professeur A. Bâ)
- 10h15 - 10h30 Pause café
- 10h30 - 12h00 Formation du personnel : Besoins des programmes de prévention de la cécité (Professeur A. Bâ, Dr A.-D. Négrel)
- 12h00 - 14h00 Repas
- 14h00 - 16h00 Symposium : "Planification, réalisation, gestion et évaluation d'un programme national de prévention de la cécité (Dr B. Thylefors, Dr M. Chuwa, Professeur A. Bâ, Dr N. Toufic, Dr A.-D. Négrel)
- 19h00 Séance vidéo (30 minutes - facultatif) - "Primary eye care activities in China" (en anglais)

Jeudi 5 novembre 1987

- 08h30 - 09h15 Les organisations non gouvernementales : Qui sont-elles? Que font-elles? (Dr B. Thylefors)
- 09h15 - 10h00 Mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation d'un programme national (Dr B. Thylefors, Dr M. Chuwa)
- 10h00 - 10h15 Pause café
- 10h15 - 10h30 Election d'un président et de 2 secrétaires. Ordre du jour. Discussions
- 10h30 - 12h00 Table ronde : "La cataracte en Afrique"
- 12h00 - 14h00 Repas
- 14h00 - 17h00 Exercice d'épidémiologie : "Ophtalmie gonococcique du nouveau-né à Yaoundé, Cameroun" (Dr A.-D. Négrel)
- jusqu'à 18h00 Rédaction du procès-verbal de la Table ronde
- 19h00 Séance vidéo (30 minutes - facultatif) - "Red eye" (en anglais)

Vendredi 6 novembre 1987

- 08h30 - 10h00 Coordination entre les activités de prévention de la cécité,
et les activités de santé et de développement
(Professeur A. Bâ)
- 10h00 - 10h15 Pause café
- 10h15 - 10h45 Lecture du procès-verbal de la Table ronde sur "La cataracte
en Afrique". Synthèse et conclusions (Dr N. Toufic)
- 10h45 - 12h00 Evaluation du séminaire
- 12h00 - 14h00 Repas
- 14h00 - 15h00 Recommandations - Conclusions
- 15h30 Séance de clôture

Annexe 2

LISTE DES PARTICIPANTS

- Dr Freitas Gamela, Médecin ophtalmologiste, Directeur du Projet national de Lutte contre la Cécité, Luanda, Angola
- Mme Judith Bamboneyeho, Infirmière, Hôpital Prince Régent Charles, B.P. 570, Bujumbura, Burundi
- Dr Anselme Bireha, Ophtalmologiste, Hôpital Prince Régent Charles, B.P. 1883, Bujumbura, Burundi
- Dr Manga Andrew Fomundam, Ophtalmologiste, Conseiller médical provincial, Hôpital provincial de Bamenda, Bamenda, Province du Nord Ouest, République du Cameroun
- Dr Emile Botaka, Professeur en Ophtalmologie, Chef de Service, CHU de Brazzaville, 132 avenue de France, Poto-Poto, Brazzaville, Congo
- Dr Jérôme Agaya, Professeur de Clinique ophtalmologique, Centre hospitalier de Libreville, B.P. 4402, Libreville, Gabon
- Dr Celestino Edjang, Médecin ophtalmologiste, av. de la Libertad 12, Malabo, Guinée Equatoriale
- Dr Ramarinjanahary Rasoanaivo, Chef de Service d'Ophtalmologie, Hôpital principal de Tamatave, Tamatave, Madagascar
- Dr David Dofara, Médecin, Directeur de la Médecine oculaire, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, B.P. 883, Bangui, République Centrafricaine
- Dr Jotham Nshimyumukiza, Ophtalmologiste, Hôpital Universitaire, Faculté de Médecine de l'Université nationale de Rwanda, B.P. 30, Butare, Rwanda
- Dr Djibrine Djada, Médecin, Hôpital Central de N'Djamena, B.P. 130, N'Djamena, Tchad
- Dr Lubeji Kayembe, Professeur Agrégé/Chef de Service d'Ophtalmologie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, B.P. 123, Kinshasa, Zaïre

ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE

Représentants de la Christoffel Blindenmission :

- Dr Andrew Potter, Médecin ophtalmologiste, Hôpital A.I.M. ZEMIO, République Centrafricaine, via P.O. Box 21285, Nairobi, Kenya
- Dr Oka Tony Ukety, Médecin ophtalmologiste, Chef de Service d'Ophtalmologie, Centre médical Evangélique, Nyankunde, Zaïre, via P.O. Box 21285, Nairobi, Kenya

FACILITATEURS

Professeur Aliou Bâ, Ophtalmologiste, Doyen de l'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie, B.P. 1805, Bamako, Mali

Dr Mathia Elikana Chuwa, Conseiller régional, Maladies non transmissibles, Bureau régional de l'OMS, B.P. 6, Brazzaville, Congo

Dr André-Dominique Négrel, Ophtalmologiste, Programme de Prévention de la Cécité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr Björn I. Thylefors, Directeur du Programme de Prévention de la Cécité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr Nicolas Toufic, Ophtalmologiste, Consultant du Secrétariat Général de l'OCEAC, Chef de Service d'Ophtalmologie, B.P. 1616, Yaoundé, République du Cameroun

Annexe 3



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PROGRAMME DE PREVENTION DE LA CECITE

SEMINAIRE SOUS-REGIONAL SUR LA PREVENTION DE LA CECITE

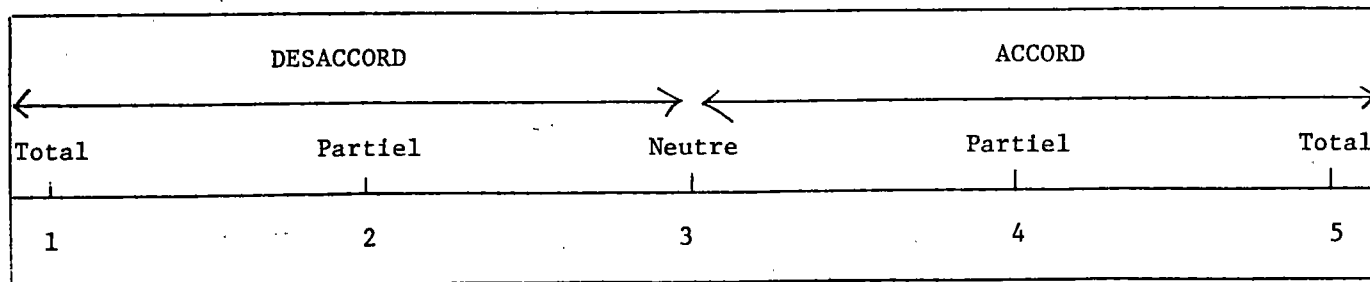
Bujumbura, Burundi

FICHE D'EVALUATION

INSTRUCTIONS :

- Pour préciser votre ACCORD/DESACCORD vous utiliserez l'échelle à 5 degrés présentée ci-dessous.

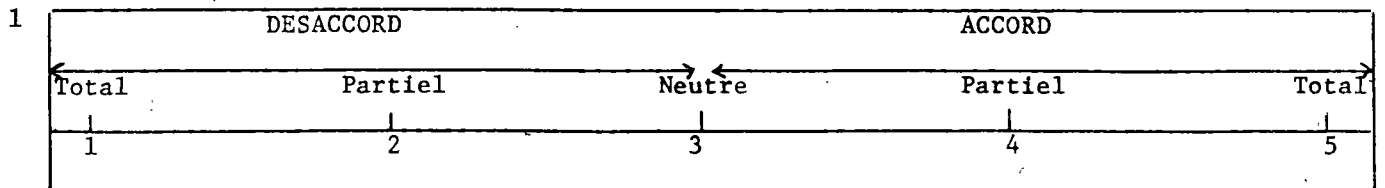
- A la suite de chaque énoncé proposé à votre évaluation, 5 chiffres (1 à 5) vous sont rappelés. Veuillez entourer d'un cercle le chiffre correspondant à votre position.



Partie I : EVALUATION DU PROGRAMME

Le séminaire a répondu au besoin d'information souhaité par le participant en abordant successivement les sujets suivants :

No	Sujets	Note ¹
1.1	Cécité dans le monde	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1.2	Cécité en Afrique	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2.1	Rôle de l'OMS	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2.2	Le Programme pour la Prévention de la Cécité	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2.3	Développement du Programme pour la Région Africaine	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3.1	Que faut-il entendre par Ophtalmologie de Santé Publique?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3.2	L'expérience du Mali	1 - 2 - 3 - 4 - 5
4.	Les enquêtes de prévalence de la cécité	1 - 2 - 3 - 4 - 5
5.	Organisation des services de soins oculaires	1 - 2 - 3 - 4 - 5
6.	Formation du personnel : besoins des programmes de prévention de la cécité	1 - 2 - 3 - 4 - 5
7.	"Planification, réalisation, gestion et évaluation d'un programme de prévention de la cécité" (SYMPOSIUM)	1 - 2 - 3 - 4 - 5
8.	Les organisations non-gouvernementales : Qui sont-elles? Que font-elles?	1 - 2 - 3 - 4 - 5



No	Sujets	Note ¹
9.	Mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation d'un programme national	1 - 2 - 3 - 4 - 5
10.	"La Cataracte en Afrique" (<u>TABLE RONDE</u>)	1 - 2 - 3 - 4 - 5
11.	"Ophtalmie gonococcique du nouveau-né à Yaoundé, Cameroun" (<u>EXERCICE D'EPIDEMIOLOGIE</u>)	1 - 2 - 3 - 4 - 5
12.	Coordination entre les activités de prévention de la cécité, les activités de santé et celles de développement	1 - 2 - 3 - 4 - 5

/NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/

--	--	--	--	--

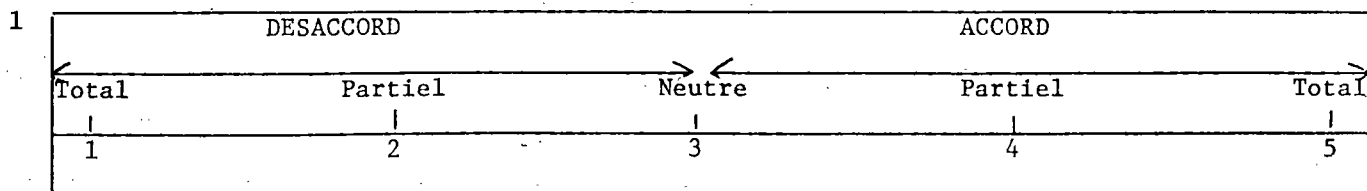
COMMENTAIRES : (Rappelez le No du sujet intéressé par le commentaire)

1

DESACCORD			ACCORD		
Total	Partiel	Neutre	Partiel	Total	
1	2	3	4	5	

Partie II : EVALUATION DES AIDES PEDAGOGIQUES ET L'ORGANISATION DU SEMINAIRE

No	Enoncé	Note ¹
1.	La documentation distribuée pendant le séminaire :	
	- est simple et pratique	1 - 2 - 3 - 4 - 5
	- est suffisante	1 - 2 - 3 - 4 - 5
	- sera utile compte tenu de mes activités	1 - 2 - 3 - 4 - 5
	- représente pour moi des documents inédits	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2.	Le temps réservé à chaque activité d'apprentissage est suffisant pour permettre au participant d'atteindre les objectifs visés dans cette activité	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3.	Le participant a assisté à certains cours ou conférences alors qu'il en <u>connaissait les objectifs éducationnels spécifiques</u> . Ceci lui a permis d'identifier les éléments importants du contenu "à apprendre"	1 - 2 - 3 - 4 - 5
4.	Certaines conférences n'ont pas été précédées par l'énoncé verbal ou écrit d'objectifs spécifiques. Ceci a permis aux conférenciers et aux participants de gagner du temps	1 - 2 - 3 - 4 - 5
5.	Le participant a l'impression d'avoir été actif TOUT AU LONG du séminaire	1 - 2 - 3 - 4 - 5
6.	L'exercice épidémiologique est une activité pédagogique qui mérite d'être :	
	- renouvelée	1 - 2 - 3 - 4 - 5
	- multipliée en abordant d'autres thèmes pour introduire d'autres concepts épidémiologiques	1 - 2 - 3 - 4 - 5



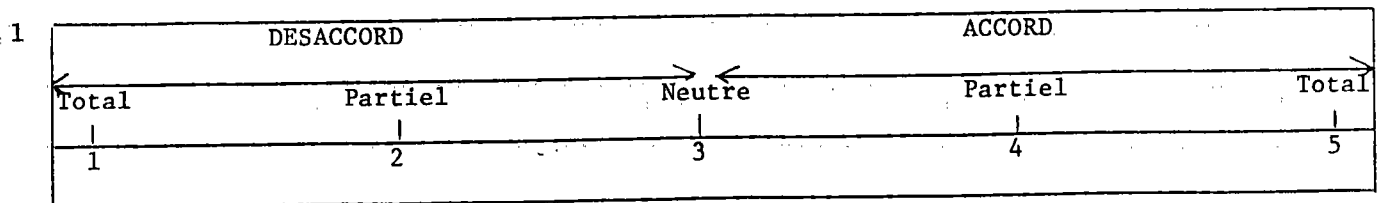
No	Enoncé	Note ¹
7.	L'organisation par les participants d'une table ronde et la rédaction du procès-verbal, ont permis, dans les limites de temps imparti, de circonscrire les problèmes que posent "la cataracte en Afrique"	1 - 2 - 3 - 4 - 5
8.	Les locaux, leur conditionnement, les moyens pédagogiques mis à la disposition de séminaire ont permis de créer une ambiance de travail propice à l'apprentissage	1 - 2 - 3 - 4 - 5

/NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/

--	--	--	--	--

COMMENTAIRES :

NOM du participant : (facultatif)



Annexe 4

LISTE DES DOCUMENTS REMIS AUX PARTICIPANTS

1. Stratégies pour la prévention de la cécité dans les Programmes Nationaux. L'approche des soins de santé primaires. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1985
2. Méthodes d'évaluation de la cécité évitable. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1981
3. Rapport de la Sixième Réunion du Groupe Consultatif de Programme OMS de Prévention de la Cécité conjointement avec une réunion interregionale, Genève, 1985
4. Rapport de la Septième Réunion du Groupe Consultatif de Programme OMS de Prévention de la Cécité, Alexandrie, 1987
5. Rapport de la Première Réunion de Groupe Consultatif d'Organisations Non Gouvernementales auprès du Programme OMS de Prévention de la Cécité, Genève, 1986
6. Cartes de la cécité dans le monde
7. Surveillance de la cécité (septembre 1979)
8. Révision des données de la banque de données
9. Affiche "Soins oculaires primaires"
10. Diapositives + opuscule "Soins oculaires primaires"
11. Santé du Monde, Organisation mondiale de la Santé, mai 1987
12. Fiche d'examen oculaire (2^{ème} version) + Instructions de codage
13. Optotypes "E et Landolt"
14. Conjunctivite du nouveau-né. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1986
15. Une méthodologie simplifiée d'évaluation de la cécité et de ses causes principales. B. Thylefors, Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales, Vol. 40, No. 2, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1987
16. Prévention de la cécité - OMS/PBL pamphlet

Annex 5.

DISCOURS D'OUVERTURE DU SEMINAIRE SOUS-REGIONAL
SUR LA PREVENTION DE LA CECITE PAR
LE MINISTRE DE LA SANTE - BURUNDI

Mesdames, Messsieurs les Ministres
Madame la Représentante de l'UNICEF
Monsieur le Représentant de l'O.M.S.
Monsieur le Directeur de la Sous-Région II
Mesdames, Messieurs les encadreurs
Mesdames, Messieurs les participants
Distingués invités,

Permettez-moi d'abord au nom du Gouvernement de la République du Burundi de vous souhaiter la bienvenue et un séjour agréable dans notre pays.

C'est donc pour moi un bonheur et un réel plaisir au Nom du Ministre de la Santé Publique de présider la cérémonie d'ouverture de ce Séminaire Sous-Régional sur la prévention de la cécité.

Mesdames. Mesdemoiselles, Messieurs,

Nul n'ignore que l'oeil est le miroir de la santé, une vie sans vue n'a pas de goût.

Le slogan de la journée mondiale de la santé célébrée en 1976 par l'Organisation Mondiale de la Santé avait pour thème "Lutter contre les causes de la cécité", afin de sensibiliser l'opinion publique aux problèmes de la cécité évitable.

Dans les pays en voie de développement, la pauvreté et l'ignorance ont toutes deux des répercussions directes sur la cécité

Les taux de cécité atteignent des chiffres 10 à 20 fois plus élevés que dans les pays industrialisés et cela par l'absence de mesures préventives, par insuffisance des personnels de santé, mais aussi à cause de la prévalence nettement élevée des maladies cécitantes.

Mesdames, Messieurs,

D'après les chiffres publiés par l'OMS en 1985

- 500 millions de trachomateux, dont plus de 7 à 9 millions d'aveugles,
- 30 millions d'onchocerquiens avec plus d'un million d'aveugles
- plus de 5 millions de Xeroptalmiques, c'est-à-dire suite à l'avitaminose A au moins 500.000 enfants aveugles
- 13 millions d'hommes et de femmes atteints de cataracte, privés de vision faute de moyens d'intervention

Ce sont donc 28 million d'aveugles repartis dans le monde qui représentent pour nous l'évidence d'un échec et marquent les limites de nos possibilités.

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

Il reste beaucoup à faire dans le domaine de la prévention de la cécité évitable, pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

D'après Björn Thylefors, Administrateur du programme de prévention de la cécité que nous avons l'honneur d'avoir parmi nous. "Personne ne songerait à nier que la vue est le plus précieux de nos 5 sens, plus que l'ouïe, et bien plus encore que l'odorat, le goût et le toucher", fin de citation.

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs les participants,

Au cours de ce Séminaire vous devriez être capable ou avoir une motivation de :

1. Discuter les facteurs qui doivent faire l'objet d'une analyse approfondie lorsqu'on aborde les problèmes de cécité et de santé oculaire dans un contexte défini.
2. Participer à la formation, la mise en place et à la gestion d'un programme d'action pour la promotion de la santé oculaire et la prévention des incapacité imputables à la perte de vision.

3. Organiser, former et superviser une équipe de santé oculaire capable d'exécuter un programme de prévention de la cécité.
4. Evaluer périodiquement le résultat de ses activités dans le cadre de la structure économique et sociale dans laquelle il travaille.
5. Coopérer avec les responsables des autres secteurs de la santé et du développement national.
6. Elargir sa pratique de l'individu à la collectivité, et savoir comment communiquer avec les spécialistes de santé publique et/ou les organisations non-gouvernementales.

Mesdames, Messieurs,

Dans le discours-programme du 03 octobre 1987, le Président du Comité Militaire pour le Salut National (C.M.S.N.) et Président de la République du Burundi, Son Excellence le Major Pierre Buyoya a déclaré en matière de la santé publique et je cite "En matière de la Santé Publique, le Gouvernement du BURUNDI a souscrit à l'objectif universel de la Santé pour Tous. Aussi, sa politique sanitaire devra-t-elle être orienté sur le principe de la Médecine Sociale et Préventive, visant la meilleure couverture de la population afin que chaque citoyen puisse mener une vie saine et productive", fin de citation.

Ici au Burundi, des résultats substantiels commencent à se concrétiser. Avec le concours des pays et organisations amis une équipe a été déjà mise sur pied dans le cadre de la prévention des maladies cécitantes.

Cette équipe mobile est chargée de faire ses déplacements dans les différents hôpitaux et centres de santé de l'intérieur, en vue de repérer à temps les différents cas pathologiques et de les traiter.

Par ailleurs, les organisations spontanées chargées des activités des centres pour handicapés ont créés des centres enfin de prendre en charge les aveugles.

Mesdames, Messieurs,

Nous attendons beaucoup des travaux de ce séminaire, des recommandations et des résolutions qui devraient nous guider dans l'avenir en matière de la prévention contre la cécité.

Je m'en voudrais de terminer sans remercier toutes les autorités qui ont bien voulu rehausser cette cérémonie de leur présence

Je remercie également l'OMS dont l'appui financier et humain a facilité la tenue et l'organisation de ce Séminaire.

Je voudrais enfin remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la préparation de ce Séminaire.

A Vous chers participants à ce Séminaire, je souhaite plein succès et déclare ouvert le Séminaire Sous-Régional sur la prévention de la cécité

Vive la III^{ème} République

Vive la Coopération Internationale

SEMINAIRE SOUS-REGIONAL SUR LA PREVENTION
DE LA CECITE - BUJUMBURA 2-6 NOVEMBRE 1987

Message du Dr G.L. Monekosso

Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

C'est avec un vif plaisir que je m'adresse à vous à l'occasion de ce séminaire sur la Prévention de la Cécité qui se tient aujourd'hui à Bujumbura. Cette activité s'est imposé lorsque les Etats membres ont manifesté leur inquiétude devant les proportions prises par la cécité dans notre Région. Ces sentiments ont été exprimés au sein d'un certain nombre d'instances et au cours de nombreuses réunions qui se sont traduites par plusieurs résolutions dont la plus récente "demandait un programme d'actions pour la prévention de la cécité en mettant l'accent sur la CPTD et les soins de santé primaires". Il est particulièrement encourageant que ce séminaire ait pu être mis sur pied en si peu de temps grâce au Gouvernement du Burundi avec lequel l'OMS a collaboré si étroitement.

La tenue de cette réunion arrive à point nommé étant donné la prévalence élevée inacceptable de la cécité dans les pays de la Région. Le peu d'enquêtes qui ont déjà été effectuées révèlent que dans certains pays de la Région africaine on trouve le taux de prévalence de la cécité le plus élevé du monde. Toutefois, il faut dire que la situation n'est pas très bien connue et c'est la raison pour laquelle des nombreuses autorités sanitaires ont relegué la prévention à un rang très bas dans la liste des priorités. Malheureusement les services disponibles sont encore confinés dans les principaux centres urbains et portent essentiellement sur les soins curatifs et chirurgicaux. Ceci laisse la périphérie des villes et les zones rurales à l'abandon, ce qui prive la plus grande partie de la population des services essentiels pour le bien-être.

On note maintenant un revirement en faveur de la prévention et de la lutte contre les maladies. Les facteurs principalement responsables de la cécité en Afrique sont bien connus, ce qui justifie la prévention primaire. Ces facteurs sont principalement la cataracte, l'onchocercose, le trachome, la carence en vitamine A, la rougeole et la lèpre. Il ne fait aucun doute que les mesures bien définies pourraient être prises pour lutter contre ce fléau et éventuellement l'éliminer car c'est la cause de beaucoup de souffrance qui pourrait être évitée. Les mesures que nous prenons ne nous permettent pas d'atteindre l'objectif souhaité si pour commencer, nous ne sensibilisons pas les collectivités au problème de la cécité et aux facteurs de risque connexes. L'éducation et l'information pour la santé doivent mettre l'accent sur tous les efforts visant à la prévention de la cécité et de toutes les autres maladies.

Les Etats membres demandent déjà des actions concrètes et je vous prie instamment de prêter attention à leur détermination, et de commencer à mettre en oeuvre ces mesures qui peuvent assurer l'intégration aux programmes de prévention de la cécité dans les services de santé au niveau du district et des communautés qui ont un caractère essentiellement préventif et social. Cette approche des soins de santé primaires est la seule voie, grâce à laquelle toutes les populations pourront parvenir à un état de santé satisfaisant en utilisant essentiellement leurs propres ressources avec la collaboration qu'elles pourront obtenir des gouvernements, des organisations non gouvernementales et des institutions des Nations Unies. Ceci ne veut pas dire qu'il nous faut abandonner le concept des centres d'excellence. Le bon travail qui a été accompli dans ces centres doit se poursuivre dans toute la mesure du possible. Mais étant donné les conditions sociales, culturelles et économiques qui prévalent dans les pays de la Région africaine, la meilleure contribution au concept de la santé pour tous d'ici l'an 2000 consiste à encourager les efforts et les stratégies en vue d'assurer la prévention primaire, une détection et un traitement rapides des maladies des yeux.

Il m'est particulièrement agréable de noter la présence des représentants des organismes non gouvernementaux qui participent activement aux programmes de prévention de la cécité en Afrique. L'intérêt que ces organisations portent aux problèmes de la cécité en Afrique et le dévouement dont ils font preuve, ont ramené la joie et l'espoir à de nombreuses personnes ainsi qu'à leurs familles et à leur voisinage. Nous leur en sommes très reconnaissants car ce n'est que par de tels efforts concertés que nous pouvons tous espérer résoudre un problème aussi complexe que celui de la cécité dont les origines sont multiples et profondément enracinées dans la communauté et dans son environnement.

Au cours de la réunion de ce Groupe spécial, vous aurez à traiter les aspects relatifs à la prévention d'un problème de santé publique important en Afrique. Je suis heureux de constater que vous allez également aborder le problème de la mobilisation des ressources qui viendront donner l'élan nécessaire aux efforts déployés en ce moment pour la prévention de cette maladie dans les pays de la Région. Je sais que cette tâche n'est pas facile, mais étant donné les responsabilités qui nous ont été confiées par la communauté mondiale, nous atteindrons notre objectif si chacun d'entre nous joue le rôle qui lui est imparti.

Je vous souhaite plein succès dans vos travaux.