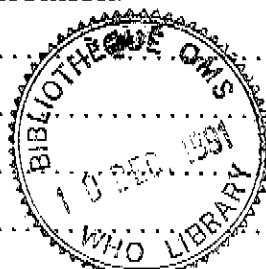


TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
PREFACE	iii
RESUME D'ORIENTATION	iv
SECTION I. APPUI INFORMATIONNEL	
1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE PAYS	1
2. SITUATION SANITAIRE ET SERVICES EXISTANTS	1
3. SITUATION EN MATIERE DE SANTE OCULAIRE ET SERVICES EXISTANTS	2
EXEMPLE I. RENSEIGNEMENTS A RECUEILLIR POUR AIDER A PREVENIR LA CECITE	5
SECTION II. PHASE DE PLANIFICATION	
1. POLITIQUE NATIONALE ET ORGANISATION CENTRALE	7
2. ANALYSE DE LA SITUATION	8
3. OBJECTIFS DU PROGRAMME	8
4. PLAN GENERAL D'ACTION - ZONES DE PROGRAMME	9
EXEMPLE II. MODELE ILLUSTRANT LA FORMULATION D'OBJECTIFS, DE CIBLES ET D'APPROCHES POUR LE TRAITEMENT DE LA CATARACTE EN OCULIE	11
EXEMPLE III a) CALENDRIER	13
EXEMPLE III b) ATELIERS DE FORMATION POUR AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES	14
SECTION III. PHASE INITIALE	
1. MESURES D'ORDRE ADMINISTRATIF	15
2. COLLECTE DE L'INFORMATION	15
3. ACTIVITES DE FORMATION	16
4. MISE EN OEUVRE INITIALE DU PLAN D'ACTION	16
5. DISPOSITIONS D'ORDRE LOGISTIQUE	16
6. UTILISATION DES RESSOURCES	17
7. SURVEILLANCE ET EVALUATION	17
EXEMPLE IV. PROBLEMES GESTIONNAIRES COURANTS	21



	<u>Pages</u>
EXEMPLE V. TABLEAU SCHEMATIQUE DES PRINCIPALES PREVISIONS BUDGETAIRES	23
SECTION IV. PHASE D'EXTENSION	
1. MESURES D'ORDRE ADMINISTRATIF	25
2. COLLECTE DE L'INFORMATION	25
3. ACTIVITES DE FORMATION	25
4. MISE EN OEUVRE DU PLAN D'ACTION	25
5. DISPOSITIONS D'ORDRE LOGISTIQUE	26
6. SURVEILLANCE ET EVALUATION	26
EXEMPLE VI. CADRE GESTIONNAIRE POUR LA MISE EN OEUVRE D'UN PROGRAMME NATIONAL	27
SECTION V. PHASE DE CONSOLIDATION ET D'INTEGRATION	
1. MESURES D'ORDRE ADMINISTRATIF	31
2. ANALYSE DE LA SITUATION	31
3. PLAN D'ACTION, DISPOSITIONS D'ORDRE LOGISTIQUE ET UTILISATION DES RESSOURCES	31
4. SURVEILLANCE ET EVALUATION	31
EXEMPLE VII. PROJECTION DES BESOINS EN MATIERE DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA CATARACTE EN "OCULIE" DE 1985 A L'AN 2000	33
SECTION VI. EVALUATION FINALE	
REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXE LISTE D'ANNEXES PROPOSEES POUR UN PLAN NATIONAL DE PREVENTION DE LA CÉCITÉ	39
APPENDICE 1. PROJET POUR LES SOINS OCULAIRES COMMUNAUTAIRES AUX ECHELONS PERIPHERIQUE ET INTERMEDIAIRE : BANGLADESH	41
APPENDICE 2. PLAN DE TRAVAIL ET CALENDRIER POUR LE PROGRAMME DE PREVENTION DE LA CÉCITÉ AU MALAWI, 1982-1987	42
APPENDICE 3. LISTE TYPE DE MATERIEL OPHTALMOLOGIQUE POUR UN CENTRE DE SANTE AU PREMIER ECHELON DE RECOURS	43
APPENDICE 4. FOURNITURES ET MATERIEL POUR LES SOINS OCULAIRES PRIMAIRES (extrait de <i>Stratégies pour la prévention de la cécité dans les programmes nationaux</i> , Section III, partie 4, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1984)	44

PREFACE

Le Programme OMS de Prévention de la Cécité a pour objectif de prévenir et de maîtriser les principales causes évitables de cécité et de mettre les soins oculaires essentiels à la portée de tous. Dans ce contexte, son but à moyen terme est d'instituer des programmes nationaux de prévention de la cécité qui soient opérationnels dans au moins 60 pays d'ici à 1990, le but à long terme étant de ramener les taux nationaux de cécité à moins de 0,5%, le taux dans une collectivité quelconque ne dépassant 1%.

Pour aider les Etats Membres à planifier et à exécuter de tels programmes nationaux, l'OMS a fait paraître plusieurs documents et publications, en particulier : Guide pour les Programmes de Prévention de la Cécité (Genève, 1979); Méthodes d'Evaluation de la Cécité évitable (OMS, Publication Offset N° 54, Genève, 1981); Stratégies pour la Prévention de la Cécité dans les Programmes nationaux (Genève, 1984); Rapport d'un Groupe de Travail sur les Mécanismes d'Evaluation de Programmes de Prévention de la Cécité (WHO/PBL/84.9, Genève, 1984). Le présent document a pour but de faciliter la formulation de programmes nationaux en suggérant des plans à cet effet et en énonçant des principes directeurs qui doivent être interprétés avec souplesse et "traduits" dans le contexte national, compte tenu des problèmes du moment d'ordre social, économique, technique et gestionnaire.

Chaque programme national de prévention de la cécité doit être considéré comme faisant partie de la stratégie et du plan d'action nationaux établis pour instaurer "la Santé pour Tous d'ici l'An 2000". On ne saurait trop insister sur les nombreux avantages que présente la formulation d'un programme national : celui-ci a pour effet de promouvoir la volonté et l'engagement sur le plan national, de faciliter la mobilisation des ressources aussi bien nationales qu'internationales, et d'aider à la surveillance continue et à l'évaluation.

L'ampleur et la nature du problème des principales maladies conduisant à la cécité, de même que les besoins et les informations aisément disponibles, varient selon les pays. Le présent document contient les informations jugées souhaitables et pertinentes aux fins de la planification, de l'exécution, de la surveillance continue et de l'évaluation d'un programme. Toutefois, au moment de la formulation d'un programme national, il se peut que l'administration sanitaire nationale ne possède en fait que fort peu de renseignements fiables, mais cela ne devrait pas l'empêcher d'élaborer un projet de programme.

Le programme doit être préparé en étroite collaboration avec les autorités sanitaires nationales et autres autorités compétentes, ainsi qu'avec les organisations non gouvernementales, les institutions internationales intéressées et les représentants de la population et des communautés, afin de s'assurer de leur participation active dès le départ.

Genève, août 1984

Conformément à une recommandation formulée par le Groupe consultatif du Programme OMS de prévention de la cécité lors de sa VII^e réunion, à Alexandrie, Egypte, en mars 1987, un groupe de travail a été convoqué en juin 1988 sur l'acquisition de compétences gestionnaires pour les programmes de prévention de la cécité. Le groupe de travail a révisé le texte actuel à la lumière de l'expérience acquise depuis 1984 et a illustré d'exemples les principaux chapitres.

Genève, août 1988

RESUME D'ORIENTATION

Le Programme OMS de Prévention de la Cécité vise à réduire la cécité évitable dans les pays en développement, jugée actuellement excessive. Ceci nécessite conjointement la lutte contre certaines maladies cécitantes et la fourniture de soins oculaires accessibles à tous dans le cadre des soins de santé primaires.

1. En vue de la planification et de l'exécution d'un programme national, la première étape consiste à recueillir des informations sur le pays, sur la situation qui y règne du point de vue de la santé en général et de la santé oculaire en particulier ainsi que les services existants. Sur la base de ces informations les autorités sanitaires nationales seront en mesure de planifier un programme national.
2. La phase de planification consiste en la formulation d'un programme national. Elle comprend l'analyse des problèmes, la détermination d'une politique générale et de priorités, la fixation d'objectifs, l'adoption d'une stratégie sanitaire et la programmation d'ensemble (soins oculaires intégrés, programmes intensifs de lutte spécifique contre certaines maladies, formation, soutien logistique, mobilisation des ressources, recherche opérationnelle, surveillance continue et évaluation).
3. La programmation détaillée fait partie d'un processus gestionnaire plus vaste pour le développement sanitaire national. Elle précise trois phases consécutives de la mise en oeuvre du programme : une Phase initiale, une Phase d'Extension et une Phase de Consolidation et d'Intégration. Pour chacune de ces phases, seront décrits : objectifs, buts, activités, couverture, besoins en personnels, logistique et fournitures, participation communautaire attendue, relations avec le système de santé, budget, calendrier, modalités de la surveillance continue et de l'évaluation.
4. La surveillance d'un programme est un processus permanent, débutant avec le programme, dont le but est de s'assurer que tout se passe comme prévu, conformément au calendrier; elle permet de suivre toutes les composantes des activités en cours, les questions de personnel, de fournitures et de matériel, et les dépenses effectuées par rapport aux affectations budgétaires.
5. L'intégration totale du programme de prévention de la cécité dans le système de santé (fondé sur les soins de santé primaires) constitue le but ultime à atteindre au moment de l'évaluation finale du programme national. Une telle évaluation doit tenir compte de l'impact du programme sur le développement socio-économique.

SECTION I. APPUI INFORMATIONNEL

1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE PAYS

1.1 Topographie, climat, population

Il convient de récapituler les principales caractéristiques géographiques et climatiques (y compris saison des pluies et saison sèche) et les caractéristiques démographiques (distribution de la population par âge, rapport zones urbaines/zones rurales et taux d'accroissement de la population par exemple). On précisera aussi, brièvement, les moyens de transport et de communication (routes, voies ferrées, rivières).

Une carte du pays et les principales statistiques démographiques méritent d'être annexées car elles fournissent des indications utiles à la compréhension du programme (voir l'Annexe, points 1 et 2).

L'exemple I en donne une brève illustration.

1.2 Indicateurs sociaux et économiques

Parmi les indicateurs les plus pertinents, figurent certes le produit national brut par habitant mais aussi ceux concernant l'économie principale du pays, les emplois prédominants dans la population adulte, le taux d'alphabétisation, le logement, l'eau et l'assainissement et les disponibilités alimentaires.

2. SITUATION SANITAIRE ET SERVICES EXISTANTS

2.1 Politique et plans sanitaires

La politique sanitaire nationale sera exposée de façon concise. Quand il en existe une, la politique nationale de santé oculaire sera présentée, bien entendu. Les points les plus pertinents de certains plans d'action sanitaires, comme le développement des personnels de santé ou l'organisation des prestations médico-sanitaires seront toujours d'utiles compléments.

2.2 Indicateurs fondamentaux de l'état de santé

Les taux de morbidité, de mortalité, l'état nutritionnel et l'espérance de vie à un âge donné figureront parmi les indicateurs retenus.

2.3 Taux de couverture des soins de santé primaires

On fournira des précisions sur le réseau des services de santé de base en indiquant les centres et sous-centres de soins de santé primaires ainsi que le degré de développement et la proportion de la population couverte, l'accessibilité des soins médicaux et le dépistage et le traitement précoces des maladies; le taux d'utilisation des services de santé et le rôle des guérisseurs traditionnels méritent aussi d'être mentionnés.

2.4 Organisation et couverture du système d'orientation recours

Des précisions sur l'accessibilité, la répartition géographique et l'utilisation effective du système d'orientation/recours fourniront des données de première utilité pour la planification.

2.5 Personnel et moyens de formation aux divers échelons

Les taux de densité médicale (pour chaque catégorie d'agents de santé) ainsi que les moyens de formation existants, répertoriés par région, fourniront un complément d'information indispensable.

L'organigramme des services de santé, hiérarchisant les divers échelons (central, provincial et périphérique) permettra de mieux comprendre l'organisation des services existants. (Voir Annexe, point 3).

3. SITUATION EN MATIERE DE SANTE OCULAIRE ET SERVICES EXISTANTS

3.1 Sources d'informations

Afin que le lecteur puisse se forger une opinion sur la validité des informations présentées, leur source sera toujours précisée (par exemple : statistiques hospitalières, enquêtes par sondage). On retiendra que les statistiques hospitalières donnent souvent une image biaisée du tableau de la morbidité oculaire et des pertes de vision qui en résultent (en raison de la "sélection" des malades examinés lors d'une consultation). De même, les registres des cas de cécité et ceux des écoles pour aveugles donnent une image incomplète des causes de cécité dans la mesure où bien souvent, les catégories de population les plus favorisées tendent à y être sur-représentées.

3.2 Principales affections cécitantes

Il est extrêmement important de fournir, dans toute la mesure du possible, des informations concises sur les maladies oculaires les plus courantes et sur la répartition géographique des principales affections cécitantes (trachome, malnutrition, onchocercose, cataracte, traumatismes oculaires et glaucome).

Les paramètres les plus utiles dont il est bon de pouvoir disposer lors de la formulation d'un programme national, sont mentionnés par un signe "+" dans le tableau ci-après. La prévalence d'une maladie oculaire donnée ne constitue pas toujours en soi un renseignement utile pour décider, d'un point de vue gestionnaire, si une intervention s'impose ou non. Ainsi, le trachome peut sévir dans une région sous une forme non cécitante ne conduisant pas à une perte importante de vision; en revanche, la simple présence d'indicateurs de xérophthalmie dans une région justifie en soi une intervention contre la carence en vitamine A.

TABLEAU. INFORMATIONS UTILES A LA PROGRAMMATION

Maladies	Manifestation prise en compte	Prévalence des manifestations sérieuses	Répartition géographique
Cataracte	Cécité	+	
Trachome	- Inflammation intense chez l'enfant	+	+
	- Trichiasis chez les personnes âgées	+	+
Xérophthalmie	Indicateurs de xérophthalmie	Incidence	+
Onchocercose	Manifestations oculaires	+	+
Conjonctivite	Forme néonatale	Incidence	+
Glaucome	Angle irido-cornéen étroit	+	(+)

On fournira les données numériques disponibles en précisant la source d'information (voir Annexe, point 4).

3.3 Services de santé oculaire

Le plateau opérationnel technique sera présenté (prestations aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire). Ce bilan fera état des activités des services mobiles et précisera dans quelle mesure le système d'orientation/recours est judicieusement utilisé.

Sous cette même rubrique, les effectifs et la qualité du personnel affecté à la santé oculaire seront discutés, sans oublier les moyens de formation et les modalités d'encadrement.

Des données récentes sur les services de réadaptation existants et sur leurs activités compléteront utilement ce chapitre sur les services de santé oculaire.

EXEMPLE I. RENSEIGNEMENTS A RECUEILLIR POUR AIDER A PREVENIR LA CECITE

L'"Oculie" est un pays de 12 millions d'habitants dont 2 millions vivent dans des zones urbaines relativement bien développées. Les dix millions restants, ruraux dont le niveau de vie est généralement bas, sont répartis sur un territoire de 195 000 km² au réseau routier rudimentaire. L'Oculie jouit d'un climat tropical, avec une saison des pluies qui dure en moyenne quatre mois.

Dans les zones urbaines, le système de santé consiste en un hôpital universitaire, un hôpital secondaire et 25 dispensaires. Dans les villes, on compte dix ophtalmologistes dans le secteur public et le secteur privé. Un total de 30 lits est réservé aux cas de chirurgie ainsi qu'une salle d'opération à plein temps. Dans les zones rurales, on compte deux hôpitaux de province et dix hôpitaux de district. Seuls deux ophtalmologistes sont disponibles dans les deux hôpitaux de province. Dans les zones rurales, chaque ophtalmologiste peut disposer de 15 lits et d'une salle d'opération utilisable un jour par semaine. Le système de soins de santé primaires est relativement bien développé dans la plupart des régions avec un agent de santé de village pour 5000 habitants et un centre de santé pour 100 000 habitants.

Le tableau illustre les modifications démographiques susceptibles de se produire sur 15 ans à la suite de la croissance de la population, de son vieillissement et de l'urbanisation.

TABLEAU. STRUCTURE DEMOGRAPHIQUE

	1985 (en millions)		2000 ^a (en millions)	
Population totale	12,00		16,80	
0-9 ans	3,60	(30 %)	4,20	(25 %)
50 ans et plus	1,32	(11 %)	2,50	(15 %)
Population urbaine ^b	2,00	(17 %)	4,30	(25,5 %)
0-9 ans	0,60	(30 %)	1,07	(25 %)
50 ans et plus	0,22	(11 %)	0,65	(15 %)
Population rurale	10,00	(83 %)	12,50	(74,5 %)
0-9 ans	3,00	(30 %)	3,13	(25 %)
50 ans et plus	1,10	(11 %)	1,90	(15,2 %)

^a Croissance totale de 40 % sur 15 ans (taux de croissance annuelle de 2,3 %).

^b En supposant que la population urbaine augmente de 50 %.

Aperçu de l'ampleur et des causes des cas de cécité

Comme dans bien des pays en développement, on a estimé qu'environ 1 % de la population est aveugle. La moitié de ces cas de cécité sont dus à la cataracte qui survient presque toujours chez des personnes âgées de 50 ans ou plus.

Ainsi :

La cécité due à la cataracte est égale à 0,5 % d'une population totale de 12 millions, ce qui donne 60 000 cas de cécité dus à la cataracte en 1985.

On sait également que le trachome est endémique dans une province rurale qui compte un million d'habitants. Le taux d'endémicité du trachome évolutif inflammatoire est estimé à 40 % de tous les enfants de moins de 10 ans.

Ainsi :

40 % des enfants du groupe d'âge 0-9 ans dans la province X (1 million d'habitants dont 30 % d'enfants), soit 120 000 enfants.

En outre, on estime à 1 % de la population de la zone d'endémicité le pourcentage des cas de trichiasis nécessitant une intervention chirurgicale. On sait que la plupart de ces cas surviennent chez des personnes de plus de 50 ans et surtout chez des femmes.

Ainsi :

1 % de la population totale de la province correspond à 10 000 cas, soit 9,9 % de la population du groupe d'âge des 50 ans et plus.

Note : S'il est facile, pour la cataracte, d'extrapoler à partir de données émanant d'autres pays, il n'en est pas de même pour le trachome, maladie pour laquelle il est nécessaire d'évaluer la gravité et les complications, dans chaque zone d'endémicité. Ainsi, dans l'exemple proposé, il est nécessaire de procéder à une étude plus détaillée de la situation du trachome dans la province X pour étudier les besoins et les possibilités en matière de prévention et de traitement (y compris les interventions chirurgicales contre le trichiasis).

EXEMPLE I. RENSEIGNEMENTS A RECUEILLIR POUR AIDER A PREVENIR LA CECITE

L'"Oculie" est un pays de 12 millions d'habitants dont 2 millions vivent dans des zones urbaines relativement bien développées. Les dix millions restants, ruraux dont le niveau de vie est généralement bas, sont répartis sur un territoire de 195 000 km² au réseau routier rudimentaire. L'Oculie jouit d'un climat tropical, avec une saison des pluies qui dure en moyenne quatre mois.

Dans les zones urbaines, le système de santé consiste en un hôpital universitaire, un hôpital secondaire et 25 dispensaires. Dans les villes, on compte dix ophtalmologistes dans le secteur public et le secteur privé. Un total de 30 lits est réservé aux cas de chirurgie ainsi qu'une salle d'opération à plein temps. Dans les zones rurales, on compte deux hôpitaux de province et dix hôpitaux de district. Seuls deux ophtalmologistes sont disponibles dans les deux hôpitaux de province. Dans les zones rurales, chaque ophtalmologiste peut disposer de 15 lits et d'une salle d'opération utilisable un jour par semaine. Le système de soins de santé primaires est relativement bien développé dans la plupart des régions avec un agent de santé de village pour 5000 habitants et un centre de santé pour 100 000 habitants.

Le tableau illustre les modifications démographiques susceptibles de se produire sur 15 ans à la suite de la croissance de la population, de son vieillissement et de l'urbanisation.

TABLEAU. STRUCTURE DEMOGRAPHIQUE

	1985 (en millions)		2000 ^a (en millions)	
Population totale	12,00		16,80	
0-9 ans	3,60	(30 %)	4,20	(25 %)
50 ans et plus	1,32	(11 %)	2,50	(15 %)
Population urbaine ^b	2,00	(17 %)	4,30	(25,5 %)
0-9 ans	0,60	(30 %)	1,07	(25 %)
50 ans et plus	0,22	(11 %)	0,65	(15 %)
Population rurale	10,00	(83 %)	12,50	(74,5 %)
0-9 ans	3,00	(30 %)	3,13	(25 %)
50 ans et plus	1,10	(11 %)	1,90	(15,2 %)

^a Croissance totale de 40 % sur 15 ans (taux de croissance annuelle de 2,3 %).

^b En supposant que la population urbaine augmente de 50 %.

Aperçu de l'ampleur et des causes des cas de cécité

Comme dans bien des pays en développement, on a estimé qu'environ 1 % de la population est aveugle. La moitié de ces cas de cécité sont dus à la cataracte qui survient presque toujours chez des personnes âgées de 50 ans ou plus.

Ainsi :

La cécité due à la cataracte est égale à 0,5 % d'une population totale de 12 millions, ce qui donne 60 000 cas de cécité dus à la cataracte en 1985.

On sait également que le trachome est endémique dans une province rurale qui compte un million d'habitants. Le taux d'endémicité du trachome évolutif inflammatoire est estimé à 40 % de tous les enfants de moins de 10 ans.

Ainsi :

40 % des enfants du groupe d'âge 0-9 ans dans la province X (1 million d'habitants dont 30 % d'enfants), soit 120 000 enfants.

En outre, on estime à 1 % de la population de la zone d'endémicité le pourcentage des cas de trichiasis nécessitant une intervention chirurgicale. On sait que la plupart de ces cas surviennent chez des personnes de plus de 50 ans et surtout chez des femmes.

Ainsi :

1 % de la population totale de la province correspond à 10 000 cas, soit 9,9 % de la population du groupe d'âge des 50 ans et plus.

Note : S'il est facile, pour la cataracte, d'extrapoler à partir de données émanant d'autres pays, il n'en est pas de même pour le trachome, maladie pour laquelle il est nécessaire d'évaluer la gravité et les complications, dans chaque zone d'endémicité. Ainsi, dans l'exemple proposé, il est nécessaire de procéder à une étude plus détaillée de la situation du trachome dans la province X pour étudier les besoins et les possibilités en matière de prévention et de traitement (y compris les interventions chirurgicales contre le trichiasis).

SECTION II : PHASE DE PLANIFICATION

1. POLITIQUE NATIONALE ET ORGANISATION CENTRALE

1.1 Politique et stratégie nationales

La politique nationale et la stratégie de base doivent s'appuyer sur les composantes suivantes :

- a) la promotion de la santé oculaire comme faisant partie intégrante de services de santé fondés sur les soins de santé primaires
- b) la prévention de la perte de vision et de la cécité grâce à des services de santé oculaire communautaires, délivrant une éducation pour la santé oculaire
- c) la restauration de la vue chez les aveugles guérissables.

Il est essentiel de souligner que l'objectif de "la santé pour tous d'ici l'an 2000" ne pourra être atteint par le seul secteur de la santé et qu'il nécessitera la participation d'autres secteurs sociaux et économiques. Il faudra particulièrement veiller à ce que la législation sanitaire et sociale tienne dûment compte des aspects de la prévention de la cécité, du bien-être et de la réadaptation des aveugles incurables.

1.2 Organisation centrale

Il faudra prévoir la création d'un comité national et/ou la désignation d'un coordonnateur principal pour la prévention de la cécité qui relèveront directement du Ministère de la Santé pour préparer le plan national et surveiller l'exécution du programme. Il faudra définir les modalités de fonctionnement de cette organisme central pour veiller à ce qu'il puisse jouer son rôle, actif et continu, dans la planification et la coordination des activités au niveau national. Le comité comprendra des représentants des services sanitaires participant directement au programme (par exemple épidémiologie, ophtalmologie, soins de santé primaires, santé maternelle et infantile, soins infirmiers, éducation pour la santé, approvisionnement et gestion pharmaceutiques) et pourra faire appel à des représentants d'autres services ou organismes selon les besoins (établissements de planification et de recherche, de financement et d'enseignement par exemple).

Il appartiendra bien entendu à chaque pays de décider des dimensions et de la composition optimale du comité selon la nature et l'étendue du problème et la possibilité de faire appel à différents experts des disciplines concernées. Une personne ayant de préférence une formation en ophtalmologie et des compétences gestionnaires devrait assumer le rôle de coordonnateur principal pour garantir la continuité des activités. Ce poste devra être créé, au moins à temps partiel, et bénéficier d'un soutien administratif adéquat.

2. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1 Evaluation de base des affections cécitantes

Dans la plupart des cas, les données directement disponibles concernant l'étendue et la nature du problème sont insuffisantes pour planifier des mesures de prévention et de lutte rationnelles. Il est donc important de rechercher et d'analyser toutes les données existantes (provenant par exemple des centres de soins de santé primaires, des dispensaires et des hôpitaux) et de les comparer avec les données démographiques (registres, recensements de la population et des logements par exemple). Dans certains cas, on pourra utiliser, aux fins de la planification du programme, les statistiques de pays voisins pour certaines affections (la cataracte par exemple). On s'apercevra souvent qu'il est nécessaire pour la planification d'obtenir des renseignements complémentaires à l'aide d'enquêtes par sondage (en particulier sur la répartition géographique des principales affections cécitantes). Des indications détaillées sur les méthodes d'enquête et les techniques d'examen figurent dans le document PBL/88.1. Dans la mesure du possible, il est souhaitable que la collecte normalisée de données débute au moins un an avant la mise en oeuvre du programme afin d'obtenir des données de base qui serviront aux comparaisons ultérieures.

2.2 Recensement du personnel, des besoins à satisfaire et des moyens disponibles

Pour déterminer et planifier les besoins du programme, il est nécessaire de recenser les personnels existants et d'estimer les personnels nécessaires, ainsi que les moyens de formation aux soins oculaires. Ceci est d'autant plus important qu'il faudra, dans la mesure du possible, planifier les activités de la phase initiale du programme en tenant compte du personnel et des moyens disponibles, en réduisant au minimum les ressources supplémentaires requises.

3. OBJECTIFS DU PROGRAMME

Les objectifs du programme doivent être formulés dans des perspectives à court, moyen et long termes.

3.1 Objectifs à court terme (à atteindre en moins de trois années)

Ils proposeront la réduction initiale attendue du taux d'incidence des principales affections cécitantes et/ou de leur gravité, le développement de personnels de santé oculaire à tous les échelons (en particulier aux échelons primaire et secondaire), le renforcement des installations fixes de soins oculaires, sans oublier l'éducation pour la santé et, le cas échéant, les services de réadaptation. Ils préciseront les buts à atteindre dans un délai donné.

Ils devront être atteints au cours de la phase initiale et le début de la phase d'extension du programme national (voir sections III et IV).

3.2 Objectifs à moyen terme (3-5 ans) et à long terme (plus de 5 ans)

En principe, ces objectifs proposeront la réduction de la prévalence et de l'incidence de la cécité évitable ou de ses principales causes. Il va de soi que la réduction des taux de cécité dépendront des taux initiaux. Les changements seront longs à se faire sentir. Le taux de cécité constitue donc un indicateur dans une perspective à long terme. Des objectifs et buts à moyen terme pourront être par exemple la réduction de la gravité ou de l'incidence de certaines affections (comme le trachome).

4. PLAN GENERAL D'ACTION - ZONES DE PROGRAMME

Ce plan vise à préciser les activités de prévention de la cécité, de restauration de la vue dans les cas de cécité guérissable, les prestations de soins oculaires essentiels et l'accès à des services d'orientation. Des buts précis pour chaque type d'activités (par exemple: soins chirurgicaux, formation) seront fixés en fonction des objectifs à court et à long termes. Les secteurs suivants devraient y être inclus.

4.1 Intégration des soins oculaires primaires, secondaires et tertiaires (aux plans nationaux de santé)

Les soins oculaires primaires seront mis en place conformément aux principes des soins de santé primaires et pleinement intégrés aux autres secteurs participant au développement communautaire. Les ressources propres de la communauté seront utilisées au maximum. Les services secondaires (intermédiaires) de soins oculaires devront non seulement remplir les fonctions propres qui leur incombent, mais aussi appuyer les soins oculaires primaires (pour ce qui est de la formation, des directives, de l'encadrement et de l'orientation/recours). De même, les services tertiaires seront renforcés afin d'appuyer les soins ophtalmologiques secondaires tout en exerçant les tâches qui leur sont propres, y compris la recherche. A tous les niveaux, les services participeront aux opérations sur le terrain, par exemple, au travail des unités mobiles. De plus, les renseignements recueillis sur la situation en matière de santé oculaire seront utilisés pour planifier des programmes intensifs de lutte contre certaines maladies cécitantes (cataracte, trachome, malnutrition cécitante et onchocercose par exemple).

4.2 Formation de personnels

En règle générale, deux catégories principales de personnels doivent être envisagées pour la mise en oeuvre d'un programme national, à savoir : i) le personnel des services de santé généraux (agents de soins de santé primaires, infirmier(e)s, assistants médicaux, médecins généralistes formés aux soins oculaires communautaires), et ii) le personnel ophtalmologique ayant reçu une formation spécialisée. Au niveau des soins de santé primaires, les tâches principales seront exercées par le personnel de la première catégorie tandis qu'aux échelons secondaires et tertiaires, l'exécution du programme sera confiée au groupe le plus spécialisé.

Les personnels existants pourront se voir confier des tâches additionnelles après avoir reçu un supplément de formation mais il sera probablement nécessaire de créer des postes nouveaux en nombre limité.

Des aides pédagogiques adaptées, surtout pour la formation au niveau primaire devront être mis au point à l'intention des personnels sanitaires et apparentés (enseignants, travailleurs sociaux et agents du développement rural, personnel sanitaire bénévole par exemple). La formation sera assurée dans le cadre des soins de santé primaires. Des cours de recyclage devront être planifiés et organisés et il faudra former des personnels d'encadrement.

Au niveau secondaire, la formation sera axée sur les infirmier(e)s en ophtalmologie, les assistants en ophtalmologie (et/ou certains médecins-généralistes).

Au niveau spécialisé, la préparation d'une formation de trois à six mois en ophtalmologie communautaire dans le cadre de la formation supérieure en ophtalmologie nécessitera l'élaboration d'un programme d'études pour les différents niveaux de formation post universitaire (par exemple cours d'un an sanctionnés par un certificat d'ophtalmologie ou cours de plus longue durée sanctionnés par un diplôme de maîtrise).

4.3 Appui logistique

Pour planifier l'appui logistique, il s'agit tout d'abord de passer en revue les ressources existantes qui pourront être utilisées pour l'exécution du programme, en particulier pendant la phase initiale. Il est indispensable de prévoir la mise en place du matériel essentiel et l'approvisionnement régulier en médicaments, lesquels doivent être aussi normalisés et uniformes que possible. On utilisera dans toute la mesure du possible les moyens offerts par le système déjà en place. De même, on s'efforcera d'utiliser au maximum les moyens de transport dont disposent les services de santé. Néanmoins, il se révélera peut-être nécessaire d'envisager quelques moyens supplémentaires pour les activités sur le terrain.

4.4 Mobilisation des ressources

Tout en tenant compte du budget des services nationaux de santé, on devra prévoir bien à l'avance les besoins en ressources supplémentaires (à la fois non renouvelables et renouvelables). Les ressources des institutions bénévoles pourront être prises en considération sous la forme de contributions financières et/ou de dons de fournitures ou de personnel bénévole.

Il est important de mobiliser les volontés et les ressources et de faire participer au processus de planification diverses autres organisations qui peuvent dégager du personnel technique temporaire, du matériel et des fournitures. Ces institutions, y compris des organisations non gouvernementales internationales, pourront être représentées au sein du comité national.

Une coopération technique entre pays en développement (CTPD) devra également être envisagée lors du processus de planification.

4.5 Recherche opérationnelle

Le plan général d'action devra prévoir des recherches portant sur l'amélioration des techniques de prévention et de traitement des affections cécitantes, en particulier dans le cadre de services de santé fondés sur les soins de santé primaires. Ce type de recherche pourrait porter, par exemple, sur des études de faisabilité pour la fourniture de lunettes à prix modique, sur certaines procédures chirurgicales pour l'opération de la cataracte, ou encore sur l'analyse socio-économique de la cécité et de sa prévention.

4.6 Surveillance et évaluation de la planification

La surveillance de la phase de planification consiste à s'assurer de l'enchaînement logique et séquentiel de certaines étapes indispensables; en d'autres termes, il ne faudra rédiger le plan général d'action qu'une fois définis la politique nationale, l'organisation centrale, l'analyse de la situation et les objectifs. Une estimation de l'effet attendu du programme s'avèrera nécessaire: elle s'adressera aux décideurs et aux responsables de l'élaboration des politiques.

EXEMPLE II. MODELE ILLUSTRANT LA FORMULATION D'OBJECTIFS, DE CIBLES ET D'APPROCHES
POUR LE TRAITEMENT DE LA CATARACTE EN OCULIE

Objectif général (à long terme)

Prévenir et combattre les principales causes évitables de cécité et rendre les soins oculaires essentiels accessibles à tous.

Objectif intermédiaire

Éliminer les cas de cécité par cataracte dans le pays.

Objectifs spécifiques

- Déterminer l'ampleur du problème de la cécité par cataracte.
- Former les personnels de santé oculaire nécessaires aux échelons primaires et secondaires.
- Renforcer/mettre en place des services de soins oculaires pour le traitement chirurgical de la cataracte.
- Encourager la participation communautaire en sensibilisant le public au problème de la cataracte grâce à des activités d'éducation.
- Fournir des lunettes à tous les sujets aphaques.

Cibles

Par rapport à l'objectif intermédiaire :

- D'ici 1992, avoir accru la capacité des services de traitement chirurgical de la cataracte de manière à leur permettre d'opérer au moins le nombre de cas correspondant au taux d'incidence annuel (soit 6500 cas par an en 1992) et de réduire ainsi la prévalence de 25 à 50 %.
- D'ici 1998, avoir éliminé 90 % des cas de cécité dus à la cataracte.

Par rapport aux objectifs spécifiques, les cibles seront fonction de la situation concernant à la fois le nombre des cas de cataracte à opérer et les ressources déjà disponibles ou sur le point de l'être en "Oculie". Ces cibles seront assorties d'un délai, de deux ans et de cinq ans par exemple. La formulation pourra être :

- D'ici 1990, des données devront être disponibles sur la prévalence de la cataracte et sur les cas restant à opérer dans le pays.
- D'ici 1990, 80 % de la population devra savoir ce qu'est la cataracte et que cette affection peut être guérie.
- D'ici 1990, tous les opérés de la cataracte devront avoir reçu des lunettes corrigeant l'aphakie.
- D'ici 1992, au moins 50 % du personnel nécessaire pour l'exécution de programmes devra avoir été formé.

- D'ici 1992, 70 % des services de santé au niveau du district auront été dotés des moyens nécessaires pour traiter les cas de cataracte.

Approches

Les mesures qui s'imposent pour éliminer le problème de la cataracte doivent être mises au point par le renforcement et/ou la mise en place d'une infrastructure intégrée aux soins de santé primaires par l'intermédiaire du système de santé de district. Cette infrastructure comportera les services périphériques appropriés. Toute mesure contre les cas de cécité dus à la cataracte exigera un travail d'équipe. Il faudrait que ce dernier se fasse avec la participation et la contribution actives de la communauté et de tous les agents de santé concernés.

Définition du problème de la cataracte

On part de l'hypothèse qu'il existe 60 000 cas de cataracte à opérer; sur ce total, 10 000 sont dans les zones urbaines et 50 000 dans les zones rurales. Dans les zones urbaines, les dix ophtalmologues disponibles pratiquent au total 500 opérations de la cataracte par an. Les deux ophtalmologues ruraux font chacun cinq opérations par semaine, soit également un total d'environ 500 cas par an pour les zones rurales.

Manifestement, le nombre des opérations de la cataracte est inadéquat dans les zones urbaines comme dans les zones rurales et ne permettra pas de venir à bout des tous les cas dans un délai raisonnable. En effet, 5 % seulement des cas existants sont opérés chaque année dans les villes et 1 % seulement dans les campagnes.

Obstacles :

- Limitation de l'utilisation des services de santé ou de leur accès
- Insuffisance des installations (lits, salles d'opération, etc.)
- Manque de personnel
- Lacunes dans la distribution des fournitures et du matériel, les moyens de transport, etc.

EXEMPLE III a). CALENDRIER

Le calendrier d'exécution d'un programme ou d'une activité est important. Il détermine la durée des différentes phases, le rythme de la surveillance et les dates de l'évaluation. Ainsi, une fois fixées les priorités et la séquence des activités, un calendrier sera dressé.

Etapas

1. Etablir la liste exhaustive des activités retenues.
2. Estimer la durée nécessaire pour accomplir chaque activité.
3. Dresser la séquence échelonnée des activités (certaines doivent être exécutées avant d'autres; des ressources doivent être disponibles pour certaines et non pour d'autres).
4. Fixer les dates (mois/année) de mise en route et estimer les dates (mois/année) d'achèvement pour chaque activité.
5. Finaliser le calendrier d'exécution (chronogramme).

Exemple

Année	1985	1986	1987	1988	1989
Mois	JFMAMJJASOND	JFMAMJJASOND	JFMAMJJASOND	JFMAMJJASOND	JFMAMJJASOND
Description de l'activité					
Formulation d'un programme national de lutte contre la cécité					
Programme de traitement de la cataracte					
Mise en place d'un institut ophtalmologique national					
Formation:					
- Médecins ophtalmologistes					
- Assistant(e)s en ophtalmologie					
- Infirmier(e)s en ophtalmologie					
Mise en place de services de soins oculaires					
.../...					

EXEMPLE III b). ATELIERS DE FORMATION POUR AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

Nous considérons les 8 activités suivantes:

1. Déterminer la zone géographique à couvrir et le nombre d'agents de santé de village à former
2. A l'issue d'entretiens préliminaires avec les responsables des unités de soins de santé primaires, fixer un calendrier provisoire
3. Rédiger un document précisant :
 - les noms des candidats;
 - les noms des villages;
 - le matériel nécessaire (véhicules, moyens de formation);
 - le budget;

et soumettre ce document à l'administrateur responsable; obtenir son autorisation.
4. Faire un voyage de reconnaissance dans la zone choisie; sensibiliser les candidats et fixer des dates précises.
5. Acheter et réunir tout le matériel nécessaire.
6. Développer les activités de formation.
7. Contrôler et évaluer les activités de formation.
8. Soumettre un rapport.

Exemple de chronogramme

Mois Semaines	1	2	3	4
Activités				
1	_____			
2	_____			
3		_____		
4		_____		
5		_____		
6			_____	_____
7			_____	_____
8				_____

SECTION III. PHASE INITIALE

1. MESURES D'ORDRE ADMINISTRATIF

Au cours de la phase initiale, le comité national doit examiner ou organiser :

- i) les problèmes et les difficultés que peut soulever l'application à grande échelle des stratégies choisies - ainsi que les moyens de les éviter, de les surmonter, de les réduire;
- ii) la surveillance et l'évaluation des différentes mesures de prévention de la cécité qui seront mises en oeuvre, compte tenu :
 - a) de la faisabilité opérationnelle,
 - b) des aspects gestionnaires,
 - c) de l'acceptation socio-économique.

Le bureau (ou office) central devra à ce stade être solidement établi, avec un coordonnateur principal (point focal), doté de pouvoirs suffisants. Il devra bien entendu bénéficier de l'appui administratif indispensable.

Les mesures d'ordre administratif les plus importantes qui doivent être prises à ce stade consistent à désigner les agents responsables de l'application du programme au niveau de la province, du district et de la communauté, à les préparer à leurs nouvelles responsabilités et à instaurer des liens opérationnels avec les agents de santé oeuvrant à des niveaux différents.

Des ateliers nationaux, de brève durée, auxquels participent les responsables du programme offrent aux participants une excellente occasion de se connaître, de discuter des problèmes que pose l'intégration du programme dans les activités de "routine", de passer en revue les progrès accomplis ou les difficultés rencontrées. Ces ateliers doivent être organisés au début de la phase initiale, puis à intervalles réguliers (par exemple trimestriels ou annuels).

2. COLLECTE DE L'INFORMATION

A ce stade, des données sur les affections cécitantes pourront être obtenues

- (i) grâce à des rapports régulièrement soumis par les différents services de santé oculaire et
- (ii) grâce à des activités spécifiques (par exemple: enquêtes portant sur la population ou études plus précises de certaines affections cécitantes).

On actualisera l'inventaire des personnels et des moyens disponibles et la liste de tous les dispensaires, centres de santé et autres établissements susceptibles de dispenser des soins oculaires, en précisant les ressources additionnelles requises (personnel, équipement, fournitures, par exemple) pour renforcer les soins oculaires à tous les niveaux d'intervention.

3. ACTIVITES DE FORMATION

Il faudra préparer et tester du matériel pédagogique adapté aux besoins de formation de l'échelon primaire (de premier recours). Certaines aides didactiques déjà existantes peuvent être directement obtenues auprès d'organisations internationales (OMS, UNICEF ...) ou d'organisations non gouvernementales.

Des cours de formation devront être proposés aux différents échelons de délivrance des soins. Comme il convient de tirer le meilleur parti possible du personnel paramédical, (assistant(e)s et/ou infirmier(e)s en ophtalmologie) au niveau secondaire, une formation initiale ou complémentaire adéquate leur sera dispensée.

Pour permettre aux médecins des centres de santé d'exercer leurs fonctions d'encadrement à l'échelon primaire, il sera nécessaire de leur offrir des cours de recyclage. Les enquêtes sur le terrain, seront toujours mises à profit pour former le personnel local aux soins oculaires primaires.

Les services d'ophtalmologie des écoles de médecine devraient être encouragés à proposer un enseignement de l'ophtalmologie de santé publique et des maladies cibles, reconnues prioritaires par le Programme.

4. MISE EN OEUVRE INITIALE DU PLAN D'ACTION

La phase initiale du plan d'action comporte notamment les éléments suivants : intégration des soins oculaires aux soins de santé primaires; lutte contre certaines maladies cécitantes, dans une zone géographique localisée, afin d'acquérir l'expérience des moyens les plus rationnels, les plus efficaces et les plus économiques; formation de personnel.

Bien que la phase initiale propose une composante fondamentale de recherche opérationnelle (par exemple la mise à l'épreuve de différentes méthodes d'investigation ou de lutte dans les conditions locales), il peut être nécessaire d'y ajouter d'autres sujets de recherche (par exemple l'étude de la nature des traumatismes oculaires d'origine professionnelle et des moyens de les prévenir). Afin de garantir la coopération totale et permanente de la population, il faut toujours proposer le traitement sur place des troubles oculaires, d'autres affections mineures et/ou l'orientation des cas plus graves, lors de ces activités de recherche opérationnelle.

5. DISPOSITIONS D'ORDRE LOGISTIQUE

Tout sera tenté pour exploiter au mieux les ressources existantes. Néanmoins, certains moyens supplémentaires pourront s'avérer nécessaires, par exemple l'acquisition de matériel de base et de médicaments à usage ophtalmologique. On établira à ce stade un système fiable d'approvisionnement régulier en matériel et en médicaments.

Il devrait être possible de partager les moyens de transports existants avec d'autres services (par exemple pour les enquêtes épidémiologiques sur le terrain) mais on devra vraisemblablement disposer de certains moyens de transport propres pour se rendre dans les villages dépendant des centres de santé.

6. UTILISATION DES RESSOURCES

6.1 Budget

En tenant compte des procédures administratives nationales, l'affectation des crédits et leur utilisation pourront être coordonnées soit par un administrateur responsable relevant du Ministère de la Santé, soit par le comité national (si celui-ci est investi de fonctions exécutives). Aux niveaux organiques inférieurs, un administrateur local (ou le médecin responsable) réglera les dépenses en fonction des crédits alloués.

Les prévisions budgétaires du programme seront présentées dans un document détaillé, avec une marge de sécurité pour des dépenses imprévues. Le budget sera divisé en dépenses d'investissement et dépenses de fonctionnement. Il comprendra plusieurs chapitres entre autres :

- a) salaires et dépenses afférentes au personnel affecté au programme;
- b) dépenses pour les activités d'organisation;
- c) moyens de transport, fournitures et matériel
- d) dépenses de formation;
- e) frais divers (par exemple pour des publications...)

Les prévisions budgétaires seront établies pour une période de quatre à cinq ans afin de faciliter l'appel de contributions à long terme provenant d'autres organisations. Des révisions d'ajustement pourront être apportées ultérieurement.

Les contributions non gouvernementales et intergouvernementales (en espèces ou en nature) seront utilisées de la façon la plus rationnelle par le bureau/office central du programme ("coordonnateur principal") après consultation avec les organisations et les administrateurs sanitaires concernés.

6.1 Apports des organisations internationales

Ces contributions répondent souvent à des demandes dans des domaines précis et spécifiques. Ainsi, au cours de la phase initiale, les services de consultation à court terme, de bourses/allocations d'études permettant aux personnels d'assister à des séminaires ou à des cours régionaux, la fourniture de publications techniques, de matériel et de médicaments (qui ne sont ni produits ni disponibles dans le pays) sont l'objet de telles contributions.

7. SURVEILLANCE ET EVALUATION

La surveillance et l'évaluation des programmes de prévention de la cécité s'intéresseront particulièrement à certaines causes de cécité (trachome, cataracte ...), à l'infrastructure sanitaire et aux prestations oculaires, à l'utilisation des services de santé oculaire aux différents échelons.

La surveillance est généralement définie comme l'appréciation permanente du déroulement quotidien des activités et des progrès accomplis. L'évaluation consiste en une analyse d'ensemble des résultats obtenus réalisée à des dates bien précises. En règle générale, l'évaluation consiste à examiner le processus (façon dont est planifié et exécuté le projet) et les résultats obtenus (effet du projet). Il est très important de mesurer ces résultats pour prouver aux responsables de la prise des décisions et de l'élaboration des politiques que le programme atteint ses objectifs à court, moyen et

long termes. Ainsi, un programme de lutte contre le trachome reposant sur un traitement prophylactique devrait conduire à une diminution significative de l'incidence et de la gravité des cas évolutifs en l'espace de quelques mois. Par contre, un programme fondé sur l'adoption de nouvelles pratiques d'hygiène et culturelles prendra beaucoup plus de temps; pourtant certaines modifications intervenant dans les pratiques peuvent servir d'indicateurs intermédiaires se prêtant à une évaluation objective. Dans l'un et l'autre cas, il se peut que de nombreuses années s'écoulent avant que ne puisse être attestée une diminution de la prévalence de la cécité (les aveugles incurables demeurent au sein de la collectivité jusqu'à leur décès).

Les points suivants doivent être pris en compte lors du processus d'évaluation.

Définir précisément l'objet de l'évaluation

Celle-ci peut en effet porter sur l'ensemble du programme ou seulement sur l'une de ses composantes (tel le traitement chirurgical de la cataracte).

Veiller à ce que toutes les données nécessaires à l'évaluation soient réunies

Définir des indicateurs d'évaluation

Il s'agit de proposer les paramètres susceptibles d'apporter la preuve des modifications imputables au programme (une augmentation des effectifs de personnel paramédical, le nombre de phakoexérèses par ophtalmologiste...)

Définir des critères, chaque fois que c'est possible

Les critères fournissent une norme précise - quantitative ou qualitative - pour chacun des indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis.

- Exemple - - objectif : élimination des cas de cécité dus à la cataracte
- indicateur : prévalence des cas de cécité dus à la cataracte
- critère : réduction de 50 % du taux de prévalence des cas de cécité dus à la cataracte
- cible : réduction de 50 % du taux de prévalence des cas de cécité dus à la cataracte en l'espace de 5 ans.

Progrès

L'examen des progrès accomplis permet de surveiller, de suivre les activités en cours et de garantir ainsi que les opérations progressent comme prévu selon le calendrier fixé et dans les limites du budget adopté.

Efficiences

L'efficiences concerne les progrès accomplis par rapport aux efforts et aux ressources mobilisés.

Efficacité

L'efficacité détermine jusqu'à quel point le programme a atteint les buts ou les objectifs qui lui étaient assignés.

Impact

L'impact concerne les effets d'ensemble à long terme d'un programme sur la santé et la situation socio-économique générale. Un programme peut non seulement atteindre son objectif, par exemple l'opération de tous les cas de cataracte, mais ce faisant contribuer à améliorer la situation économique des individus, de leurs familles et des communautés.

Formulation de propositions pour des activités futures

La programmation et l'exécution des activités ultérieures dépendront largement des résultats de l'évaluation de la phase de démarrage. Ces résultats permettront, entre autres, une formulation plus pertinente des stratégies, des objectifs et des cibles des activités futures, mais aussi une appréciation plus rigoureuse des besoins auxquels le programme devra répondre.

EXEMPLE IV. PROBLEMES GESTIONNAIRES COURANTS

Distribution des tâches

Tout programme de soins oculaires se propose de réduire le nombre des cas de cécité évitables et d'assurer des soins oculaires accessibles au plus grand nombre. Il est donc essentiel d'utiliser rationnellement les compétences, de fixer des objectifs réalistes, de distribuer judicieusement les tâches, de promouvoir le travail d'équipe, de motiver et d'encadrer le personnel.

Une définition claire et sans équivoque des tâches à accomplir est la condition essentielle à un travail d'équipe efficace. Idéalement, la distribution des tâches découle des capacités locales d'intervention de chacun des acteurs : les problèmes oculaires difficiles à résoudre aux niveaux inférieurs étant orientés vers des niveaux supérieurs. Ainsi les tâches sont réparties en fonction des possibilités offertes par le système d'orientation/recours mis ou à mettre en place. Dans tous les cas, les agents les plus compétents doivent se charger des tâches les plus techniques. Comme le montre le diagramme ci-après, certaines activités peuvent dépendre de plusieurs catégories de personnels de santé oeuvrant à des niveaux différents. En pratique l'attribution de telle ou telle tâche à telle catégorie de personnel n'est pas un choix théorique, mais une décision pratique dictée par les besoins ressentis et les ressources disponibles.

Exemple : Répartition des tâches par catégories de personnels

Activités	Catégories de personnel	Agent de santé de village	Infirmier(e) communautaire	Médecin/infirmier(e) généralistes	Assistant en ophtalmologie	Chirurgien de la cataracte	Ophthalmologiste
Autres opérations chirurgicales intra-oculaires							
Chirurgie de la cataracte							
Chirurgie extra-oculaire							
Réfraction/soins							
Distribution de vitamine A/ivermectine							
Prise en charge de problèmes oculaires courants							
Dépistage/orientation des cas de cataracte							
Evaluation de la vision							
Hygiène environnementale et personnelle							

EXEMPLE V. TABLEAU SCHEMATIQUE DES PRINCIPALES PREVISIONS BUDGETAIRES

Dépenses d'investissement

- A. Immobilier
 - Construction
 - Rénovation
- B. Mobilier et équipement lourd
- C. Véhicules et moyens de transports
- D. Matériel (autres)
 - Consommable (stock initial)
 - Médicaments
 - Fournitures de bureau
 - Non-consommable
 - Imprimés, affiches
 - Livres, périodiques
 - Frais de production
- E. Formation
 - A l'étranger
 - . longue
 - . courte (séminaires, voyages d'étude, etc)
 - Au niveau local
- F. Assistance technique
 - Etrangère
 - Locale
- G. Etudes de recherche opérationnelle
- H. Initiatives locales

Dépenses renouvelables

- A. Salaires et dépenses afférentes au personnel
- B. Allocations journalières et frais de voyage
- C. Dépenses afférentes aux véhicules
 - Exploitation
 - Carburant
 - Entretien
- D. Entretien des bâtiments
- E. Entretien des équipements
- F. Matériel (renouvellement des stocks)
 - Consommable
 - Non-consommable
 - Frais d'abonnement
 - Frais d'impression
- G. Postes et téléphones
- H. Eau et électricité
- I. Collecte des données, surveillance et analyse

La détermination des coûts est faite par les services centraux en consultation avec les responsables du Ministère de la Santé et les bailleurs intéressés.

SECTION IV. PHASE D'EXTENSION

1. MESURES D'ORDRE ADMINISTRATIF

Les propositions pour la phase d'extension étant formulées et approuvées, il s'agit de négocier la participation des organisations non gouvernementales, intergouvernementales et internationales.

Les nouvelles cibles seront fonction des priorités retenues et des ressources disponibles. Des efforts devront être consentis pour tenter d'exécuter cette phase avec le minimum de ressources supplémentaires. Pourtant, il faudra certainement prévoir des compléments en personnel, équipements, médicaments et/ou moyens de transport.

Il est particulièrement important d'identifier le plus tôt possible, les besoins en personnel supplémentaire afin de tenir compte du temps nécessaire à sa formation.

2. COLLECTE DE L'INFORMATION

Afin de fixer les nouvelles priorités des différentes stratégies et des ressources requises, il peut s'avérer nécessaire de procéder à de nouvelles enquêtes dans les zones qui seront l'objet de l'extension.

Une analyse critique des ressources en personnel et des moyens déjà existants dans les régions que le programme devra couvrir pendant cette phase permettra de mieux orienter les activités.

3. ACTIVITES DE FORMATION

Les activités de formation évoquées à la section III seront poursuivies pour mieux répondre aux besoins spécifiques de la phase d'extension. A ce stade, la formation tirera profit de l'expérience acquise au cours de la phase initiale.

4. MISE EN OEUVRE DU PLAN D'ACTION

Lorsque la nature et la répercussion des maladies cécitantes seront mieux appréciées, les stratégies et les moyens de lutte retenus se traduiront, sur le terrain, par la mise en oeuvre d'activités spécifiques.

Fort des acquis de la phase initiale, le processus d'intégration des soins oculaires au système des soins de santé primaires (système d'orientation-recours compris) sera progressivement appliqué au(x) secteur(s) retenu(s) pour la phase d'extension.

Recherche opérationnelle

Le champ de la recherche opérationnelle (ou le démarrage d'activités nouvelles dans ce domaine sera élargi en fonction des ressources disponibles. Il peut s'avérer intéressant de préciser dès le début, l'utilisation des services de soins oculaires dans la zone du programme, pour faciliter l'évaluation de l'impact final du projet.

5. DISPOSITIONS D'ORDRE LOGISTIQUE

Compte tenu de l'expérience acquise lors de la phase initiale, des objectifs, des cibles et des priorités fixés pour la phase d'extension, les mesures logistiques nécessaires seront prises pour assurer la livraison des fournitures et du matériel et pour mettre en place les moyens de transport nécessaires.

6. SURVEILLANCE ET EVALUATION

Durant toute la phase d'extension et à son issue, on surveillera les progrès accomplis. L'adéquation des plans, l'efficacité de l'exécution, l'efficacité du programme et son impact global seront tour à tour évalués.

Les enquêtes de prévalence simplifiées conduites à petite échelle dans des périmètres choisis (limitées aux enfants d'âge préscolaire et aux adultes de plus de 50 ans par exemple) serviront d'indicateurs à court et à moyen terme des progrès réalisés dans la lutte contre les principales causes de cécité évitable.

Ainsi, l'évaluation d'un programme d'intervention contre la cataracte pourra être conduite à différents niveaux par :

- a) L'enregistrement systématique du nombre d'opérations de la cataracte. Notons que ce paramètre ne permet d'apprécier ni la qualité, ni le bien-fondé des interventions chirurgicales, ni de déterminer dans quelle mesure le taux de prévalence des cas de cécité liés à la cataracte a été réduit.
- b) Des examens de contrôle périodiques des sujets opérés de la cataracte permettront de déterminer le degré d'amélioration de la vision. En cas de résultats médiocres, ce type d'évaluation permettra de faire la part des complications post-opératoires, des mauvaises indications opératoires (cataractes associées à d'autres affections cécitantes), de la non-corrrection de l'aphakie.
- c) Des études dans la population générale permettront de déterminer dans quelle mesure le programme est parvenu à réduire le taux de prévalence des cas de cécité liés à la cataracte. Lorsque l'impact d'un tel programme se révèle être faible, ce type d'enquête permet souvent d'en identifier les véritables raisons : faible débit opératoire en comparaison des besoins, faible accessibilité (géographique, financière, culturelle...) des centres de soins, importance des complications opératoires, insuffisance en matière de correction de l'aphakie... Il est toujours important de prendre en compte "la qualité de la vie" au cours de l'évaluation.

A l'issue de cette évaluation, de nouvelles propositions pourront être formulées pour les phases de consolidation et d'intégration.

EXEMPLE VI. CADRE GESTIONNAIRE POUR LA MISE EN OEUVRE D'UN PROGRAMME NATIONAL

Niveau national

La composition du comité est fixée par le ministère de la santé, en consultation avec l'administrateur du programme; normalement, ce dernier est le secrétaire de ce comité.

On suppose que l'administrateur du programme national de prévention de la cécité est la personne responsable.

Le cadre gestionnaire, entre autres, précisera la répartition des tâches et les liens organiques qui doivent exister entre des personnels oeuvrant soit au même niveau, soit à des niveaux différents du plateau opérationnel. Il faut par ailleurs que les gestionnaires, à tous les niveaux, entretiennent des contacts avec d'autres secteurs: finances et administration par exemple.

<u>Activités</u>	<u>Avec qui coordonner les opérations</u>
1. Mise en oeuvre du plan	Organe exécutif du comité national
2. Formulation de critères/normes - descriptions de poste - sélection du personnel	Chefs des services de santé, de la division des personnels de santé et des départements/unités concernés
3. Préparation de listes de médicaments essentiels/fournitures/lunettes	Ministère de la santé, comité national, organisations non gouvernementales
4. Formation Déploiement des personnels Attribution des tâches	Chefs des services de santé, du personnel Conseil professionnel Institutions et organismes de formation
5. Encadrement du personnel	Chef des services de santé
6. Mobilisation et attribution des ressources	Ministère de la santé; organisations non gouvernementales
7. Collecte et analyse/utilisation de l'information	Statisticien et épidémiologiste Personnel opérationnel

Niveau provincial

L'administrateur du programme coordonne les opérations avec les responsables concernés au niveaux ci-dessous par l'intermédiaire de l'ophtalmologiste de la province ou de tout autre médecin responsable.

<u>Activités</u>	<u>Avec qui coordonner les opérations</u>
1. Services à délivrer de la périphérie - établissement du calendrier des activités - attribution des véhicules - réparation et entretien - gestion du carburant	Administration sanitaire de la province Personnel opérationnel Service des transports

- | | | |
|--|--|---|
| 2. Information | | |
| - collecte | | échelons supérieurs |
| - communication | | échelons inférieurs |
| - diffusion | | |
| - utilisation | | administrateur du programme |
| 3. Services (délivrance de soins) | | |
| - acquisition et gestion | | Administration sanitaire de la province ou comité de gestion |
| - salles | | |
| - lits | | |
| - occupation des salles d'opération | | |
| 4. Fournitures et équipement (lunettes y compris) | | |
| - type et quantité | | Administration sanitaire de la province ou comité de gestion |
| - inventaire | | Administrateur du programme; infirmière en chef |
| - stocks minimums | | Responsable des salles d'opération; pharmacien; administrateur responsable des stocks; sociétés; organisations non gouvernementales |
| - réparation et entretien | | |
| 5. Services cliniques d'appui | | |
| - par exemple, pathologie, microbiologie, radiologie | | Chef de l'hôpital de province
Services concernés |
| 6. Personnel | | |
| - motivation | | Administration sanitaire de la province |
| - encadrement | | Administrateur du programme |
| - recyclage | | |
| - coordination | | |

Niveau des centres de santé primaires

L'ophtalmologiste provincial coordonne les opérations avec le niveau immédiatement inférieur, en particulier le médecin ou les agents paramédicaux responsables.

<u>Activités</u>	<u>Avec qui coordonner les opérations</u>
1. Services périphériques	Services visités
- gestion du carburant	
- personnel des équipes mobiles, chauffeur par exemple	Ophtalmologiste provincial
2. Information	Ophtalmologiste provincial
- collecte	
- utilisation	
3. Fournitures et matériel, lunettes y compris	Ophtalmologiste provincial
- inventaire	
- stocks minimums	
- commande régulière	
- notification des réparations et entretien	

- | | | |
|----|-----------------------------|----------------------------|
| 4. | Personnel | Ophtalmologiste provincial |
| | - motivation | |
| | - encadrement | |
| | - recyclage | |
| | - coordination | |
| 5. | Services de soins oculaires | |
| | - agents de santé généraux | Services responsables |
| | - communauté | Personnel de santé |

LA NOTION DE TRAVAIL D'EQUIPE

1. Le partage d'un objectif commun est le fondement de tout travail d'équipe.
2. Chacun des membres de l'équipe travaille avec les autres. Il s'acquitte des tâches pour lesquelles il a été formé et qui lui ont été confiées. Chacun connaît l'importance de son propre travail et accorde une importance égale de celui de ses équipiers, ce qui crée et maintient un climat de confiance et de respect réciproques.
3. Les ingrédients du succès du travail d'équipe sont : une direction efficace, la mise à disposition de chacune de ressources et de techniques appropriées, la clarté des instructions et des rapports (rétro-information).
4. Les membres de l'équipe s'entraident : la qualité des prestations en bénéficient.
5. Il est nécessaire que l'information circule bien au sein de l'équipe, par exemple au moyen de réunions organisées à intervalles réguliers.

Dans un programme de prévention de la cécité, une équipe comprendrait non seulement un ophtalmologiste, des assistant(e)s/infirmier(e)s-spécialistes, des agents de santé communautaires, mais aussi des agents oeuvrant dans d'autres secteurs : éducation, agriculture, etc.

MOTIVATION, SOUTIEN ET ENCADREMENT DU PERSONNEL

1. Des instructions précises, connues de tous dès le début, et dispensées par le truchement de descriptions de postes précises, garantissent une appréciation correcte des caractéristiques du poste, de sa situation au sein de la structure organique. Un profil de carrière devrait être proposé à celui qui occupera le poste.
2. Tous les membres du personnel doivent recevoir des explications claires sur les conditions exactes d'exécution de leur travail et les termes de leur engagement.
3. On veillera à ce que les ressources nécessaires à l'exécution des tâches fixées (fournitures et équipement) soient régulièrement fournies.
4. L'encadrement, souple et continu, s'appliquera à renforcer la motivation, l'orthodoxie des gestes et des pratiques mais aussi à identifier et à corriger les pratiques déviantes.

5. Les lacunes, les erreurs et les fautes dans l'exécution du travail seront identifiées. La ou les causes seront recherchées, les solutions les plus appropriées seront alors proposées. Il est par exemple possible de remédier à un manque de compétences ou de connaissances en simplifiant la tâche fixée ou en donnant à l'agent concerné la possibilité d'améliorer ses compétences par une formation complémentaire.
6. En cas de besoin, des mesures disciplinaires devront être prises conformément aux règlements en vigueur. Dans ce cas, les personnels concernés se verront fournir les explications nécessaires et les mesures seront appliquées et enregistrées selon les procédures administratives connues et acceptées de tous.

APPRECIATION DU TRAVAIL FOURNI

Pour chaque catégorie de personnel, un système spécifique d'évaluation sera proposé. La valeur et la "portée" du travail fourni pourront être appréciées par l'évaluation objective de la qualité des prestations dispensées et du rendement.

Le but de cette appréciation reste de mieux identifier les "problèmes" qu'affrontent les personnels de santé oculaire. Ainsi, si l'évaluateur cherche à apprécier "l'aptitude diagnostique", sa méthode pourra être, par exemple, de dresser le bilan de diagnostics exacts/inexactes formulés par l'agent de santé. Ceci pourra être réalisé soit au cours de visites impromptues, soit à l'occasion du ré-examen de malades transférés. La fréquence (au dessus d'un seuil critique) des diagnostics inexactes révélera l'existence d'un "problème". Une réponse devra alors être proposée pour résoudre le problème qui vient d'être identifié.

SECTION V. PHASE DE CONSOLIDATION ET D'INTEGRATION

1. MESURES D'ORDRE ADMINISTRATIF

A ce stade, les mesures administratives dépendent du degré d'intégration des soins oculaires dans les services généraux de santé, de l'impact du programme sur les affections cécitantes cibles et des nouveaux objectifs qui ont été fixés.

2. ANALYSE DE LA SITUATION

A ce stade, l'analyse de la situation vise à faire le point sur l'état d'avancement du programme. Ainsi, seront tour à tour analysés:

- la situation épidémiologique présente (comparaison des taux de cécité et de morbidité oculaire relevés au cours des différentes évaluations);
- les effectifs et la qualité des agents de santé, formés et engagés dans le programme;
- les moyens;
- le respect du calendrier et du budget lors des phases antérieures;
- la mesure dans laquelle les objectifs et les cibles assignés aux phases précédentes ont été atteints;

3. PLAN D'ACTION, DISPOSITIONS D'ORDRE LOGISTIQUE ET UTILISATION DES RESSOURCES

La formulation du plan d'action dépendra dans une large mesure des résultats de l'analyse de la situation mentionnée ci-dessus. D'une manière générale, on veillera à ne pas réduire prématurément ou trop brutalement les efforts déployés pour prévenir et combattre la cécité.

4. SURVEILLANCE ET EVALUATION

Les différentes zones d'intervention du programme se caractérisent souvent à cette phase, par un état d'avancement des activités très disparate (en raison d'une date de début différente, de la situation épidémiologique, de la participation communautaire...).

Cette situation impose donc l'application de méthodes d'évaluation dissemblables d'une zone à l'autre. Une surveillance continue et un processus d'évaluation adapté à chacune des zones sont alors de mise.

La date de l'évaluation finale, terminale, pour apprécier l'impact global du programme ne sera fixée qu'ultérieurement, en tenant compte des données de la surveillance continue "régionalisée".

EXEMPLE VII. PROJECTION DES BESOINS EN MATIERE DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA CATARACTE EN OCULIE DE 1985 A L'AN 2000¹

Il a déjà été précisé que compte tenu des tendances démographiques en "Oculie", le taux annuel de croissance des personnes âgées de 50 ans ou plus est de 4,2 %. Une approche à long terme, conçue pour parvenir à un équilibre (besoins courants) tel qu'il ne restera aucun arriéré de cataracte à opérer, est présentée ci-après.

On savait qu'en 1985, on comptait 4400 cas nouveaux de cataracte nécessitant une intervention chirurgicale et que 1000 opérations seulement étaient effectuées. Compte tenu de l'accroissement démographique en Oculie et, par voie de conséquence, de l'augmentation des besoins en matière de traitement chirurgical de la cataracte, la colonne (4) du tableau suivant fournit une estimation de la progression attendue des services de traitement de la cataracte.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1985 Année 0	Population ≥ 50 ans (1,32 millions)	Cas nouveaux de cataracte : 4 400	Opérations de la cataracte : ¹ 1 000	Différence	Déficit cumulé
1	1,38	4 580	2 200	+ 2 380	+ 2 380
2	1,43	4 777	2 400	+ 2 377	+ 4 757
3	1,49	4 978	2 800	+ 2 178	+ 6 935
4	1,56	5 178	3 600	+ 1 587	+ 8 522
5	1,62	5 404	4 600	+ 804	+ 9 326
6	1,69	5 632	5 800	- 168	+ 9 158
7	1,76	5 868	6 400	- 532	+ 8 626
8	1,83	6 114	7 000	- 886	+ 7 740
9	1,91	6 372	7 200	- 828	+ 6 912
10	1,99	6 639	7 400	- 761	+ 6 151
11	2,08	6 918	7 600	- 682	+ 5 469
12	2,16	7 209	7 800	- 591	+ 4 878
13	2,25	7 512	8 000	- 498	+ 4 390
14	2,35	7 827	8 200	- 373	+ 4 017
15	2,45	8 155	8 400	- 245	+ 3 772

On constate donc que, c'est au bout de six ans seulement que la capacité annuelle d'opérer tous les nouveaux cas sera atteinte. Toutefois, pour faire face au nombre croissant de cas nécessitant une intervention chirurgicale, la capacité chirurgicale doit encore régulièrement progresser les années suivantes.

Ce modèle met l'accent sur une approche à long terme et permanente pour résoudre le problème des cas nouveaux de cataracte à opérer. Cela étant, deux points n'ont pas été pris en compte dans le tableau ci-dessus :

1. Le problème de l'arriéré des cas non opérés : il est certain que la solution de ce problème demande des efforts et des ressources particuliers.

¹Chirurgie monoculaire sur des cas de cécité binoculaire.

2. Les besoins en traitements chirurgicaux de la cataracte dans différents groupes de population (habitants des villes et des campagnes par exemple) : les deux tableaux suivants présentent une analyse de l'adéquation des ressources par rapport aux résultats escomptés, dans ces deux différentes zones.

A. ZONES URBAINES (où sont exécutées 500 opérations par an)

Ressources existantes	Nombre	Activités à plein rendement	Semaines d'activité par an	Potentiel annuel
Ophthalmologistes	- 10	15 cas par semaine par ophthalmologiste Total 150 cas/semaine	40	6 000
Salles d'opération	- 1	25 cas par semaine	50	1 250
Lits	- 30	Séjour de 5 jours-30/semaine	50	1 500
BESOINS EN MATIERE DE CHIRURGIE DE LA CATARACTE				
- en 1985 : 1 467				
- en 1992 : 2 900				

Analyse:

1. En 1985 : le facteur limitatif immédiat s'avère être le faible débit de la salle d'opération, qui ne permet d'effectuer que 1250 interventions par an.
 - Une solution serait de pouvoir utiliser une autre salle d'opération à temps partiel (dans un hôpital auxiliaire) ou d'accroître l'efficacité de la salle d'opération.
2. En 1992 : le nombre accru de cas opérés reflète l'accroissement démographique, le vieillissement de la population et l'urbanisation. Les facteurs limitatifs sont les salles d'opération et le nombre des lits, non celui des ophtalmologues.
 - Solutions : les débits des salles d'opération devront être doublés (nécessité de disposer de 2 salles d'opération utilisables à plein temps dont l'efficacité serait légèrement accrue); il faudra aussi réduire à 2 jours la durée de l'hospitalisation ou proposer des interventions chirurgicales sans hospitalisation.

B. ZONES RURALES (où sont exécutées 500 opérations par an)

Ressources existantes	Nombre	Activités à plein rendement	Semaines d'activité par an	Potentiel annuel
Ophtalmologistes	- 2	15 cas par semaine et par ophtalmologue Total 30 cas/semaine	40	1 200
Salles d'opérations (disponibles 2 jours/semaine)	- 1	10 cas par semaine	50	500
Lits	- 30	Séjour de 5 jours=30/semaine	50	1 500
BESOINS EN MATIERE DE CHIRURGIE DE LA CATARACTE				
- en 1985 : 2 933				
- en 1992 : 2 900				

Analyse

1. En 1985 : Tous les paramètres identifient des facteurs limitatifs, l'utilisation de la salle d'opération étant le plus contraignant.
 - Une solution serait de pouvoir utiliser la salle d'opération à plein temps et d'en accroître l'efficacité pour obtenir une capacité de 1500 cas par an, mais aussi d'augmenter en conséquence les effectifs de personnel d'ophtalmologie et le nombre des lits.
2. En 1992 : En raison de l'urbanisation du pays, le nombre des cas de cataracte à opérer en milieu rural reste pratiquement inchangé.
 - Pour réaliser le nombre d'interventions nécessaires, tous les indicateurs de performance devront être doublés (nombre d'ophtalmologistes, disponibilité des salles d'opération et nombre de lits) pour répondre au besoin. Dans les campagnes, la durée d'hospitalisation sera maintenue à 5 jours dans cet exemple, en raison des contraintes dues aux déplacements nécessaires à la surveillance post-opératoire des opérés.

SECTION VI. EVALUATION FINALE

L'évaluation finale doit appréhender et analyser les indicateurs les plus pertinents, tels l'état de santé oculaire, le taux de couverture des services de soins oculaires primaires, secondaires et tertiaires, impact social et économique. Les principales composantes du processus d'évaluation pourront être l'efficience (rapport entre les résultats obtenus et les efforts fournis du point de vue des ressources humaines, financières et autres), l'efficacité (mesure dans laquelle ont été atteints les objectifs et cibles prédéterminés du programme) et l'impact (effet global du programme sur le développement sanitaire et socio-économique). L'évaluation finale nécessite souvent une expertise et des apports extérieurs.

En dernière analyse, l'indicateur de succès à long terme sera la démonstration objective d'une réduction globale des taux de cécité, et des maladies qui en sont la cause (de la cornée, du cristallin et du segment postérieur). Pour cela, il est nécessaire d'effectuer une enquête de prévalence sur un échantillon représentatif de la population couverte par le programme.

Le but ultime reste bien entendu l'intégration complète du programme de prévention de la cécité au système de santé national fondé sur les soins de santé primaires.

REFERENCES

Rapport du Groupe de travail sur les mécanismes d'évaluation de programmes de prévention de la cécité. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1984. (WHO/PBL/84.9). Document non publié de l'OMS.

Organisation mondiale de la Santé. Guide pour les programmes de prévention de la cécité. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1979. 47p.

Organisation mondiale de la Santé. Méthodes d'évaluation de la cécité évitable. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1980. 48p. (OMS, Publication offset N° 54).

Organisation mondiale de la Santé. Stratégies pour la prévention de la cécité dans les programmes nationaux - l'approche des soins de santé primaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1984. 103p.

BIBLIOGRAPHIE

Instructions de codage pour la fiche OMS/PBL d'examen oculaire (version III). Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1988 (document non publié de l'OMS PBL/88.1).

Dawson, C. R., Jones, B. R. & Tarizzo, M. L. Guide pour la lutte contre le trachome. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1981. 62p.

Rapport de la réunion interrégionale sur la prise en charge de la cataracte dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1987. 24p. (document non publié de l'OMS PBL/87.13).

Rapport de la réunion interrégionale sur la lutte contre la cécité cornéenne dans le cadre des soins de santé primaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1989. 24p. (document non publié de l'OMS PBL/89.16).

Comité OMS d'experts de l'Onchocercose. Epidémiologie de l'onchocercose. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1976 (OMS, Série de Rapports techniques N° 597).

Comité OMS d'experts de l'Onchocercose : troisième rapport. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1987 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 752).

Organisation mondiale de la Santé. Conjonctivite du nouveau-né. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1986. 36p.

Organisation mondiale de la Santé. Dépistage et traitement de la xérophtalmie. Manuel à l'intention des personnels de terrain. Deuxième édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1982. 62p.

Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1981.

Organisation mondiale de la Santé. L'évaluation des programmes de santé. Principes directeurs. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1981. 45p.

Organisation mondiale de la Santé. Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. Principes directeurs. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1981. 62p.

LISTE D'ANNEXES PROPOSEES POUR UN PLAN NATIONAL DE PREVENTION DE LA CECITE

Annexe 1 : Carte du pays

Elle illustrera les principales régions administratives, les moyens de communication (routes, voies ferrées, voies navigables), etc.

Annexe 2 : Statistiques démographiques pertinentes

Elles rappelleront la population totale, la densité de la population, la répartition par âge, etc...

Annexe 3 : Organigramme des services de santé

Il schématisera les échelons central, provinciaux et périphériques.

Annexe 4 : Prévalence des principales maladies oculaires

Il est intéressant de préciser, quand c'est possible, la répartition géographique des différentes affections oculaires.

Annexe 5 : Localisation des grappes pour l'enquête par sondage (plan de sondage)

(à examiner lorsqu'une telle enquête est envisagée)

Annexe 6 : Projet pour les soins oculaires communautaires

On en trouvera un exemple en appendice 1 : le projet proposé pour le Bangladesh.

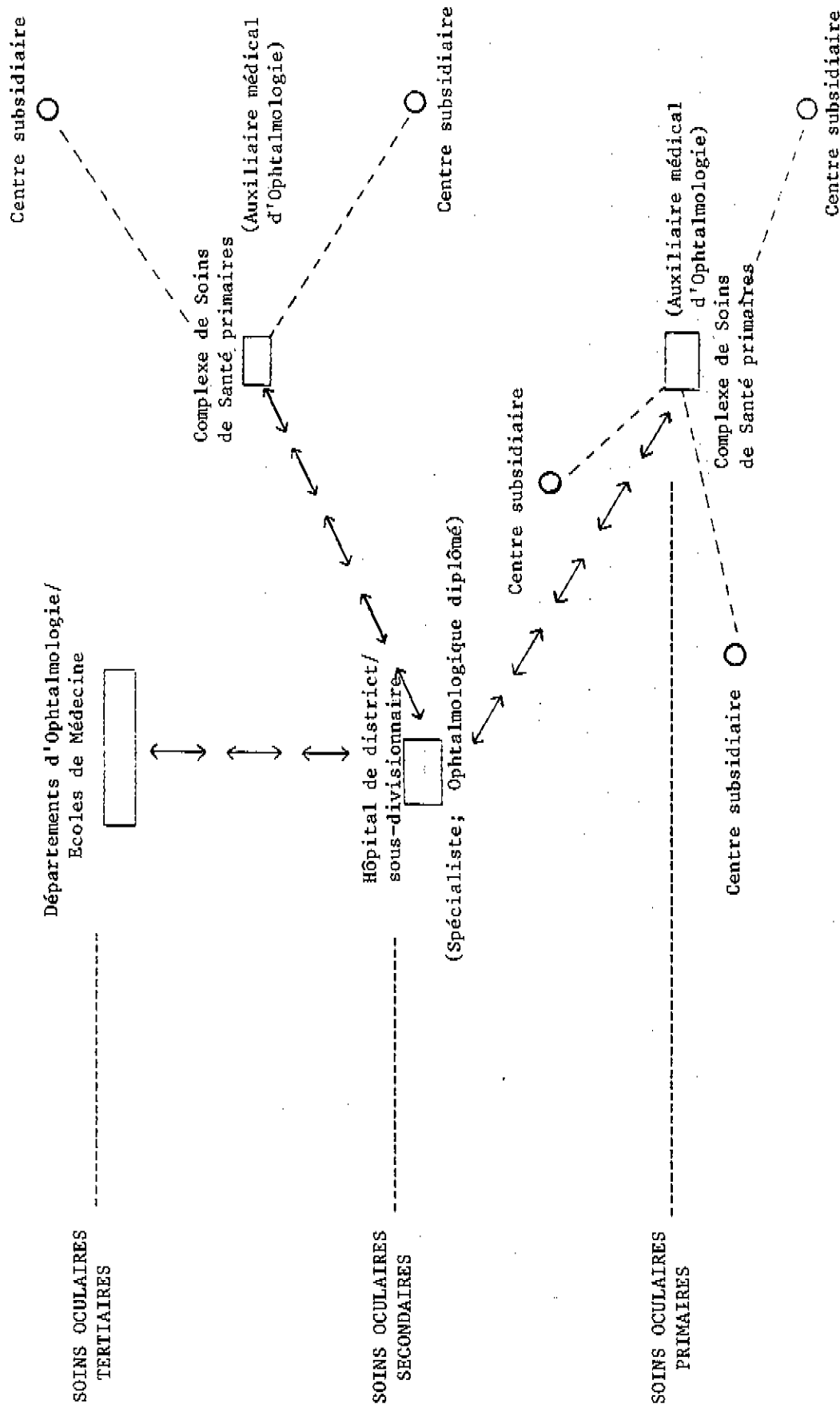
Annexe 7 : Chronogramme

On en trouvera un exemple en appendice 2 : plan de travail et calendrier pour la période 1982-1987 (Programme de Prévention de la Cécité au Malawi).

Annexe 8 : Liste de matériels destinés aux échelons primaires de soins oculaires

Des exemples sont proposés aux appendices 3 et 4.

PROJET POUR LES SOINS OCULAIRES COMMUNAUTAIRES AUX ECHELONS PERIPHERIQUE ET INTERMEDIAIRE (BANGLADESH)



Recours et orientation = ↔

APPENDICE 2

PLAN DE TRAVAIL ET CALENDRIER POUR LE PROGRAMME DE PREVENTION DE LA CECITE AU MALAWI, 1982-1987

Année	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Description des activités	JFMAMJJASOND	JFMAMJJASOND	JFMAMJJASOND	JFMAMJJASOND	JFMAMJJASOND	JFMAMJJASOND
Mois						
1. Elaboration du programme de prévention de la cécité						
2. Projet de lutte contre l'onchocercose						
3. Projet pour la prévention de la cécité due à l'avitaminose A dans la région du Lower Shire						
4. Centre de formation d'auxiliaires						
5. "Camps oculaires" de district pour les opérations de la cataracte						
6. Production de lunettes à prix modique pour les sujets atteints de la cataracte						

LISTE DE MATERIEL OPHTALMOLOGIQUE POUR UN CENTRE DE SANTE AU
NIVEAU SECONDAIRE

	<u>Quantité</u>
1. Ophtalmoscope	1
2. Tonometre	1
3. Boite de réfraction	1
4. Monture d'essai	2
5. Optotypes pour vision de près et de loin	3
6. Instrument tranchant pour chirurgie	1
7. Lampe torche	1
8. Loupe binoculaire	1
9. Miroir rétinoscopique	1
10. Ecarteurs de Desmarre	5
11. Instrument pour lavage du sac lacrymal	2
12. Pince et curette à chalazion	1 + 3
13. Porte-aiguille et curette 3	2
14. Aiguilles	12
15. Pique à corps étrangers	2
16. Pincés plates	2

APPENDICE 4

FOURNITURES ET MATERIEL POUR SOINS OCULAIRES PRIMAIRES

Dans de nombreux secteurs, ce sont les conditions locales qui devront dicter le choix des médicaments et du matériel en fonction des listes ci-après :

Médicaments

- pommade ophtalmique à la tétracycline à 1%;
- chloramphénicol ou autre préparation antimicrobienne pour usage ophtalmologique topique;
- collyre au sulfate de zinc à 0,2%;
- capsules de vitamine A - 100 mg de palmitate de rétinol (200 000 UI);
- collyre au nitrate d'argent à 1% - pour usage prophylactique chez le nouveau-né; peut être remplacé par une application unique de pommade à la tétracycline à 1% pour éviter l'ophtalmie des nouveau-nés.

Matériel et fournitures

- optotypes : ils devront être adaptés aux besoins locaux et pourraient comprendre des anneaux brisés de Landolt, une échelle de Snellen, types E, une échelle manuelle de Sjørgen - soit sous forme d'optotypes simples, soit sous forme d'une échelle optotype multiple simplifiée;
- lampe torche avec piles;
- loupe;
- pinces épilatoires dans les zones où sévit le trachome;
- pansements : compresses pour les yeux, bandes, ruban adhésif, masques.

Dans la mesure du possible il convient d'encourager la production sur place d'articles tels que les bandes, les masques et les pinces épilatoires.

Il ne faut pas fournir au niveau des soins de santé primaires des gouttes ophtalmologiques ou pommades contenant de la pilocarpine, de l'atropine ou des corticostéroïdes.

Il est hautement souhaitable que les médicaments ophtalmologiques livrés aux centres de soins de santé primaires soient aussi normalisés et uniformes que possible afin qu'ils soient largement disponibles et que les coûts soient réduits.

Pour éviter la perte de fournitures et de médicaments, il est recommandé que la surveillance et les vérifications soient pratiquées régulièrement, ce qui garantira par ailleurs l'approvisionnement adéquat et régulier en produits pharmaceutiques.

(Extrait de : Section III, partie 4 de Stratégies pour la Prévention de la Cécité dans les Programmes nationaux, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1984).

* * *