

RAPPORT DE LA TROISIEME REUNION DU GROUPE CONSULTATIF  
D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES AUPRES  
DU PROGRAMME OMS DE PREVENTION DE LA CECITE

Kingston, Jamaïque, 17-18 septembre 1990

INTRODUCTION

La troisième réunion du Groupe consultatif d'Organisations non gouvernementales auprès du Programme OMS de Prévention de la Cécité s'est tenue les 17 et 18 septembre 1990 à Kingston (Jamaïque). La réunion était organisée de manière à coïncider avec celles du Groupe de Coordination interinstitutions et du Caribbean Council for the Blind (CCB).

La réunion a été ouverte par le Dr B. Wint, Médecin principal, qui représentait le Ministère de la Santé de la Jamaïque. Le discours d'ouverture est reproduit à l'annexe 1. M. Alan Johns, Directeur exécutif, Sight Savers, a présidé la réunion et Mme M. Hays (Sight Savers) en a été le Rapporteur.

La liste des participants figure à l'annexe 2 et l'ordre du jour à l'annexe 3.

1. EXAMEN DES ACTIVITES AU NIVEAU MONDIAL

1.1 Récapitulation des activités du Programme OMS de Prévention de la Cécité pendant l'année écoulée

L'évolution générale du Programme a été centrée sur le maintien de l'appui à la planification et à la mise en oeuvre des programmes nationaux de prévention de la cécité. A l'heure actuelle (septembre 1990), ces programmes existent dans 66 pays, mais bon nombre d'entre eux continuent d'avoir un besoin crucial et permanent de conseils ainsi que d'un appui technique et financier. Les programmes nationaux de prévention de la cécité se répartissent actuellement comme suit :

Région	Pays
Afrique	18
Amériques	15
Méditerranée orientale	9
Europe	3
Asie du Sud-Est	11
Pacifique occidental	10

TOTAL 66 PAYS

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

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

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

L'évolution future des programmes nationaux semble axée sur trois problèmes clés, à savoir :

- La nécessité, pour de nombreux pays dans lesquels des programmes sont en cours d'exécution depuis plusieurs années, d'en évaluer et d'en publier les résultats.
- La nécessité d'une évaluation critique des stratégies et des technologies des points de vue du rapport coût/efficacité et de la durabilité.
- La nécessité d'un futur appui financier, qui a une importance critique pour bon nombre de pays les moins avancés.

Le Programme OMS a continué à renforcer sa documentation technique dans plusieurs domaines. Le rapport de la réunion interrégionale qui s'est tenue en 1988 sur "La prise en charge de la cécité cornéenne dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires" a été largement diffusé et a été reproduit en partie dans le "Relevé épidémiologique hebdomadaire" de l'OMS.

Une plaquette sur la cataracte a été rédigée en anglais et en français et distribuée à toutes les régions OMS et aux organisations non gouvernementales intéressées. La publication sur la cataracte qui était attendue depuis longtemps est désormais disponible, conformément aux recommandations formulées par la réunion qui s'est tenue en novembre 1988 à Tunis sur les matériels éducatifs relatifs à la cataracte. Un groupe de travail qui s'est réuni à Genève en juin 1988 a révisé un autre document utile, à savoir "Formulation et gestion des programmes nationaux de prévention de la cécité", qui sera communiqué à tous les pays intéressés. Une large diffusion est aussi assurée au rapport de la Huitième Réunion du Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité, qui s'est tenue en mars 1989 au Centre collaborateur de l'OMS pour la Prévention de la Cécité, au Dana Center de la Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health à Baltimore.

Le Programme OMS de Prévention de la Cécité a été représenté aux réunions ci-après ou les a organisées :

- Symposium sur l'ophtalmologie tropicale, San Francisco, 7-9 mars 1989.
- Réunion du Conseil d'administration de l'Organisation mondiale contre la cécité (IAPB), Bethesda, 10 mars 1990.
- Célébration du 10<sup>e</sup> anniversaire du Programme OMS de Prévention de la Cécité, Bethesda, 11-12 mars 1989, conjointement avec le National Eye Institute et le Colloque sur la cataracte de l'Organisation mondiale contre la cécité (IAPB).
- Groupe consultatif du Programme, Baltimore, 14-17 mars 1989.
- Symposium sur la vue des Lions Clubs, Singapour, 31 mars - 1<sup>er</sup> avril 1989.
- Académie d'ophtalmologie de l'Asie et du Pacifique, Séoul, 30 mai - 6 juin 1989.
- Congrès des ophtalmologistes nordiques, Reykjavik, 20-22 juin 1989.
- Comité consultatif du Conseil international d'ophtalmologie, Rio de Janeiro, 27-31 août 1989.
- Congrès sur la baisse de vision, Turin, 22-23 septembre 1989.

- Atelier national sur le glaucome, Malte, 17-21 octobre 1989.
- Réunion de recherche sur la cataracte de l'IABP et du Groupe consultatif international sur la Vitamine A (IVACG), Katmandou, 2-8 novembre 1989.
- Groupe de travail sur la production locale de collyres, Genève, 14-17 novembre 1989. Le rapport de ce groupe sera examiné plus avant lors d'une consultation pharmaceutique du 8 au 10 octobre 1990.
- Participation à un cours de gestion d'une durée de 4 semaines organisé par le Programme conjointement avec les bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental et avec l'Université de Juntendo, Centre collaborateur du Programme à Tokyo; ce cours a eu lieu à Korat (Thaïlande) en février 1990.
- Colloque sur la prévention de la cécité, sous les auspices de l'Organisation pour la prévention de la cécité, Paris, 15 mars 1990.
- Participation au Congrès international d'ophtalmologie, Singapour, 19-22 mars, une séance étant spécialement consacrée à la prévention de la cécité et une autre aux traumatismes oculaires.
- Une réunion sur le développement des personnels pour la prévention de la cécité en Afrique s'est tenue à Lomé du 3 au 6 avril 1990; le rapport, qui couvre 17 pays francophones, est en cours d'élaboration dans sa version française. Ce colloque a été intégralement financé par les organisations non gouvernementales participantes.
- Une réunion mondiale sur la prévention de la cécité chez les enfants s'est tenue du 29 mai au 1<sup>er</sup> juin 1990 au Centre international pour la santé des yeux à Londres; Christoffel Blindenmission et Sight Savers ont financé cette réunion qui se tenait à l'occasion du quarantième anniversaire de Sight Savers. La réunion a été ouverte par la Princesse Alexandra (l'Honorable Lady Ogilvy) et elle a été bien couverte par les médias. La version définitive du rapport, qui sera éventuellement publiée, est en cours de préparation.

Les autres activités ont été les suivantes :

- Evaluation de la cécité et de ses causes dans plusieurs pays (Bénin, Congo et Turquie, avec l'appui partiel des National Institutes of Health (USA)). Un appui a aussi été fourni à une étude sur le glaucome effectuée à Malte en 1989.
- Services consultatifs et coopération technique fournis à des programmes nationaux (Bénin, Fidji, Haïti, Kiribati, Maroc, Togo, Tonga, Tunisie, Turquie, etc.).
- Appui à des cours de formation dans les deux Centres collaborateurs du Programme (Baltimore et Londres) sous forme de bourses et de conférences.

En recherche appliquée, les études suivantes sont en cours :

- Etude de la maculopathie en République-Unie de Tanzanie, en collaboration avec le Centre international pour la santé des yeux (ICEH).
- Etude de l'utilisation de fils de sutures en vanadium pour la chirurgie de la cataracte à l'Hôpital ophtalmologique Aravind de Madurai, avec l'appui du National Eye Institute/National Institutes of Health (NEI/NIH).

- Appui à une étude de la cataractogénèse et des facteurs de risque éventuels, qui sera exécutée en Inde par le Centre international pour la santé des yeux.
- Extraction extra-capsulaire de la cataracte et implants intra-oculaires (chambre postérieure) contre extraction intra-capsulaire de la cataracte et lunettes; cette étude est en cours de préparation pour le Népal et Sri Lanka, en 1991, avec l'appui du National Eye Institute.
- Application d'un système simplifié de cotation du trachome dans 14 pays, avec l'appui de la Fondation Edna McConnell Clark.

Les autres sujets d'intérêt concernant le Programme OMS sont les suivants :

- Le problème des fonds extrabudgétaires pour l'appui au Programme; la Fondation de l'Industrie japonaise de la Construction navale et le Programme du Golfe arabe pour les Organisations de Développement des Nations Unies (AGFUND) n'apporteront plus de contribution; toutefois, l'Association internationale des Lions Clubs participera au financement des services d'un conseiller technique basé à Genève, au Programme OMS de Prévention de la Cécité; il assurera la coordination avec l'initiative mondiale baptisée "SightFirst".
- Le Programme OMS de Prévention de la Surdité est formellement lié au Programme de Prévention de la Cécité mais a été jusqu'à présent administré comme faisant partie de l'unité de la Réadaptation. On ne sait pas encore exactement où se situera le Programme de Prévention de la Surdité mais il pourrait vraisemblablement être associé au Programme de Prévention de la Cécité.

Les activités du Programme OMS actuellement planifiées comprennent notamment une participation à la prochaine Assemblée générale de l'IAPB qui se tiendra à Nairobi (Kenya) du 11 au 16 novembre 1990. Une consultation sur l'emploi des implants intra-oculaires dans les pays en développement aura lieu à G n ve du 3 au 7 décembre 1990, à la demande du Conseil exécutif de l'OMS. Le Groupe consultatif du Programme tiendra sa neuvième réunion à Banjul (Gambie) au début du mois de mars 1991. Parmi les autres activités, on note la préparation des matériels pour la cotation du trachome et la mise en oeuvre d'un vaste programme de recherche, avec l'appui du National Eye Institute/National Institutes of Health, qui est centré sur les implants intra-oculaires, les ulcères cornéens, les opérations ambulatoires de la cataracte, etc. Si possible, une étude sur l'emploi d'implants intra-oculaires de chambre antérieure (multiflex Kelman) sera entreprise dans deux pays et un appui sera fourni à des ateliers de fabrication de lunettes à prix modique à Bamako (Mali), en République centrafricaine et en Ouganda. Une demande présentée récemment en vue d'enquêtes au Lesotho, en Mauritanie, au Rwanda et en Sierra Leone sera examinée aux fins de financement extrabudgétaire.

## 1.2 Rapports des organisations non gouvernementales membres du Groupe

### 1.2.1 Christoffel Blindenmission (CBM)

La Christoffel Blindenmission est une mission chrétienne internationale et interconfessionnelle qui apporte une aide aux aveugles et aux handicapés des régions défavorisées du monde. La CBM travaille en association avec les  glises locales, les missions, les groupements d'assistance mutuelle et les programmes gouvernementaux pour fournir aux personnes atteintes d'un handicap des services médicaux et éducatifs ainsi que des services de réadaptation.

La CBM appuie actuellement plus de 1000 projets, dont 440 environ sont des projets médicaux. Cet appui prend la forme de services financiers et consultatifs, y compris les services de quelque 200 coopérants; sur les 440 projets médicaux, 340 concernent des services de soins oculaires dans 68 pays, ce qui représente approximativement un budget médical global de quelque US\$ 20 millions.

En ophtalmologie, la CBM a pour principe de mettre en place des services de soins oculaires complets en attachant le maximum d'importance aux programmes de formation de personnels pour les niveaux secondaire et primaire des soins oculaires. Comme on a pu le constater, la mise au point d'une technologie appropriée pour la fabrication de lunettes et la préparation de collyres, ainsi que la normalisation du matériel et des instruments nécessaires à la prestation de soins oculaires contribuent pour beaucoup à maximiser le rapport coût-efficacité des ressources et des personnels disponibles.

La CBM est un organisme collaborateur du Programme OMS de Prévention de la Cécité, avec lequel cette organisation non gouvernementale a conclu un accord de travail pour une durée de trois ans. Cet accord définit un objectif général, qui est de renforcer les programmes nationaux de prévention de la cécité, et des objectifs spécifiques couvrant cinq domaines d'activités. Ces objectifs sont les suivants : promouvoir les activités de lutte contre la cécité de l'enfant, contribuer à la distribution d'ivermectine aux patients atteints d'onchocercose, promouvoir et évaluer la création d'ateliers d'optique pour la production de lunettes à prix modique, élaborer et diffuser un manuel pour la préparation locale de collyres et, enfin, aider à l'élaboration de programmes de formation de personnel ophtalmologique.

Des progrès très nets ont été réalisés dans tous ces secteurs de collaboration en 1989 et 1990 (voir les points 5.1 et 5.2). Le manuel sur la préparation locale de collyres paraîtra en 1991 comme document conjoint et sera accompagné d'une affiche. Un atelier d'optique pour la formation de personnel venant des pays francophones d'Afrique doit être créé dans le cadre d'un projet conjoint au Centre collaborateur OMS de Bamako, au Mali.

L'appui fourni par la CBM à des projets dans les pays en développement est coordonné par l'intermédiaire de huit bureaux régionaux (Penang, Bangkok, Tiruchirapalli, Nairobi, Gabarone, Lomé, Santo Domingo, Asunción). Le représentant régional de la CBM dans chacun de ces bureaux dispose chaque année, pendant une durée minimale de six semaines, des services d'un ophtalmologiste principal qui donne des conseils et contribue à mettre au point les programmes de soins oculaires pour la Région. Les huit consultants forment une équipe qui se réunit chaque année pour examiner les activités au niveau régional et élaborer des directives en matière de politique médicale à l'intention de la direction exécutive de la CBM.

#### 1.2.2 Helen Keller International (HKI)

En 1989, les activités menées par HKI en collaboration avec le Programme OMS de Prévention de la Cécité ont été les suivantes :

##### Vitamine A

*Ateliers* : L'OMS a participé à des ateliers sur la vitamine A organisés par le Programme Vitamine A (VITAP) en Afrique. Un spécialiste de l'OMS a assisté aux ateliers qui ont eu lieu au Sénégal et au Mali, ainsi qu'à une réunion régionale pour l'Afrique de l'Est qui s'est tenue à Lusaka pour définir des directives techniques et une orientation qui ont contribué à influencer les décideurs.

*Matériels éducatifs et de formation* : VITAP a coopéré avec l'OMS pour mettre au point trois affiches sur la vitamine A et les yeux, la vitamine A et la rougeole et la vitamine A et la survie des enfants.

*Rassemblement et analyse de données* : Une collaboration a été instaurée avec l'OMS/Genève en vue d'élaborer une stratégie pour le rassemblement systématique et l'étude de données sur la prévalence de l'avitaminose A, ainsi que des politiques et des programmes pour des pays dans lesquels l'OMS a constaté que l'avitaminose A était un problème important de santé publique. VITAP a entrepris une enquête sur les contacts essentiels en vue d'examiner les politiques de ces pays en matière de vitamine A.

### Soins oculaires primaires

*Formation* : HKI a collaboré avec l'OMS à la formation, dans les pays en développement, d'agents de santé chargés de recenser, de traiter et d'orienter les cas de cécité et de détérioration de la vision dans le cadre d'une approche novatrice appelée "PREYECARE" - soins oculaires primaires au Maroc, au Pérou, aux Philippines, à Sri Lanka et en Tanzanie.

*Lutte contre le trachome* : HKI et l'OMS ont collaboré avec ICEPO en Tanzanie pour la lutte contre le trachome. HKI et l'OMS ont continué à collaborer à un projet de lutte contre le trachome au Maroc et en Tanzanie.

### Cataracte

*Campagnes pour l'opération de la cataracte* : le concept de "zones sans cataracte" en Amérique latine a été mis au point avec l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), les Centres collaborateurs OMS en Amérique latine, HKI et les Ministères de la Santé des pays suivants : Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Equateur, Mexique et Pérou. HKI et l'OMS ont également collaboré en Indonésie à un programme de lutte contre la cataracte sur l'île de Bali.

*Production de lunettes à prix modique* : HKI et l'OPS ont coopéré au Brésil et au Pérou pour monter, produire et distribuer des lunettes à prix modique aux patients atteints de cataracte.

Le budget du programme de soins oculaires d'HKI pour l'exercice 1989-1990 a été fixé approximativement à US\$ 5,3 millions.

### 1.2.3 Fondation internationale pour les yeux (IEF)

L'IEF est une organisation privée bénévole qui se consacre à la prévention et au traitement de la cécité dans les pays en développement. Son budget pour l'exercice 1991 s'élève à US\$ 2,4 millions; ses activités sur le terrain concernent la formation, la fourniture de matériel et de médicaments, des services cliniques, des recherches en matière d'intervention et l'élaboration de programmes basés sur la communauté, par le biais de l'appui qu'elle fournit à des organisations locales de soins oculaires dans dix pays d'Afrique, des Caraïbes, d'Europe de l'Est et d'Amérique latine. Les activités de l'IEF se situent traditionnellement non seulement au niveau national mais aussi aux niveaux régional et sous-régional pour ce qui est de concevoir et d'exécuter des programmes de soins oculaires pour les nécessiteux. Les composantes ci-après entrent dans la stratégie de l'IEF pour les programmes de soins oculaires primaires :

- 1) Aide aux organismes auxiliaires et aux ministères de la santé pour mettre au point des stratégies et des services de prévention de la cécité assurant l'intégration des activités de prévention et de promotion et des activités thérapeutiques dans les systèmes existants de soins de santé et de services sociaux.
- 2) Formation à long terme pour toutes les catégories de personnels ophtalmologiques en fonction de leur niveau et de leur rôle, ce qui comprend notamment l'élaboration de programmes et la mise au point de matériels.
- 3) Enquêtes locales en vue de déterminer la prévalence et l'étiologie de maladies cécitantes et l'élaboration de stratégies appropriées pour des programmes alternatifs répondant aux besoins identifiés par l'évaluation initiale. Les programmes d'aide de l'IEF sont conçus de manière à compléter les activités des gouvernements, ceux-ci fournissant des contreparties dans les domaines de la planification, de l'élaboration et de l'exécution des programmes. Pour la conception et la mise en oeuvre des programmes, IEF collabore aussi étroitement avec d'autres organisations non gouvernementales, des universités et des organismes multilatéraux.

L'IEF entame actuellement sa deuxième période triennale de collaboration officielle avec l'Organisation mondiale de la Santé dans le but précis de mettre en place et de renforcer des programmes nationaux de prévention de la cécité dans tous les pays où elle est présente. Au nombre des objectifs spécifiques, on peut citer :

- a) la lutte contre l'onchocercose par le biais de distribution d'ivermectine au Guatemala, au Malawi et au Nigéria. Des programmes de formation continue qui ont déjà permis d'augmenter sensiblement le nombre des personnels formés aux soins oculaires dans ces pays;
- b) le renforcement de l'infrastructure de santé oculaire, y compris la formation, en Bulgarie.

#### 1.2.4 Operation Eyesight Universal (OEU)

Operation Eyesight Universal, petite organisation bénévole canadienne, a pour mission d'élaborer, d'encourager et de financer des programmes de rétablissement de la vue et de prévention de la cécité dans les pays en développement. A l'heure actuelle, OEU exécute 72 programmes dans 16 pays en développement. Au cours des trois dernières années, l'Organisation a affecté les crédits ci-après à ces programmes de soins oculaires :

	<u>Can \$</u>
1988	2 543 755
1989	3 598 074
1990	4 056 681

Pour ses programmes en 1991, l'Organisation a un budget de Can\$ 4 415 000.

En 1989, l'OEU a financé 101 567 opérations de la cataracte, a examiné 1 826 266 personnes atteintes de diverses affections oculaires et en a soigné 1 434 049; en outre, l'OEU a financé 76 068 traitements contre la xérophtalmie. Toujours en 1989, l'OEU a financé 1117 camps de soins oculaires dans lesquels 70 652 opérations de rétablissement de la vue ont été effectuées.

L'OEU rêve de voir venir le jour où l'éducation nutritionnelle sera si avancée, où, sous les auspices de l'OMS, la distribution de vitamine A sera si efficace et si bien organisée et où les organisations de soins oculaires et les gouvernements coopéreront dans de si bonnes conditions qu'il n'y aura plus d'enfants aveugles dans le monde.

#### 1.2.5 Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC)

En 1990, l'OPC a appuyé les programmes nationaux OMS de prévention de la cécité au Burkina Faso (Ouagadougou), au Mali (Bamako) et au Niger (Agadez); l'OPC a également eu des activités dans des centres régionaux au Cameroun (Yaoundé), au Tchad (Abeche), en Guinée (Kankan), en Côte d'Ivoire (Korhogo) et au Sénégal (Tambacounda). Une assistance immédiate a été fournie en Ethiopie, en République centrafricaine et en Mauritanie.

Les activités de l'OPC se situent essentiellement en France pour ce qui est des enquêtes épidémiologiques, de l'information et de la sensibilisation et dans les pays en développement pour ce qui est de la prévention et du traitement de la cécité. Ce dernier objectif absorbe 75 % des ressources et, en 1990, les dépenses spécifiquement consacrées aux programmes extérieurs s'élevaient à US\$ 280 000 environ.

L'OPC appuie le Programme OMS de Prévention de la Cécité en se conformant à ses directives pour les programmes nationaux et les soins de santé primaires, en mettant les informations en commun et en participant aux réunions sur la prévention et le traitement de la cécité.

#### 1.2.6 Sight Savers

En 1990, Sight Savers (Royal Commonwealth Society for the Blind) a célébré son quarantième anniversaire et l'octroi d'une Charte royale portant modification de ses statuts, ce qui leur permet dorénavant de travailler dans des pays qui n'appartiennent pas au Commonwealth. Même si l'organisation continue à s'occuper en priorité des pays en développement membres du Commonwealth, elle a néanmoins commencé à coopérer avec l'Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC) en distribuant le microfilaricide ivermectine dans des pays francophones d'Afrique de l'Ouest et elle s'est engagée à financer, conjointement avec l'Organizacion Nacional de Ciegos de España (ONCE) le poste de Conseiller pour la prévention de la cécité à l'OPS pour l'Amérique latine et les Caraïbes.

Les principaux objectifs de Sight Savers - prévention et traitement de la cécité et appui à l'éducation et à la réadaptation dans les cas de cécité incurable - sont restés les mêmes et, en 1989, le budget total du programme, qui visait plus de 40 pays, a atteint US\$ 8,5 millions. Un élément important de ce programme est l'appui fourni à l'élaboration de plusieurs programmes nationaux de soins oculaires, soit en coopération directe avec les gouvernements, soit, indirectement, par l'intermédiaire d'organisations partenaires nationales. Par le biais des activités de ses bureaux extérieurs et de ses bureaux de liaison, ainsi que de ses consultants en soins oculaires en Afrique, dans les Caraïbes, en Asie du Sud et en Asie du Sud-Est, Sight Savers collabore avec le Programme OMS de Prévention de la Cécité et lui fournit un maximum d'appui. Sight Savers est aussi à l'avant-garde de la promotion de la coordination des activités des organisations internationales travaillant dans le même secteur.

Outre le soutien qu'elle apporte à la prestation de services dans le cadre desquels sont pratiquées 250 000 opérations de la cataracte chaque année, l'Organisation s'occupe de la formation de personnel ophtalmologique, en particulier en Afrique, où elle fournit un appui à des centres de formation créés par les pouvoirs publics pour former des assistants médicaux spécialisés en ophtalmologie et des "opérateurs de la cataracte" au Ghana, au Kenya, au Malawi, en Sierra Leone et en Ouganda. L'International Centre for Eye Health (ICEH), à Londres, est celui des Centres collaborateurs OMS qui bénéficie le plus de l'appui de Sight Savers. La participation de Sight Savers permet de financer une partie des dépenses d'administration du cours d'ophtalmologie communautaire (d'une durée de six mois), les activités du centre technique de l'ICEH, ainsi que, annuellement, quatre bourses d'études.

Plus de 150 000 des opérations évoquées ci-dessus sont pratiquées en Inde dans le cadre du programme de camps de soins oculaires. Récemment, 40 % d'entre elles ont été pratiquées dans des unités ophtalmologiques permanentes et en juin 1990, lors d'une réunion à New Delhi, l'organisation a présenté à ses partenaires indiens sa politique révisée de soins oculaires pour l'Inde. Plus de 100 ophtalmologistes assistaient à cette réunion; ils ont envisagé favorablement les grands principes de cette nouvelle politique qui prévoyait notamment un passage progressif de la stratégie des camps de soins oculaires et des dispensaires temporaires à des services complets et continus de soins oculaires dans des unités permanentes d'ophtalmologie, tout en continuant à faire une large place à la chirurgie de la cataracte, en attachant une plus grande importance aux activités dans les Etats les plus déshérités, ainsi qu'à la cécité de l'enfant et en recherchant délibérément une coopération plus étroite avec le Gouvernement de l'Inde et les ministères de la santé des gouvernements des Etats.

### Discussion

En présentant oralement leurs rapports, les organisations non gouvernementales internationales ont de nouveau mis en lumière la portée géographique et sectorielle de leurs activités dans la majorité des pays en développement et à tous les niveaux de soins oculaires.

La tendance la plus significative qui s'est dégagée de leurs rapports est un soutien nettement plus marqué à la formation de nationaux (surtout en personnel auxiliaire) dans les pays en développement, notamment en Afrique.

Même s'il est apparu que certaines organisations non gouvernementales avaient de plus grandes difficultés à maintenir le niveau de leurs ressources financières, dans l'ensemble, les fonds consacrés aux soins oculaires dans les pays en développement ont continué à se situer aux environs de US\$ 35 millions par an.

## 2. ACTIVITES DE PREVENTION DE LA CECITE EN AMERIQUE LATINE ET DANS LES CARAIBES

2.1 Les participants ont noté que la question avait été traitée de manière assez détaillée la veille par les membres du groupe qui avaient formé le Groupe de Coordination interinstitutions pour les soins oculaires dans les Caraïbes. Le Dr Patricia Visintin, conseiller pour la prévention de la cécité à l'OPS, en particulier, qui n'était en mesure de rester pour participer à la réunion du Groupe consultatif, y avait présenté un rapport général sur ses activités au cours des derniers mois.

2.2 M. Dorbrené O'Marde, planificateur de la santé, CCB, a précisé que les secteurs préoccupants étaient ceux du développement des personnels, de la planification et de la gestion des programmes de prévention de la cécité, ainsi que ceux de l'éducation et de la sensibilisation du public. Le CCB s'occupait en 1990 de deux grands programmes de formation, à savoir un programme d'ophtalmologie communautaire et un programme de gestion/planification à l'intention des administrateurs de programmes PBL. La création d'une chaire d'ophtalmologie à l'University of the West Indies est à l'étude.

Les activités exécutées pendant la période considérée ont essentiellement consisté à évaluer l'état effectif du Programme du Golfe arabe pour les Organisations de Développement des Nations Unies (AGFUND) dans chacun des neuf pays participants. Ce travail a été rendu possible par les informations actualisées fournies dans les pays par les coordonnateurs AGFUND et par les représentants de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

Dans le cas particulier du Belize, les fonds OPS-AGFUND ont permis au Conseil du Belize pour les déficients visuels de mettre en oeuvre des services de soins oculaires, ainsi que des programmes de formation. Avec l'approbation du protocole de travail pour 1990-1991, des crédits seront bientôt dégagés, ce qui permettra de poursuivre les activités entreprises dans les régions rurales avec l'appui de l'Hôpital du Belize.

En Guyana, l'OPS s'est efforcée d'élargir la portée du programme en fournissant des matériels éducatifs et du matériel d'ophtalmologie. Toutefois, la pénurie de ressources humaines a empêché les services de soins oculaires primaires de prendre toute l'ampleur souhaitable.

A la Grenade, le projet initial comprenait un programme de production de lunettes à prix modique, mais malgré les efforts considérables déployés de concert avec la Fondation internationale pour les yeux et le Directeur du Programme OMS de Prévention de la Cécité, aucun progrès n'a été réalisé. Le gouvernement porte néanmoins un vif intérêt à la prévention de la cécité et l'OPS envisage actuellement de financer d'autres domaines d'activité prioritaires.

En Haïti, l'accord de coopération avec le Ministère de la Santé a été signé fin septembre 1989. A la suite des changements intervenus dans le gouvernement, un coordonnateur national a récemment été désigné. Des matériels éducatifs ont été envoyés et le représentant de l'OPS dans le pays doit examiner avec les autorités haïtiennes le protocole de travail actualisé.

Outre le projet ACFUND, une autre activité importante de cette période a été la publication d'un *Bulletin on Public Eye Care*. Ce bulletin encourage l'échange d'informations et facilite l'accès aux études d'actualité, qui ne sont pas toujours disponibles dans bon nombre de régions d'Amérique latine et des Caraïbes. Les articles choisis intéressent les ophtalmologistes aussi bien que les autres membres des équipes de santé.

Ce bulletin est publié en espagnol et en anglais. Il présentera des études faites par des spécialistes des soins oculaires dans la Région des Amériques. Chaque numéro renferme également une bibliographie se référant à des sources très diverses comme :

- a) Chibret Iris, base de données du Centre de documentation de Chibret International en France;
- b) Medline, base de données de la National Library of Medicine des Etats-Unis; et
- c) LILACS, base de données du Centre d'information pour l'Amérique latine et les Caraïbes sur les sciences de la santé et de la Bibliothèque régionale OPS/OMS de São Paulo (Brésil), notamment.

On espère que ce bulletin encouragera des ophtalmologistes et d'autres spécialistes à participer aux programmes de prévention de la cécité dans la Région des Amériques. Il devrait faciliter la diffusion des informations concernant les nombreuses organisations qui interviennent dans ce domaine et qui jouent toutes un rôle qui est essentiel si l'on veut parvenir à une approche efficace du problème de santé publique de plus en plus grave que constitue la cécité. Pour que la publication du bulletin puisse se poursuivre sans interruption, l'OPS espère que de nombreuses autres organisations viendront ajouter leurs efforts aux siens pour disposer de plus en plus de données et pour diffuser le bulletin, de manière qu'il soit accessible aux personnels qui travaillent à la prévention de la cécité dans des zones urbaines, suburbaines ou rurales. Il convient également de mentionner que, grâce à l'appui financier de la Royal Commonwealth Society for the Blind et de l'Organisation nationale des Aveugles d'Espagne (ONCE), un conseiller régional sera bientôt désigné au bureau de l'OPS.

### 3. FORMATION DE PERSONNEL PARAMEDICAL OPHTALMOLOGIQUE

Le Dr Allen Foster (CBM) a fait un tour d'horizon des programmes de formation destinés aux assistants en ophtalmologie, qui ont un rôle à jouer dans la prestation de services de soins oculaires aux niveaux primaire et secondaire dans les pays où le ratio ophtalmologistes/population est faible, ce qui se traduit par des services de soins oculaires restreints.

A l'heure actuelle, en Afrique, le ratio global ophtalmologistes/population est d'environ 1 pour 1 000 000, cependant qu'en Asie ce chiffre est proche de 1 pour 100 000. En Amérique latine, il est d'à peu près 1 pour 250 000 dans les régions rurales, mais de 1 pour 20 000 dans les grandes capitales.

Ces chiffres varient d'un pays à l'autre à l'intérieur des régions mais, d'une manière générale, ils montrent que c'est en Afrique que les besoins en formation d'assistants en ophtalmologie sont les plus grands.

La plupart des programmes de formation destinés aux assistants en ophtalmologie ont une durée d'un an et s'adressent à des personnels qui ont déjà reçu une formation médicale générale comme assistants médicaux ou infirmiers(ères) généralistes.

En Afrique, des programmes de formation existent dans les pays suivants : Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Sierra Leone, Tanzanie et Ouganda. Ces programmes sont dûment reconnus par les gouvernements intéressés qui leur fournissent un appui, lequel vient s'ajouter à l'aide provenant de diverses organisations internationales non gouvernementales.

Il existe aussi un grand nombre de programmes de formation informelle de courte durée, pouvant aller d'une semaine à trois mois, qui sont mis en oeuvre dans différents pays d'Afrique en tant que programmes de formation en cours d'emploi.

Un programme de formation d'une durée d'un an a été récemment mis en place au Kenya à l'intention de quelques assistants en ophtalmologie qui s'initieront à la chirurgie de la cataracte.

En Asie, il existe des programmes de formation d'assistants en ophtalmologie au Bangladesh, au Népal et à Sri Lanka; ces programmes ont habituellement une durée d'un an.

Au cours des dix à quinze dernières années, de nombreux cours ont été organisés avec succès à l'intention d'assistants en ophtalmologie en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest pour former du personnel ophtalmologique pour les régions où il n'y a pas d'ophtalmologistes. Il faut que ces programmes continuent et prennent de l'ampleur et que l'on insiste désormais notamment sur le renforcement des programmes de formation destinés aux pays francophones d'Afrique de l'Ouest ainsi que sur l'extension de programmes de formation officiellement reconnus permettant à des assistants en ophtalmologie qui auront été sélectionnés de s'initier à la chirurgie de la cataracte.

#### 4. TOUR D'HORIZON : UTILISATION DE L'IVERMECTINE ET MECANISMES NON GOUVERNEMENTAUX DE COORDINATION POUR LA DISTRIBUTION DE L'IVERMECTINE

##### 4.1 Utilisation de l'ivermectine

On estime (Comité OMS d'Experts de l'Onchocercose, Série de Rapports techniques, N° 752, 1987) que plus de 95 % des cas d'onchocercose, y compris les plus graves, se trouvent sur le continent africain. Les autres foyers existent en Amérique latine et au Yémen (annexes 5 et 6).

Les cas graves d'onchocercose sont toujours constatés dans les communautés les plus éloignées où il n'existe ni prophylaxie ni thérapeutique. On dit que l'onchocercose est une maladie du "bout de la piste". C'est pour cette raison qu'à l'heure actuelle, l'ivermectine n'atteint pas son objectif dans la plupart des pays.

Les populations à risque qu'il faut traiter sans tarder se trouvent dans les régions ou pays ci-après :

##### En Afrique

- Programme OCP : La zone occidentale d'extension comprend l'ouest du Mali, l'est du Sénégal, l'est de la Guinée-Bissau, le nord de la Sierra Leone et le nord de la Guinée.  
  
La zone sud-est d'extension comprend le sud du Togo, le sud du Bénin et le sud-est du Ghana.
- Nigéria : Au nord du confluent des fleuves Niger et Benoué jusqu'à 12° N; Gongola; Kwara.
- Cameroun : Toutes les régions au nord d'Adamaoua; fleuve Sanaga.

- Tchad : Sud du pays jusqu'à 12° N.
- République centrafricaine : Nord-ouest; nord; est, le long du fleuve M'Bomu et de ses affluents.
- Congo : Le long des fleuves Congo et Djoué, exclusivement.
- Gabon : Il n'a pas été encore établi que l'onchocercose constitue un problème de santé publique grave au Gabon.
- Angola : Même observation.
- Zaïre : Sankuru (Lusambo); Equateur; Uele et ses affluents; Tshikapa (fleuve Kasai et ses affluents).
- Soudan : Sud-ouest du pays; sud de Darfour; Bahr el Ghazal; partie occidentale de l'Equatoria.
- Ethiopie : Sud-ouest.
- Ouganda : Foyers localisés le long de la frontière avec le Zaïre.
- Burundi : Foyer localisé dans le sud du pays.
- Tanzanie : Tukuyu, Mbeya, nord du lac Nyassa; Mahenge.

#### En Amérique

- Mexique : Chiapas.
- Guatemala : Huenuetenango; Atitlan; Yepocapa.
- Equateur : Esmeraldas (foyer important dans le bassin du fleuve Santiago).
- Venezuela : Deux foyers dans le nord; Etat de Bolivar; chez les Amérindiens des tribus Yanomami, Makiritari et Piaroa.
- Brésil : Indiens Yanomami et Makiritari, près de la frontière vénézuélienne (certainement le même foyer).

Dans tous ces foyers d'hyperendémie, les populations les plus touchées qu'il faut traiter en premier lieu se trouvent toujours dans les régions les plus difficiles d'accès.

Dans son exposé, le Dr R. Le Berre a surtout insisté sur les zones de forte prévalence de l'onchocercose dans les pays d'Afrique qui ne sont pas couverts par le Programme de Lutte contre l'Onchocercose. Par la suite, lors des échanges de vue qui ont eu lieu entre les membres, il a noté avec satisfaction que plusieurs de ces zones étaient déjà visées par leurs programmes d'appui à la distribution d'ivermectine.

Le Dr Gaxotte a communiqué des statistiques intéressantes émanant de Merck Sharp & Dohme sur le nombre de demandes reçues et le nombre de comprimés envoyés à ce jour. Il a rappelé aux membres que, s'il fallait, pour les programmes de distribution de masse, présenter une demande au Comité d'experts créé par Merck Sharp & Dohme, ses services avaient été habilités à fournir à des fins humanitaires un maximum de 1000 comprimés par médecin traitant et par an pour utilisation en milieu hospitalier. En application de ces dernières dispositions, un nombre total de 546 333 comprimés avait été expédié à ce jour à 58 pays. A l'annexe 4, les tableaux 1 et 2 indiquent le nombre de traitements fournis à la suite de demandes pour les distributions de masse et les tableaux 3 et 4 le nombre de traitements fournis pour répondre à des demandes "humanitaires".

#### 4.2 Mécanismes non gouvernementaux de coordination pour la distribution de l'ivermectine

Lors de l'examen de ce point, les organisations non gouvernementales ont décidé de demander à l'OMS de collaborer à l'organisation d'une réunion (réunion sur les stratégies pour la distribution de l'ivermectine par les systèmes de soins de santé primaires) qui rassemblerait en 1991 toutes les organisations s'occupant actuellement de la distribution de l'ivermectine ainsi que les organisations qui envisageaient d'y participer à brève échéance. Par la suite, l'ordre du jour suivant a été accepté par le Dr Thylefors, le Dr Le Berre, le Dr Gaxotte et les organisations non gouvernementales pour une réunion, qui se tiendrait en avril 1991 :

- a) Aperçu de la situation actuelle concernant l'onchocercose et la distribution de l'ivermectine, y compris l'activité des programmes non gouvernementaux :
  - dans l'aire du Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OCP)
  - à l'extérieur de l'aire du Programme de Lutte contre l'Onchocercose
- b) Stratégies applicables aux systèmes de distribution à base communautaire et à base hospitalière :
  - population cible
  - diagnostic
  - suivi et surveillance
  - prise en charge des effets indésirables
  - dossiers et rapports
  - schémas de retraitement
  - évaluation
- c) Acquisition, stockage et conservation de l'ivermectine, logistique de la distribution
- d) Formation de personnel :
  - au niveau communautaire
  - au niveau hospitalier
  - au niveau administratif
- e) Sensibilisation du public et éducation sanitaire
- f) Structures des systèmes de distribution de l'ivermectine aux niveaux national et interpays
- g) Examen de la situation et plans d'action des pays :
  - Nigéria
  - pays de l'OCEAC
  - Zaïre
  - pays de l'OCP
  - autres pays
- h) Prévisions des engagements et des budgets des organisations non gouvernementales intéressées
- i) Coordination des programmes exécutés par des organisations non gouvernementales
- j) Conclusions et recommandations.

Il a été convenu que les organisations non gouvernementales participantes assumeraient conjointement les frais liés à l'invitation adressée aux représentants de certains pays d'endémie en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest. Il a été décidé que la réunion se tiendrait avec pour langues de travail l'anglais et le français. Le Programme OMS calculerait le coût total de la réunion et le communiquerait pour suite à donner au Président du Groupe consultatif. La réunion aurait lieu à l'OMS à Genève du 22 au 25 avril 1991, ce qui permettrait aux organisations non gouvernementales intéressées de s'entretenir avec le Dr E. Samba, Directeur du Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OCP), s'il fallait étudier plus avant la collaboration existante dans le domaine de la distribution de l'ivermectine dans la zone couverte par l'OCP.

## 5. PLANIFICATION DES SOINS OCULAIRES POUR LES CINQ ANNEES A VENIR

### 5.1 Conclusions et recommandations de la réunion OMS sur la prévention de la cécité de l'enfant, Londres, mai 1990

L'Organisation mondiale de la Santé a tenu une réunion mondiale sur la prévention de la cécité de l'enfant sous les auspices conjoints de la Christoffel Blindenmission et de Sight Savers. Cette réunion avait pour objet d'examiner l'épidémiologie et les causes de la cécité de l'enfant ainsi que les stratégies de lutte. Elle a élaboré un projet de rapport qui sera diffusé ultérieurement comme publication de l'OMS.

Les principales conclusions de la réunion ont été les suivantes :

- 1) On estime à 1,5 million le nombre d'enfants aveugles dans le monde; chaque année, 500 000 enfants sont frappés de cécité et 60 % d'entre eux meurent dans l'année.
- 2) Les principales causes de la cécité de l'enfant sont les suivantes :
  - a) causes nutritionnelles (avitaminose A);
  - b) infections (rougeole, rubéole, conjonctivite gonococcique du nouveau-né);
  - c) maladies génétiques;
  - d) problèmes liés à la naissance (hypoxie cérébrale, rétinopathie du prématuré);
  - e) problèmes liés à la prestation de services de soins oculaires :
    - services inadéquats : pratiques nuisibles de la part de personnels sans formation;
    - services déficients : manque de moyens, par exemple pour le traitement de la cataracte congénitale.
- 3) Le rapport se termine par un certain nombre de recommandations dont deux mentionnent expressément le rôle des organisations non gouvernementales :

Diverses organisations non gouvernementales actives dans le domaine de la prévention de la cécité jouent déjà un rôle important dans la lutte contre la cécité par le biais du renforcement de la prestation de soins oculaires de santé publique et de mesures spécifiques de lutte contre la xérophtalmie. Il leur est recommandé d'intensifier leurs efforts pour faire connaître les moyens permettant d'éviter la cécité de l'enfant dans tous les secteurs de la société. Il faut encourager le développement de services appropriés de santé et de soins oculaires dans le cadre des programmes dont les organisations non gouvernementales assument la coordination, entre elles et avec d'autres organismes.

Il faudrait considérer comme prioritaire une recherche épidémiologique ayant les buts suivants :

- Identifier les principaux facteurs de risque dans certains types de cécité de l'enfant et évaluer l'importance relative de ces facteurs.
- Evaluer l'impact sur la cécité de l'enfant de diverses interventions de santé publique (dont certaines peuvent être des alternatives).
- Evaluer le rapport coût-efficacité de ces interventions.

Les organisations non gouvernementales pourraient envisager d'apporter un appui et une collaboration à ces activités.

## 5.2 Exposés des organisations non gouvernementales membres concernant l'appui qu'elles envisagent d'apporter au Programme

### 5.2.1 Christoffel Blindenmission (CBM)

- 1) Le Comité consultatif médical de l'organisation se réunira du 7 au 10 novembre à Nairobi, juste avant l'assemblée de l'IAPB.
- 2) La CBM prend l'initiative d'un programme visant à recenser les enfants aveugles curables, notamment les enfants atteints de cataracte congénitale qui fréquentent des écoles pour aveugles.
- 3) De nouveaux programmes de distribution de masse de l'ivermectine sont mis au point pour 1991. Ces programmes viseront surtout les pays qui ne sont pas couverts par le Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OCP) en Afrique de l'Ouest.
- 4) L'organisation procède à une évaluation de l'efficacité et du rôle des ateliers d'optique en Afrique. Elle fournit une assistance à l'implantation de nouveaux ateliers en collaboration avec le Programme OMS de Prévention de la Cécité, surtout dans les pays francophones d'Afrique.
- 5) La CBM étudie la possibilité de mettre en place et d'appuyer des programmes de formation d'assistant(e)s/infirmiers(ères) en ophtalmologie dans les pays francophones d'Afrique.
- 6) D'une manière générale, la CBM aide et encourage les organisations qui sont ses partenaires pour la prestation bénévole de services médicaux à intégrer leurs programmes et à participer aux activités de planification des comités nationaux de prévention de la cécité.

### 5.2.2 Helen Keller International (HKI)

- 1) Asie : Récemment, HKI a reçu de la mission USAID au Bangladesh une subvention (pour cinq ans) pour mettre en place un système de surveillance nutritionnelle en collaboration avec le Gouvernement du Bangladesh et d'autres organisations non gouvernementales. De nouveaux programmes de soins oculaires sont prévus en Asie, pour le Cambodge et le Viet Nam, puis pour la Chine.
- 2) Amérique latine : Le programme de soins oculaires primaires axé sur les enfants et établi d'après les modèles du Pérou, des Philippines, de Sri Lanka et de la Tanzanie, doit être étendu au Brésil où le programme de lutte contre la cataracte a eu des débuts encourageants. L'organisation s'efforcera de poursuivre ses activités à Haïti, conjointement avec d'autres organisations non gouvernementales. Au Pérou, le projet HKI porte sur les soins oculaires primaires dans trois départements.

3) Afrique : Le Congrès des Etats-Unis a approuvé des crédits qui permettront l'extension du Programme Vitamine A (VITAP) pour le traitement de la cécité d'origine nutritionnelle. L'organisation cherche à étendre ses activités en cours relatives à la vitamine A au Burkina Faso, au Mali et au Niger.

#### 5.2.3 Fondation internationale pour les yeux (IEF)

1) Malawi : En septembre 1989, l'IEF a débuté, dans la vallée de Lower Shire, un programme biennal de lutte contre l'avitaminose A qui est centré sur l'éducation nutritionnelle, la distribution de capsules de vitamine A aux enfants et aux femmes et le dépistage oculaire. Un programme triennal de lutte contre l'onchocercose par la distribution d'ivermectine dans le sud du pays est envisagé en collaboration avec ADRA, organisation non gouvernementale des Etats-Unis d'Amérique. Ce programme devrait commencer à la fin de 1990.

2) Nigéria : En collaboration avec Africare, organisation non gouvernementale des Etats-Unis d'Amérique, l'IEF poursuit l'exécution d'un programme triennal local de distribution de l'ivermectine dans l'Etat de Kwara. Ce programme, qui est entré dans sa deuxième année, a permis de mettre à l'essai diverses stratégies de distribution et d'élaborer un manuel pratique sur la mise en place de ce type de programmes, qui sera publié d'ici à la fin de 1990.

3) Guatemala : l'IEF entame un second programme triennal de distribution de NutriAtol aux enfants d'âge préscolaire. En collaboration avec CeSSIAM, l'organisation étudie également la teneur de certaines plantes indigènes en bêta-carotène. En outre, l'IEF poursuit pour la deuxième année consécutive l'exécution d'un programme pilote triennal de distribution d'ivermectine dans la région de Yapocapa.

4) Honduras : Un deuxième dispensaire ophtalmologique est en cours d'installation à Santa Barbara. Un programme triennal de lutte contre l'avitaminose A est en cours d'exécution dans les quartiers périurbains de la capitale, Tegucigalpa.

#### 5.2.4 Lions International

M. John Stewart, qui assistait à la réunion en qualité d'observateur représentant Lions International, a été invité à donner un aperçu du programme SightFirst de Lions International que l'organisation avait annoncé lors de sa convention au mois de juillet. Il a exposé les initiatives projetées aux niveaux local et national ainsi que l'interaction de Lions International avec l'OMS, les comités nationaux de prévention de la cécité et d'autres organisations non gouvernementales. Le programme a été mis au point grâce aux directives données par un groupe international d'experts à la tête duquel se trouvait le Dr Carl Kupfer, Président de l'IAPB et Directeur du National Eye Institute à Bethesda.

#### 5.2.5 Organizacion Nacional de Ciegos de España (ONCE)

M. R. Mondaca et Mme J. Varsavsky, présents en qualité d'observateurs, ont exposé dans leurs grandes lignes les activités de l'ONCE en Amérique latine, qui portent notamment sur l'exécution d'un plan national de soins oculaires en Guyana, en coopération avec Sight Savers, ainsi que sur un appui technique et financier fourni par l'intermédiaire du Bureau sanitaire panaméricain (OPS) aux services d'un Conseiller pour l'Amérique latine en matière de soins oculaires, services qui sont cofinancés par Sight Savers.

A la suite du succès du projet de réadaptation des malvoyants exécuté à Sao José (Brésil), qui comportait notamment la fourniture de matériel et la formation de personnel, l'organisation espère mettre bientôt à exécution un projet analogue à Montevideo (Uruguay). Elle a déjà commencé à acheter et à aménager un bâtiment.

Au nombre des projets pour 1991, l'organisation envisage la création d'un centre de réadaptation des malvoyants à Cordoba (Argentine); les premières étapes de la mise en place d'un autre centre à Concepción (Chili); la fourniture de matériel de soins oculaires et d'un appui financier à des traitements ophtalmologiques spécifiques à Florianopolis, Santos et Porto Alegre (Brésil), à Bucaramanga (Colombie), à Guyaquil (Equateur) et à Arequipa et Lima (Pérou).

#### 5.2.6 Operation Eyesight Universal (OEU)

Pendant les cinq années qui viennent, l'organisation mettra l'accent sur la formation d'ophtalmologistes en Inde. Elle en a déjà formé 48, à Manipul, et espère porter ce nombre à 100. Des méthodes modernes de publicité et de promotion seront appliquées pour encourager l'éducation en matière de vitamine A; les programmes seront élargis et centrés sur le thème suivant : "Il n'y aura plus d'enfants aveugles". OEU espère créer deux unités pédiatriques de soins oculaires en Inde au cours des cinq prochaines années et financer des recherches. Toujours en Inde, OEU continuera à cofinancer le programme d'extraction de la cataracte, surtout dans les régions sous-desservies.

#### 5.2.7 Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC)

Les activités planifiées par l'OPC sont les suivantes :

- Maintien de l'appui aux programmes en cours au Burkina Faso, en Guinée (Conakry), au Mali, en Mauritanie, au Niger, au Sénégal et au Viet Nam.
- Maintien de l'appui aux services de soins oculaires au Cameroun, en République centrafricaine, en Ethiopie, en Côte d'Ivoire et au Népal.
- Distribution d'ivermectine en Guinée (Conakry), au Mali et au Sénégal, en collaboration avec Sight Savers.
- Création d'une unité mobile d'ophtalmologie à Bobo Dioulasso, au Burkina Faso.
- Création d'un service rural de soins oculaires secondaires à Ziguinshor, au Sénégal.
- Mise en place de services de soins oculaires à l'Hôpital d'Abéché, au Tchad.

#### 5.2.8 Project Orbis

Le Dr James Martone, qui assistait à la réunion en qualité d'observateur représentant le Project Orbis, a été invité par le Président à donner un aperçu des plans de son organisation pour 1991. Le Dr Martone a appelé l'attention des membres sur le colloque qui devait se tenir en janvier 1991 sous les auspices du Project Orbis, en collaboration avec le Gouvernement du Cameroun. Il a également appelé l'attention du Groupe sur la publication prochaine par le Project Orbis d'un manuel de matériels éducatifs.

#### 5.2.9 Sight Savers

1) Asie : Au Pakistan, un accord a été signé pour la mise en place d'un programme de santé communautaire dans la province de la Frontière du Nord-Ouest. En Inde, l'organisation déplace progressivement l'appui fourni à des Etats où elle a été très active, vers des Etats comme ceux de Bihar, d'Orissa et d'Assam, où les services de camps de soins oculaires sont assez peu développés. Elle va s'efforcer, en coopération étroite avec les autorités sanitaires de ces Etats, de mettre en place des services permanents de bonne qualité permettant des prestations complètes, réduisant ainsi la dépendance à l'égard de la stratégie des camps de soins oculaires.

2) Afrique : La distribution d'ivermectine en Afrique de l'Ouest devrait entraîner une expansion de l'infrastructure, ce qui améliorera les services de soins oculaires dans les régions sous-desservies. Le Nigéria sera particulièrement visé au cours des cinq prochaines années et le programme communautaire extra-institutionnel de Kaduna sera renforcé. La distribution d'ivermectine, cofinancée par l'OPC, commencera en Guinée, au Mali et au Sénégal.

3) Dans les Caraïbes, les services de soins oculaires seront développés en Guyana, en coopération avec l'ONCE, ainsi qu'au Belize et à la Jamaïque, par l'intermédiaire du Caribbean Council for the Blind.

4) Dans la Région du Pacifique, l'organisation élaborera et appuiera un plan national de soins oculaires pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée, dont la base sera à Port Moresby et qui comprendra une formation d'auxiliaires médicaux.

D'une manière générale, Sight Savers continuera à appuyer les services nationaux de soins oculaires complets et s'efforcera de développer la formation de personnels conjointement avec la prestation de services.

Une Charte royale modifiant les statuts de l'organisation, promulguée en 1990, permet à Sight Savers d'avoir des activités dans des pays qui ne font pas partie du Commonwealth.

## 6. ORGANISATION MONDIALE CONTRE LA CECITE (IAPB)

### 6.1 Quatrième Assemblée générale

Le Dr Carl Kupfer a remercié les organisations non gouvernementales de l'appui et des conseils qu'elles lui ont apportés pendant ses huit années de présidence, et il a exposé les grandes lignes du programme et des dispositions prises pour l'Assemblée générale, à Nairobi. Il a noté que le thème "Durabilité" devait englober la question du financement de l'IAPB.

La question de la désignation d'un successeur du Dr Kupfer à la présidence de l'IAPB a été abordée et les recommandations de la Commission des Désignations ont été examinées en détail.

### 6.2 Présidence du Groupe consultatif

M. Johns a rappelé aux membres que son mandat de Président du Groupe consultatif viendrait à expiration au moment de l'Assemblée générale et il leur a demandé de commencer à étudier la question de savoir quelle serait celle des organisations non gouvernementales qui assumerait ces fonctions pour les quatre années à venir.

DISCOURS D'OUVERTURE

du

Dr Barry Wint  
Médecin principal, Ministère de la Santé, Jamaïque

à l'occasion de la

TROISIEME REUNION DU GROUPE CONSULTATIF D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES  
AUPRES DU PROGRAMME OMS DE PREVENTION DE LA CECITE

Kingston, 17 septembre 1990

Je vous remercie, Monsieur le Président. Bonjour Mesdames, bonjour Messieurs.

C'est pour moi un plaisir et un privilège indiscutables de participer à votre réunion de ce matin et de me trouver au milieu de cet auguste rassemblement d'organisations qui s'intéressent à la question de la prévention de la cécité et s'en occupent activement.

L'année 1990 marque le début de la dernière décennie conduisant à l'an 2000 et, à la Jamaïque, nous reconnaissons que, pour ce qui est de l'objectif que nous visons tous, la Jamaïque étant signataire de la stratégie OMS de la santé pour tous d'ici l'an 2000, l'échéance se rapproche; en ce qui concerne les soins oculaires, nous nous inquiétons particulièrement de ce que nous n'avons pas encore traité les questions fondamentales liées à la planification des soins oculaires destinés à la population jamaïcaine.

Il nous faut encore cerner les principaux problèmes; nous n'avons pas encore fait d'enquête de base. Nous savons toutefois, et les ophtalmologistes nous l'affirment, qu'en matière de prévalence les principaux problèmes se posent à propos de situations fondamentales : cataracte, glaucome et complications oculaires dues à des maladies chroniques prévalentes à la Jamaïque. Chez les jeunes, on note une prévalence d'à peu près 10 % de la drépanocytose et, chez les plus de 40 ans, tous commencent à souffrir d'hypertension et de diabète sucré. Voilà quelques-uns des problèmes les plus urgents qui se posent à nous, qui ont tous un impact sur la situation des soins oculaires à la Jamaïque et contribuent à l'extension de la cécité.

Il existe d'autres problèmes qui concernent l'accès de la population aux soins. Là encore les ophtalmologistes m'assurent qu'ils sont en nombre suffisant dans le pays. Toutefois, leur répartition est source de difficultés car la plupart d'entre eux exercent dans les grandes villes; ici même, à Kingston, capitale de la Jamaïque, on trouve sans doute 75 % de la technologie humaine et matérielle nécessaire pour faire face aux problèmes.

A l'autre extrémité du pays, à l'ouest, il existe une autre unité au Cornwall Regional Hospital, où il se trouve que j'ai travaillé pendant une quinzaine d'années; il y a 10 ans environ nous y avons effectué une petite enquête sur la question de l'accès aux soins. Cet hôpital et ce service d'ophtalmologie desservent à peu près 750 000 personnes des cinq comtés de l'ouest de la Jamaïque, mais j'ai décidé de déterminer avec précision qui était desservi par le centre. Il est apparu que dans une zone située dans un rayon de 20 milles à partir de ce service, la population urbaine était relativement surdesservie, en ce sens qu'elle venait au centre pour des problèmes oculaires relativement bénins alors que, si l'on considérait une autre zone dans un même rayon de 20 milles à partir de ce centre, on trouvait un nombre significatif de personnes frappées de cécité et touchées par des problèmes très critiques, qui n'étaient pas traitées par ce service.

Annexe 1

Nous avons donc conclu à partir de cette étude restreinte que la question de l'accès était critique; la création d'un centre d'ophtalmologie et d'un service d'ophtalmologie, le recrutement d'ophtalmologistes extrêmement compétents et l'installation d'un matériel moderne ne constituent pas forcément une solution du problème car nous constatons fréquemment qu'en milieu urbain jamaïcain, ces services sont maintenant fournis en grande partie par le secteur privé, par opposition au secteur public. Avec ce type de modèle, ceux qui en ont les moyens ont accès aux services, ils peuvent aller voir un ophtalmologiste s'ils ont un cil dans l'oeil ce qui, à mon avis, est une perte de temps pour l'ophtalmologiste du point de vue des besoins globaux. L'un des défis que nous devons relever consiste donc à adapter ces possibilités d'accès. S'il est vrai, comme l'affirment les ophtalmologistes - mais il faudrait que je le vérifie - que nous avons un nombre suffisant d'ophtalmologistes, cela veut dire qu'il nous faut mettre en place un système qui garantira que les individus qui ont besoin de soins à ce niveau ont accès à un ophtalmologiste, ceux qui ont des problèmes plus simples pouvant être traités à un niveau plus périphérique.

C'est ce domaine tout entier que j'appelle soins oculaires primaires car la structure des services jamaïcains s'inspire du modèle des soins de santé primaires. Nous avons un réseau de 360 centres de santé répartis assez largement dans le pays, notamment dans certaines régions rurales, qui emploient des personnels de santé très divers, allant de la simple sage-femme et de l'auxiliaire communautaire à l'infirmier praticien et, parfois, au médecin; en général, pour ce qui est des soins oculaires, la population ignore tout ce réseau et va directement dans les centres d'ophtalmologie, surtout dans ceux qui sont connus pour avoir une lampe à fente pour les examens, voire un laser pour certains traitements plus sophistiqués. Nous avons effectivement un laser dans deux de nos centres.

Il faut nous attaquer à ce problème, nous le savons, et nous envisageons, entre autres solutions, de transférer une partie de cette technologie et de ces compétences des ophtalmologistes aux dispensateurs de soins oculaires primaires sur le terrain, tout au moins aux médecins sur le terrain, aux généralistes sur le terrain et aux infirmiers praticiens sur le terrain, auxquels il est assez facile d'avoir accès car c'est eux que M. Tout le Monde va voir s'il a quelque chose aux yeux et il est immédiatement aiguillé sur un ophtalmologiste. Je crois qu'il faut stopper ce processus en donnant aux catégories de personnels dont je viens de parler les moyens de traiter certains des problèmes fondamentaux. La chirurgie de la cataracte à la Jamaïque, par exemple, est quelque chose qui est encore assez complexe. Il faut encore s'inscrire sur une liste d'attente pour avoir accès à une bonne salle d'opération et il y a de nombreux goulets d'étranglement au niveau de l'anesthésie. A l'heure actuelle, l'exode des cerveaux nous pose un problème et nous manquons d'infirmiers(ères) en salles d'opération, si bien que le problème de l'utilisation maximale de nos salles d'opération se pose. Nous avons donc ces longues listes d'attente pour une intervention dont on me dit qu'elle est désormais largement considérée comme une technique démythifiée qui, dans quelques pays, semble être effectuée au niveau périphérique.

Cela va nous demander beaucoup de travail, beaucoup d'engagement et beaucoup de ressources mais je crois que la volonté de réussir existe chez nous; en effet, nous avons déjà commencé à coopérer avec les organisations non gouvernementales et le domaine des soins oculaires est l'un de ceux dans lesquels je crois que ces organisations ont un impact considérable. A mesure de vos interventions, j'ai entendu mentionner le Project Orbis, les Lions Clubs, ainsi que d'autres associations qui ont travaillé avec nous à la Jamaïque; toutefois, du point de vue de nos structures, il faut que je parle des relations particulières qui se sont mises en place lorsque nous avons formé un Comité national pour la prévention de la cécité en 1986, de concert avec la Société jamaïcaine pour les aveugles et d'autres parties intéressées du secteur privé, qui collaborent avec nous, Ministère de la Santé. Ensemble, nous projetons de répertorier les besoins réels de la population, de déterminer les ressources disponibles ainsi que les insuffisances, puis

Annexe 1

d'élaborer un plan et une approche de stratégie et de programme permettant de répondre efficacement à ces besoins. Cela comportera des recherches qui sont très nécessaires et, ce qui est particulièrement important, la coordination effective des activités des diverses organisations, car nous constatons que beaucoup d'organisations travaillent isolément et qu'il en résulte parfois des chevauchements de rôles et d'activités, tandis qu'avec une coordination effective, nous pourrions, je pense, identifier et apporter des améliorations à nos efforts.

Il est donc particulièrement opportun, Monsieur le Président, que votre Groupe consultatif ait décidé de se réunir ici, à la Jamaïque, et, à mesure que vous dialoguez avec les groupes de la Jamaïque et des Caraïbes, nous comptons vraiment pouvoir progresser et sensiblement avancer dans la voie qui permettra de répondre aux besoins de la Jamaïque. Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter la bienvenue en espérant que vous êtes arrivés suffisamment tôt pendant le week-end pour avoir la possibilité de voir un peu de la Jamaïque avant de vous mettre au travail; je pense ici surtout à ceux d'entre vous qui viennent pour la première fois à la Jamaïque. Je souhaite que vos deux journées de débats soient couronnées de succès et j'espère qu'à l'issue de ces débats vous constaterez que le résultat en est positif. Nous vous remercions de l'aide que vous apportez à la lutte que nous menons pour mettre en place un service d'ophtalmologie et fournir un niveau raisonnable de soins oculaires à la population jamaïque. J'ai le plaisir de déclarer ouverte votre réunion. Je vous remercie.

ANNEXE 2

TROISIEME REUNION DU GROUPE CONSULTATIF  
D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES AUPRES  
DU PROGRAMME OMS DE PREVENTION DE LA CECITE

Kingston, Jamaïque, 17-18 septembre 1990

LISTE DES PARTICIPANTS

- Dr M. Chovet, Consultant en Ophtalmologie, Organisation pour la Prévention de la Cécité,  
58 avenue Bosquet, 75007 Paris, France
- Mlle A. M. S. Connell, Consultant Ophthalmologist, Golf Club Road, Rockley, La Barbade
- Dr P. Edwards, Ophthalmologist, Henry Ford Hospital, 2799 West Grand Boulevard, Detroit,  
Michigan 48202, Etats-Unis d'Amérique
- Dr A. Foster, Medical Consultant CBM, s/c Centre international pour la Santé des Yeux,  
27/29 Cayton Street, London EC1V 9EJ, Royaume-Uni
- Dr D. French, Medical Director, Helen Keller International Inc., 15 West Sixteenth St.,  
New York, N.Y. 10011, Etats-Unis d'Amérique
- Rév. C. Garms, Executive Director, Christoffel Blindenmission, e.V.,  
Nibelungenstrasse 124, D-6140 Bensheim-Schoenberg 4, Allemagne
- Dr P. Gaxotte, Directeur médical, Merck Sharp & Dohme Interpharma, B.P. 62,  
78170 La Celle-Saint-Cloud, France
- Mme M. J. Haws, Administrator, Sight Savers, P.O. Box 191, Haywards Heath,  
West Sussex RH16 4YF, Royaume-Uni
- M. A. W. Johns, Executive Director, Sight Savers, P.O. Box 191, Haywards Heath,  
West Sussex RH16 4YF, Royaume-Uni (représentant également l'Union mondiale des  
Aveugles)
- Dr C. Kupfer, Président, Organisation mondiale contre la Cécité, National Eye Institute,  
National Institutes of Health, Building 31, Room 6A03, Bethesda, Maryland 20892,  
Etats-Unis d'Amérique
- Dr R. Le Berre, Chef, Unité de Lutte contre la Filariose, Organisation mondiale de la  
Santé, Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr J. Martone, Medical Consultant, Project Orbis, Inc., 330 West 42nd Street, Suite 1900,  
New York, N.Y. 10036, Etats-Unis d'Amérique
- M. R. MacDonald, President, Operation Eyesight Universal, P.O. Box 123, Stn. M, Calgary,  
Alberta T2P 2H6, Canada
- M. R. Mondaca, Organización Nacional de Ciegos de España, Calle Jose Ortega y Gasset 18,  
28006 Madrid, Espagne
- M. C. B. Neehall, Executive Director, Caribbean Council for the Blind, 11 Redcliffe Quay,  
St. John's, Antigua

Annexe 2

- M. D. O'Marde, Health Planner, Caribbean Council for the Blind, 11 Redcliffe Quay,  
St. John's, Antigua
- M. M. Pajonk, Association internationale des Lions Clubs, 300 22nd Street, Oak Brook,  
Illinois 60521-8842, Etats-Unis d'Amérique
- M. J. M. Palmer III, Executive Director, Helen Keller International Inc.,  
15 West Sixteenth Street, New York, N.Y. 10011, Etats-Unis d'Amérique
- Dr M. A. Pean, Coordonnateur, Société haïtienne d'Aide aux Aveugles, B.P. 555,  
Port-au-Prince, Haïti
- Mme V. Sheffield, Directeur exécutif, Fondation internationale pour les Yeux,  
7801 Norfolk Avenue, Bethesda, Maryland 20814, Etats-Unis d'Amérique
- M. J. F. Stewart, Administrateur, Division du Développement des Activités et des  
Programmes internationaux, Association internationale des Lions Clubs, 300 22nd Street,  
Oak Brook, Illinois 60521-8842, Etats-Unis d'Amérique
- Dr B. Thylefors, Directeur, Programme de Prévention de la Cécité, Organisation mondiale  
de la Santé, Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse
- Mme J. Varsavsky, Chef du Département des Relations internationales, Organización  
Nacional de Ciegos de España, Calle Jose Ortega y Gasset 18, 28006 Madrid, Espagne
- M. W. Williams, President, Caribbean Council for the Blind, 11 Redcliffe Quay,  
St. John's, Antigua
- Dr B. A. Wint, Chief Medical Officer, Ministry of Health, 10 Caledonia Avenue,  
P.O. Box 472, Kingston, Jamaïque

TROISIEME REUNION DU GROUPE CONSULTATIF  
D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES AUPRES  
DU PROGRAMME OMS DE PREVENTION DE LA CECITE

Kingston, Jamaïque, 17-18 septembre 1990

ORDRE DU JOUR

Cérémonie d'ouverture

1. Rétrospective des activités du Programme OMS de Prévention de la Cécité pendant l'année écoulée et rapports oraux d'organisations non gouvernementales pour la même période
2. Activités de prévention de la cécité en Amérique latine et aux Caraïbes
3. Formation de personnel paramédical en ophtalmologie
4. Tour d'horizon : utilisation de l'ivermectine et mécanismes non gouvernementaux de coordination pour la distribution de l'ivermectine
5. Planification des soins oculaires pour les cinq années à venir :
  - Conclusions et recommandations de la réunion OMS sur la prévention de la cécité de l'enfant
  - Exposés des organisations non gouvernementales sur leurs projets d'appui aux programmes de soins oculaires
6. Quatrième Assemblée générale de l'Organisation mondiale contre la Cécité, Nairobi
7. Autres questions

TROISIEME REUNION DU GROUPE CONSULTATIF  
D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES AUPRES  
DU PROGRAMME OMS DE PREVENTION DE LA CECITE

Kingston, Jamaïque, 17-18 septembre 1990

TABLEAU 1 : NOMBRE DE TRAITEMENTS PROPOSES ET DE DONNS APPROUVES DE MECTIZAN  
PAR ANNEE D'APPROBATION DES DEMANDES, 1988-1990\*

Année	Première démarche		Poursuite		Nombre total de traitements
	Demandes approuvées	Traitements proposés	Demandes approuvées	Traitements proposés	
1988	1	255 000	-	-	255 000
1989	16	239 220	-	-	239 220
1990	9	467 035	2	357 247	824 282
Total	26	961 255	2	357 247	1 318 502

\* Septembre 1988 à juin 1990.

TABLEAU 2 : NOMBRE DE DEMANDES APPROUVEES DE MECTIZAN  
(PREMIERE DEMARCHE ET CONTINUATION) PAR CATEGORIE DE  
DEMANDEURS\* PAR ANNEE D'APPROBATION, 1988-1990\*\*

Année	Catégorie de demandeurs				
	Ministères de la santé	OCP/OMS	ONG	Universités	Industrie
1988	1	1	1	1	1
1989	8	0	4	0	0
1990	6 (1)	0 (1)	2	1	0
Total	15 (1)	1 (1)	7	2	1

\* Catégorie du demandeur principal.

\*\* Septembre 1988 à juin 1990.

Annexe 4

TABLEAU 3 : DEMANDES HUMANITAIRES PROVENANT DE PAYS D'ENDEMIE

<u>Pays</u>	<u>Nombre de demandes</u>	<u>Nombre de comprimés demandés</u>
Togo	22	87 748
Cameroun	104	87 292
Nigéria	53	61 072
République centrafricaine	38	39 792
Ghana	23	35 650
Zaire	32	31 062
Sierra Leone	16	28 100
Libéria	22	26 762
Tanzanie	15	25 210
Guinée	8	19 000
Mali	9	9 176
Ouganda	7	7 504
Bénin	12	7 190
Malawi	1	4 000
Ethiopie	4	2 400
Tchad	4	2 310
Guinée équatoriale	9	1 792
Côte d'Ivoire	15	1 572
Soudan	4	1 510
Congo	7	1 248
Venezuela	2	800
Gabon	3	700
Guinée-Bissau	1	500
Sénégal	5	472
Colombie	2	430
Guatemala	1	300
Niger	3	220
Brésil	3	204
Burundi	1	200
Angola	1	100
Burkina Faso	2	40
Yémen	1	2

TABLEAU 4 : DEMANDES HUMANITAIRES PROVENANT DE PAYS SANS ENDEMIE

<u>Pays</u>	<u>Nombre de demandes</u>	<u>Nombre de comprimés demandés</u>
<b>EUROPE</b>		
Allemagne	31	38 380
France	201	34 263
Pays-Bas	24	14 032
Suisse	10	4 980
Espagne	9	4 842
Royaume-Uni	16	2 106
Belgique	12	1 670
Danemark	1	1 000
Italie	4	282
Finlande	1	100
Norvège	2	50
Suède	1	50
<b>AFRIQUE</b>		
Kenya	5	3 600
Rwanda	2	520
Gambie	1	200
Mauritanie	1	100
Réunion	3	16
Egypte	1	-
<b>AUTRES</b>		
Etats-Unis d'Amérique	9	1 212
Guyane française	1	200
Polynésie française	1	100
Nouvelle-Zélande	1	20
Inde	2	22
Japon	2	22
Martinique	1	4
Sri Lanka	1	4

Fig. 1. Distribution géographique de l'onchocercose en Afrique et dans la péninsule arabique

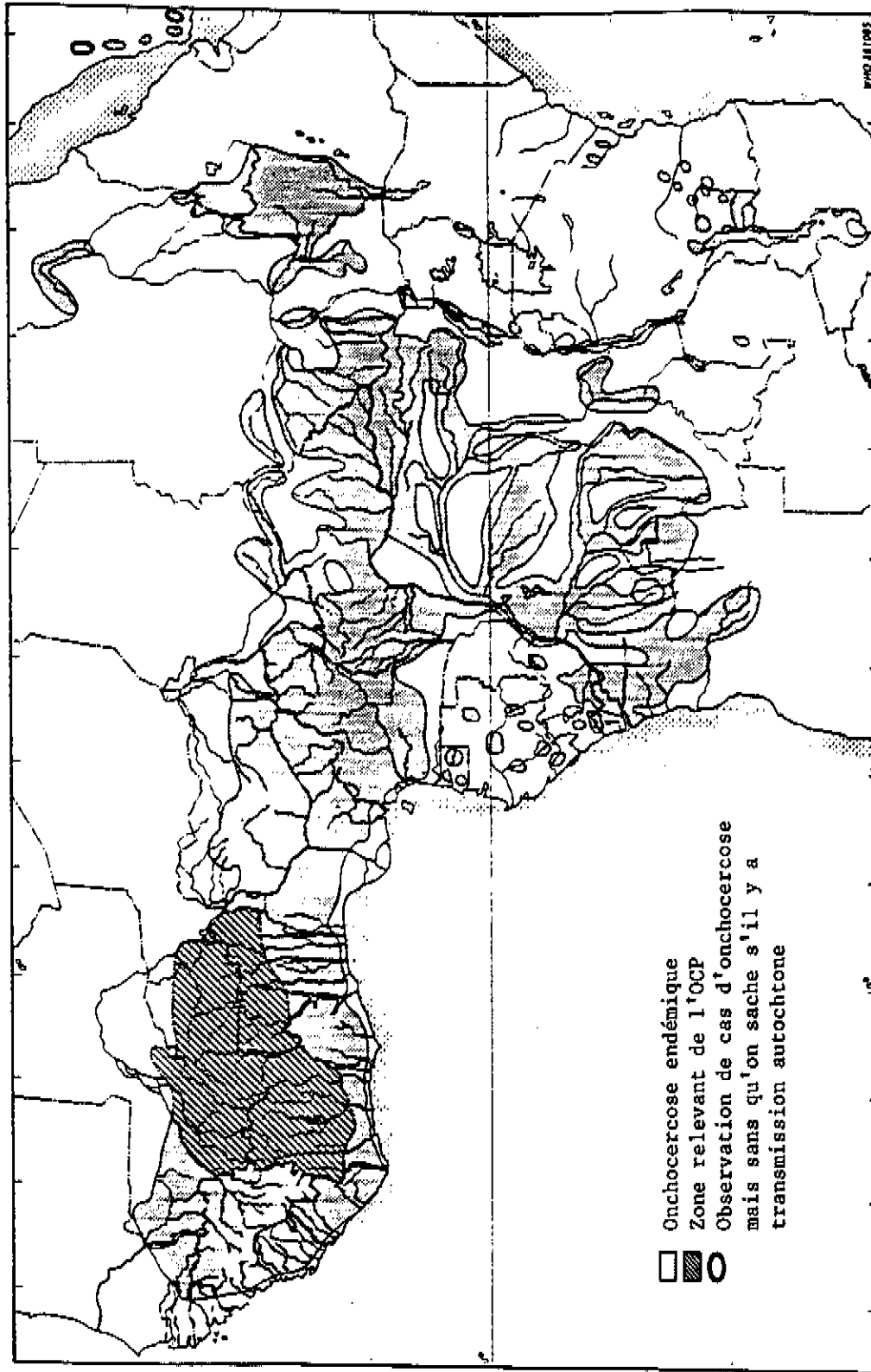
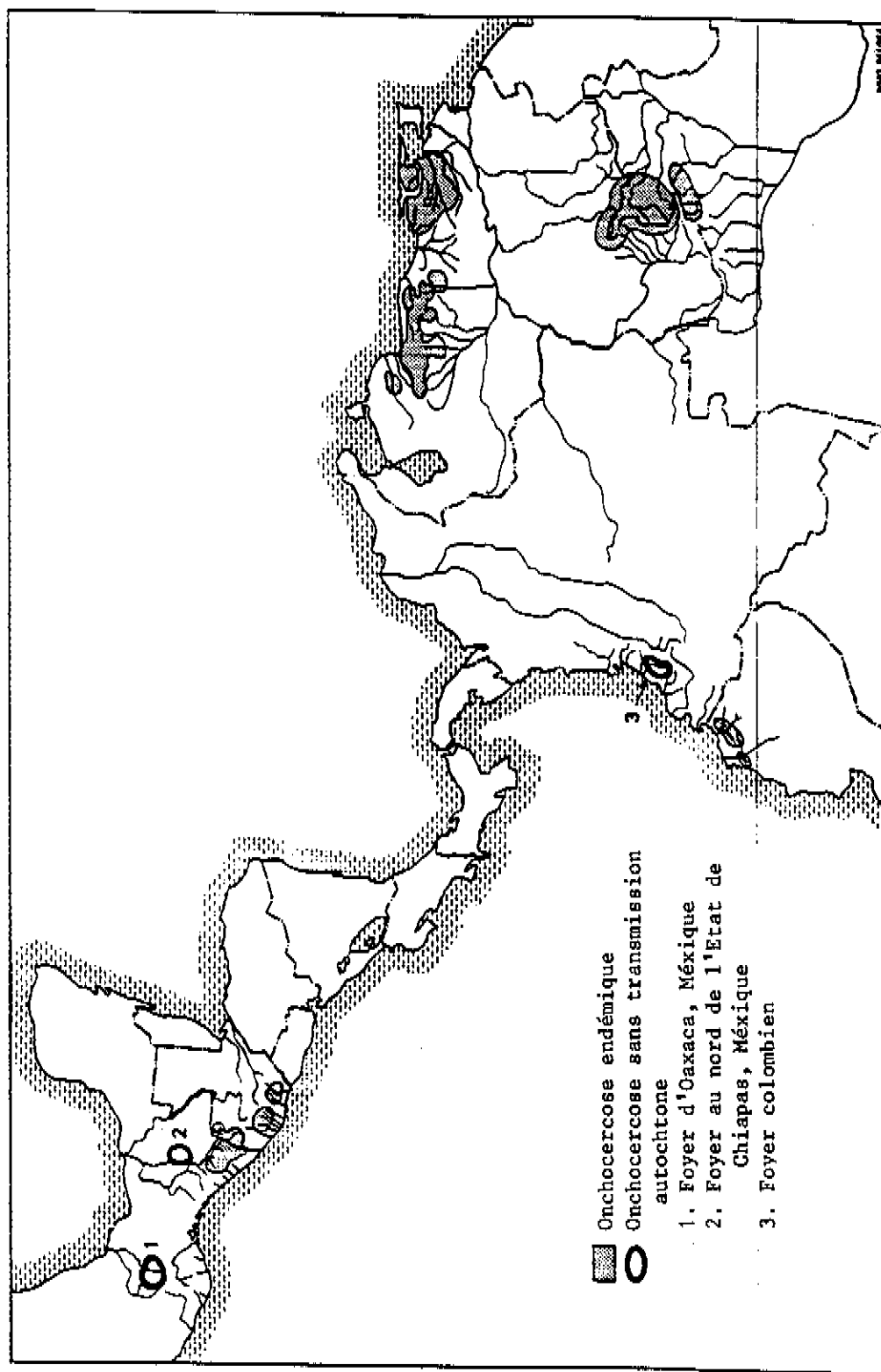


Fig. 2. Distribution géographique de l'onchocercose en Amérique latine



\* \* \*