



RAPPORT DE LA SEPTIEME REUNION DU GROUPE CONSULTATIF DU PROGRAMME OMS  
DE PREVENTION DE LA CECITE

Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie (Egypte)

16-19 mars 1987

INTRODUCTION

La septième réunion du Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité s'est tenue du 16 au 19 mars 1987 au Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale à Alexandrie (Egypte). La réunion a été ouverte par le Dr M.H. Wahdan, Directeur, Lutte contre la Maladie, qui a donné lecture d'un message du Directeur régional (voir Annexe 1).

Le Dr R.F. Pokhrel (Népal) et le Dr I. Badr (Arabie saoudite) ont été élus à l'unanimité respectivement Président et Vice-Président. Le Professeur A. Sommer (Etats-Unis d'Amérique) a exercé les fonctions de Rapporteur. Les Annexes 2 et 3 contiennent l'ordre du jour de la réunion et la liste des participants.

1. EXAMEN DES ACTIVITES DU PROGRAMME

1.1 Au niveau mondial

D'une manière générale, le Programme OMS de Prévention de la Cécité (PBL) a progressé de façon satisfaisante en 1985 et 1986, comme en témoigne le nombre croissant des pays qui mettent en oeuvre un programme national de prévention de la cécité fondé sur les soins de santé primaires. Des comités/organisations ont été mis sur pied à l'échelle nationale dans une cinquantaine de pays, les systèmes de soins oculaires primaires formant la stratégie principale pour la prévention de la cécité. D'autre part, l'approche de la prévention de la cécité fondée sur les soins de santé primaires est désormais un modèle universel pour de nombreux programmes dans les pays, les soins oculaires devant être intégrés progressivement dans les soins de santé primaires. Par ailleurs, des progrès ont été réalisés dans l'évaluation de l'ampleur de la cécité évitable dans un certain nombre de pays, du fait qu'on dispose de façon croissante de données nouvelles et épidémiologiquement rationnelles sur la cécité et ses causes. Il en est résulté sans aucun doute une plus grande sensibilisation, beaucoup de pays ayant démontré leur désir de prendre des mesures pour combattre la cécité, comme le prouve l'augmentation du nombre des pays qui sollicitent la collaboration du Programme PBL pour mettre au point un programme national. Toutefois, il est hors de doute que bien des pays en développement éprouvent des difficultés croissantes à mobiliser les ressources requises : on le constate tout particulièrement dans la Région africaine où se trouvent la plupart des pays les moins développés. Par conséquent, si la prévention de la cécité ne bénéficie que d'une faible priorité parmi les programmes de santé de ces pays, cela reflète généralement les graves répercussions de la pénurie de ressources plutôt qu'une absence d'intérêt ou d'engagement vis-à-vis de la prévention de la cécité elle-même.

La collaboration avec les organisations non gouvernementales (ONG) dans le domaine de la prévention de la cécité a été l'une des pierres angulaires du développement du Programme PBL. En 1985 et 1986, cette collaboration s'est encore renforcée non seulement au niveau mondial, mais aussi de plus en plus aux niveaux régional et national afin

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

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

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

d'apporter aux pays un soutien efficace. A l'échelle mondiale, la création du Groupe consultatif des Organisations non gouvernementales auprès du Programme OMS de Prévention de la Cécité a revêtu une importance particulière en facilitant le dialogue entre les nombreuses ONG collaborant avec le Programme PBL, outre la participation habituelle de ces ONG aux réunions du Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité.

Pendant la période considérée, des efforts ont été constamment déployés en vue de mobiliser des fonds extrabudgétaires pour le Programme PBL. Les fonds ainsi obtenus ont augmenté, venant en particulier du Programme du Golfe arabe pour les Organisations de Développement des Nations Unies (ACFUND), de la Fondation de l'Industrie des Constructions navales du Japon (JSIF) par l'intermédiaire du Fonds fiduciaire Sasakawa pour la Santé, et du PNUD dans le cas d'un programme régional. A cet égard, de nouveaux efforts et de nouvelles initiatives sont nécessaires en vue de dégager les ressources dont il y a besoin pour développer le Programme dans un nombre de pays qui augmente rapidement.

Au cours des deux dernières années, le Programme PBL a élaboré et diffusé des documents et des rapports techniques et un certain nombre de réunions se sont tenues au Siège de l'OMS, dans des Bureaux régionaux de l'OMS et dans certains pays :

- La sixième réunion du Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité a eu lieu à Genève en mars 1985, conjointement avec une réunion interrégionale, comportant un examen du développement des programmes nationaux dans un certain nombre de pays (document WHO/PBL/85.10).
- A l'occasion des discussions techniques pendant l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 1985, qui avaient pour thème la collaboration avec les ONG en vue de parvenir à la santé pour tous d'ici l'an 2000, une réunion consultative s'est tenue avec les organisations membres de l'Organisation mondiale contre la Cécité (IAPB).
- Un groupe de travail sur la fourniture de lunettes à prix modique s'est réuni en juin 1985 et son rapport paraîtra prochainement sous forme de publication de l'OMS.
- Un groupe de travail sur la chirurgie ophtalmologique essentielle s'est réuni en août 1985 pour examiner quels actes chirurgicaux concernant les soins oculaires et la prévention de la cécité devraient être envisagés au premier échelon de recours (document WHO/PBL/85.11).
- Un groupe de travail s'est réuni en octobre 1985 à Genève pour revoir la Fiche OMS/PBL d'Examen oculaire. La nouvelle présentation a été conçue en vue de fournir des informations plus complètes et elle est actuellement soumise à des essais sur le terrain dans le cadre d'un effort de recherche et de développement dans certains pays.
- Une réunion des principales ONG internationales affiliées à l'Organisation mondiale contre la Cécité s'est tenue en mai 1986 comme suite à la réunion de 1985. Un mandat a été défini pour le Groupe consultatif des ONG auprès du Programme PBL. Cette réunion a porté en outre sur la question précise de la collaboration aux projets sur le terrain (document WHO/PBL/86.12).
- Les renseignements stockés dans la Banque de Données mondiale sur la Cécité ont été mis à jour et il est envisagé de faire paraître en 1987 une version révisée du document antérieur sur la question.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Document WHO/PBL/87.14 distribué en octobre 1987.

- Une réunion interrégionale sur la prise en charge de la cataracte dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires a eu lieu en Indonésie en décembre 1986. Au cours de cette réunion, des stratégies ont été élaborées en vue d'entreprendre une action pour combattre la cécité guérissable due à la cataracte et pour tenter de résorber l'arriéré croissant de cas non opérés dans de nombreux pays en développement (document WHO/PBL/87.13).

Outre les réunions regroupant les ONG internationales et le Programme PBL, les activités ci-après ont été entreprises sur une base de collaboration :

- élaboration d'affiches sur les soins oculaires primaires et l'éducation pour la santé des yeux, de concert avec Helen Keller International Inc. (HKI);
- développement de la diffusion de l'affiche sur les soins oculaires primaires, mise au point auparavant avec la Fondation internationale pour les Yeux (IEF);
- organisation d'un Groupe spécial sur les Priorités pour la Prévention de la Cécité en Afrique, qui s'est réuni au Bureau régional de l'OMS à Brazzaville (Congo) en octobre 1986, étant entièrement parrainé par Christoffel Blindenmission (CBM), Helen Keller International Inc. (HKI), la Fondation internationale pour les Yeux (IEF), Operation Eyesight Universal (OEU) et la Royal Commonwealth Society for the Blind (RCSB);
- élaboration d'un plan conjoint d'appui de la CBM et de l'OMS pour la prévention de la cécité en Birmanie;
- continuation de l'appui fourni par plusieurs ONG à des programmes nationaux de prévention de la cécité de concert avec le Programme OMS.

Pendant la période considérée, le Programme PBL a collaboré comme suit avec d'autres programmes de l'OMS :

- Infections filariennes (FIL), en particulier dans le domaine de la chimiothérapie de l'onchocercose;
- Nutrition (NUT), dans le contexte de la xérophtalmie, notamment pour ce qui est du plan d'action décennal pour la prévention de l'avitaminose A et de la xérophtalmie;
- Lèpre (LEP), dans le contexte de la recherche sur la lèpre oculaire et de l'élaboration de recommandations pour la prévention de la perte de vision due à la lèpre;
- Santé maternelle et infantile (MCH), en ce qui concerne la prévention de la conjonctivite du nouveau-né;
- Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP), pour l'analyse et la publication des résultats de l'évaluation ophtalmologique de ce programme.

Le Programme PBL a continué de soutenir la recherche et la formation en rapport avec la prévention de la cécité. Ces activités se sont déroulées pour la plupart dans le cadre du réseau existant de 13 Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité.

Le National Eye Institute (Etats-Unis d'Amérique) a fourni un appui pour des enquêtes de terrain sur la cécité et pour des recherches sur l'utilisation des services de soins oculaires, et des fonds supplémentaires ont été promis pour des projets de recherche déterminés pendant une période de trois ans débutant en septembre 1986.

En 1985, la Fondation Edna McConnell Clark a attribué une subvention à la recherche en vue de l'élaboration d'un système simplifié pour la classification du trachome et de ses complications. Des activités ont été menées sur le terrain en Birmanie et en Tunisie et les résultats de la première phase de ces travaux de recherche seront publiés en 1987.<sup>2</sup> Il est envisagé de poursuivre les essais sur le terrain du nouveau système de classification, de même que la formation du personnel auxiliaire, dans certains pays pendant l'année à venir, compte tenu des fonds qui seront disponibles.

## 1.2 Région africaine

Les causes de cécité les plus courantes en Afrique sont l'onchocercose, le trachome, la cataracte, l'avitaminose A, la rougeole et les traumatismes. Les efforts tentés pour prévenir la cécité ont été entravés par le peu de sensibilisation de l'opinion et par la pénurie de ressources humaines et matérielles. Quand elles sont disponibles, celles-ci se limitent aux centres urbains, étant presque totalement absentes à la périphérie des villes et dans les zones rurales où vit la majorité de la population.

D'une manière générale on manque d'informations sur les causes et la fréquence de la cécité dans la Région. Aussi l'OMS collabore-t-elle avec les Etats Membres et avec plusieurs ONG à des enquêtes sur la cécité dans les pays. Des enquêtes de portée restreinte ont déjà été effectuées en Ouganda (1969), au Ghana (1972), au Swaziland (1974), au Burkina Faso (1975, 1986), au Tchad (1979), en Ethiopie (1981), au Mali (1981, 1985), au Togo (1981, 1982, 1985, 1986), au Nigéria (1977), en Zambie (1978, 1985), ainsi qu'au Bénin, en Côte d'Ivoire, en Guinée, en Mauritanie et au Sénégal en 1985. Ces enquêtes ont confirmé que dans la plupart de ces pays la prévalence de la cécité est égale ou supérieure à 1 %.

Plusieurs pays d'Afrique ont institué des programmes de formation du personnel, notamment la Gambie, le Ghana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigéria, la République-Unie de Tanzanie, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe. L'OMS participe à la formation d'auxiliaires médicaux en ophtalmologie qui est dispensée à l'Institut de Formation du Personnel auxiliaire de Lilongwe (Malawi). L'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA), à Bamako (Mali), a été désigné comme Centre collaborateur de l'OMS pour la Prévention de la Cécité et, du fait qu'il est le seul Centre collaborateur dans la Région, il participe à la formation aussi bien qu'à la recherche. En 1987 il sera établi un inventaire des instituts de formation disponibles dans la Région afin d'informer tous les Etats Membres qui pourraient désirer profiter de ces installations pour la formation de leur personnel national.

Un Groupe spécial sur la prévention de la cécité s'est réuni du 20 au 22 octobre 1986 à Brazzaville. Cette réunion a été organisée par l'OMS en collaboration avec les ONG participant à la prévention de la cécité en Afrique. Des représentants de plusieurs Etats Membres, des ONG et du FISE y ont participé et ont passé en revue la situation de la cécité en Afrique en formulant des recommandations concernant les stratégies appropriées pour la prévention de la cécité, y compris la mobilisation des ressources.

La priorité accordée à la prévention de la cécité est confirmée par le nombre des pays qui ont déjà formulé des plans et/ou programmes nationaux et/ou ont créé des comités. Ces pays sont le Botswana, le Burkina Faso, l'Ethiopie, la Gambie, le Ghana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mali, la Mauritanie, le Niger, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, le Swaziland et la Zambie. Ils ont également nommé des coordonnateurs pour les programmes nationaux et les présidents des comités.

Les Etats Membres ont continué d'affecter des parts croissantes du budget programme par pays alloué par l'OMS aux activités nationales de prévention de la cécité. Le montant ainsi fourni est passé de zéro en 1981 à \$131 000 en 1987.

---

<sup>2</sup> Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 1987, 65 (4) : 477-483.

En 1986, des médicaments et du matériel ont été achetés pour l'Ouganda et le Tchad moyennant un coût de \$20 000 environ pour chaque pays. Le programme de prévention de la cécité a participé d'autre part à une enquête parmi les écoliers de Ouagadougou (Burkina Faso) et il a contribué à l'organisation du séminaire national sur la cécité en Mauritanie.

Le programme national de soins oculaires de la Gambie a débuté en 1984. Dans le cadre de ses activités, une enquête nationale visant à estimer la prévalence et la distribution de la cécité et de la perte de vision ainsi qu'à en déterminer les causes principales et l'action actuellement nécessaire a été effectuée en mars et avril 1986. Cette enquête comportait aussi comme composante de recherche appliquée des essais sur le terrain de la Fiche OMS/PBL d'Examen oculaire récemment révisée (version II). Cette enquête n'a entraîné que des dépenses relativement modestes car elle a été menée dans l'ensemble par du personnel local, par exemple des assistants médicaux en ophtalmologie, qui ont pu à cette occasion se faire une meilleure idée de la population dans son ensemble, de son état de santé et de ses problèmes de morbidité.

Les informations résultant de cette enquête ont une double application : d'une part, la conception et la méthodologie sont simples et peuvent être adoptées par des pays utilisant des assistants médicaux en ophtalmologie moyennant un coût qui ne représente qu'une fraction de celui des enquêtes traditionnelles. D'autre part, les résultats de cette enquête, bien qu'il s'agisse de la Gambie, sont sans doute applicables dans leurs grandes lignes aux pays d'Afrique situés entre 10° et 20° de latitude nord.

Une méthode de sondage aléatoire à plusieurs degrés a permis d'examiner 8264 personnes, soit un degré de couverture de 94 %. On a observé que le taux de prévalence de la cécité (catégories 3, 4 et 5 de la CIM-9)<sup>3</sup> était de 0,7 % et que le taux de baisse de la vision (catégories 1 et 2 de la CIM-9) était de 1,4 %. Les causes principales de cécité étaient la cataracte (55 %), l'opacité de la cornée (28 %), y compris l'opacité de la cornée due au trachome (17 %), et la phthisie oculaire (9 %). La collecte des données concernant les mesures nécessaires aidera à la prestation des services ainsi qu'à la surveillance continue et à l'évaluation.

### 1.3 Région des Amériques

Grâce à des fonds alloués par l'IAPB, un ophtalmologiste a été désigné en avril 1985 comme Conseiller régional à plein temps pour la prévention de la cécité au Bureau régional des Amériques à Washington, D.C.

Les six Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité qui sont énumérés plus loin dans le présent rapport exécutent des projets concernant la recherche clinique et opérationnelle et la formation du personnel.

Diverses ONG, dont l'IAPB, l'IEF, HKI, la RCSB et l'OEU, ont continué à collaborer, soit individuellement, soit comme composantes du Groupe de Coordination interinstitutions pour le Programme de Soins oculaires dans la zone des Caraïbes.

Neuf pays d'Amérique latine et un grand nombre de pays de la zone des Caraïbes ont des programmes locaux, nationaux ou interpays de prévention de la cécité. En outre, avec l'appui de l'AGFUND, neuf autres pays mettront en route leur propre programme dans un proche avenir.

Les matériels didactiques ci-après ont été préparés au cours des deux dernières années : un exposé audiovisuel en espagnol pour encourager les gouvernements à élaborer des programmes de prévention de la cécité; un manuel sur les soins oculaires primaires (en

---

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des Maladies (9ème Révision). Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1977.

anglais); un manuel d'ophtalmologie appliquée (en espagnol); un manuel d'ophtalmologie (en espagnol); des directives pour l'évaluation des services de soins oculaires (en espagnol et en anglais).

Le programme PBL régional a été représenté au cours de congrès nationaux d'ophtalmologie au Chili et au Pérou où des exposés ont été faits à son sujet. En août 1986, un séminaire de formation de trois semaines sur la gestion des programmes de prévention de la cécité a eu lieu à l'École de Santé publique de Sao Paulo (Brésil), sous le parrainage de l'OMS/OPS en coopération avec le Centre collaborateur de l'OMS pour la Prévention de la Cécité à Sao Paulo, étant financé en partie par MSD/Chibret International; quinze administrateurs de programmes de prévention de la cécité provenant de neuf pays d'Amérique latine ont assisté à ce séminaire.

Le programme PBL régional a élaboré sept protocoles pour des projets de recherche nouveaux, ou a collaboré à leur préparation, à savoir : une enquête sur les ophtalmies et les causes de cécité au Guatemala; un modèle d'intervention pour les soins oculaires à Cali (Colombie); un modèle complet pour les soins oculaires à l'Île de Pâques et à Valparaíso (Chili); des zones exemptes de cataracte à Chimbote (Pérou) et à Campinas (Brésil); un projet de recherche opérationnelle sur la participation communautaire aux soins oculaires et une enquête sur les troubles oculaires chez les sujets atteints de la lèpre.

Il ressort de toutes les données disponibles que la cataracte est la cause principale de cécité dans toute la Région, suivie du glaucome et de la rétinopathie diabétique. Les vices de réfraction ont été identifiés comme cause principale des insuffisances oculaires.

Eu égard aux principaux problèmes et aux principales contraintes recensés, la coopération technique au titre du programme PBL régional doit être orientée vers l'amélioration des services communautaires de soins oculaires, totalement intégrés dans le système général de prestations sanitaires, et vers l'application de techniques simples pour le diagnostic et le traitement précoces des principales causes de cécité au niveau de la communauté.

#### 1.4 Région de la Méditerranée orientale

Dans la Région de la Méditerranée orientale le taux global de prévalence de la cécité est d'environ 3 %, ce qui signifie que cette Région compte quelque 9,6 millions d'aveugles. Le taux varie d'un pays à l'autre et aussi à l'intérieur de chaque pays. Il est plus élevé dans les zones d'endémicité du trachome (plus de 4 %) et plus faible dans les zones où le trachome n'est pas endémique (0,9 %). Les principales causes de cécité dans la Région de la Méditerranée orientale sont le trachome et les autres ophtalmies infectieuses, la cataracte, le glaucome et les traumatismes.

Le trachome est une cause fréquente de cécité en Afghanistan, en Arabie saoudite, en Oman, au Pakistan, en Somalie, en Tunisie, au Yémen et au Yémen démocratique. Cependant, les programmes nationaux et d'autres mesures de lutte contre le trachome et les ophtalmies infectieuses, ainsi que l'amélioration des conditions socio-économiques, ont résulté en une réduction progressive de l'incidence de la cécité provoquée par le trachome dans certains pays.

Il semble que l'autre cause importante de cécité soit la cataracte. En Egypte, elle provoque 37,5 % des cas de cécité dans les zones urbaines et 31,9 % dans les zones rurales. Au Pakistan, la cataracte est la cause de 60 % des cas de cécité et en Jordanie de 21,4 %. En Afghanistan, elle vient au second rang parmi les principales causes de cécité (25 %). La cataracte congénitale est signalée comme étant une cause importante de cécité chez les enfants en Jordanie, la raison principale étant probablement le grand nombre de mariages consanguins. D'autre part, la rétinite pigmentaire est aussi considérée comme un problème courant en Jordanie.

L'onchocercose est la principale affection cécitante au Soudan méridional. On estime que le taux de prévalence de la cécité dans cette partie du Soudan est de 5,1 %, dont 4,5 % dû à l'onchocercose. L'avitaminose A a été signalée comme étant courante en Afghanistan où l'on a observé chez les enfants des cas de xérophtalmie et de kératomalacie.

Il ressort d'une enquête préliminaire dans un pays que de 15 % à 20 % des écoliers sont atteints de vices de réfraction et peuvent avoir besoin de lunettes. Etant donné que dans certains Etats Membres les lunettes sont parfois difficiles à obtenir et généralement assez coûteuses, de nombreuses atteintes de la vision ne sont pas corrigées.

Les activités régionales sont restées centrées sur la coopération avec les Etats Membres en vue de promouvoir les procédures de planification et d'exécution des programmes nationaux de prévention de la cécité. La politique et la stratégie régionales dans ce domaine impliquent l'élaboration de programmes visant à inclure les soins oculaires dans les prestations sanitaires, et plus particulièrement dans les services de soins de santé primaires. L'accent a été mis surtout sur la participation communautaire et le développement des services d'hygiène des collectivités, ainsi que sur la formation des personnels de santé afin de dépister et de traiter la maladie le plus tôt possible en utilisant des méthodes simples et, ainsi, d'éviter toute aggravation.

La collaboration revêt principalement la forme de services consultatifs pour la formulation des programmes nationaux en mettant l'accent sur les soins oculaires primaires et leur intégration dans les soins de santé primaires ainsi que sur le développement des personnels de santé. De tels services ont été fournis à de nombreux pays pour les aider à formuler ou à mettre à jour leurs programmes et leurs plans d'action nationaux pour la prévention de la cécité.

La collaboration avec le Pakistan, qui est le pays de la Région ayant la population la plus nombreuse, a été très fructueuse en ce qui concerne le soutien des efforts déployés au niveau national pour assurer la fourniture de lunettes à prix modique, en particulier pour les écoliers. La collaboration en vue de la formation du personnel (opticiens et réfractionnistes hospitaliers) pour la vérification de la vision chez les enfants et le dépistage des vices de réfraction a également été élargie de manière à faciliter la fourniture de lunettes aux enfants nécessiteux.

EMRO a réussi à promouvoir la notion de soins oculaires primaires, laquelle est de plus en plus admise par les Etats Membres de la Région. Certains pays exécutent déjà des programmes de formation pour différentes catégories de personnels de santé en organisant des cours de brève ou de longue durée sur les prestations oculaires dans le cadre des services de santé scolaire ou de santé maternelle et infantile et d'autres services de soins de santé primaires. Des bourses de l'OMS ont été attribuées à des ressortissants d'un certain nombre de pays en vue de recevoir une formation en ophtalmologie de santé publique.

Afin de promouvoir et de développer les activités de formation concernant la cécité et les atteintes de la vision dans la Région, une collaboration étroite s'est instaurée avec des organisations internationales et non gouvernementales tant dans la Région qu'au niveau mondial. Des centres collaborateurs régionaux sont actuellement recensés et soutenus pour aider à l'exécution du programme, surtout dans les domaines de la formation et de la recherche.

#### 1.5 Région européenne

S'il n'y a jamais eu un programme indépendant de prévention de la cécité dans cette Région, les activités à cet égard ainsi que pour le traitement des handicapés de la vue ont néanmoins été poursuivies. Bien qu'aucune réunion n'ait été organisée récemment, il convient de rappeler les suivantes qui ont eu lieu pendant la période 1978-1981 :

- Rôle et Fonctions des Instituts nationaux d'Ophthalmologie (1978)
- Aspects économiques des Soins oculaires (1980)
- Utilisation de la Vision résiduelle par les Handicapés de la Vue (1981).

L'Année internationale des Personnes handicapées en 1981 a stimulé l'institution d'un programme régional de prévention des incapacités et de réadaptation des handicapés, comprenant la prévention des atteintes de la vision et le soin des handicapés de la vue.

Pour ce qui est de 1987-1989, on peut signaler un développement modeste sous la forme d'un don bénévole de la Belgique (\$10 000) qui permettra d'organiser une consultation regroupant quelques homologues nationaux et des centres collaborateurs potentiels en vue de déterminer les besoins de l'Europe en matière de soins oculaires complets. Les principaux domaines où une action s'impose ont déjà été recensés lors de la réunion de 1981 sur l'utilisation de la vision résiduelle par les handicapés de la vue. Cependant, on ne connaît que partiellement le degré de couverture des besoins de la population européenne en ce qui concerne les soins oculaires complets. Un appui sera fourni au titre du programme régional aux pays qui procèdent au recensement des personnes ayant une atteinte de la vision et qui établissent des registres de ces personnes aux niveaux local, départemental, régional et national.

C'est surtout parmi les personnes âgées que l'incidence et la prévalence des atteintes de la vision sont les plus fortes. C'est pourquoi le programme régional insiste surtout sur le dépistage précoce des atteintes de la vision dans la vieillesse, suivi d'une intervention rapide.

Pour que les personnes âgées ayant une incapacité visuelle puissent conserver leur place dans la société, il leur faut peut-être une aide pour apprendre à manipuler les trois variables de l'environnement : la lumière, le volume et le contraste. Aussi le programme régional traitera-t-il en partie des aspects environnementaux qui revêtent de l'importance pour la prévention de la cécité.

Les personnes atteintes d'une incapacité visuelle peuvent être réparties en trois catégories principales selon l'époque où le problème est apparu :

- a) les sujets chez qui le problème est apparu à la naissance ou avant et qui n'ont jamais connu une vision normale,
- b) les sujets chez qui le problème est apparu pendant les années de formation et qui ont donc une expérience limitée de la vision normale,
- c) les sujets qui ont été atteints d'une incapacité visuelle assez tard dans la vie après avoir connu un mode de vie fondé sur une vision normale.

La catégorie c) englobe principalement les personnes âgées et le problème consiste donc à trouver les moyens de renforcer les capacités visuelles de ces personnes. Il faut développer les services en conséquence. Une attention particulière sera accordée au recensement et à la promotion des aides appropriées qui permettraient aux personnes n'ayant plus qu'une vision résiduelle de conserver leur autonomie.

Dans le domaine de l'incapacité l'expérience montre qu'il existe en Europe beaucoup de pays et d'organismes donateurs mais que les dons vont généralement à des pays situés en dehors de la Région. Il faut explorer les possibilités de collaboration avec des organisations non gouvernementales ou intergouvernementales puisque l'Europe n'est pas seulement une région de ressources, mais aussi une région dans le besoin, notamment dans le sud et le sud-est.

En conclusion, les activités de prévention de la cécité en Europe se développeront dans le contexte du programme régional de prévention des incapacités et de réadaptation avec pour thème "De meilleures chances pour les handicapés".

## 1.6 Région de l'Asie du Sud-Est

La période considérée a été marquée par une intensification de la collaboration pour la prévention de la cécité dans les Etats Membres. On s'est surtout occupé de mettre en place et de renforcer l'infrastructure nécessaire aux soins oculaires essentiels dans le cadre des soins de santé primaires. Dans ce contexte, on s'est notamment employé à planifier la formation et à assurer le déploiement de toutes les catégories de personnels de santé, à mettre en place des services d'orientation et à faire bénéficier les communautés sous-desservies de prestations dans le cadre de mécanismes hors institution. Alors que trois pays bénéficiaient d'un soutien pour un projet intensifié de lutte contre les cas de cécité dus au glaucome, les services de traitement de la cataracte ont été renforcés dans la plupart des Pays Membres et des mesures ont été prises pour subventionner des systèmes de fourniture de lunettes à prix modique. La recherche sur les systèmes de santé a été encouragée et soutenue, le but étant d'accroître les capacités des Etats Membres d'exécuter et d'utiliser de tels travaux aux fins de la planification et de l'exécution de programmes. La mobilisation de ressources extrabudgétaires a facilité l'extension des activités à des zones jusqu'ici sous-desservies. Des activités de formation de groupe organisées au niveau régional avec une participation interpays ont fourni à des représentants clés des Etats Membres l'occasion de participer à l'élaboration des programmes.

Parmi les principaux domaines ayant bénéficié d'un soutien au titre du programme de collaboration de l'OMS, on citera :

- Une appréciation épidémiologique de la cécité et de la morbidité oculaire au Bangladesh, en Birmanie, en Inde, en Indonésie et en Thaïlande.
- L'application du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national aux programmes de prévention de la cécité grâce à une aide pour la formation de stagiaires du Népal et de Thaïlande en ophtalmologie de santé publique.
- La formation de personnel à tous les niveaux à différents aspects des soins oculaires par le biais d'activités de formation de groupe et de bourses d'études dans la plupart des pays.
- Le renforcement de l'infrastructure à tous les niveaux, la priorité étant donnée aux installations de district et à la mise en place d'un système efficace d'orientation. En témoigne le développement rapide de services de soins oculaires intermédiaires en Indonésie, au Népal, à Sri Lanka et en Thaïlande.
- L'organisation des prestations par le biais des soins de santé primaires, cette stratégie étant à la base de tous les programmes nationaux.
- La recherche sur les systèmes de santé appliquée aux activités de prévention de la cécité, soit concrètement l'organisation d'un atelier régional et le soutien à des ateliers et études dans certains pays.
- La surveillance et l'évaluation des programmes selon les directives établies lors d'un atelier interpays.
- La mobilisation de ressources d'organisations multilatérales, bilatérales et non gouvernementales afin de compléter les crédits du budget ordinaire pour la mise en oeuvre du programme dans la plupart des pays.
- La diffusion de renseignements pour faciliter la mise à jour des connaissances et compétences professionnelles par l'achat de matériels éducatifs et leur distribution dans tous les Etats Membres.
- Les initiatives de lutte contre la cécité consécutive à la lèpre prises dans certains pays en collaboration avec le programme régional de lutte contre la lèpre et dans le cadre des activités nationales de prévention de la cécité.

La quasi-totalité des pays de la région a mis au point des programmes nationaux de prévention de la cécité et des atteintes de la vision. Ces programmes, qui reposent sur le principe des soins de santé primaires, ont été améliorés à la suite d'évaluations périodiques. Les priorités ont été révisées en fonction des données épidémiologiques recueillies et la couverture des services de soins oculaires primaires a été étendue.

Pour ce qui est des activités futures, le projet de prévention de la cécité due au glaucome exécuté par le PNUD aura notamment eu pour conséquence un projet de création d'un service de standardisation des tonomètres au Centre collaborateur de l'OMS pour la Prévention de la Cécité à New Delhi ainsi que la mise en place de trois centres régionaux de formation au traitement du glaucome, en particulier au niveau de la communauté. On espère également pouvoir financer au titre de ce projet l'étude maintenant en cours pour déterminer l'orientation à donner aux interventions futures de prévention de la cécité due au glaucome.

Le PNUD a été saisi d'une proposition de projet reposant sur une "évaluation des besoins" conduite par une mission PNUD/OMS en consultation avec le Bureau régional et les Etats Membres. Il est prévu d'engager un total de US \$500 000 pour les activités proposées, soit la formation de personnel, la mise en place de systèmes de fourniture de lunettes à prix modique et des interventions précises contre la cataracte et les infections cornéennes cécitantes dans le cadre de programmes axés sur la communauté. Ce projet se caractérise notamment par la participation directe d'ONG aux activités.

Il est également proposé d'évaluer, à l'occasion d'un atelier interpays à la fin de 1987, les programmes de formation de personnels d'ophtalmologie en cours dans les Etats Membres ainsi que de fournir des services consultatifs pour l'évaluation de certains programmes nationaux.

Les ressources disponibles au titre de fonds interpays pour des activités de promotion de la recherche et de développement sont mobilisées pour le soutien à des recherches sur les systèmes de santé axés sur la prévention de la cécité et comportant des études sur la cécité consécutive à la lèpre à la suite des initiatives déjà prises au niveau régional. Les activités pour la mobilisation de ressources seront intensifiées, de même que la collaboration avec les ONG.

Les principales sources de fonds extrabudgétaires pour des activités de prévention de la cécité dans la Région de l'Asie du Sud-Est sont les suivantes :

<u>Source</u>	<u>Pays bénéficiaires</u>
AGFUND	
Première contribution	Bangladesh, Indonésie, Népal, Thaïlande
Deuxième contribution	Bangladesh, Indonésie, Maldives, Népal, Sri Lanka, Thaïlande
PNUD	
Cycle 1982/86	Bangladesh, Birmanie, Inde, Sri Lanka
Cycle 1987/91	Bangladesh, Bhoutan, Birmanie, Népal, Sri Lanka
Fondation de l'Industrie de la Construction navale du Japon	Tous les Etats Membres
Christoffel Blindenmission	Birmanie
Andheri Hilfe	Bhoutan (en négociation)

## 1.7 Région du Pacifique occidental

En 1985-1986, la collaboration avec l'OMS a privilégié l'élaboration de programmes nationaux de prévention de la cécité et les soins oculaires primaires, en particulier dans les zones sous-desservies des pays en développement de la région. Les soins oculaires primaires - qui consistent à assurer une hygiène simple, à traiter les affections oculaires courantes et à prévenir la cécité évitable - en sont de plus en plus considérés comme une approche majeure. Dans les pays en développement, les soins oculaires ne sont pas encore à un niveau acceptable pour diverses raisons. L'accent a donc été mis sur la détermination des causes et de l'ampleur du problème de la cécité évitable. Des enquêtes dans la population sont conduites en Chine, à Fidji et au Viet Nam et il en ressort que la prévalence de la cécité se situe dans ces pays entre 0,6 % et 0,8 %.

Des programmes nationaux de prévention de la cécité ont été mis sur pied à Fidji, en République démocratique populaire lao, à Vanuatu et au Viet Nam, cependant que l'on continuait à renforcer les programmes en cours en Chine et en République de Corée. Ces efforts ont été soutenus par le biais de la collaboration technique, notamment de services de consultants en Chine, à Fidji, à Kiribati, en République démocratique populaire lao, à Tonga et au Viet Nam. Des séminaires et ateliers nationaux exécutés en collaboration avec l'OMS dans sept pays de la région ont porté sur différentes priorités allant de l'opération de la cataracte, des soins oculaires primaires et de la promotion de la prévention de la cécité au début de l'enfance aux applications de la technique du laser en ophtalmologie. Dans de nombreux pays, les cas non opérés de cataracte posent encore un problème majeur (50 % environ de tous les cas de cécité) et des activités de formation au traitement chirurgical de la cataracte ainsi que de distribution de fournitures et d'équipements essentiels ont été exécutées en Chine, à Fidji, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam. Les activités mises en oeuvre à l'échelle nationale depuis la dernière période biennale, notamment pour la lutte contre le trachome en Chine, à Fidji et au Viet Nam, ont continué de gagner en ampleur pendant la période considérée avec l'organisation de programmes de formation ainsi que la distribution de fournitures, d'équipements et de médicaments. L'aide fournie pour la lutte contre la xérophtalmie a été étendue aux Philippines et au Viet Nam.

Des programmes nationaux de formation sur le traitement de la cataracte et les services ophtalmologiques de santé publique axés en particulier sur les soins oculaires primaires ont été organisés en Chine et au Viet Nam en 1985. Une aide a également été fournie pendant cette période pour la formation de ressortissants de ces pays à l'étranger.

Les études exécutées en Chine sur la baisse de la vision ainsi que sur la détermination de la réfraction et les services de santé oculaire chez les enfants coréens bénéficient également d'un soutien de l'OMS. Le Viet Nam a reçu des crédits pour des recherches sur l'évaluation des programmes.

Le programme prend progressivement de l'importance dans les pays en développement de la région et bénéficie du soutien d'organismes d'aide bilatérale et multilatérale. Les pays auront besoin d'un soutien considérable dans le courant des années à venir s'ils désirent parvenir à un niveau acceptable de soins oculaires, en particulier dans les zones sous-desservies. En raison de la pénurie aiguë de personnel technique possédant des compétences cliniques, on s'efforce d'encourager la formation locale des médecins aux soins oculaires, par exemple en Chine et à Fidji.

Outre les crédits du budget ordinaire, le programme régional continue de bénéficier d'une aide financière de la Fondation de l'Industrie de la Construction navale du Japon ainsi que d'un soutien technique du Programme de Prévention de la Cécité au Siège.

## 2. BILAN DE LA DOCUMENTATION RECENTE SUR LE PROGRAMME

Lors de leur examen de la documentation du Programme établie au cours des deux dernières années, les participants ont noté les points suivants :

- Le rapport du groupe de travail sur la fourniture de lunettes à prix modique paraîtra bientôt sous forme de publication de l'OMS et sera largement diffusé auprès des parties intéressées. On espère que cette publication incitera à mettre en place des projets locaux de distribution de lunettes dans un certain nombre de pays qui n'ont pas encore accordé l'attention voulue à cet aspect des programmes nationaux de prévention de la cécité.
- Le rapport du groupe de travail sur la chirurgie oculaire essentielle (référence WHO/PBL/85.11) sera intégré au Manuel de l'OMS sur la Chirurgie essentielle. Ce manuel, actuellement sur le point d'être achevé, sera testé sur le terrain en 1987 dans un certain nombre de pays sélectionnés.
- Le projet de rapport de la Réunion interrégionale sur la Prise en Charge de la Cataracte dans le cadre des Systèmes de Soins de Santé primaires a été bien accueilli car il met l'accent sur un problème dont l'importance ne cesse de croître dans de nombreux pays. Les participants ont recommandé que la version définitive du rapport soit aussi largement diffusée que possible dans toutes les Régions de l'OMS pour encourager les autorités à prendre les mesures nécessaires en vue de faire opérer les nombreux cas non encore traités dans de nombreux pays.
- Le rapport de la première réunion du Groupe consultatif des ONG auprès du Programme OMS de Prévention de la Cécité (WHO/PBL/86.12) contient un résumé utile des problèmes qui intéressent particulièrement les ONG internationales qui collaborent avec l'OMS dans le domaine de la prévention de la cécité. Il a été recommandé de continuer à diffuser largement les comptes rendus de ces réunions; par ailleurs, le Président de ce groupe d'ONG devrait faire rapport au Groupe consultatif du Programme à l'occasion de ses réunions pour renforcer l'interaction existant entre les ONG et le Groupe consultatif.

Dans ce contexte, compte tenu du rapport concerné, les participants ont souligné que la convocation d'un Groupe spécial sur les Priorités de Prévention de la Cécité en Afrique, avec le soutien des ONG, illustre complètement les efforts de collaboration entre ces ONG et l'OMS au niveau régional.

- Au sujet de la note concernant "les données disponibles sur la cécité", revue en 1987, les participants ont discuté de la présentation qu'il conviendrait de donner à une banque de données sur la cécité. Ils ont reconnu que la collecte de statistiques nationales sur la cécité et ses causes s'améliorait régulièrement, un nombre croissant de pays fournissant désormais des renseignements plus récents, plus sûrs et plus précis. Le manque de renseignements reste néanmoins aigu dans certains pays et les participants ont estimé qu'un examen attentif des données disponibles devrait être entrepris en vue d'obtenir des estimations régionales plus fiables sur les taux de cécité par cause; aussi, une recommandation à cet effet a-t-elle été formulée. Il a également été souligné que les différences existant entre pays développés et pays en développement du point de vue de la structure des âges pouvaient masquer le problème de la cécité évitable. Dans les pays en développement, dont les populations sont très "jeunes", un taux relativement faible de cécité peut être la simple conséquence de la situation démographique (peu de personnes âgées). C'est ainsi qu'ont été indiqués les résultats d'une enquête récemment conduite en Gambie dans la population : le taux de cécité y a été établi à 0,7 % mais il y serait de 1,4 %, soit le double, si la pyramide des âges y était la même qu'au Royaume-Uni. Il faudrait donc envisager la possibilité de "standardiser" les taux de cécité entre les pays pour l'établissement d'une banque de données afin de mieux tenir compte des situations démographiques et de leur incidence sur la cécité.

### 3. ACTIVITES DES CENTRES COLLABORATEURS DE L'OMS POUR LA PREVENTION DE LA CECITE

Le réseau existant des Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité comprend 13 institutions ainsi réparties :

Région africaine

- Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique, Bamako, Mali

Région des Amériques

- Service d'Ophtalmologie de Santé publique, Département de la Santé de l'Etat de São Paulo, São Paulo, Brésil
- Hôpital Dr Rodolfo Robles V., Guatemala, Guatemala
- Hôpital Santo Toribio de Mogrovejo, Lima, Pérou
- International Center for Epidemiologic and Preventive Ophthalmology, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, Etats-Unis d'Amérique
- National Eye Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, Etats-Unis d'Amérique
- Francis I. Proctor Foundation for Research in Ophthalmology, University of California, San Francisco, California, Etats-Unis d'Amérique

Région de la Méditerranée orientale

- Hôpital ophtalmologique Roi Khaled, Riyad, Arabie saoudite
- Institut d'Ophtalmologie, Tunis, Tunisie

Région de l'Europe

- Centre international de Santé oculaire, Institut d'Ophtalmologie, Londres, Royaume-Uni
- Département des Maladies oculaires d'origine virale et allergique, Institut Helmholtz de Recherche en Ophtalmologie, Moscou, URSS

Région de l'Asie du Sud-Est

- Centre Dr Rajendra Prasad des Sciences ophtalmiques, Institut panindien des Sciences médicales, New Delhi, Inde

Région du Pacifique occidental

- Département d'Ophtalmologie, Ecole de médecine de l'Université Juntendo, Tokyo, Japon

Les participants ont noté qu'avaient été engagées les formalités nécessaires à la désignation d'un nouveau centre collaborateur dans la Région du Pacifique occidental, soit l'Institut d'Ophtalmologie de Beijing, Beijing, République populaire de Chine.

Tous ces Centres collaborateurs ont envoyé des rapports sur leurs activités au cours des deux années écoulées, lesquels sont reproduits à l'annexe 4. Les directeurs des centres ont fourni des renseignements supplémentaires et formulé des observations lors de la réunion.

Lors de la discussion sur les Centres collaborateurs, les participants ont noté la vaste gamme de leurs activités; il faudrait néanmoins qu'ils encouragent ou entreprennent davantage de travaux de recherche sur les systèmes de santé, surtout lorsqu'ils participent ou sont étroitement associés à des programmes nationaux de prévention de la cécité. Une recommandation générale sur la nécessité d'entreprendre des recherches opérationnelles pour accroître l'efficacité et l'efficacité des programmes des pays concernés a été formulée.

Les participants ont pris note des faits nouveaux suivants :

- Les résultats préliminaires encourageants du traitement de la kératomycose. Le Groupe a recommandé que soient poursuivies les études sur la question et que les résultats en soient communiqués dans les meilleurs délais.
- Les résultats prometteurs obtenus avec le nouveau médicament ivermectine pour le traitement de l'onchocercose et la réduction potentielle de la transmission d'Onchocerca volvulus.
- Les possibilités offertes par un nouveau laser portatif Yag relativement peu coûteux qui pourraient en particulier permettre une nouvelle approche du traitement du glaucome. De nouveaux essais sur le terrain devront être exécutés pour déterminer si cette technique nouvelle peut être appliquée dans différents contextes.

#### 4. FORMATION DE PERSONNEL AUX SOINS OCULAIRES

Cette question avait été inscrite à l'ordre du jour de la réunion du Groupe consultatif du Programme à la demande des ONG ayant participé à la réunion du Groupe consultatif des ONG en 1986. Certains des représentants des ONG ont expliqué que la formation de personnel était l'un des objectifs à atteindre en priorité pour les activités de développement et de financement de leurs organisations respectives. Plusieurs des éléments des projets soutenus par des ONG évoluent de façon favorable, notamment dans certains pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est. L'organisation de cours de formation dans le cadre de la CTPD fonctionne de façon satisfaisante bien que les pays concernés ne concluent que rarement des arrangements officiels. Les programmes actuels de formation de cliniciens et d'assistants en ophtalmologie exécutés en République-Unie de Tanzanie et au Malawi reposent en fait sur une coopération qui prévoit des échanges d'étudiants pour des études malgré l'absence d'accords officiels.

Certains des représentants des ONG ont souligné que ces cours, en particulier en Afrique, n'étaient pas officiellement reconnus. Certains étudiants ont demandé que leurs diplômes soient reconnus par leurs ministères de la santé mais jusqu'ici, seul le cours dispensé au Malawi est sanctionné par de tels diplômes qui sont contresignés par l'OMS. Lors de la discussion sur ce problème complexe, il a été indiqué que la reconnaissance par l'OMS des cours de formation aux soins oculaires pourrait beaucoup contribuer à inciter les autorités nationales concernées à reconnaître les connaissances et compétences acquises par des étudiants ayant accompli leur formation à l'étranger.

Les conditions posées par l'OMS pour la reconnaissance officielle de cours de formation peuvent être résumées comme suit :

- Le but et les objectifs de la formation doivent être conformes à la politique et aux priorités de l'OMS, soit le développement des soins de santé primaires et la santé pour tous d'ici l'an 2000.
- Le programme d'enseignement doit être examiné et accepté par l'OMS.
- La reconnaissance porte sur une période limitée, généralement trois années.
- La reconnaissance est limitée au cours suivi et n'empiète donc en aucun cas sur les décisions des autorités nationales quant aux travaux que l'étudiant peut ou ne peut pas accomplir.
- Tous les pays voisins des pays où sont dispensés des cours reconnus par l'OMS devraient en être informés ainsi que des raisons ayant motivé la reconnaissance du cours.

Il a été souligné au cours de la discussion que la Christoffel Blindenmission (CBM) et la Royal Commonwealth Society for the Blind (RCSB) souhaiteraient que l'OMS participe à leurs cours de formation dans un ou plusieurs pays africains. Il a été décidé que ces ONG prépareraient à cette fin une lettre adressée au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Ainsi qu'il a été noté, le problème de la reconnaissance des cours de formation par l'OMS a également été évoqué par le Groupe spécial sur la Prévention de la Cécité réuni à Brazzaville en octobre 1986. Les participants ont conclu que la clarification de cette question ouvrirait un autre domaine important de collaboration entre les ONG et le Programme PBL.

La formation de personnel a également été évoquée au sujet de la nécessité d'assurer une formation aux techniques de gestion. Pour certains membres du Groupe, il serait nécessaire d'améliorer la gestion des programmes nationaux de prévention de la cécité car les personnels nationaux n'ont souvent qu'une connaissance limitée des techniques de gestion qu'implique l'administration d'un programme. Il a été convenu d'organiser un cours relativement bref (2 à 4 semaines) à l'intention des gestionnaires nationaux chargés d'administrer ou d'évaluer un programme. De tels cours pourraient sans doute être dispensés dans l'un ou plusieurs des Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité, selon l'intérêt qu'ils susciteraient et l'aide dont ils pourraient bénéficier. Il a été convenu que la formation aux techniques gestionnaires devrait retenir davantage l'attention lors de l'élaboration future des activités du Programme.

## 5. COLLABORATION AVEC LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

### 5.1 Christoffel Blindenmission (CBM)

La CBM a été fondée il y a plus de 70 ans pour assurer la protection des aveugles mais, au cours des 25 dernières années elle a étendu ses activités au traitement et à la prévention de la cécité. Elle est présente dans plus de 90 pays du monde et collabore avec plus de 100 organisations chrétiennes et, dans certains cas, des sociétés nationales pour la protection des aveugles.

Ces dix dernières années, la CBM s'est activement engagée dans des programmes nationaux de prévention de la cécité, par exemple au Népal, en Somalie et en République-Unie de Tanzanie. Ses préoccupations majeures sont a) la formation de toutes les catégories de personnels de soins oculaires, b) l'élaboration de méthodes appropriées et rentables de lutte contre la cécité évitable et c) la publication de manuels de base sur les soins oculaires et différents problèmes connexes.

La CBM s'occupe également, mais dans une moindre mesure, d'autres handicaps comme la surdité, l'arriération mentale, les incapacités physiques et la lèpre.

### 5.2 Foresight

Foresight, organisation relativement nouvelle dans le domaine de la prévention de la cécité, a été créée il y a environ 7 ans sous les auspices de l'Australian National Council of and for the Blind (ANCB) avec les encouragements de Sir John Wilson. Son objectif est de venir en aide à d'autres pays pour la mise en place de services de soins oculaires, rôle qui n'était pas celui de l'ANCB, qui en tant qu'organisation chargée de "coiffer" les différents services de traitement des atteintes de la vision en Australie, ne fournit pas de prestations directes en faveur des aveugles.

Le rôle de l'ANCB est de réunir ses membres pour des échanges d'idées et l'étude de prestations qui doivent être constamment adaptées à l'évolution des attitudes et des techniques, dont l'impact peut être considérable sur la vie des personnes atteintes d'incapacités visuelles.

Les services d'aide aux aveugles ainsi que différents groupements professionnels (ophtalmologistes, optométristes, etc.) et les associations de non-voyants sont les principaux membres de l'ANCB; ils se sont montré désireux de créer et de soutenir Foresight qui bénéficie également d'une aide du Gouvernement australien ainsi que d'organismes privés.

Foresight exécute actuellement des programmes au Bangladesh, à Fidji, en Inde, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, dans les îles du Pacifique Sud et au Samoa occidental. Cette organisation axe notamment ses efforts sur les programmes suivants :

- formation - notamment dans les domaines de l'ophtalmologie, de la réadaptation des aveugles et de la restauration de la vision;
- équipements - surtout pour les programmes de formation susmentionnés;
- services d'ophtalmologie et d'optométrie.

Foresight collabore avec d'autres ONG internationales telles que la CBM, HKI et la RCSB pour l'élaboration et le financement de programmes.

Le Gouvernement australien a fait également beaucoup pour les services de soins oculaires dans la région du Pacifique Sud et il y a consacré des crédits très importants dans le cadre de son programme d'aide bilatérale. Actuellement, ce programme consiste uniquement à envoyer par avion des équipes d'ophtalmologistes pour de brèves périodes dans les pays concernés.

Si l'on ne peut que se réjouir que le Gouvernement australien accorde un rang élevé de priorité aux soins oculaires et s'il est important qu'il continue à agir ainsi, peut-être l'OMS pourrait-elle cependant user de son influence pour veiller à ce que les programmes d'aide bilatérale dans ce domaine donnent la priorité à la formation de personnel par rapport à toutes les autres formes d'assistance.

### 5.3 Helen Keller International Inc. (HKI)

Helen Keller International, qui s'occupe depuis 70 ans de réadaptation des aveugles et de prévention de la cécité dans plus de 80 pays, fournit aujourd'hui une assistance technique à des ministères de la santé partout dans le monde ainsi qu'à des organismes d'aide multilatérale et privés. Parmi ses principales interventions, on citera les initiatives pour la survie de l'enfant et des activités de prévention de la cécité par le biais de programmes de soins oculaires primaires, ainsi que de traitement de la cécité d'origine nutritionnelle, du trachome et de la cataracte. Les activités d'éducation et de réadaptation continuent d'occuper une part essentielle du programme de HKI et bénéficient d'un soutien accru avec la mise au point de stratégies nouvelles d'éducation aux fins de la réadaptation.

Depuis 15 ans, HKI s'occupe beaucoup d'étudier et de combattre la cécité d'origine nutritionnelle, étendant le réseau de distribution de vitamine A pour garantir un apport adéquat à un nombre croissant d'enfants particulièrement exposés, surtout au Bangladesh, en Indonésie, aux Philippines et dans la région du Sahel, de la Mauritanie à l'Éthiopie.

Des programmes complets de lutte contre la cécité évitable ont également été mis en place. Des projets pilotes de soins oculaires primaires sont maintenant en cours à Fidji, au Pérou, aux Philippines, à Sri Lanka et en République-Unie de Tanzanie, ainsi que dans leur phase initiale en Indonésie, au Kenya, au Maroc et en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Des services de soins communautaires à l'intention des adultes et des enfants sont mis en place. Des programmes de démonstration dont le but est de permettre aux aveugles des zones rurales d'accéder à une complète indépendance sont maintenant en cours à Fidji, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Pérou, aux Philippines et à Sri Lanka et mis en place en Thaïlande. On citera à cet égard la publication récente, dans la série de documents techniques de HKI, du manuel illustré "Community Based Rehabilitation of the Rural Blind: A Training Guide for Field Workers", qui a été largement diffusé et utilisé.

Avec la publication de "To Restore Sight: The Global Conquest of Cataract Blindness", HKI, avec l'aide des National Institutes of Health et des crédits de la Fondation de l'Industrie de la Construction navale du Japon, a contribué à la préparation d'un programme

mondial conçu pour éliminer les cas de cécité dus à la cataracte. Des programmes de démonstration exécutés à Fidji, en Indonésie, au Pérou, aux Philippines, en République-Unie de Tanzanie et à Sri Lanka marquent le début de la participation d'HKI à cette action.

Si la réadaptation professionnelle des aveugles était la préoccupation majeure d'HKI lors de sa création en 1915, la Fondation s'est récemment occupée de projets de démonstration sur les moyens d'atteindre les aveugles partout dans le monde pour des mesures de réadaptation rapides et peu coûteuses. Entre-temps, HKI a fait porter l'essentiel de ses efforts vers la prévention de la cécité évitable : premièrement par des apports de vitamine A, et deuxièmement, par l'intégration de services de soins oculaires dans les services de santé de base des pays en développement. Elle s'occupe maintenant de combattre l'un des problèmes les plus importants liés à la cécité, à savoir la cataracte.

L'action d'HKI, qui exécute de multiples programmes dans plus de 30 pays en développement, est financée par un budget de plus de US\$ 4 millions.

Helen Keller International est toujours prête à agir de concert avec l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres ONG pour l'élaboration et l'exécution de programmes pratiques visant à restaurer la santé et la vision et à accroître la qualité de la vie.

#### 5.4 Organisation mondiale contre la Cécité (IAPB)

Le Bulletin de janvier de l'IAPB était consacré pour l'essentiel à sa Troisième Assemblée générale tenue à New Delhi en décembre 1986. Cette Assemblée, à laquelle assistaient quelque 400 délégués de 45 pays, a été inaugurée par M. Rajiv Gandhi, Premier Ministre indien.

L'exposé des activités de prévention de la cécité conduites partout dans le monde par les Etats et des organisations gouvernementales et non gouvernementales nationales et internationales sur le thème "une décennie d'activités" a fidèlement rendu compte de l'importance de l'action et des politiques dans ce domaine.

Il est révélateur que le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale contre la Cécité ait consacré ses réunions à l'amélioration des activités dans les régions et aux mesures à prendre pour veiller à ce que des ONG nationales et internationales soient associées à cette action à tous les niveaux. L'Assemblée réunie en séance plénière finale a adopté des résolutions pour modeler les régions de l'IAPB sur celles de l'OMS, modifier le rôle de ses présidents régionaux et sous-régionaux et élaborer un "budget par étapes" auquel toutes les organisations membres seraient invitées à contribuer. A l'unanimité, les délégués ont remercié le comité organisateur indien des mesures prises pour une réunion des plus efficaces à l'issue de laquelle le Dr Carl Kupfer a été réélu Président de l'Organisation mondiale contre la Cécité pour un nouveau mandat de quatre ans.

#### 5.5 Fondation internationale pour les Yeux (IEF)

La Fondation internationale pour les Yeux est une organisation privée bénévole qui se consacre à la prévention et au traitement de la cécité dans les pays en développement. Elle a travaillé dans 60 pays au cours des 25 dernières années et exécute actuellement des programmes en Afrique (Ethiopie, Guinée, Kenya, Malawi et Zimbabwe), en Amérique latine (Equateur, Honduras, Porto Rico) et dans les Caraïbes (Barbade, Grenade, République dominicaine, St Christophe/Nevis, Ste Lucie). Le coût de ces programmes pour l'exercice 1985-1986 s'est monté à US\$ 2 millions.

Concus en étroite coordination avec les ministères de la santé concernés, les programmes de l'IEF varient selon les conditions propres à chaque pays; tous font néanmoins une place très importante à la formation. Toutes les catégories d'agents de santé sont prises en compte, depuis l'agent de santé communautaire jusqu'à l'ophtalmologiste. La Fondation produit également des auxiliaires d'enseignement appropriés et fournit l'équipement de base nécessaire à la mise en place de services de soins oculaires.

L'IEF a également exécuté des travaux de recherche épidémiologique et opérationnelle en collaboration avec des instituts universitaires et d'autres organisations internationales. Elle privilégie également l'exécution de programmes en coopération avec d'autres ONG (HKI et la RCSB par exemple) ainsi que d'autres organisations sanitaires bénévoles.

#### 5.6 Ligue internationale d'Optométrie et d'Optique (IOOL)

L'IOOL définit l'optométriste comme un praticien des soins oculaires ayant 3 ou 4 années de formation en optométrie. L'optométrie consiste à reconnaître les signes de maladies oculaires et à orienter les patients, enfin à prescrire et à fournir des verres et autres instruments correcteurs. Dans certains pays, l'optométrie englobe d'autres aspects des soins oculaires qui font l'objet de la formation en optométrie.

Pour l'IOOL, l'optométrie constitue un moyen économiquement rationnel d'assurer ces éléments des soins oculaires. Les optométristes travaillent généralement en clientèle privée ou dans les départements d'ophtalmologie des hôpitaux, en coopération avec les autres membres du personnel. Ce sont des praticiens normalement immatriculés détenteurs de l'autorisation d'exercer. L'existence de vendeurs de lunettes qui n'ont pas de qualification et ne sont soumis à aucun contrôle n'est pas dans l'intérêt à long terme de quelque pays que ce soit. Cela étant, des opticiens autodidactes pourraient contribuer à assurer certaines prestations d'optométrie là où la mise en place de services complets ne serait pas encore possible. L'IOOL estime que la formation en optométrie sanctionnée par un diplôme adéquat constitue le moyen à long terme d'améliorer les soins oculaires.

L'IOOL a mis au point des recommandations et programmes de formation en optométrie de différents niveaux, de l'enseignement des techniques de base à des cours complets sanctionnés par le diplôme d'optométriste. Elle souhaite recruter des auxiliaires d'enseignement capables de dispenser des cours de brève durée en optométrie afin de promouvoir des services efficaces de correction de la vue. Les arrangements nécessaires pourraient être confiés à des organisateurs de cours d'optométrie qui ont une expérience étendue de l'éducation continue. Les dépenses de ces organisateurs, dont le travail est bénévole, devraient être financées mais il ne serait pas nécessaire de prévoir des crédits pour l'organisation des cours proprement dite ou les honoraires des auxiliaires d'enseignement.

Ces indications devraient contribuer à renforcer la coopération entre l'OMS et l'IOOL pour la mise en place de services plus efficaces de soins oculaires dans les pays où ces prestations restent inadéquates.

#### 5.7 Operation Eyesight Universal (OEU)

Operation Eyesight Universal est une jeune ONG canadienne qui s'occupe de programmes de restauration de la vision et de prévention de la cécité dans les pays en développement. Elle aide les pays à soutenir plus efficacement leurs propres ressortissants.

Plus de soixante partenaires sont financés par l'OEU dans une douzaine de pays en développement. En 1985, ces équipes ont traité 1,2 million de malades et pratiqué 92 000 opérations de restauration de la vision dans le cadre des programmes mis en place.

L'OEU soutient des programmes dans les pays suivants : Bangladesh, Burkina Faso, Haïti, Inde, Kenya, Libéria, Malawi, Népal, Pakistan, Pérou, République dominicaine, Sri Lanka et Zambie. Sa contribution consiste à :

- fournir un appui aux hôpitaux d'ophtalmologie, aux départements d'ophtalmologie des hôpitaux généraux et aux dispensaires de soins oculaires;
- financer les coûts des immobilisations et les dépenses d'exploitation de quelque 40 unités mobiles d'ophtalmologie (en association avec la RCSB, l'OEU fournit l'élément mobile des services ruraux de soins ophtalmologiques du Ministère de la Santé du Kenya);

- collaborer avec un centre hospitalo-universitaire en Inde à la création d'un Institut d'Ophtalmologie;
- fournir les crédits nécessaires à la formation d'ophtalmologues, d'auxiliaires et d'infirmières en ophtalmologie et d'agents de soins oculaires primaires et à la formation de médecins à l'ophtalmologie;
- financer une soixantaine d'agents pour les camps oculaires mise en place au Bangladesh et en Inde (par l'intermédiaire de la RCSB);
- aider les programmes de soins communautaires intégrés comprenant une composante ophtalmologie;
- financer les coûts des immobilisations et les dépenses d'exploitation d'un département de pédiatrie dans un grand hôpital d'ophtalmologie en Inde;
- financer les programmes de lutte contre la cécité nutritionnelle dans trois régions de l'Inde, y compris les taudis de Bombay (en association avec la RCSB);
- assumer les coûts des programmes scolaires de dépistage et de traitement.

L'OEU a des liens avec de nombreuses ONG nationales de pays en développement et certains ministères de la santé. Elle s'est aussi associée à des ONG au Canada, en République fédérale d'Allemagne, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis d'Amérique. Ce travail d'équipe a permis d'utiliser plus efficacement les ressources disponibles au profit des personnes nécessiteuses des pays en développement.

#### 5.8 Royal Commonwealth Society for the Blind (RCSB)

L'activité de la RCSB dans les domaines de la prévention de la cécité et de la fourniture de services aux aveugles incurables des pays en développement du Commonwealth et, à l'échelle internationale, dans la fourniture de services consultatifs, s'est considérablement développée depuis la dernière réunion du Groupe consultatif du Programme. Le montant total de sa contribution aux programmes de 33 pays a atteint US \$5,7 millions, soit une augmentation d'environ 60 %. En 1987, elle s'était engagée à verser US \$3,5 millions à des programmes régionaux et nationaux de soins ophtalmologiques, dont plus de 20 % pour la formation de personnels d'ophtalmologie.

Si les activités de prévention de la cécité soutenues par la RCSB sont surtout localisées dans le sous-continent asiatique et en Afrique, elle collabore aussi avec d'autres ONG internationales à la mise au point de programmes régionaux dans les Caraïbes et dans la Région du Pacifique occidental.

Au cours de ces 15 dernières années, la RCSB a financé deux millions d'opérations de la cataracte et 20 millions de traitements individuels, essentiellement au Bangladesh et en Inde, où plus de 200 000 opérations de la cataracte ont été effectuées l'année dernière dans 3239 camps oculaires.

C'est en Afrique que les activités de la RCSB se développent le plus rapidement. Elle s'est engagée à financer, pendant une période de cinq ans, les programmes nationaux des pays suivants : Gambie, Kenya, Malawi et République-Unie de Tanzanie. Des programmes nationaux sont en cours de formulation, soit individuellement soit en liaison avec d'autres organismes, dans les pays suivants : Botswana, Ghana, Lesotho, Ouganda, Sierra Leone, Swaziland, Zambie et Zimbabwe. Le Zimbabwe est un exemple type de pays où la RCSB, en collaboration avec l'IEF et le Ministère de la Santé, fournit les services suivants :

- a) mise en place d'un comité national du Zimbabwe pour la prévention de la cécité;
- b) élaboration d'un plan national de soins oculaires;
- c) création d'un cours pour agents paramédicaux s'occupant de santé oculaire;

- d) réorganisation et supervision de l'activité du principal hôpital d'ophtalmologie du Zimbabwe, Sekuru Kaguvi.

L'actuel plan quinquennal de la RCSB prévoit le financement à long terme des activités suivantes : a) programmes nationaux, en association avec d'autres ONG internationales; b) maintien des camps oculaires situés en Asie parallèlement en financement des dépenses d'équipement et de fonctionnement des services permanents des unités rurales et urbaines de soins oculaires; c) développement des unités mobiles et des unités fixes en Afrique et d) soutien de grande envergure aux établissements de formation. La Société s'est déjà engagée à assumer le coût des cinq années de formation des cliniciens en ophtalmologie pour le SADCC<sup>4</sup> à l'Ecole des Sciences de la Santé de Lilongwe, Malawi, avec l'appui du Gouvernement britannique, dont la contribution s'élève à US \$403 500; en association avec le Govet Trust en Inde méridionale, les préparatifs pour la création d'un centre international d'ophtalmologie communautaire seront bientôt achevés et la RCSB est heureuse de participer avec d'autres ONG à l'activité du Programme OMS de Prévention de la Cécité par l'intermédiaire des mécanismes de l'IAPB et du nouveau Groupe consultatif d'ONG. Le niveau de financement visé par la RCSB est de US \$7,5 millions.

## 6. MEDICAMENTS PRIORITAIRES POUR LA PREVENTION DE LA CECITE

### 6.1 Les médicaments ophtalmologiques essentiels

Le Groupe a pris acte de la liste existante des médicaments essentiels pour les soins oculaires et la prévention de la cécité. Dans l'ensemble, les participants se sont déclarés satisfaits de la liste actuelle qui couvre une gamme représentative de médicaments ophtalmologiques. Ils ont néanmoins relevé certaines limites dans la liste existante, notamment en ce qui concerne les antimicrobiens. Le Groupe a donc recommandé que cette question soit examinée plus en profondeur, en consultation avec les programmes techniques appropriés de l'OMS. De même, il a été observé que le Groupe pourrait examiner à l'avenir les progrès réalisés dans le domaine des médicaments ophtalmologiques, de façon à encourager l'inclusion de nouveaux médicaments ophtalmologiques appropriés dans les listes de médicaments essentiels.

### 6.2 Production locale de collyres

Le prix des collyres disponibles sur le marché est très élevé et ce, pour diverses raisons qui tiennent notamment au coût élevé du récipient et des étiquettes et au processus d'attribution d'une marque aux produits. Une ONG a mis au point une méthode simple et sûre pour la production locale de collyres dont les principales caractéristiques sont les suivantes :

- réemploi de flacons ordinaires comme récipients;
- pipettes jetables économiques et tétines;
- eau distillée (de l'eau de pluie bouillie peut être utilisée à condition que le collyre ne soit pas appliqué directement un globe oculaire "ouvert");
- stérilisation au bain-marie (certains collyres peuvent être stérilisés à l'autoclave);
- emploi d'un antioxydant tel que le métabisulfite de sodium pour réduire l'oxydation par la chaleur au minimum;
- emploi de conservateurs antiseptiques, chlorure de benzalkonium et nitrate de phénylmercure, pour assurer la stérilité et la conservation.

<sup>4</sup> Southern African Development Cooperative Council.

Grâce à cette méthode simplifiée, la production des collyres revient à 10 % de leur coût de fabrication industrielle. Leur fabrication en milieu rural permet en outre une plus grande disponibilité. Une affiche représentant schématiquement les principales étapes de la préparation des collyres est en préparation. Tous les détails et la liste i) des matières premières, ii) du matériel, iii) des fournisseurs et iv) des méthodes de préparation de chaque collyre peuvent être obtenus sur demande par l'intermédiaire de CBM.<sup>5</sup> Le coût approximatif de la mise en place d'une unité locale de production est le suivant :

Matières premières (pour 1 à 2 ans)	US \$2000 environ
Tout le matériel (distillateur, balance, autoclave portatif, unité de filtration en verre et tétines)	US \$3000 environ
Pipettes jetables	US \$70 pour 1000 unités

Il existe aujourd'hui une vingtaine de sites locaux de fabrication de collyres en Afrique où des cours de brève durée peuvent être organisés.

La fabrication locale de collyres a suscité un vif intérêt chez les participants qui ont estimé pour la plupart que le coût des médicaments ophtalmologiques représentait souvent un poste de dépenses important dans de nombreux programmes de prévention de la cécité. Ils ont reconnu qu'il était possible, grâce à la production locale, de réduire sensiblement le coût des médicaments ophtalmologiques topiques et d'améliorer la disponibilité des médicaments ophtalmologiques.

En examinant certains aspects techniques tels que les conservateurs antiseptiques, la création d'un atelier et le niveau de production, les participants ont reconnu que des directives plus concrètes étaient nécessaires. Il a donc été recommandé que le Programme de Prévention de la Cécité confie à un groupe de travail le soin d'élaborer des directives appropriées pour la production locale de médicaments ophtalmologiques.

#### 7. ELABORATION DE MATERIELS PEDAGOGIQUES EDUCATIFS POUR LA PREVENTION DE LA CECITE

Les participants ont pris acte de la collaboration en cours entre le Programme PBL et certaines ONG pour la mise au point d'auxiliaires pédagogiques. L'affiche sur les soins oculaires primaires conçu en collaboration avec l'IEF a remporté un grand succès; quatre ans plus tard, elle est encore très demandée dans toutes les régions du monde. L'affiche existe en neuf langues et plus de 60 000 exemplaires ont été distribués.

D'autres aides pédagogiques et matériels éducatifs sont actuellement mis au point par le Programme PBL et HKI, y compris trois nouvelles affiches. L'une d'elles concerne directement les techniques de base en soins oculaires primaires tandis que les deux autres ont pour sujets la cataracte et la promotion de la santé oculaire en général. Ces affiches sont actuellement à l'essai sur le terrain et elles devraient être disponibles dans le courant de 1988. Le coût de l'impression et de la diffusion de ces nouvelles affiches sera financé comme précédemment par la Fondation de l'Industrie de la Construction navale du Japon, par l'intermédiaire du Fonds fiduciaire Sasakawa pour la Santé.

Il a été observé que l'on manquait encore sérieusement de matériels éducatifs et d'auxiliaires de formation de bonne qualité pour le personnel non spécialisé appelé à dispenser des soins oculaires. Cette pénurie fait souvent obstacle à la mise au point des programmes destinés à former diverses catégories de personnels auxiliaires. Les membres du Groupe ont pris note avec intérêt des nouvelles techniques d'imprimerie, basées sur

---

<sup>5</sup> CBM consultant en Ophtalmologie pour la Région africaine, Moshi, République-Unie de Tanzanie.

l'emploi de jeux de diapositives en fourres en plastique, et ils ont recommandé que des matériels de ce type soient mis au point et diffusés. Ce procédé pouvant intéresser certains Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité, un groupe de travail ou un groupe analogue pourrait étudier les matériels les plus indispensables et les plus appropriés.

#### 8. DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

Le Groupe a pris acte de l'invitation adressée au Secrétariat de l'OMS pour la réunion de 1989 du Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité par le Centre collaborateur de l'OMS pour la Prévention de la Cécité et l'International Center for Epidemiologic and Preventive Ophthalmology (ICEPO), Johns Hopkins, Baltimore, Etats-Unis d'Amérique. Cette réunion du Groupe consultatif du Programme à l'ICEPO fera ainsi partie des manifestations prévues pour commémorer le 200<sup>e</sup> anniversaire de l'Ecole de Médecine Johns Hopkins.

#### CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Le Groupe a noté avec satisfaction l'expansion et le développement continu du Programme de Prévention de la Cécité comme en témoignent :

- le nombre de pays où fonctionne un programme national, qui est actuellement de 50;
- le nombre croissant d'activités mondiales, régionales et nationales et d'activités menées par les organisations non gouvernementales intéressées et les Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité. Le Groupe consultatif d'ONG constitue notamment un mécanisme efficace pour renforcer la collaboration entre les ONG et améliorer la coordination avec le Programme PBL, processus encore consolidé par la réorganisation de la structure régionale de l'Organisation mondiale contre la Cécité d'après celui de l'OMS.

Le Groupe a en outre noté que d'importants progrès avaient été réalisés sur le plan de la mise en oeuvre des recommandations de la sixième réunion du Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité qui a eu lieu en 1985 :

- la réunion de groupes de travail sur la chirurgie oculaire essentielle et la fourniture de lunettes à prix modique;
- la collecte ininterrompue de données sur la cécité et ses causes, en particulier au moyen d'enquêtes basées sur la population;
- l'organisation d'un groupe de travail régional en Afrique chargé d'examiner les approches courantes utilisées pour prévenir la cécité et la réunion du Comité consultatif technique de l'OPS qui doit avoir lieu en mars 1989 en République dominicaine;
- le soutien fourni pour la formation des administrateurs nationaux des programmes de prévention de la cécité;
- la mise en place de centres nationaux et sous-régionaux pour la formation des personnels chargés de dispenser des soins oculaires à divers niveaux, en particulier dans les Régions de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est;
- l'attention accrue accordée, aux niveaux mondial et régional, à la prévention de la cécité due à la lèpre;

2. Le Groupe a réaffirmé l'importance des autres recommandations formulées lors de la dernière réunion, et en particulier les suivantes :

- la nécessité de renforcer d'urgence le personnel des programmes aux niveaux mondial et régional afin de permettre l'expansion du Programme;

- le besoin continu de ressources supplémentaires pour soutenir la mise au point et le développement accéléré des programmes nationaux et régionaux;
- la nécessité d'assurer en permanence des incitations et des perspectives de carrière appropriées pour encourager les personnels de santé à faire carrière dans le domaine de l'ophtalmologie communautaire et à dispenser des services dans les communautés insuffisamment desservies, généralement rurales;
- la nécessité d'inclure des doses de vitamine A pour la mère et le nouveau-né dans la trousse d'accouchement de base du programme de santé maternelle et infantile, dans les régions où l'avitaminose A pose un problème.

Le Groupe a examiné les nouveaux points ci-après :

3. Le Groupe a souligné que l'objectif principal du Programme de Prévention de la cécité était de ramener à moins de 0,5 % le taux général de cécité dans tous les pays. Cet objectif ayant déjà été atteint dans la plupart des pays industrialisés, le Programme devrait donc axer ses activités principalement sur les pays en développement.
4. Le Groupe a réaffirmé l'importance de la conclusion de la sixième réunion du Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité selon laquelle "l'Afrique demeure prioritaire pour la prévention de la cécité", compte tenu en particulier de la détérioration de la situation économique sur ce continent qui retarde la mise au point des activités de prévention de la cécité. Il est recommandé que le Programme PBL, les ONG et les autres organismes s'attachent tout particulièrement à rassembler toutes les ressources possibles pour favoriser la mise en oeuvre des programmes de prévention de la cécité en Afrique.
5. La cataracte apparaît de plus en plus comme la principale cause de cécité dans le monde. Le Groupe a reconnu que ce problème avait été examiné lors d'une réunion interrégionale sur la prise en charge de la cataracte dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires. Tout en approuvant pleinement le rapport, il a recommandé que des ressources supplémentaires soient rassemblées et que les activités dont le but est de résoudre ce problème mondial s'intensifient. Le Groupe appuie les mesures visant à abrégier les cours de formation sur la chirurgie de la cataracte dans les pays où ces compétences sont rares et où la cécité due à la cataracte est fréquente. Le Groupe estime en outre nécessaire de surveiller de près l'efficacité de ces cours de formation et de s'assurer qu'ils sont sans danger.
6. Les participants se sont félicités de la présence de tous les Conseillers régionaux de l'OMS responsables des activités de prévention de la cécité et ils ont souligné l'importance de leur présence aux réunions futures de façon à faciliter la planification et la coordination des activités à tous les niveaux, par une interaction avec les ONG et les autres groupes apparentés présents à ces réunions.
7. Le Groupe s'est félicité de la création du Groupe consultatif d'ONG auprès du Programme PBL et il a demandé que celui-ci fasse rapport sur ses délibérations aux réunions du Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité et qu'il participe activement à ses réunions futures.
8. La Banque mondiale de Données s'est révélée un outil utile pour la collecte et la diffusion d'informations sur les tendances relatives à la prévalence et aux causes de cécité. S'il est utile de continuer à recueillir des statistiques nationales sur la cécité pour actualiser la banque de données existante, il est indispensable d'examiner systématiquement les données existantes afin d'obtenir des estimations régionales plus fiables des taux de cécité par cause.

9. Le Groupe a noté qu'un système de classification simplifié du trachome avait été élaboré et mis à l'essai sur le terrain en vue de son utilisation par les auxiliaires de santé au niveau communautaire. De même, une nouvelle technique pour le dépistage précoce de l'avitaminose A sera bientôt disponible. Les groupes collaborateurs devraient être encouragés à se familiariser davantage avec ces techniques.
10. Les maladies oculaires infectieuses sont encore une cause importante de perte de vision dans de nombreux pays en développement. Aussi a-t-il été recommandé d'organiser une réunion interrégionale pour formuler des stratégies de soins de santé primaires appropriées pour remédier à ce problème.
11. Le Groupe a relevé avec intérêt, dans certains pays, une aptitude et une volonté croissantes de la part des collectivités locales d'assumer le coût des activités de soins oculaires primaires. Il est recommandé que d'autres pays s'efforcent de développer les ressources non gouvernementales locales.
12. Le coût des médicaments oculaires d'usage courant disponibles dans le commerce représente un poste de dépenses important dans les programmes de prévention de la cécité. Le Groupe a pris note avec intérêt de la possibilité d'accroître la disponibilité de médicaments oculaires grâce à la production locale. Il a demandé qu'un groupe de travail se réunisse pour élaborer des directives applicables à la production locale.
13. Le Groupe a noté les limites de la liste des médicaments essentiels existante, notamment pour ce qui est des antimicrobiens, et il a recommandé que cette question soit examinée attentivement.
14. L'expérience de plusieurs pays a démontré que les services de promotion et de prévention dans le cadre des soins oculaires primaires étaient d'autant plus crédibles et acceptables qu'ils étaient associés à des services curatifs et à un système efficace d'orientation-recours des malades. Le Groupe a donc recommandé qu'une place plus importante soit faite à cet aspect dans la programmation au niveau national.
15. On a pris conscience, en élaborant des programmes nationaux de prévention de la cécité, que les compétences gestionnaires, bien que souvent négligées, étaient indispensables au bon fonctionnement d'un programme. Il a donc été recommandé que la formation aux compétences gestionnaires soit plus activement encouragée et soutenue à tous les niveaux, y compris celle des personnels auxiliaires et non spécialisés.
16. Etant donné les problèmes dus aux ressources limitées et aux obstacles auxquels se heurte la mise en oeuvre des programmes dans de nombreux pays, une plus grande attention doit être accordée à la recherche opérationnelle afin d'accroître au maximum l'efficacité des programmes.
17. Les programmes de formation destinés aux personnels auxiliaires qui dispensent des soins oculaires sont de plus en plus nombreux aux niveaux sous-régional et interpays. Il est recommandé que le Programme PBL examine périodiquement ces programmes de formation et reconnaisse officiellement ceux qui satisfont aux normes appropriées.
18. Les programmes de formation existants, notamment ceux qui s'adressent aux personnels d'ophtalmologie non spécialisés, sont entravés par le manque de matériels éducatifs appropriés, bien illustrés et durables, en particulier sur les principales causes de cécité. Un groupe de travail, auquel participeraient notamment des Centres collaborateurs, devrait se réunir pour concevoir des modules et fixer les priorités pour la mise au point de matériels d'enseignement appropriés, tels que des transparents pour rétroprojecteur produits en grand nombre.
19. Compte tenu du fait que les étudiants en médecine et en santé publique, d'ordinaire, ne reconnaissent pas l'importance ni l'intérêt d'une intégration des services oculaires préventifs, il importe d'encourager l'inclusion des concepts relatifs à la prévention de la cécité dans les programmes généraux de formation en santé publique et dans les programmes généraux des études de médecine.

20. Le Groupe recommande que l'Organisation mondiale contre la Cécité (IAPB) poursuive son recensement des activités des ONG et qu'elle en fournisse une liste aussi détaillée que possible aux Bureaux régionaux de l'OMS.

21. L'OMS se félicite que des services de soins oculaires soient fournis dans les zones manquant de personnel, mais, partout où cela est possible, elle souhaite que la priorité soit accordée à la formation et au développement des capacités locales.

22. Pour les aider à répondre plus efficacement aux demandes des pays, le Groupe a recommandé que les Bureaux régionaux de l'OMS reçoivent un annuaire des Centres collaborateurs de l'OMS décrivant leur profil et en particulier leurs activités de formation et de recherche dans le domaine de la prévention de la cécité.

23. Etant donné les compétences en santé publique et en gestion généralement requises pour concevoir et appliquer les programmes nationaux de prévention de la cécité, et le rôle des administrateurs principaux et des directeurs de projet dans l'encadrement et l'intégration des activités des personnels nouvellement qualifiés, et compte tenu du peu de temps disponible pour cette formation, il est recommandé qu'un programme approprié et des matériels de formation soient conçus et mis à l'essai pour un cours de deux à quatre semaines afin de répondre à ces besoins. Le matériel mis au point par d'autres Programmes OMS (PEV, par exemple) devra être utilisé, le cas échéant.

Message du

Dr HUSSEIN A. GEZAIRY

Directeur du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale

à l'occasion de la

SEPTIEME REUNION DU GROUPE CONSULTATIF DU PROGRAMME OMS

DE PREVENTION DE LA CECITE

Bureau régional, Alexandrie, 16-19 mars 1987

Mesdames et Messieurs, chers collègues,

C'est avec un grand plaisir que je vous souhaite la bienvenue à cette septième réunion du Groupe consultatif du Programme de prévention de la cécité, qui se réunit pour la première fois dans la Région de la Méditerranée orientale.

La possibilité de tenir certaines de ses réunions dans différentes Régions de l'OMS a permis au Groupe, outre son examen des questions qui se posent à l'échelle mondiale, d'acquérir sur place une meilleure connaissance des problèmes individuels des pays et des Régions. Les Régions en profitent aussi à leur tour. Je vois dans cette réunion l'occasion pour mon personnel de prendre connaissance des faits les plus récents dans ce domaine, tandis que par ailleurs les observations et les suggestions que vous formulerez au cours de votre examen des activités régionales nous permettront de voir nos problèmes sous un éclairage nouveau, nous aidant ainsi à trouver des solutions.

A l'intention des nouveaux participants, que j'accueille tout spécialement, il n'est sans doute pas inutile de rappeler que le Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité a été créé en 1978 avec pour mandat de conseiller l'OMS sur l'élaboration du programme et de participer à la promotion des mesures de prévention de la cécité et à la mobilisation des ressources qui sont tant nécessaires. Il a été reconnu que les travaux du Groupe sont bien axés dans la pratique sur les problèmes qui se posent aux niveaux national, régional et mondial puisque ses recommandations ont toujours été tempérées par un esprit de réalisme et dictées par la forte motivation de ses membres. La collaboration étroite avec les organisations non gouvernementales et leur participation active ont joué un rôle de premier plan dans les succès remportés par le Groupe.

Vous savez tous, j'en suis sûr, que deux des objectifs du Programme de l'OMS consistent à ramener au niveau le plus bas possible la cécité évitable dans les pays en développement et à assurer des soins oculaires primaires à toutes les populations. Dans ce contexte, on estime généralement que si le taux global de cécité dépasse 0,5 % dans un pays ou atteint 1 % dans une collectivité considérée individuellement, cela indique l'existence d'un problème de santé impliquant une "cécité évitable". Or les taux de cécité sont nettement plus élevés dans la plupart des pays en développement. Le taux global de cécité est d'environ 3 % dans la Région de la Méditerranée orientale, qui comprend des pays en développement. L'effectif de la population étant actuellement d'environ 320 millions d'habitants, cela signifie que la Région compte quelque 9,6 millions d'aveugles dont 8 millions environ n'auraient pas dû perdre la vue. Du point de vue des pertes socio-économiques et de la souffrance humaine, les incidences pour les Etats Membres de cette Région sont incalculables.

Il est clair que l'ampleur de la cécité évitable fait de celle-ci un problème de santé publique de grande importance dans la Région et impose un lourd fardeau aux services nationaux de santé. Si l'épidémiologie et la prévalence varient d'un pays à l'autre, par contre l'une au moins des quatre principales causes de cécité évitable - le trachome, la cataracte, l'onchocercose et la xérophtalmie - est présente dans chaque pays de la Région.

Depuis les années 1950, des programmes de lutte contre le trachome ont été introduits dans un nombre croissant de pays de la Région, si bien qu'actuellement la plupart en sont dotés. Des signes encourageants indiquent que cette maladie commence à être maîtrisée, les efforts déployés sur le plan national étant étayés par le progrès socio-économique et les modifications intervenues dans le mode de vie des populations.

En ce qui concerne la cataracte, toutefois, il existe probablement dans de nombreux pays une accumulation croissante de cas non opérés par suite de l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population et de l'inaptitude des services de santé à faire face au nombre toujours plus important des cas nécessitant une intervention chirurgicale. Des études épidémiologiques menées avec une grande précision en Arabie saoudite et en Tunisie ont révélé que dans ces pays la cataracte est maintenant de loin la cause la plus importante de cécité évitable, étant à l'origine de plus de 50 % des cas. Etant donné que l'onchocercose et la xérophtalmie posent des problèmes de caractère plus localisé, on peut conclure que la cécité due à la cataracte et, dans une mesure décroissante, au trachome sera le principal défi à relever dans le cadre des efforts déployés pour éliminer la cécité évitable dans la Région en vue d'atteindre notre but commun de la Santé pour Tous d'ici l'An 2000.

La mise au point d'une approche de la prévention de la cécité fondée sur les soins de santé primaires a été au cours des quelques dernières années l'une des principales réalisations du Programme de l'OMS dans sa coopération avec les Etats Membres. Des projets concernant la prestation de "soins oculaires primaires" dans le cadre des services de soins de santé primaires sont actuellement mis en oeuvre dans un nombre rapidement croissant de pays. Les composantes des programmes de soins oculaires primaires varieront selon les maladies oculaires les plus répandues sur le plan local, les ressources et le personnel disponibles et, d'une manière générale, le degré de développement des services de santé, mais les aspects principaux demeurent remarquablement constants.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, la notion de soins oculaires primaires gagne de plus en plus de terrain et le Bureau régional met tout particulièrement l'accent sur son développement. D'ailleurs, ce fut là le thème d'une réunion régionale qui s'est tenue en Tunisie en décembre 1985. Des exemplaires du rapport sont en cours de distribution.<sup>6</sup>

Dans l'ensemble, les efforts que nous avons accomplis dans la Région concordent dans une très large mesure avec le but du Programme de l'OMS, à savoir la mise en place effective de programmes nationaux de prévention de la cécité dans 60 pays en développement à travers le monde entier d'ici 1989. Il est très encourageant de constater qu'il existe d'ores et déjà 50 programmes de ce genre, dont dix dans la seule Région de la Méditerranée orientale; j'ai le plaisir de vous informer que plusieurs autres sont en cours d'élaboration.

Deux Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité ont été désignés, l'un en Arabie saoudite et l'autre en Tunisie. Ces Centres assurent une direction technique et gestionnaire et disposent de moyens pour la formation du personnel en

---

<sup>6</sup> Document WHO-EM/PBL/33-E.

ophtalmologie et à la prévention de la cécité. Ces deux Centres ont également joué un rôle très important dans l'évaluation épidémiologique de la cécité à laquelle j'ai fait allusion précédemment, surtout en ce qui concerne la détermination des causes de la cécité dans les deux pays en question. Le Bureau régional appuie par ailleurs les efforts déployés au niveau national en vue d'entreprendre des évaluations analogues dans d'autres pays de la Région; eu égard aux différences considérables constatées entre les pays pour ce qui est de la perte de la vision et de la morbidité oculaire, de telles évaluations constituent la seule base possible pour élaborer un programme d'une manière satisfaisante au niveau national.

J'ai mentionné les organisations non gouvernementales comme partenaires dans le Programme de l'OMS. En effet, plusieurs organisations non gouvernementales internationales de premier plan consacrent déjà quelques US \$ 25 millions à des programmes de prévention de la cécité dans le monde entier. L'apport de ces organisations revêt une grande importance pour le programme international, non seulement pour ce qui est des ressources disponibles, mais aussi à cause de l'expérience acquise par ces organisations et de la participation communautaire très poussée qu'elles ont souvent réussi à obtenir dans ce domaine. A la suite des discussions techniques qui ont eu lieu pendant l'Assemblée mondiale de la Santé de 1985 et qui avaient pour thème la collaboration avec les organisations non gouvernementales, le Président de l'Organisation mondiale contre la Cécité et le Directeur général de l'OMS ont accepté des propositions visant à créer un Groupe consultatif des Organisations non gouvernementales auprès du Programme de l'OMS sur la Prévention de la Cécité et ils en ont approuvé la composition. Ce Groupe s'est réuni pour la première fois en mai 1986. Il soutient une interaction régulière avec le Programme de l'OMS et a mis en évidence l'importance d'un développement et d'un renforcement de la collaboration aux niveaux des Régions et des pays. Des exemplaires du rapport de sa première réunion sont à votre disposition.

Le Groupe consultatif a pris note de l'organisation de la présente réunion et je suis très heureux de constater la présence parmi nous aujourd'hui des représentants de tant d'organisations non gouvernementales.

Pour ce qui est de l'avenir immédiat, il semble probable que le but consistant à ce que 60 pays en développement aient un programme national de prévention de la cécité d'ici à 1989 sera atteint, et il est certainement grand temps d'envisager ce qui se produira après cette date. A l'heure actuelle, environ 125 Etats Membres de l'OMS sont classés comme pays en développement. Il paraît raisonnable de fixer un nouveau but intérimaire sur la voie qui aboutira à 100 % de réussite à l'échelle mondiale d'ici l'an 2000.

Par ailleurs, il faudra sûrement orienter les efforts de telle sorte que les divers programmes nationaux bénéficient de tout le soutien possible, y compris la communication d'informations à jour sur les travaux de recherche sur les services de santé qui ont révélé des données importantes pour le programme, par exemple en ce qui concerne l'acceptation par le public des programmes tels qu'ils sont exécutés actuellement ou la façon dont la participation communautaire peut contribuer à la réussite malgré l'insuffisance des ressources humaines et financières. Dans ce domaine également, il est nécessaire de choisir les technologies qui sont véritablement "appropriées" en vue d'une application aux différents échelons des soins de santé primaires puisque le soutien technique, depuis la fourniture des lunettes jusqu'aux appareils de microchirurgie, doit être évalué en fonction des possibilités de réalisation économiques et techniques.

Peut-être ne serait-il pas inutile d'examiner comment on pourrait, éventuellement au niveau régional, prévoir un moyen de diffuser de façon permanente et informelle les informations et les idées. Je suis convaincu que cela contribuerait à faire en sorte que tous les participants à ce Programme aient l'impression de faire partie d'une seule et même équipe et ne se sentent plus isolés avec leurs problèmes particuliers.

A ce propos, il serait peut-être utile aussi d'étudier les moyens de permettre à certains administrateurs et membres du personnel d'encadrement de communiquer directement avec l'OMS au sujet des questions qui les concernent dans l'immédiat, là encore à titre officieux. Ce serait certainement précieux pour l'OMS car cela lui fournirait, à partir du niveau d'exécution des projets, le type de rétro-information dont elle a besoin pour s'assurer de la parfaite pertinence du Programme; qui plus est, cela pourrait aussi améliorer l'efficacité de son action.

Enfin, il serait peut-être bon d'examiner comment on pourrait mobiliser la communauté ophtalmologique dans le monde entier pour qu'elle soutienne le Programme, car c'est là une autre forme de participation communautaire à laquelle il faut faire appel à mon avis comme source d'assistance extrêmement pertinente.

Je vous souhaite plein succès dans vos délibérations et je suis sûr que les recommandations et le plan d'action pour les années à venir qui seront le principal résultat de cette réunion nous permettront de faire face avec plus de confiance au défi de l'an 2000.

SEPTIEME REUNION DU GROUPE CONSULTATIF DU  
PROGRAMME OMS DE PREVENTION DE LA CECITE

Alexandrie, 16-19 mars 1987

ORDRE DU JOUR

Ouverture de la réunion

Election du bureau

Adoption de l'ordre du jour

1. Examen des activités du programme :
  - (a) au niveau mondial
  - (b) dans les Régions
2. Bref examen de la documentation récente du programme
3. Activités des Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité
4. Formation du personnel aux soins oculaires :
  - Faits nouveaux en matière de CTPD
  - Homologation des cours
5. Collaboration avec les organisations non gouvernementales
6. Médicaments prioritaires pour la prévention de la cécité :
  - Médicaments ophtalmologiques essentiels
  - Production locale de collyres
7. Mise au point de matériel d'enseignement/éducation pour la prévention de la cécité
8. Questions diverses

Conclusions et recommandations

Date et lieu de la prochaine réunion

Clôture de la réunion

\* \* \*

SEPTIEME REUNION DU GROUPE CONSULTATIF DU  
PROGRAMME OMS DE PREVENTION DE LA CECITE

Alexandrie, 16-19 mars 1987

LISTE DES PARTICIPANTS

MEMBRES DU GROUPE CONSULTATIF

- Dr Ihsan Badr, Directeur médical adjoint, Hôpital ophtalmologique Roi Khaled, P.O. Box 7191  
Riyadh - 11462, Arabie saoudite
- Dr Hannah Faal, Coordonnatrice, Plan national de Soins oculaires de la Gambie, Unité  
d'Ophtalmologie, Royal Victoria Hospital, Independence Drive, Banjul, Gambie
- Dr Stella Basurto de Garcia, Directrice, Ecole pour Enfants aveugles et sourds, B.P. 7685,  
Cali, Colombie
- Dr Hu Tian-Sheng, Chef-adjoint, Département d'Ophtalmologie, Hôpital du Collège médical de  
l'Union à Pekin, Beijing, République populaire de Chine
- Professeur Madan Mohan, Organisateur principal/Professeur d'Ophtalmologie, Centre Dr  
Rajendra Prasad pour les Sciences ophtalmologiques, Institut panindien des Sciences  
médicales, Ansari Nagar, New Delhi - 110016, Inde
- Dr R.P. Pokhrel, Chef du Département d'Ophtalmologie, Hôpital Bir, Kathmandou, Népal
- Dr Salvador R. Salceda, Integrated Health Care Services Inc., 3rd Floor, Medico Building,  
San Miguel Avenue, Cor. Lourdes Road, Pasig, Manille, Philippines
- Professeur<sup>7</sup> Fuad Sayegh, Doyen de la Faculté de Médecine, Université de Jordanie, Amman,  
Jordanie
- Professeur Alfred Sommer, Directeur du Centre international d'Ophtalmologie épidémiologique  
et préventive, Dana Center, The Wilmer Institute, 600 N. Wolfe Street, Baltimore,  
Maryland 21205, Etats-Unis d'Amérique
- Professeur Asbjörn M. Tønjum, Département universitaire d'Ophtalmologie, Rikshospitalet,  
Pilestredet 32, Oslo 1, Norvège
- Dr Nicolas Toufic, Chef du Département d'Ophtalmologie, Hôpital central et Annexe Jamot,  
B.P. 1616, Yaoundé, République du Cameroun
- Dr E.V. Yegorova, Directrice, Institute Helmholtz de Recherche ophtalmologique, Sadovaja-  
Chernogriazslakaj 14/19, Moscou 103064, URSS

REPRESENTANTS D'ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALES INTERNATIONALES

Christoffel Blindenmission e.V. : Dr J. Taylor, Consultant en ophtalmologie pour la Région  
africaine, P.O. Box 1363, Moshi, République-Unie de  
Tanzanie

<sup>7</sup> Empêché.

Foresight : Mme D.B. White, Chandler Highway, P.O. Box 162, Kew 3101, Victoria, Australie

Helen Keller International Inc. : M. John Palmer III, Directeur executif, 15 West Sixteenth Street, New York, N.Y. 10011, Etats-Unis d'Amérique

Organisation mondiale contre la Cécité : M. Alan Johns (voir plus bas sous RCSB)

Fondation international pour les Yeux : M. J.R. Babson, Directeur executif et Président, 7801 Norfolk Avenue, Bethesda, Maryland 20814, Etats-Unis d'Amérique

Fédération internationale des Sociétés d'Ophtalmologie : Professeur Mohyi El Din Said (voir Secrétariat)

Ligue internationale d'Optométrie et d'Optique : M. L.D. Pickwell, Directeur, Ecole d'Optique ophtalmologique, Université de Bradford, Bradford, BD7 1DP, Royaume-Uni

Operation Eyesight Universal : M. A.T. Jenkyns, Président, P.O. Box 123, Str. M, Calgary, Alberta, T2P 2H6, Canada

Royal Commonwealth Society for the Blind : M. Alan Johns, Directeur executif, Commonwealth House, Haywards Heath, West Sussex RH16 3AZ, Royaume-Uni

Union mondiale des Aveugles : Cheik Abdullah M. Al-Ghanim, Président, et M. Saleh Al-Majed, Comité du Moyen-Orient pour l'Action sociale en faveur des Aveugles, P.O. Box 3465, Riyadh 11471, Arabie saoudite

#### SECRETARIAT

Dr E.A. Abdou, Consultant à court terme - Maladies parasitaires, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, P.O. Box 15127, Alexandrie 21511, Egypte

Dr K. Bagchi, Consultant à court terme - Nutrition, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, P.O. Box 15127, Alexandrie 21511, Egypte

Dr. V. Carazo, Conseiller régional pour la Cécité, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, 525 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, Etats-Unis d'Amérique

Dr M.E. Chuwa, Conseiller régional - Maladies non transmissibles, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. N° 6, Brazzaville, Congo

Dr G. Hafez, Médecin, Programme élargi de Vaccination, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, P.O. Box 15127, Alexandrie 21511, Egypte

Dr H. Hermanova, Administrateur régional pour les Personnes âgées, les Handicapés et la Réadaptation, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, 2100 Copenhague, Danemark

Professeur F. Hollows (Conseiller temporaire du Secrétariat), Président, Département d'Ophtalmologie, Université de Nouvelles-Galles du Sud, Prince of Wales Hospital, High Street, Randwick, N.S.W. 2031, Australie

Dr K. Konyama, Ophtalmologiste, Programme de Prévention de la Cécité, Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

- Dr A. Modjtabai, Conseiller régional pour les Maladies non transmissibles, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, P.O. Box 15127, Alexandrie 21511, Egypte
- Dr N.V.K. Nair, Conseiller régional pour la Nutrition, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, P.O. Box 2832, Manille 2801, Philippines
- Professeur A. Nakajima (Conseiller temporaire du Secrétariat), Directeur, Département d'Ophtalmologie, Ecole universitaire de Médecine Juntendo, 3-1-3 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo, 113 Japon
- Dr R. Pararajasegaram, Conseiller régional pour la Prévention de la Cécité, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi 110002, Inde
- Professeur Mohyi El Din Said (Conseiller temporaire du Secrétariat), Chercheur principal, Ecologie du Trachome et autres Maladies oculaires infectieuses, 40 rue Safia Zaghoul, Alexandrie, Egypte
- Dr H. Rejeb, Conseiller régional pour la Nutrition, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, P.O. Box 15127, Alexandrie 21511, Egypte
- Dr B. Thylefors, Directeur du Programme de Prévention de la Cécité, Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr M.H. Wahdan, Directeur, Lutte contre la Maladie, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, P.O. Box 15127, Alexandrie 21511, Egypte

RAPPORTS DES CENTRES COLLABORATEURS DE L'OMS POUR LA PREVENTION DE LA CECITE

INSTITUT D'OPHTALMOLOGIE TROPICAL DE L'AFRIQUE  
Bamako, Mali

Directeur : Dr P. Vingtain

1. ACTIVITES DE FORMATION

1.1 Certificat d'Etudes spéciales (CES) en Ophtalmologie

Trois médecins qui ont obtenu le diplôme ont été affectés à des postes périphériques. Quatre autres médecins suivent le même cours à l'heure actuelle.

1.2 Diplôme d'Infirmier spécialisé en Ophtalmologie

En 1985, le diplôme a été attribué à 19 candidats désignés par les Etats Membres de l'OCCGE. Un nouveau stage pour 23 stagiaires a débuté en octobre 1985; la durée de la formation est de deux ans.

1.3 Autres stages de formation

Pendant la période 1985-1986, 29 étudiants de l'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali ont suivi un stage de 6 semaines. En outre, 29 élèves infirmiers des écoles de santé ont suivi un stage de 4 semaines et 5 omnipraticiens ont séjourné de 8 à 12 semaines à l'Institut pour se familiariser avec les techniques ophtalmologiques.

2. ACTIVITES DE RECHERCHE

2.1 Onchocercose

La recherche a porté essentiellement sur des essais thérapeutiques :

- (i) Essai en double-aveugle entrepris dans la région de Koulikoro (Mali), avec comparaison entre le MK 933 (ivermectine) et la diethylcarbamazine et un placebo.
- (ii) L'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali et l'IOTA ont étudié les effets sur la transmission vectorielle de la distribution générale d'ivermectine dans une collectivité.
- (iii) Une étude portant sur 230 malades a été entreprise à Neguela (Mali) pour déterminer les effets directs et les effets secondaires du MK 933 dans un traitement de grande envergure.
- (iv) L'élimination du MK 933 par le lait maternel a été étudiée en 1986.
- (v) L'ivermectine sous forme de comprimés a été essayée sur 80 malades.

2.2 Epidémiologie et prévention de la cécité

L'Opération Yeelen et l'IOTA ont effectué deux enquêtes descriptives pour déterminer la prévalence des principales affections entraînant la cécité en milieu rural, ainsi que deux enquêtes sur les maladies oculaires chez les écoliers. Ces enquêtes ont fait l'objet de quatre thèses pour le doctorat en médecine.

L'Organisation pour la Prévention de la Cécité a publié un guide villageois de santé oculaire accompagné d'un guide de l'instructeur produit en collaboration avec les services nationaux d'alphabétisation.

### 2.3 Recherche fondamentale

L'IOTA a participé avec divers partenaires scientifiques à une étude de la sensibilisation à l'autoantigène rétinien et à l'antigène onchocerquien dans le déterminisme de l'entretien de la chorio-rétinite onchocerquienne.

### 2.4 Recherche appliquée

Une étude a été présentée sur les tumeurs orbito-oculaires en République du Mali, fondée sur l'expérience acquise au cours des dix dernières années.

Les autogreffes sont l'objet d'un programme de recherche dans le cadre de la chirurgie du ptérygion.

Enfin, une étude portant sur les conjonctivites bactériennes, viraux et à chlamydiae a été entreprise en collaboration avec des instituts de recherche français.

## 3. ACTIVITES CLINIQUES

Le Tableau 1 récapitule les activités cliniques des années 1985 et 1986 (les données concernant l'Opération Yeelen pour 1986 ne sont pas encore disponibles).

TABLEAU 1. ACTIVITES DE L'IOTA ET DE L'OPERATION YEELLEN - 1985-1986

	1985	1986 (10 premiers mois)
IOTA		
Consultations	59 196	42 700
Hospitalisations	2 195	1 631
Chirurgie	944	712
dont cataracte	613	593
YEELLEN		
Consultations	201 399	-
Villages visités	323	-
Actes chirurgicaux	3 145	-
dont trichiasis	1 738	-
cataracte	845	-

INTERNATIONAL CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC AND PREVENTIVE OPHTHALMOLOGY  
Dana Center, Wilmer Institute, Johns Hopkins Hospital  
Baltimore, Maryland, Etats-Unis d'Amérique

Directeur : Professeur Alfred Sommer

Au cours de ces deux dernières années, le Centre collaborateur de l'OMS pour la Prévention de la Cécité à Baltimore (International Center for Epidemiologic and Preventive Ophthalmology (ICEPO)/Dana Center for Preventive Ophthalmology, Wilmer Institute, Johns Hopkins Medical Institutions) a poursuivi ses activités de recherche et de soutien technique dans les domaines de l'ophtalmologie préventive et de santé publique.

Xérophtalmie

La recherche sur la lutte contre la carence en vitamine A et la xérophtalmie et la fourniture de services techniques dans ce domaine ont constitué l'une des principales activités du Centre. Les résultats de l'importante étude réalisée en Indonésie concernant les effets de l'administration de suppléments de vitamine A sur la morbidité et la mortalité générales et sur les maladies oculaires ont commencé à paraître et certains ont été publiés. Un essai du même type, mais de plus grande envergure, est en cours aux Philippines. D'autres études basées sur l'examen cytologique d'empreintes pour le dépistage précoce de l'avitaminose A ont été effectuées tant sur l'homme que sur des modèles animaux. Une assistance technique, concernant notamment la formation à la technique de l'empreinte, est prévue pour des séminaires régionaux en Asie, en Afrique et en Amérique latine. Une fiche pour le dépistage et le traitement de l'avitaminose A et de la xérophtalmie, destinée à un usage général, a été distribuée en Asie; une version pour l'Afrique devait être mise au point au début de 1987.

Trachome

Le Centre poursuit ses travaux de terrain et ses études de laboratoire sur le trachome, son deuxième grand domaine d'activité. Une évaluation épidémiologique des facteurs de risque du trachome inflammatoire cécitant a été effectuée en République-Unie de Tanzanie. Simultanément, des études de laboratoire sur un modèle de trachome constitué par un primate non humain ont fourni d'importants renseignements concernant l'immunologie du trachome et des travaux sont en cours en vue de l'élaboration et de la mise à l'essai d'éventuels vaccins contre les Chlamydias. Les résultats préliminaires, bien que limités sont néanmoins encourageants.

Onchocercose

Ce troisième grand domaine de recherche est financé dans une large mesure par l'Organisation mondiale de la Santé. Les premiers essais sur l'ivermectine ont démontré son efficacité et son innocuité pour le traitement de l'onchocercose. Une nouvelle phase de recherche a commencé; elle devrait fournir des résultats dans un avenir plus lointain et renseigner sur la valeur et les effets de l'administration de doses répétées sur la transmission, la longévité des macrofilaires et les facteurs associés.

Autres domaines

Les recherches sur le lien entre la cataracte et l'exposition aux rayons ultraviolets se poursuivent. Les travaux de terrain entrepris il y a deux ans sont achevés et les résultats sont en cours d'analyse. Les travaux continuent sur l'épidémiologie du glaucome à angle ouvert et sur la valeur et l'efficacité des paramètres de dépistage précoce, en particulier l'examen des couches des fibres nerveuses et la périmétrie automatique. Un laser Yag portatif a été mis au point et essayé sur le terrain pour la lutte contre le glaucome par fermeture de l'angle dans les pays en développement.

### Formation

Outre l'assistance technique et les activités de formation indiquées ci-dessus, l'ICEPO a tout un effectif de chercheurs qui suivent une formation aux techniques d'épidémiologie et de santé publique appliquées aux maladies oculaires dans la prévention de la cécité. Le programme de maîtrise en ophtalmologie préventive, donné pour la dernière fois il y a deux ans, sera repris pendant l'année universitaire 1987-1988. Le Centre s'emploie à trouver les crédits nécessaires pour financer cette activité. Les inscriptions sont ouvertes et des candidatures ont déjà été reçues. Quatorze étudiants sont attendus. Le personnel de l'ICEPO a parcouru l'Afrique, l'Asie, le Moyen-Orient et l'Amérique latine pour fournir une assistance technique dans les domaines de la mise sur pied, de l'élaboration et de l'évaluation des activités de prévention de la cécité et pour organiser des ateliers, des cours et des séminaires sur des sujets pertinents.

### Activités futures

Pendant les deux années à venir, le Centre devrait poursuivre ses activités dans les mêmes domaines.

---

FRANCIS I. PROCTOR FOUNDATION FOR RESEARCH IN OPHTHALMOLOGY  
Université de Californie, San Francisco, Etats-Unis d'Amérique

Directeur : Dr C. R. Dawson

## 1. ACTIVITES DU PROGRAMME

### 1.1 Facteurs de risque du trachome : étude de suivi à long terme en Tunisie

Une étude de suivi de longue durée a été effectuée en Tunisie pour déterminer les facteurs de risque cliniques et socio-environnementaux de la forme cicatricielle sévère du trachome. Il s'agit d'un projet réalisé conjointement avec l'Institut d'Ophtalmologie de Tunis (Directeur : Professeur M. T. Daghfous).

Une étude longitudinale de l'épidémiologie et de l'évolution du trachome a été effectuée en Tunisie de 1969 à 1972. Depuis, la situation économique s'est régulièrement améliorée dans la région. Une enquête menée en février 1986 dans les écoles a révélé que le pourcentage d'écoliers de première année atteints de trachome d'intensité sévère était inférieur à 7 %.

L'objet de cette étude était de vérifier deux hypothèses concernant la cicatrisation liée au trachome. A partir de données recueillies en 1969-1970, un échantillon aléatoire a été constitué dans deux villages parmi les sujets qui avaient dix ans ou moins lors du premier examen. Le nombre des sujets réexaminés dans les deux villages était de 151 et 146 respectivement.

Des différences sensibles ont été observées entre les deux villages et en ce qui concerne l'apparition de séquelles invalidantes. Les principaux signes cliniques les plus fréquemment associés à une cicatrisation sévère étaient les suivants : maturation folliculaire et cicatrisation conjonctivale. Certains signes cliniques composites présentant une forte corrélation avec une cicatrisation tardive étaient mesurés à l'aide d'un index associant la présence ou l'absence de follicules et la maturation folliculaire. Un certain lien a été observé entre l'intensité et le stade du trachome et une cicatrisation tardive.

Dans un deuxième temps, 94 sujets âgés de 10 à 30 ans lors des examens effectués de 1969 à 1972 ont été réexaminés; un grand nombre d'entre eux présentaient déjà un degré avancé de cicatrisation conjonctivale. L'objet de ce nouvel examen était de mesurer le

risque d'entropion et de cicatrisation de la cornée consécutif à la régression de l'infection trachomateuse pendant les dernières années de l'enfance. Aucun des sujets ne présentant pas de cicatrisation ou ne présentant qu'une légère cicatrisation n'a été affecté de trichiasis. Cette lésion apparaît donc comme résultant directement de l'atteinte conjonctivale due au trachome, qui se développe progressivement.

### 1.2 Comportement et trachome en Egypte - étude fondée sur l'anthropologie médicale

En décembre 1985 et janvier 1986, un groupe de la Proctor Foundation et de l'Université d'Alexandrie a effectué une étude détaillée du trachome dans le village de Sednawi al Wosta et du comportement des villageois sur le plan de la santé. Dans chacun des 27 ménages, l'anthropologue médical a observé les activités quotidiennes et ce qui, dans l'environnement, pouvait affecter la santé : source d'approvisionnement en eau, défécation et évacuation des déchets, lavage, préparation des aliments, etc. Un contrôle a été effectué dans ces mêmes ménages en octobre 1986 afin de déterminer la prévalence du trachome et d'autres ophtalmies pendant la saison chaude lorsque la conjonctivite épidémique est plus répandue en Egypte.

A Sednawi al Wosta, la prévalence du trachome évolutif chez les enfants de moins de 10 ans était de 40 % en hiver et de 60 % en octobre 1986. L'infection était très inégalement répartie entre les différents ménages.

Dans l'analyse des variables comportementales et du trachome on a comparé l'intensité du trachome dans les ménages au comportement et aux croyances censés contribuer à la propagation de l'infection trachomateuse. Les activités suivantes ont été observées dans chaque ménage pendant une journée entière : façon dont les gens se lavent et s'essuient le visage; lavage des mains; soins donnés aux enfants; bains; comportement lié à la défécation; contact avec les fèces; lieu où vivent les animaux; nombre de personnes par lit; assainissement; stockage des aliments; mouches; endroit où l'on fait la cuisine; contacts entre les doigts et les yeux et les vêtements et les yeux; irritation des yeux par la fumée, la poussière, la saleté, le kohl; stockage de l'eau; contact avec l'eau; évacuation de l'eau; rationnement de l'eau; latrines.

La variable comportementale la plus nettement associée à une infection trachomateuse légère était le débarbouillage des enfants, opération absolument indépendante du statut socio-économique, de l'éducation des parents, des filles et des garçons.

Les variables sans aucun lien avec le degré d'intensité du trachome étaient les suivantes :

- Statut socio-économique
- Education des filles, des garçons et des adultes
- Nombre de personnes par lit
- Assainissement, y compris évacuation des fèces, contamination fécale, etc., eau saine, réemploi de l'eau, fréquence de la corvée d'eau.

### 1.3 Etudes de terrain (2ème phase) sur l'épidémiologie du trachome et l'influence du comportement

Pour confirmer nos observations sur l'influence du comportement journalier sur l'intensité et la gravité du trachome chez les individus et dans les foyers, nous avons procédé à une deuxième enquête à Sednawi el Kobra, village voisin de celui que notre groupe avait étudié précédemment. Les résultats révèlent que la prévalence du trachome évolutif demeure importante dans ce village.

Nous avons été surpris de constater que la cicatrisation modérée ou sévère était beaucoup plus fréquente chez les femmes (47 %) que chez les hommes (36 %) malgré le moindre taux de maladies inflammatoires. De même, l'entropion est plus fréquent chez les femmes (5,4 %) que chez les hommes (2,4 %). Cette affection est aussi la cause d'un nombre important de cas de cécité et de perte de vision.

1.4 Un programme d'ordinateur pour fournir aux agents de santé de première ligne des compétences techniques en soins oculaires primaires

Grâce à une subvention spéciale de l'USAID, le Centre met au point un programme destiné à fournir des avis d'experts sur la prise en charge des problèmes oculaires aux agents de santé des dispensaires ruraux. Ce programme sera disponible sur un micro-ordinateur fonctionnant sur batterie et pouvant être posé sur les genoux. Il tiendra lieu d'expert consultant. Une série de questions sur un malade donné sont posées à l'utilisateur, en l'occurrence l'agent de santé, qui y répond en donnant un résumé du cas, puis le traitement recommandé.

Le programme est à l'essai dans deux centres de santé ruraux en Tunisie et en Egypte, où le programme a été revu et analysé par l'Université d'Alexandrie. Le programme, élaboré en anglais, sera appliqué en arabe. Il est maintenant disponible pour les ordinateurs du type IBM-PC mais des versions anglaise et arabe sont en préparation pour l'ordinateur Apple de Macintosh.

NATIONAL EYE INSTITUTE, NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH  
Bethesda, Maryland, Etats-Unis d'Amérique

Directeur : Dr Carl Kupfer

INTRODUCTION

Les objectifs internationaux du National Eye Institute sont les suivants :

- évaluer les technologies sanitaires disponibles, promouvoir les programmes d'intervention et de prévention du meilleur rapport coût-efficacité, en particulier dans les pays en développement;
- mettre au point, au moyen d'études concertées de recherche appliquée, des méthodes propre à prévenir certaines maladies oculaires;
- soumettre les résultats de la recherche à des évaluations cliniques contrôlées;
- échanger des informations sur les progrès scientifiques récents et leur application aux problèmes de cécité et de perte de vision.

1. RESUME DES PROGRAMMES ET ACTIVITES INTERNATIONAUX

Chine

Le Directeur du Centre d'Ophtalmologie de Zhongshan, Collège médical de Zhongshan, a séjourné au National Eye Institute, en avril 1986, pour mettre au point un programme concerté. Des spécialistes scientifiques du Pekin Union Medical College sont actuellement formés par le National Eye Institute et un projet de recherche conjoint sur la prévalence de la cataracte et de la maculopathie au Tibet est prévu.

Inde

Un Centre de recherche clinique pour la prévention de la cécité nutritionnelle a été créé en collaboration avec l'Institut national de la Nutrition d'Hyderabad (Inde). Une étude communautaire sur la rougeole, les affections oculaires et le statut vitaminique A a été effectuée et les facteurs de risque de la xérophtalmie sont à l'étude.

La kératomalacie est une conséquence irréversible de l'avitaminose A sévère alliée à d'autres facteurs. Une étude dont l'objectif est de déterminer le rôle de la collagénase dans cette maladie touche à sa fin et une étude clinique a été réalisée sur l'absorption de la vitamine A contenue dans les solutions de réhydratation orale pendant la phase aiguë de la diarrhée.

Le National Eye Institute et l'Indian Council of Medical Research ont mis au point un programme concerté de recherche sur la cécité dans le cadre de l'Indo-US Science and Technology Initiative conclue en 1983. Cette initiative recouvre en outre des projets visant à réduire la cécité due à la cataracte et au syndrome d'Eales.

Une étude hospitalière cas-témoins sur les facteurs de risque de la cataracte liée au vieillissement, axée spécialement sur la nutrition et la biochimie sanguine, est en cours au Centre du Dr Rajendra Prasad pour les sciences ophtalmologiques à New Delhi.

Une étude de recherche opérationnelle visant à réduire les obstacles à la chirurgie de la cataracte est en cours à Madurai, en collaboration avec l'Hôpital d'Ophtalmologie Aravind et l'Université du Michigan.

Une étude réalisée par l'Université d'Oakland sur l'apparition et la distribution de la cataracte brunescence et d'autres cataractes est menée en collaboration avec des chirurgiens spécialisés en ophtalmologie et des biochimistes en Inde. Un accord de collaboration a été passé pour des études faisant appel à la biochimie, à la biophysique et à d'autres techniques, sur des cristallins récupérés après l'acte d'exérèse chirurgicale.

#### Italie

Une étude génétique sur la rétinite pigmentaire, particulièrement répandue en Sardaigne, et une étude cas-témoin des facteurs de risque de la cataracte liée au vieillissement sont prévues.

#### Japon

Le National Eye Institute et la Société pour la Promotion des Sciences du Japon ont décidé d'échanger chaque année deux spécialistes scientifiques de chaque pays pour la réalisation de recherches conjointes.

#### Amérique latine

Deux projets de démonstration visant à créer des zones exemptes de cataracte ont été mis sur pied en Amérique latine, l'un au Pérou et l'autre au Brésil.

#### Organisations internationales et multinationales

Une réunion parrainée par la Pan American Association of Ophthalmology (PAAO), le National Eye Institute et les National Institutes of Health, Fogarty International Center a eu lieu en avril 1986 pour examiner la notion de "zone exempte de cataracte". Assistaient à cette réunion d'éminents ophtalmologistes d'Amérique latine, des responsables de la PAAO, des membres du personnel d'Helen Keller International et des experts des programmes de recherche opérationnelle et d'intervention concernant la cataracte. Deux propositions ont été élaborées pour des projets de démonstration au Brésil et au Pérou.

En juin 1986, le National Eye Institute, en collaboration avec Helen Keller International, a parrainé une réunion internationale d'experts de trois jours qui a examiné les moyens de réduire le problème de la cataracte dans le monde. Diverses approches de recherche ont été publiées dans une monographie de 60 pages intitulée "To Restore Sight, the Global Conquest of Cataract Blindness".

## 2. PROGRAMMES EXTERIEURS

Au cours de l'année écoulée, le National Eye Institute a attribué 23 bourses à des établissements étrangers de neuf pays.

## 3. PROGRAMMES ET ACTIVITES INTERNES

Le National Eye Institute continue de jouer le rôle de centre international de recherche et de formation en ophtalmologie. Pendant l'année écoulée, 27 boursiers invités, 10 spécialistes scientifiques invités, 10 associés invités et 21 chercheurs invités et autres experts de 20 pays ont effectué des recherches à l'Institut.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS Y OFTALMOLOGICAS  
Lima, Pérou

Directeur : Dr Francisco Contreras

Les activités de cet institut dans le domaine de la prévention de la cécité sont de quatre types : recherche épidémiologique; formation de personnel; prévention de la cécité et services ophtalmologiques et, enfin, équipement et mise en oeuvre des services périphériques et ruraux du Ministère de la Santé. Ces activités se déroulent dans cinq zones géographiques du pays.

### 1. RECHERCHE EPIDEMIOLOGIQUE

Sous le parrainage de l'Organisation mondiale de la Santé, une enquête sur la prévalence de la cécité a été effectuée dans les "Pueblos Jovenes" de la pointe sud de Lima (région côtière). Les résultats obtenus étaient sensiblement différents de ceux de l'enquête précédente réalisée à Puno (région des Andes).

### 2. FORMATION DE PERSONNEL

Des cours ont été donnés aux personnels suivants : maitres d'école, aides sanitaires d'usine, infirmières et généralistes des postes de santé et des hôpitaux ruraux. Au mois d'octobre 1986, le nombre des personnels formés s'établissait comme suit :

	Généralistes	Infirmières	Aides sanitaires	Maitres d'école	Aides sanitaires d'usine
1985	57	33	144	402	80
1986	20	31	55	178	-
Total	77	64	199	580	80

## 3. ACTIVITES DE PREVENTION DE LA CECITE - FOURNITURE DE SERVICES OPHTALMOLOGIQUES

Ces activités ont été mises au point selon la pyramide des soins de chaque région de santé par le centre ophtalmologique et les personnels qualifiés. Le nombre des cas traités s'établissait comme suit :

## DANS LES POSTES DE SANTE

	Examen de l'acuité visuelle	Prévention de la conjonctivite du nouveau-né	Diagnostic de la cataracte	Autres activités	Aiguillage vers les services spécialisés
1985	17 330	3 402	509	6 790	441
1986	8 965	1 891	140	3 794	128
Total	26 295	5 293	730	10 584	569

## DANS LES CENTRES DE SANTE ET LES HOPITAUX RURAUX

	Examen de l'acuité visuelle	Prévention de la conjonctivite du nouveau-né	Diagnostic de la cataracte	Chirurgie mineure	Orientation-recours
1985	7 936	1 189	256	6 679	364
1986	1 845	570	133	3 662	168
Total	9 781	1 759	389	10 341	532

## DANS LES HOPITAUX REGIONAUX

	Consultation d'ophtalmologie	Chirurgie majeure	Chirurgie mineure	Orientation-recours
1985	4 157	360	208	16
1986	6 785	172	193	24
Total	10 943	532	401	40

Sept mille quatre cent cinquante-six malades se sont présentés à la consultation pour des soins oculaires plus spécialisés. Les affections principales étaient les suivantes :

Amétropie	2 043 cas	27,4 %
Conjonctivite	850 "	11,4 %
Ptérygion	619 "	8,3 %
Cataracte	559 "	7,5 %
Leucome	164 "	2,2 %
Strabisme	156 "	2,1 %
Glaucome	150 "	2,0 %
Ulcération de la cornée	142 "	1,9 %
Autres affections	2 773 "	37,2 %

La campagne de prévention de la conjonctivite du nouveau-né, depuis 1985, a donné des résultats très satisfaisants. Les rapports, jusqu'à octobre 1986, ne faisaient état d'aucun cas nouveau.

---

DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, INSTITUT DE LA SANTE  
Sao Paulo, Brésil

Directeur : Dr Oswaldo Monteiro de Barros

1. MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME DE SANTE OCULAIRE DANS L'ETAT DE SAO PAULO

Ce programme n'a pu être achevé en raison de la grève des personnels médicaux qui dure depuis de nombreux mois. L'Institut supervise les services de santé où le programme a pu être mis en oeuvre.

2. FORMATION D'EQUIPES DE SANTE PUBLIQUE POUR LE PROGRAMME DE SANTE OCULAIRE

3. COURS ET CLASSES

3.1 Universités : Ecole de Santé publique, Université St. Paulu; Ecole fédérale de Médecine Paulista, Université Jundiai; Université Campinas, etc.

3.2 Séminaire national d'Ophtalmologie, Brasília, 1985.

3.3 Séminaire latino-américain sur les Programmes de Soins oculaires, Sao Paulo, août 1986.

3.4 Cours de Santé publique pour les ophtalmologistes du Secrétariat à la Santé.

3.5 Formation en Santé publique de l'équipe "Serviço de Oftalmologia Sanitaria" :

- un médecin a suivi le cours de Santé publique à l'Ecole de Santé publique de l'Université de Sao Paulo
- un assistant social a suivi l'introduction au cours de santé communautaire, Institut de la Santé de Sao Paulo.

4. RECHERCHE EN OPHTALMOLOGIE

4.1 Trachome à Bebedouro

4.2 Données sur la morbidité oculaire, Freguesia do O-Sao Paulo

4.3 Morbidité oculaire chez les personnes âgées à Sao Paulo

4.4 Tuberculose oculaire

4.5 Lèpre oculaire

5. ELABORATION DE MATERIELS DE FORMATION EN OPHTALMOLOGIE

5.1 Manuel de formation aux soins oculaires

5.2 Renseignements de base sur la santé oculaire : publication du Ministère de la Santé, Brasília

5.3 Manuel d'ophtalmologie pour pédiatres

5.4 Standardisation des aspects cliniques du trachome.

---

HOPITAL DU DR RODOLFO ROBLES V. (OPHTALMOLOGIE ET OTOLOGIE)  
Guatemala, Guatemala

Directeur : Dr F. Beltranena

1. FORMATION

1.1 Formation aux soins oculaires primaires

Deux mille sept cent personnes ont suivi le cours du type I destiné aux enseignants et aux responsables communautaires, qui sont chargés du dépistage des ophtalmies dans les écoles et les collectivités.

Trois cent quatre-vingt-cinq médecins ont suivi le cours du type II, dont le but est de promouvoir les techniques de prestation de soins oculaires primaires parmi les médecins et les infirmières des centres de santé du système national de soins de santé.

1.2 Formation universitaire

Les étudiants en médecine de l'École de Médecine de l'Université Francisco Marroquin ont suivi un cours d'ophtalmologie à l'Hôpital du Dr Rodolfo Robles V.

1.3 Cours supérieur

Quinze internes suivent actuellement le programme donné à l'Hôpital du Dr Rodolfo Robles V.

Six nouveaux ophtalmologistes devaient recevoir leur diplôme à la fin du mois de janvier 1987, dont trois au Guatemala, un au Honduras, un au Brésil et un en Equateur.

2. ENQUÊTE SUR LA PREVALENCE DE LA CECITE

L'enquête réalisée dans la province de Chimaltenango est terminée. L'analyse des données est en cours. Les données déjà analysées ont fourni des résultats très intéressants. Le nombre de cas de cécité est faible mais la perte de vision est fréquente. Le taux de prévalence de la xérophtalmie est de 0,0568 pour mille. Le taux de prévalence du trachome cécitant est négligeable.

3. RECHERCHE

L'Hôpital du Dr Rodolfo Robles V. a créé son propre centre de recherche pour l'étude des troubles sensoriels, du vieillissement et du métabolisme (CESSIAM), en collaboration avec plusieurs chercheurs internationaux.

Quarante et un projets de recherche sont en cours ou achevés. Neuf d'entre eux traitent directement de problèmes neurosensoriels. Une place importante a été accordée à tous les projets de recherche sur la vitamine A.

---

INSTITUT D'OPHTALMOLOGIE  
Tunis, Tunisie

Directeur : Professeur M. T. Dagfous

Les activités de l'Institut en tant que Centre collaborateur de l'OMS pour la Prévention de la Cécité sont essentiellement les suivantes :

- recherche, principalement axée sur les maladies cécitantes;
- formation des personnels médicaux et auxiliaires aux soins oculaires et à la prévention de la cécité, en liaison avec les services de base.

## 1. RECHERCHE

### 1.1 Epidémiologie de la cataracte en Tunisie

Les études épidémiologiques sur la cataracte effectuées en Tunisie en 1985-1986 ont démontré que cette affection était la principale cause de cécité guérissable (51 % des cas). Le nombre des opérations de la cataracte s'élève à 97 pour 100 000 habitants et ces opérations représentent 30 % de toutes les interventions chirurgicales effectuées de 1980 à 1985. Tous les types de cataracte peuvent être observés : dans 81 % des cas, il s'agit de cataracte sénile ou présénile, 7 % de ces malades ayant moins de 49 ans, 17,5 % de 50 à 59 ans et 75,5 %, 60 ans et plus. Les groupes professionnels les plus affectés sont les travailleurs agricoles (33 %) et d'autres travailleurs dont l'activité s'exerce en plein air et qui sont les plus exposés au soleil (39 %). La cataracte diabétique a été diagnostiquée dans 11,5 % des cas, la cataracte traumatique dans 3,46 % des cas et la cataracte congénitale dans 4,26 % des cas. Le diabète et les radiations solaires sont les facteurs de risque responsables de l'apparition de la cataracte. Toutes ces études mettent en lumière l'importance de la prévention et la nécessité d'organiser des campagnes pour le traitement chirurgical des cataractes non opérées.

### 1.2 Etudes sur l'hérédité et les maladies cécitantes de l'enfance et sur le rôle de la consanguinité

Les affections héréditaires sont loin d'être exceptionnelles en ophtalmologie. En Tunisie, elles constituent la principale source de cécité chez les enfants et les adolescents.

Parmi ces affections, le glaucome congénital et la cataracte congénitale représentent à eux seuls 46 % des cas de cécité chez les enfants tunisiens. On observe une dégénérescence tapétorétinienne dans 16 % des cas. Le mode de transmission d'un certain nombre d'affections cécitantes de l'enfance a été étudié dans le but d'orienter la prévention vers la consultation génétique et l'éducation des familles. Les résultats obtenus sont les suivants :

- a) Glaucome congénital : une étude portant sur 70 cas, dont 26,6 % étaient familiaux, a montré que la transmission était autosomique, récessive et liée au sexe. La maladie affecte essentiellement les femmes. Le taux de consanguinité est extrêmement élevé (66,6 %) et l'affection touche d'autres enfants de la même famille dans 25 % des cas.
- b) Cataracte congénitale : 116 cas de cataracte congénitale ont été étudiés dans 51 familles. Le mode de transmission le plus fréquemment établi était la récessivité autosomique (64,7 %), qui est liée au taux de consanguinité (68,6 %). Le mode dominant de la transmission autosomique apparaît dans 17,7 % des cas. Le risque d'affection chez les cousins germains est de 30 % lorsque la transmission est récessive.
- c) Rétinite pigmentaire : cette étude a porté sur 40 familles où 65 cas ont été dénombrés. L'enquête génétique a montré que la transmission se faisait par le mode récessif autosomique dans la majorité des cas (93 %) et était plus rarement liée au sexe. Cette transmission est favorisée par la fréquence des mariages entre parents proches et l'affection peut être observée dans 25 % des familles dans lesquelles on sait qu'il y a des cas.

1.3 Etudes sur les facteurs de risque du trachome (en collaboration avec la Fondation Francis I. Proctor pour la Recherche en Ophtalmologie)

Trois cent sujets de Tunisie méridionale, déjà examinés en 1969-1970 alors qu'ils avaient moins de six ans, ont été réexaminés en 1986 alors qu'ils avaient de 16 à 23 ans. Il s'agissait de vérifier si l'hypothèse selon laquelle les enfants atteints de trachome sévère ou modéré auraient des complications de 10 à 15 ans plus tard et éventuellement d'identifier les signes pouvant annoncer une cicatrisation conjonctivale sévère, cause de ces complications. On a recherché les enfants dont l'état nécessitait un traitement intensif, et qui présentaient les signes suivants : follicules mûrs, hyperplasie papillaire et cicatrisation conjonctivale précoce (voir le tableau ci-après).

<u>Examens effectués en 1970</u>		<u>Examens effectués en 1986</u>	
131 cas		128 cas	
F <sub>3</sub>	54 %	C <sub>0</sub>	5 %
F <sub>3</sub> -P <sub>2</sub>	85 %	C <sub>1</sub>	41 %
C <sub>0</sub>	59 %	C <sub>2</sub>	29 %
C <sub>1</sub> -C <sub>2</sub> -C <sub>3</sub>	41 %	C <sub>3</sub>	25 %

2. FORMATION

La formation des personnels aux soins oculaires est en cours dans les gouvernorats couverts par le programme; 200 personnes ont déjà été formées.

On s'emploie actuellement à réécrire le manuel sur les soins oculaires primaires, publié en collaboration avec le Centre national de recherche et de formation d'enseignants, dont une nouvelle édition doit paraître.

Un film vidéo intitulé "Que faire en cas d'inflammation des yeux lorsqu'il n'y a pas eu de traumatisme" a été produit en collaboration avec le Centre national de Recherche et de Formation Pédagogique; il est maintenant disponible aux fins de la formation.

La spécialisation de médecins en ophtalmologie progresse de façon satisfaisante. Pendant l'année universitaire 1984-1985, 23 internes ont suivi un cours de quatre ans et passé avec succès l'examen de fin d'études; 16 autres spécialistes ont achevé leur formation en 1985-1986. Dans les régions couvertes par notre programme, plusieurs ophtalmologistes occupent des postes dans les services de santé publique ou ont ouvert un cabinet privé. Quatre d'entre eux exercent à Gabès, un à Djerba, deux à Médenine, deux à Gafour, un à Tozeur, un à Sidi-bou-Zid et un à Kasserine.

HOPITAL D'OPHTALMOLOGIE ROI KHALED  
Riyadh, Arabie saoudite

Directeur : Dr Ihsan Badr

INTRODUCTION

L'Hôpital d'Ophtalmologie Roi Khaled (KKESH) est un hôpital ophtalmologique moderne de 263 lits situé à Riyadh, capitale de l'Arabie saoudite, et inauguré en décembre 1982.

L'Organisation mondiale de la Santé a proposé que le KKESH soit un Centre collaborateur en février 1985. Aux termes d'une Ordonnance royale la collaboration du KKESH avec l'OMS a été approuvée le 19 mai 1985 et l'OMS a désigné le KKESH comme Centre collaborateur pour la Prévention de la Cécité en juillet 1985.

Le Dr I. Badr, Directeur médical associé au KKESH et chargé de la liaison avec l'OMS, a participé en qualité de Conseiller temporaire de l'OMS à la Réunion interrégionale sur la Prévention de la Cécité à Genève du 18 au 21 mars 1985, à la Réunion régionale sur les Soins de Santé primaires à Tunis du 9 au 12 décembre 1985 et à la Réunion interrégionale sur la Prise en Charge de la Cataracte dans le cadre des Systèmes de Soins de Santé primaires à Denpasar (Indonésie) du 15 au 19 décembre 1986.

### 1. TRAITEMENT

Le Département des soins ambulatoires a traité 62 471 malades en 1985 et 53 737 en 1986. 6882 malades ont été hospitalisés en 1985 et 7631 en 1986. Les admissions en salle d'urgence ont été de 8076 en 1985 et de 10 204 en 1986. Le nombre total des opérations ophtalmologiques s'est élevé à 6461 en 1985 et à 9891 en 1986. Au cours des deux dernières années, le nombre total des opérations de la cataracte a été de 5640, dont 3376 avec pose de lentilles intra-oculaires. 1478 greffes de la cornée ont été pratiquées pendant les deux dernières années.

### 2. ENSEIGNEMENT

Un accord d'affiliation conclu avec l'Université Roi Saoud (KSU) à Riyadh pour les aspects concernant les activités d'enseignement a pris effet le 3 novembre 1984. Les personnels du KKESH et de la KSU collaborent aux cours d'ophtalmologie pour les étudiants en médecine, aux cours sur les matières à option qui comprennent la prévention de la cécité, et à l'enseignement supérieur en ophtalmologie.

Un programme commun de résidanat d'une durée de trois ans où sont admis en moyenne dix résidents par an a débuté en octobre 1984. Un diplôme commun de spécialisation en ophtalmologie sera décerné à l'issue de la formation aux étudiants ayant réussi l'examen final. Il est prévu que le premier groupe de diplômés sortira en octobre 1987. Le programme de bourses d'étude sera élargi en octobre 1987. Des activités permanentes d'enseignement médical se déroulent sur une base hebdomadaire et le nombre des séminaires importants est en moyenne de trois par an. Un programme de formation pour assistants et techniciens en ophtalmologie a débuté et des certificats d'aptitude ont été décernés à 13 assistants en ophtalmologie et à 5 techniciens. Il a été admis que l'OMS pourrait se servir du programme existant et participer à l'élaboration d'autres programmes de formation pour le personnel auxiliaire d'autres pays, notamment des techniciens et assistants en ophtalmologie et des infirmiers en ophtalmologie.

### 3. ACTIVITES ET RECHERCHE EN MATIERE DE PREVENTION DE LA CECITE

Les activités de prévention de la cécité en Arabie saoudite ont pour pierre angulaire les recommandations issues de l'Enquête nationale sur la Cécité et les Maladies oculaires menée par le KKESH en 1984. Des groupes de travail sur divers aspects de la prévention de la cécité ont été réunis au KKESH, au Ministère de la Santé et par la nouvelle Société saoudienne d'Ophtalmologie. Des comités pour la prévention de la cécité ont été constitués dans certaines régions. L'approche fondée sur les soins de santé primaires est appliquée et le sera encore dans les programmes de soins oculaires primaires. Un programme de formation sur différents aspects de la prévention de la cécité et sur le traitement des maladies oculaires a débuté à l'intention des médecins des services de soins de santé primaires. Les soins ophtalmologiques de niveau intermédiaire ont été l'objet d'une évaluation constante, aucun effort n'étant ménagé pour améliorer la qualité des installations et les agrandir. Du matériel pour l'éducation du public est également en cours d'élaboration.

## 4. RECHERCHE

Pendant les deux dernières années vingt-six projets de recherche ont été mis en route et/ou achevés. L'origine des traumatismes oculaires chez les enfants admis à la salle d'urgence de l'Hôpital d'Ophtalmologie Roi Khaled a été étudiée. On a constaté que la plupart des lésions oculaires étaient évitables, étant provoquées par des morceaux de verre, des pierres, des instruments contondants ou divers types d'accidents. La division du glaucome a perfectionné une nouvelle technique de trabéculotomie utilisant un instrument normalisé.

Les facteurs de risque en ce qui concerne la rupture de la capsule postérieure en cas de chirurgie extracapsulaire ont été évalués. On a observé que la pseudo-exfoliation du cristallin était un facteur non négligeable de risque de rupture zonulaire pendant les actes chirurgicaux.

L'iridectomie au laser YAG a été évaluée comme modalité de traitement du glaucome par fermeture de l'angle. Plus de 200 yeux ont été traités. Les résultats ont démontré que la méthode était efficace et offrait toute garantie de sécurité. La capsulectomie au laser YAG pour le traitement du glaucome malin a également été évaluée.

Une étude a été effectuée sur les causes et l'incidence de l'ophtalmie des nouveau-nés en Arabie saoudite.

Une série de 113 échantillons consécutifs de sérum prélevés sur des malades saoudiens asymptomatiques examinés à l'Hôpital ont été soumis à l'épreuve ELISA pour le dépistage des anticorps anti-toxoplasma (IgG); la présence de ces anticorps a été constatée dans 18 échantillons (15,9 %) de sérum.

Sur le terrain, 18 679 écoliers ont subi des examens de dépistage dans la région de Al-Ahsa en Arabie saoudite. Des indices cliniques de trachome actif n'ont été relevés que chez 1772 enfants. La prévalence du trachome actif chez les écoliers de cette région a été évaluée et tous les enfants atteints de maladie active ont été soignés. Les facteurs de risque dans la transmission du trachome ont été étudiés.

Sept marques commerciales importées de produits cosmétiques pour les yeux (kohl) ont été soumises à des épreuves. On a observé une forte contamination par des bacilles gram-négatifs ainsi que la présence d'un certain nombre de champignons.

---

CENTRE INTERNATIONAL POUR LA SANTE OCULAIRE, INSTITUT D'OPHTALMOLOGIE  
Londres, Royaume-Uni

Directeur jusqu'au 30 septembre 1986 : Professeur Barrie R. Jones  
Directeur à partir du 1er octobre 1986 : Professeur Gordon J. Johnson

## 1. ACTIVITES PEDAGOGIQUES

En 1985 et 1986, c'est-à-dire pendant les quatrième et cinquième années d'existence de ce nouveau Centre, le Cours annuel de Santé oculaire communautaire, qui avait remporté un franc succès, a été renforcé et sa durée a été portée à six mois complets. L'effectif des élèves a progressivement augmenté si bien que chacune des deux dernières promotions en comptait 18, à savoir 21 médecins, 12 infirmières, 1 assistant médical, un travailleur social et un inspecteur de la santé publique. Au total, 38 pays ont été représentés jusqu'à présent à ces cours. Le programme de base est enseigné par le personnel permanent du Centre, tandis que chaque année de 25 à 30 conférenciers venus du Royaume-Uni et d'ailleurs y font des cours.

Les membres du personnel enseignant du Centre ont également donné des cours dans des collèges au Royaume-Uni et dans divers pays, dont l'Afghanistan, l'Ethiopie, la Gambie, le Ghana, la République-Unie de Tanzanie et la Somalie.

## 2. ATELIERS

En janvier 1986, le Centre international pour la Santé oculaire a accueilli un atelier sur la prévention de la cécité. La Impact Foundation du Royaume-Uni avait pris l'initiative de cet atelier afin d'examiner comment l'incapacité visuelle pourrait être réduite dans la pratique au Royaume-Uni. Chacune des causes principales de cécité a été examinée et des recommandations ont été établies par ordre d'urgence et de priorité, puis étudiées lors d'une séance plénière sur la prévention des incapacités, qui s'est tenue à Londres à la Royal Society les 3 et 4 février 1986.

En septembre 1986, un atelier de l'Organisation mondiale de la Santé sur la classification du trachome a eu lieu au Centre et les participants se sont mis d'accord sur la plupart des catégories pour un nouveau système simplifié de classification du trachome devant être utilisé sur le terrain.

## 3. RECHERCHE

### 3.1 La cataracte en Inde et au Népal

Le Dr Darwin Minassian a étendu ses travaux de recherche à l'épidémiologie de la cataracte. Les données recueillies lors d'une enquête cas-témoins à Titligarh (Etat d'Orissa) ont fortement confirmé la théorie de la déshydratation critique dans l'étiologie de la cataracte cécitante, l'usage du tabac étant incriminé comme facteur de risque supplémentaire. Une étude de suivi à long terme portant sur une population rurale se poursuivra pendant dix ans afin de mesurer pour la première fois l'incidence spécifique de la cataracte entraînant une atteinte de la vision en Inde en fonction de l'âge. Mlle Angela Reidy poursuit son évaluation de l'efficacité de la chirurgie de la cataracte à Raipur (Inde) afin de déterminer comment la vie des malades est effectivement touchée et de décrire les caractéristiques socio-économiques des sujets qui se présentent pour subir l'opération de la cataracte ainsi que les dépenses qui en résultent.

### 3.2 L'enquête en Gambie

Au début de 1986, des membres du personnel du Centre ont coopéré avec le Dr Hannah Faal en vue d'achever dans le courant de l'année la première enquête nationale sur la cécité et les affections oculaires qui ait été entreprise sur tout le territoire d'un pays africain. Le rapport et les recommandations issus de cette enquête ont été présentés en novembre 1986. Parmi plusieurs projets subsidiaires figuraient l'évaluation de la nouvelle Fiche OMS d'Examen oculaire et un essai supplémentaire du nouveau système OMS de classification du trachome, ainsi qu'une évaluation de la distribution et de la gravité du trachome dans le pays.

### 3.3 La cécité dans l'enfance en Afrique

Le Dr Allen Foster a élargi le champ de ses études sur l'origine des ulcères de la cornée chez les enfants et, avec l'appui de laboratoires, il mesure l'importance d'Herpes simplex dans leur étiologie plurifactorielle.

### 3.4 Une épreuve en double aveugle

La phase III de l'étude sur l'ivermectine a été menée à bien au Togo entre mai 1985 et juin 1986 par le Dr Samer Hussein, titulaire d'une bourse de recherche auprès du Professeur Barrie Jones, cette étude étant effectuée conjointement avec le Dr Hartwig Schultz-Key de Tübingen. Elle a contribué à prouver que l'ivermectine est un moyen de traitement sûr et efficace des formes graves ou modérées d'onchocercose.

### 3.5 La "City Eye Study"

L'administration de la "City Eye Study" (étude ophtalmologique en milieu urbain) a été transférée au Centre International pour la Santé oculaire. Il s'agit d'une étude à long terme d'une durée de 10 ans, mise en route par le Dr T. R. Cullinan et M. R. A. Whitelocke, du St Bartholomew's Hospital et portant sur l'apparition, l'histoire naturelle et les facteurs étiologiques de la cataracte, de la dégénérescence sénile de la macula et du glaucome chez une cohorte de sujets approchant l'âge de la retraite. Plus de 1000 volontaires ont été recrutés et sont examinés au cours de la seconde phase de trois ans.

### 4. SERVICES CONSULTATIFS ET AUTRES ACTIVITES OUTRE-MER

Le Professeur Barrie Jones a dirigé en mai 1985 une équipe restreinte de consultants de l'OMS ayant pour mission de donner des conseils sur le traitement des éventuels effets à long terme chez les survivants de la catastrophe chimique de Bhopal (Inde).

M. J.D.C. Anderson et le Dr G.J. Johnson ont passé au total 10 semaines à Afgooye (Somalie) pour aider le Professeur S. Franken à donner à des médecins somalis une formation en ophtalmologie et en recherche clinique portant sur les affections dus à l'environnement extrêmement désertique. Il s'agit d'un projet conjoint de Christoffel Blindenmission et du Gouvernement somali auquel est associé le Centre collaborateur de l'OMS à Londres.

---

### INSTITUT HELMHOLTZ DE RECHERCHE EN OPHTALMOLOGIE Moscou, URSS

Directrice : Professeur E. Yegorova

Le Département des Maladies oculaires d'origine virale et allergique de l'Institut Helmholtz de Recherche en Ophtalmologie a été désigné comme Centre collaborateur de l'OMS pour la Prévention de la Cécité en 1980. Le Centre a pour objectifs :

- De produire une banque de données sur l'épidémiologie de la cécité.
- De former des spécialistes.
- D'entreprendre des études scientifiques sur les ophtalmies infectieuses.
- De déterminer la place de la chirurgie ophtalmologique dans la réadaptation médicale des aveugles et des handicapés de la vue.

Il existe une banque de données sur la prévalence, les causes principales et l'épidémiologie de la cécité qui comprend 270 références. Dans les pays industrialisés et en URSS, les affections cécitantes sont la cataracte, le glaucome, les traumatismes, les maladies de la rétine, les maladies infectieuses, la myopie et la pathologie du nerf optique.

La formation des spécialistes comprend différentes méthodes. Le Centre a mis au point un système de recommandations instructives sur les méthodes modernes de diagnostic et de traitement. Au cours des sept dernières années, 15 recommandations de ce genre concernant les maladies virales et autres maladies oculaires infectieuses ont été publiées. Ce type de formation facilite l'adoption rapide de la méthodologie et de la technologie nouvelles dans la pratique quotidienne. Des stages de formation d'une durée de deux semaines pour 25 à 30 ophtalmologistes ont eu lieu deux à trois fois par an à l'Institut Helmholtz.

Depuis l'élimination du trachome en URSS, l'attention des ophtalmologistes s'est surtout portée sur les études en laboratoire, épidémiologiques et cliniques du paratrachome, de la conjonctivite hémorragique épidémique et de l'infection à herpes. L'immunothérapie occupe une place non négligeable dans le traitement de ces maladies. Il a été établi que, dans les cas d'herpes oculaire grave à rechute, le taux de facteur thymique est fortement réduit dans le sang. Un immunomodulateur de la T-activine, qui a été introduit dans la pratique, réduit la durée du traitement de 40 % et les rechutes sont au moins cinq fois moins nombreuses.

L'estimation de la place de la microchirurgie dans la réadaptation des aveugles est une tâche nouvelle pour le centre collaborateur de Moscou. La cataracte est la cause principale de cécité dans 43 % de tous les pays et, dans 28 % d'entre eux, elle est la deuxième affection cécitante après le trachome. Il existe dans le monde 53 millions de personnes atteintes à des degrés divers d'une opacité du cristallin et 17 millions d'entre elles sont déjà aveugles. Il est possible d'aider 50 % de ces aveugles par une intervention chirurgicale et en créant des conditions propices à la réinsertion professionnelle. Pourtant, trois millions d'opérations de la cataracte seulement sont pratiquées chaque année. On ne peut pas résoudre tous ces problèmes simplement en multipliant les opérations des yeux ou en construisant de nouvelles cliniques. Une nouvelle technologie chirurgicale pourrait résoudre, par exemple, le problème de la cataracte. Le Professeur Fyodorov a proposé, créé et mis en oeuvre une "chaîne de production" chirurgicale automatique. L'efficacité des chirurgiens a quintuplé et le coût du traitement a diminué de moitié.

---

CENTRE DR RAJENDRA PRASAD DES SCIENCES OPHTALMOLOGIQUES  
New Delhi, Inde

Directeur : Professeur M. Mohan

Le Centre collaborateur de l'OMS pour la Prévention de la Cécité a été créé en 1979 avec pour objectifs de fournir des moyens de formation des personnels aux différents échelons professionnels et d'effectuer des travaux de recherche appliquée sur le terrain dans le domaine de la prévention de la cécité.

Le Centre Dr Rajendra Prasad des Sciences ophtalmologiques, qui fait également office de centre pour le Programme national de Lutte contre la Cécité, s'est acquitté d'une manière satisfaisante auprès d'un grand nombre de malades de ses fonctions concernant les soins ophtalmologiques généraux et spécialisés. En moyenne, le Centre traite 980 cas et pratique plus de 30 interventions chirurgicales chaque jour. Il assure en outre de nombreuses prestations de soins ambulatoires ou chirurgicales par l'intermédiaire de ses camps oculaires restreints ou complets.

Une formation supérieure en ophtalmologie est dispensée en vue de la collation des grades de médecin ophtalmologiste, M.B.B.S., B.Sc.(Hons) en techniques ophtalmologiques, spécialiste des soins infirmiers ophtalmologiques pour les élèves infirmières titulaires d'un B.Sc., et assistant en ophtalmologie. En outre, des ateliers/séminaires et des colloques de troisième cycle sont organisés périodiquement à l'échelle nationale.

Onze boursiers étrangers ont reçu une formation au Centre. Ils ont participé aux services de soins oculaires communautaires, aux camps oculaires et à la formation des assistants et techniciens en ophtalmologie et d'autres personnels paramédicaux de terrain s'occupant de la prévention de la cécité.

Le Centre se livre à divers travaux de recherche clinique, appliquée et fondamentale. Soixante-trois projets scientifiques de caractère clinique ou fondamental sont en cours et, pendant la période considérée, 27 projets de recherche ont été menés à leur terme. Soixante et une communications scientifiques ou portant sur des travaux de

recherche ont été publiées dans des revues nationales ou internationales. Une étude approfondie portant sur les facteurs épidémiologiques et diététiques et sur divers paramètres sanguins est en cours, en collaboration avec les Etats-Unis d'Amérique, afin de découvrir les facteurs de risque dans la genèse de la cataracte. Un autre projet vise à déterminer les divers facteurs de risque pour la myopie. Différents types de traitement, y compris les exercices de yoga, sont en cours d'évaluation afin de déterminer s'ils peuvent empêcher le développement de la myopie. Les recherches sur la mycose oculaire, les staphylocoques coagulase-négatifs et le trachome sont poursuivies activement. Plusieurs médicaments subissent actuellement des essais. Un produit nouveau et très actif, la sulfadiazine d'argent, s'est révélé extrêmement efficace pour le traitement de la kératite mycosique. Des recherches actives sont en cours pour mettre au point des milieux de conservation de la cornée.

En matière de recherche sur les soins oculaires communautaires, le Centre a entrepris:

- i) Une étude sur la prévalence de la cataracte dans 15 lieux différents, qui est achevée.
- ii) Un projet multicentrique pour évaluer la prévalence de la morbidité oculaire et de la cécité dans 125 districts du pays, 300 000 personnes au total devant être examinées par une équipe dirigée par un ophtalmologiste.
- iii) Une étude de recherche opérationnelle sur la méthodologie des camps oculaires et sur d'autres approches possibles.

---

ÉCOLE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE JUNTENDO  
Tokyo, Japon

Directeur : Professeur A. Nakajima

1. FORMATION ET BOURSES D'ETUDES

Deux ophtalmologistes indonésiens, dix chinois et neuf indiens ont suivi au Centre des stages de formation à long terme et à court terme.

Treize séminaires et conférences ont eu lieu pendant la période considérée, sous la direction de spécialistes scientifiques et d'ophtalmologistes étrangers éminents.

2. CONFERENCES POUR LE COMPTE DE L'OMS

Le Professeur Nakajima a fait des conférences pendant une partie du cours sur la baisse de la vision qui a eu lieu à Beijing du 7 au 19 avril 1986.

3. PARTICIPATION A DES REUNIONS INTERNATIONALES

Le Professeur Nakajima a participé à la Troisième Assemblée générale de l'Organisation mondiale contre la Cécité, qui s'est tenue à New Delhi du 6 au 10 décembre 1986, et y a présenté le rapport sur la prévention de la cécité dans la Région du Pacifique occidental.

Il a également participé à la Réunion interrégionale de l'OMS sur la Prise en Charge de la Cataracte dans le Cadre des Systèmes de Soins de Santé primaires, qui s'est tenue à Denpasar (Indonésie) du 15 au 19 décembre 1986.

ANNEXE 4

4. OPHTALMOLOGIE COMMUNAUTAIRE ET PREVENTIVE

Le Centre a organisé la visite au Siège de l'OMS à Genève en janvier 1986 d'un groupe d'ophtalmologistes japonais qui ont participé à un séminaire sur l'ophtalmologie communautaire et préventive et à des échanges de vues sur les activités de prévention de la cécité dans le monde. Ce groupe s'est de nouveau réuni au Japon en juin 1986 pour poursuivre la discussion sur la question.

Un séminaire sur l'ophtalmologie préventive et les services ophtalmologiques communautaires a été organisé en novembre 1986 à l'occasion du quarantième Congrès annuel de l'Association japonaise d'Ophtalmologie clinique, qui s'est tenu à Tokyo.

5. ACTIVITES DE RECHERCHE EN COURS

Le Centre a constitué des groupes de recherche sur la dégénérescence de la rétine et sur la rétinopathie due à la chloroquine et il a participé à des recherches sur la neuro-myélite optique parrainées par le Gouvernement japonais.

Le Centre a participé à une enquête menée sur tout le territoire national et portant sur les causes de la cécité parmi les Japonais. Par ailleurs, il a poursuivi son enquête et a assuré des soins oculaires communautaires dans le village rural de Sawauchimura et il a continué à planifier les services ruraux de soins oculaires au Japon.

- - -