



GRUPE CONSULTATIF DU PROGRAMME OMS DE PREVENTION DE LA CECITE

Rapport de la première réunion, Genève, 19-22 février 1979

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Introduction .....	2
2. Recommandations pour les activités futures .....	2
3. Fonctions du groupe consultatif du programme .....	4
4. Aspects techniques exigeant une attention spéciale .....	5
4.1 Méthodes d'enquête .....	5
4.2 Trachome .....	5
4.3 Onchocercose .....	5
4.4 Xérophtalmie, y compris kératomalacie .....	6
4.5 Cataracte .....	6
4.6 Recherche sur les services de santé .....	6
5. Données sur la cécité, février 1979 .....	6
5.1 Définition de la cécité .....	6
5.2 Types de cécité .....	7
5.3 Examen des estimations actuelles .....	7
5.4 Compilation des données disponibles .....	9
5.5 Collecte des données .....	9
Annexe I Mandat du groupe consultatif du programme de prévention de la cécité .....	11
Annexe II Données disponibles sur la cécité .....	12
Annexe III Liste des participants .....	21

## 1. Introduction

Le groupe consultatif s'est félicité que l'Assemblée mondiale de la Santé ait donné rang de priorité à la prévention de la cécité par ses résolutions sur le sujet et que l'Organisation ait pris en conséquence la décision d'instituer un programme à l'échelon interrégional mondial et à l'échelon régional.

Le groupe consultatif a fait le point de ce qui avait été réalisé depuis la réunion consultative, tenue en février 1978. Parmi les activités qui ont marqué cette période, il faut mentionner :

- l'établissement du groupe consultatif du programme;
- le choix d'éventuels centres collaborateurs pour la prévention de la cécité et la mise en route de la procédure de désignation officielle;
- la création de groupes spéciaux pour la planification de la stratégie, la compilation de données sur la cécité et la formation de personnel auxiliaire;
- l'organisation d'une réunion sur les aspects techniques et opérationnels, en vue de la préparation de "Directives pour les programmes de prévention de la cécité", qui seront publiées prochainement;
- les activités de l'élément central du programme et celles des bureaux régionaux, comprenant notamment des visites et des services consultatifs à un certain nombre de pays.

Le groupe consultatif s'est félicité du degré élevé de priorité accordé de plus en plus fréquemment à la prévention de la cécité dans certaines Régions - notamment dans la Région de la Méditerranée orientale et celle de l'Asie du Sud-Est -, de la formulation de plans nationaux et de la création de programmes nationaux dans un certain nombre de pays de différentes régions.

## 2. Recommandations pour les activités futures

Considérant les progrès réalisés, le groupe consultatif estime maintenant qu'il convient, pour entretenir l'impulsion donnée, d'envisager les mesures suivantes.

2.1 Il faudra renforcer les ressources en personnel OMS - tant technique qu'administratif - à l'échelon central et à l'échelon régional. Le minimum de fonds qui serait nécessaire est de l'ordre de US \$140 000 par an pour l'échelon central et de US \$100 000 par an pour chacune des régions où un programme est en cours. Des ressources extrabudgétaires seront nécessaires et il faut donc s'efforcer de les réunir par le moyen de contributions spéciales pour la prévention de la cécité au fonds bénévole de l'OMS pour la promotion de la santé.

2.2 Le groupe estime qu'il est urgent d'organiser d'autres programmes régionaux et nationaux dans toutes les Régions de l'OMS et spécialement dans la Région africaine.

2.3 L'un des principaux obstacles au progrès dans ce domaine est le manque de personnel scientifique ayant l'orientation et la formation pluridisciplinaires nécessaires pour la mise sur pied de programmes régionaux et nationaux. Il convient d'encourager le développement de ces personnels avec la participation des centres collaborateurs.

2.4 Pour la détermination des priorités dans les programmes de santé, on devra prendre en compte non seulement la mortalité, mais aussi la morbidité et l'incapacité qui en résulte. Afin de faciliter l'établissement de l'ordre des priorités, il faudra constituer un groupe spécial qui sera chargé d'examiner les conséquences économiques de la cécité et leurs répercussions sur la planification et le budget à l'échelon national.

2.5 Pour mobiliser les moyens nécessaires à l'exécution des programmes dans les pays qui sont très lourdement frappés par des cécités évitables, il est indispensable qu'existe une volonté politique manifestée dans le budget et la répartition des ressources nationales. Les organisations non gouvernementales (ONG) ont un rôle capital à jouer dans cette volonté

politique et le groupe a noté avec satisfaction que l'Organisation mondiale contre la Cécité voit là l'une des contributions les plus importantes qu'elle peut apporter.

2.6 L'action sera orientée essentiellement vers l'objectif, déjà exprimé, consistant à susciter l'organisation, d'ici 1983, de programmes nationaux dans au moins 30 pays, parmi lesquels seront prioritaires les pays où l'incidence des cécités évitables est particulièrement forte.

2.7 A l'occasion de l'Année internationale de l'Enfant, le groupe consultatif invite instamment à faire - avec la participation active du FISE - tout ce qui est possible pour rendre la vue aux enfants atteints de cécité guérissable. Il est possible que les écoles pour aveugles comptent un nombre considérable d'enfants qui sont dans ce cas.

2.8 A l'occasion de l'Année internationale des Handicapés (1981), il faudra intensifier les efforts visant à rendre la vue à ceux qui sont atteints de cécité guérissable, la réadaptation la plus efficace pour toute personne aveugle étant le rétablissement de la vue. Une action du même ordre devra être menée pour préserver la vision résiduelle chez ceux qui souffrent d'une importante déficience visuelle. Il est instamment recommandé que l'OMS, en collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies - en particulier avec l'OIT - et avec les ONG intéressées, appelle l'attention sur l'importance de l'incapacité invalidante que constitue la cécité et incite à accorder une plus haute priorité aux services de prévention et de réadaptation.

2.9 S'agissant des publications et de la diffusion d'informations scientifiques, techniques et autres par l'OMS, on peut distinguer quatre catégories : livres, articles, documents et auxiliaires visuels. Le groupe a souligné la nécessité d'introduire des instructions illustrées concernant la prévention et le traitement des affections courantes des yeux dans les manuels destinés aux agents de santé primaires. Il faudrait également des manuels pour former un personnel auxiliaire plus spécialisé. Il faudrait enfin que soit aisément accessible la documentation essentielle sur la prévention de la cécité. L'OMS pourrait rechercher les moyens d'en faciliter l'accès en collaboration avec les ONG intéressées.

2.10 Le groupe consultatif a insisté sur l'importance de faire participer plus largement le PNUD et les institutions des Nations Unies, notamment la Banque mondiale et l'OIT. Etant donné les conséquences de la cécité sur le plan économique, il faut que soit reconnue la nécessité d'accorder un rang élevé de priorité à la prévention de la cécité dans la planification économique.

2.11 Le groupe consultatif est conscient du fait que certains pays préfèrent la coopération technique dans le cadre d'accords bilatéraux. Il a également souligné que l'OMS pouvait jouer un rôle important de coordination dans le cadre même de ces accords bilatéraux.

2.12 Le groupe consultatif souhaite souligner le rôle essentiel des ONG qui s'intéressent au problème de la cécité, notamment celui de l'Organisation mondiale contre la Cécité. Outre leur action par la mobilisation de l'intérêt et des moyens financiers, les ONG contribuent de plus en plus à affermir la volonté politique, et elles participent quelquefois à la mise en oeuvre des programmes. Il est essentiel que l'action des organisations bénévoles soit coordonnée dans le cadre des plans nationaux. Il est également important de comprendre que les ONG pourraient ne pas être disposées à participer - ou ne pas être en mesure de le faire - si leur rôle n'était clairement précisé pour qu'elles puissent justifier leur participation auprès de leurs cotisants.

2.13 Le groupe consultatif a examiné le rapport du groupe spécial sur la planification stratégique et en a entériné les grands principes et la stratégie générale.

2.14 Le groupe consultatif a examiné le rapport du groupe spécial pour les données sur la cécité et estime qu'il constitue une très utile contribution pratique. Il en approuve le contenu modifié, tel qu'il figure à la section 5 du présent rapport. Il recommande que cette section, "Données sur la cécité, février 1979", soit publiée et largement diffusée. S'agissant du système d'information proposé dans le rapport du groupe spécial pour les données sur la cécité, 1978, le groupe consultatif est d'avis qu'il serait inopportun d'aller plus avant dans

cette voie en l'état actuel des choses, mais qu'il importe néanmoins de tout mettre en oeuvre pour faciliter la collecte d'autres données, en appliquant les critères figurant à la section 5 du présent rapport. Le groupe consultatif recommande de rechercher les moyens de réunir davantage d'informations en vue d'activités à promouvoir pendant l'Année internationale des Handicapés (1981).

2.15 Le groupe consultatif est conscient de la nécessité de maintenir des contacts étroits avec le service de la Classification internationale des Maladies au Siège de l'OMS pour assurer l'apport nécessaire d'informations qui permettra d'améliorer la classification existante des causes de cécité et de maladies des yeux. Il recommande que l'on fasse de cet effort d'amélioration une activité continue du Secrétariat impliquant la participation active du groupe consultatif et de consultants appropriés.

2.16 Le groupe consultatif a souligné le rôle des centres collaborateurs OMS pour la prévention de la cécité quant aux domaines mentionnés comme appelant d'autres recherches à la section 4 du présent rapport et quant à la nécessité d'établir d'autres priorités à cet égard. Les centres devront jouer un rôle analogue dans la collecte des données et dans la promotion d'enquêtes et d'études sur le terrain.

2.17 Etant donné l'urgence du problème dans certaines régions, le groupe consultatif a recommandé que les bureaux régionaux réunissent le plus tôt possible des groupes de planification qui seront composés de conseillers et de responsables nationaux. Ces groupes étudieront les problèmes et les besoins dans chaque région et aideront à établir des plans d'action pour les différents pays au cours des six prochaines années et à examiner annuellement les progrès accomplis.

2.18 Le groupe consultatif est convenu que la prochaine réunion se tiendrait du 18 au 21 février 1980. Il a exprimé sa satisfaction à l'égard de la promptitude avec laquelle le Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OCP) a manifesté son intérêt en invitant à tenir cette réunion à Ouagadougou (Haute-Volta), et il a accepté cette invitation.

### 3. Fonctions du groupe consultatif du programme

Il a été pris acte du mandat du groupe consultatif du Programme de prévention de la cécité (annexe I). Il est suggéré que les réunions se tiennent chaque fois que possible dans des régions confrontées à un important problème de cécité.

Les fonctions du groupe consultatif devront comprendre notamment les activités suivantes :

- donner des avis sur l'évolution des grandes stratégies de la prévention de la cécité;
- promouvoir, dans la communauté mondiale, l'intérêt à l'égard de la prévention de la cécité
  - plus particulièrement au niveau des responsables des politiques - ainsi que le soutien au programme OMS de prévention de la cécité;
- faire le point :
  - des résultats obtenus et des difficultés rencontrées
  - de la collecte et de la qualité des données sur la cécité et les déficiences visuelles
  - des ressources existantes et du financement du programme
  - des progrès en matière de développement des personnels
  - des progrès en matière d'éducation sanitaire (participation des communautés et information du public)
  - de la constitution de groupes consultatifs régionaux et de leurs activités;
- donner des avis sur la coordination des activités avec :
  - l'Organisation mondiale contre la Cécité
  - la Fédération internationale des Sociétés d'Ophthalmologie
  - l'Union internationale des Sciences de la Nutrition
  - l'Organisation mondiale pour la Promotion sociale des Aveugles
  - les activités apparentées relevant d'autres programmes de l'OMS;
- aider à sélectionner des personnes pouvant fournir des services de consultant selon les besoins.

Le groupe consultatif devra établir d'autres groupes spéciaux ou sous-comités à des fins déterminées selon les besoins.

#### 4. Aspects techniques exigeant une attention spéciale

Il ne fait aucun doute qu'un transfert judicieux de la technologie existante pourrait avoir un effet décisif sur la fréquence des cécités évitables moyennant un coût acceptable. Il faut toutefois améliorer aussi cette technologie et la perfectionner.

Il serait opportun que le Directeur du Programme, au nom du groupe consultatif, mobilise à l'intérieur de l'OMS et à l'extérieur tous les moyens, scientifiques ou autres, qui seraient nécessaires pour réaliser des programmes de prévention de la cécité. Ces consultations auront pour but de faire le point du progrès scientifique dans tous les domaines intéressant l'action projetée, de déterminer les possibilités qu'offrent les applications de la recherche et d'encourager des études appropriées.

##### 4.1 Méthodes d'enquête

Afin d'établir l'ordre des priorités, il est nécessaire de déterminer des techniques optimales, simples et sûres, qui seraient applicables dans les enquêtes sur le terrain pour estimer la fréquence des déficiences visuelles dans une population. Ces enquêtes devront également évaluer la fréquence des affections entraînant généralement une cécité qui serait évitable ou guérissable, telles que le trachome, l'onchocercose, la xérophtalmie et la cataracte, même lorsqu'elles n'ont pas encore déterminé une déficience visuelle.

D'autres travaux de recherche opérationnelle et appliquée sont nécessaires pour déterminer les techniques d'enquête qui peuvent être appliquées par le personnel auxiliaire. Il importe de mettre au point des méthodes de dépistage et de les évaluer dans des opérations à large échelle.

##### 4.2 Trachome

Il faut encourager la recherche pour mettre au point des moyens chimiothérapeutiques plus efficaces, qui pourraient sans risque être administrés par des assistants médicaux et qui permettraient une prévention de la cécité en réduisant le réservoir d'infection à Chlamydia dans la population. Il faudrait surtout viser à réduire le nombre des applications thérapeutiques. Les médicaments possibles pour la chimiothérapie par voie buccale sont notamment l'érythro-mycine, la doxycycline et la sulfamétapyrazine. Les autres possibilités de chimiothérapie efficace par une seule application sont les implants oculaires de médicaments et autres formes de médicaments à action retard. De nouvelles recherches sont nécessaires pour déterminer les meilleures préparations topiques d'antibiotiques convenant pour une large distribution et pour l'administration au niveau familial dans la lutte contre les infections oculaires récurrentes à bactéries et à Chlamydia. Une évaluation des techniques chirurgicales pour corriger l'entropion et le trichiasis est nécessaire afin de déterminer les techniques les plus simples et les plus appropriées pour l'application à grande échelle.

##### 4.3 Onchocercose

Le groupe consultatif a noté que les activités de recherche dans le domaine de l'onchocercose se poursuivent activement dans le cadre du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), qui encourage la recherche fondamentale et la recherche appliquée. En outre, le Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OCP) conduit des activités de recherche opérationnelle. Il est urgent d'organiser des recherches de chimiothérapie, en vue notamment :

- d'améliorer les schémas de traitement pour réduire les effets secondaires en modifiant les posologies, les systèmes de distribution, les combinaisons de médicaments, etc.;
- de mettre au point un macrofilaricide efficace pouvant sans risque être administré par des assistants médicaux;
- d'établir des critères pour le traitement des cas fortement infectés à risque élevé de cécité.

#### 4.4 Xérophtalmie, y compris kératomalacie

Les résultats de programmes à vaste échelle montrent que la distribution de suppléments de vitamine A aux enfants d'âge préscolaire peut grandement améliorer leur santé et diminuer la prévalence des signes précoces de la xérophtalmie. Dans les zones où la vitamine A est largement distribuée, il importe de surveiller le taux d'attaque de la kératomalacie chez les bénéficiaires et chez les non-bénéficiaires, afin de mesurer son action dans la prévention de la cécité.

D'autres études souhaitables pourraient notamment avoir pour objectifs :

- de rechercher les facteurs qui différencient parmi les enfants gravement malnutris ceux qui présentent et ceux qui ne présentent pas d'ulcérations de la cornée;
- de déterminer si la fréquence de la xérophtalmie et de la kératomalacie est modifiée par les moyens actuels de lutte contre les maladies diarrhéiques des enfants;
- de préciser le rôle des enzymes dans la liquéfaction cornéenne;
- de mettre au point différentes méthodes de traitement optimal pour accélérer la guérison de la kératomalacie;
- d'identifier d'autres aliments susceptibles d'être "fortifiés" dans les pays où la carence en vitamine A est endémique et d'évaluer l'efficacité de cette supplémentation.

#### 4.5 Cataracte

Il faut étudier les mesures qui seraient de nature à réduire le temps de convalescence; il serait peut-être possible, par exemple, de mettre au point des instruments et des techniques qui simplifieraient la chirurgie de la cataracte. Les techniques utilisées dans les camps de soins oculaires (eye camps) en certaines régions devront être définies, et des directives établies pour les différentes approches.

De nouvelles recherches sont nécessaires sur l'étiologie de la cataracte. Si l'on pouvait reculer de dix ans l'âge auquel la chirurgie de la cataracte devient nécessaire, le nombre de cas justiciables de la chirurgie serait considérablement réduit.

#### 4.6 Recherche sur les services de santé

Dans l'application du principe général de la distribution des soins de santé, certains problèmes se posent qui sont propres aux programmes de promotion de la santé des yeux et de soins oculaires. Dans le cadre de ces programmes, il convient d'encourager la recherche axée sur les problèmes. Il est souhaitable que cette recherche comprenne des études sur la meilleure utilisation des personnels auxiliaires, médicaux et spécialisés. Ces recherches porteront plus particulièrement sur :

- les objectifs éducationnels pour chaque catégorie de travailleurs;
- l'efficacité et le coût des différents systèmes de distribution des soins oculaires.

### 5. Données sur la cécité, février 1979

#### 5.1 Définition de la cécité

La définition des catégories de cécité recommandée par l'OMS et maintenant incorporée à la Classification internationale des Maladies s'impose peu à peu sur le plan international. Elle répond aux besoins actuels et on ne peut qu'encourager les intéressés à s'y conformer. La distinction entre "baisse de vision" (catégories 1 et 2) et "cécité" (catégories 3, 4 et 5) est recommandée, mais il va de soi que l'on pourra continuer à utiliser des lignes de démarcation différentes pour répondre à divers impératifs juridiques ou sociaux. Dans ce cas, il faudra s'efforcer de classer les cas par catégories de façon à faciliter les comparaisons.

Cette classification a été affinée par l'adjonction de l'incapacité de compter les doigts à une distance de trois mètres à la lumière du jour comme limite supérieure de la catégorie 3 (moins de 3/60 ou l'équivalent). Ce critère est de nature à faciliter l'estimation de l'acuité visuelle par du personnel non spécialisé, même en l'absence de tableaux d'optotypes. Le cas échéant, on pourra définir et utiliser divers équivalents de "moins de 3/60" adaptés au milieu culturel considéré.

## 5.2 Types de cécité

Pour la notification des cas de cécité, il serait souhaitable de différencier au moins les quatre types de cécité suivants :

Type 1 : Cécité causée par des lésions manifestes de la cornée

Type 2 : Cécité causée par l'opacité du cristallin (cataracte)

Type 3 : Cécité causée par d'autres affections connues ou identifiées

Type 4 : Non déterminé ou non spécifié

Dans les cas où coexistent plusieurs types identifiés, on ne retiendra que le plus évident.

Les distinctions qui précèdent correspondent en général à des différences de localisation anatomique et d'étiologie, ainsi qu'aux possibilités de prévention et de traitement.

Le type 1 est généralement causé par des infections, des carences nutritionnelles ou des accidents, et la plupart des cas de cécité de ce type sont susceptibles de prévention, voire de guérison.

Le type 2 correspond à la cataracte, généralement guérissable.

La description de ces types ne prétend pas remplacer d'autres classifications plus précises et plus détaillées; il ne s'agit que d'un instrument pratique destiné à améliorer la comparabilité des données et à permettre une approche pragmatique du problème posé par la notification des résultats d'enquêtes sur la cécité portant sur une population nombreuse.

## 5.3 Examen des estimations actuelles

Les statistiques de la cécité fournies à l'heure actuelle par différents pays présentent de telles différences du point de vue de la fiabilité et de la complétude qu'il est impossible de les utiliser pour parvenir à un total plausible. La meilleure solution consiste à partir des données que l'on a pu vérifier de manière rigoureuse et à s'en servir pour construire un modèle statistique susceptible de s'appliquer à de vastes régions présentant des similitudes quant à la pathologie, à la pyramide des âges et au degré de développement, surtout en ce qui concerne les services de soins oculaires. La multiplicité des définitions de la cécité constitue un obstacle; cependant, si l'on recherche non pas l'exactitude mais une évaluation prudente, on peut ajuster les chiffres pour tenir compte de ces différences de définition en se basant sur le critère proposé par l'OMS en 1972, à savoir "moins de 3/60 ou l'équivalent".

Il est recommandé d'exprimer les taux de prévalence de la cécité en pourcentages, plutôt que par le traditionnel "taux pour 100 000". Lorsque les taux sont faibles, notamment s'il s'agit de groupes de population assez peu nombreux, il serait souhaitable de donner en plus des taux les chiffres en valeur absolue.

Pour ce qui est de la prévalence de la cécité, les pays ou zones peuvent être grosso modo classés de la façon suivante.

a) Pays ou zones où - du moins parmi les populations rurales, qui sont en majorité - les soins oculaires n'ont pas encore atteint le stade intermédiaire mentionné en b). La prévalence globale de la cécité liée au vieillissement est réduite du fait de la plus faible espérance de vie et de la moindre proportion des personnes âgées au sein de la population, mais

le taux de cécité n'en atteint pas moins des proportions excessives en raison de la fréquence considérable de l'une ou de plusieurs des causes majeures énumérées ci-après :

- i) Le trachome. Dans les zones de forte endémicité, le trachome peut, en l'absence de mesures de lutte, faire monter le taux de cécité jusqu'à 1 % et même parfois jusqu'à 3 %. C'est ce qui se passe dans certaines zones ou pays du Proche-Orient, d'Afrique et d'Asie du Sud-Est.
- ii) L'onchocercose. Dans les zones fortement touchées par l'onchocercose, cette maladie est la principale cause de cécité, avec des taux atteignant 3 à 7 %.
- iii) La xérophtalmie/kératomalacie. Partout où la malnutrition est une cause importante de cécité chez les enfants, elle est responsable pour une bonne part de la prévalence élevée de cette infirmité. On estime qu'en Inde 250 000 personnes au moins sont atteintes de cécité par suite de xérophtalmie/kératomalacie.
- iv) La cataracte. Parmi les populations rurales mal desservies, la cataracte non soignée peut être le principal facteur de cécité; dans le sous-continent indien, elle est responsable de plus de la moitié des cas de cécité. Rien qu'en Inde, on estime à 3,5 millions le nombre des cas de cécité (acuité visuelle inférieure à 3/60) qui lui sont imputables.
- v) Les accidents, même sans gravité, auxquels viennent souvent s'ajouter des complications infectieuses.

Dans de nombreux cas, les cinq causes susmentionnées se rencontrent simultanément, ce qui complique encore le problème et souligne la nécessité d'une approche pluridisciplinaire de la prévention et du traitement.

- b) Pays ou zones se trouvant à un stade intermédiaire de développement et dans lesquels le taux de cécité n'est pas considérablement augmenté par les causes majeures citées en a). En dehors des autres causes fondamentales de la cécité, les infections qui la provoquent ne sont que partiellement maîtrisées, et les possibilités de traitement chirurgical étant très limitées, il arrive que des personnes atteintes de cécité guérissable demeurent aveugles. Dans ces pays, le taux de cécité avoisinera généralement 0,40 à 0,65 %. Dans ce groupe, la prévalence des cas de cataracte non soignée et de glaucome non dépisté joue un rôle décisif. Par exemple, des statistiques en provenance des Caraïbes montrent que, à elle seule, la cataracte non traitée augmente d'au moins 0,2 % la prévalence de la cécité. Enfin, les accidents du travail constituent un facteur de risque dont l'importance ne cesse d'augmenter.
- c) Pays ou zones dotés de services médicaux bien développés, où les infections entraînant la cécité sont maîtrisées, où la plupart des cas guérissables sont traités et où les causes principales de cécité sont liées à l'âge (glaucome, diabète et dégénérescence maculaire). Les taux de prévalence se situent alors aux environs de 0,15 à 0,25 %. A l'intérieur de ce groupe, le facteur décisif est la proportion de la population âgée. Au Royaume-Uni, où le taux de cécité est de 0,20 % pour l'ensemble de la population, il atteint 2,3 % chez les individus de plus de 75 ans.

En appliquant les critères qui précèdent, les données dont on dispose permettent d'évaluer très approximativement à quelque 28 millions le nombre des aveugles dans le monde, si l'on prend pour définition de la cécité moins de 3/60 ou l'équivalent. Un tel handicap empêche celui qui en souffre de s'intégrer totalement à la collectivité à laquelle il appartient sans une assistance particulière, notamment sur le plan de la rééducation fonctionnelle. Ce nombre se situerait aux environs de 42 millions si l'on retenait comme définition "moins de 6/60 ou l'équivalent", ce qui est le critère officiel de la cécité dans certains pays industrialisés. Une évaluation prudente de la prévalence reposant sur les données fournies par divers pays a été calculée pour chacun des trois groupes de pays comme suit :

Population de chaque groupe	Population totale en millions (estimation)	Estimation de la cécité (moins de 3/60)		Estimation de la cécité (moins de 6/60)	
		Taux de prévalence (%)	Nombre d'aveugles (en millions)	Taux de prévalence (%)	Nombre d'aveugles (en millions)
(a)	2 100	1,0	21,0	1,5	31,5
(b)	1 100	0,5	5,5	0,75	8,3
(c)	800	0,2	1,6	0,3	2,4
Total général	4 000	-	28,1	-	42,2

Les chiffres qui précèdent constituent une estimation minimale; dans certaines zones ou parmi certains groupes de population, on a relevé des taux plus élevés, pouvant atteindre 3 ou 5 %, ou davantage encore. Il est à craindre que cette estimation, qui repose sur les données actuellement disponibles, ne doive être révisée lorsque des chiffres plus fiables et plus complets seront communiqués, en particulier dans le cas des populations du groupe (a), pour lequel les taux de prévalence sont plus élevés et les données statistiques plus limitées et moins sûres.

#### 5.4 Compilation de données disponibles

En dépit du caractère limité des données disponibles, il serait utile de tenir à jour un fichier rassemblant les données sur la cécité disponibles au niveau national (voir annexe II).

Cette banque de données prendrait la forme d'un fichier à contenu non limité. Les données seraient énumérées sous les sept rubriques suivantes :

- 1) Pays, région, localité.
- 2) Type de données (enregistrement, enquête ou étude spéciale, recensement, estimation).
- 3) Date de la collecte des données.
- 4) Définition(s) de la cécité utilisée(s).
- 5) Nombre d'aveugles et dénominateur (base de population) par groupe d'âge et par sexe, en fonction de l'âge au moment de la collecte des données.
- 6) Type de cécité.
- 7) Source des données.

En ce qui concerne le point 6), les données seront classées conformément à l'avis des pays d'origine et compte tenu des codes de la Classification internationale des Maladies. On pourrait ensuite condenser ces données, en les ramenant aux types de cécité proposés au point 5.2 ("Types de cécité"). On pourrait s'y référer pour évaluer les incidences de la cécité sur le plan des coûts et de la productivité. D'autre part, elles faciliteraient l'établissement de priorités visant à réduire la charge que la cécité impose à la société. A cet égard, il est intéressant de noter qu'aux Etats-Unis cette charge est estimée à huit milliards de dollars par an.

#### 5.5 Collecte des données

La collecte de données fiables sur la cécité se heurte à un certain nombre d'obstacles, dont certains sont d'ordre social, psychologique ou culturel.

Faute d'exploiter suffisamment et à bon escient les dossiers hospitaliers existants, on risque de se priver de nombreux renseignements potentiellement utiles; l'inverse est d'ailleurs également vrai, puisqu'il arrive que l'on présente une image erronée de la situation en extrapolant à partir de ces dossiers. Toute appréciation du problème suppose la participation active des ophtalmologues, encore que des observations et une expérience reposant essentiellement sur la pratique clinique en milieu urbain risquent de conduire à des conclusions erronées.

Les données concernant la prévalence de la cécité sont ordinairement recueillies au moyen d'enquêtes par sondage. Des systèmes d'enregistrement tenus à jour régulièrement, obéissant à des critères définis de manière rigoureuse et présentant des avantages ultérieurs suffisants pour inciter les intéressés de toutes catégories à se faire enregistrer, peuvent fournir des données précieuses.

Des données sur les personnes qui se considèrent elles-mêmes comme aveugles, ou qui sont considérées comme telles par leur famille, peuvent être recueillies à l'occasion de recensements, pendant lesquels on peut même, dans certains cas, envisager de procéder à un test d'acuité visuelle.

MANDAT DU GROUPE CONSULTATIF DU PROGRAMME DE PREVENTION DE LA CECITE

1. Le groupe consultatif devra :
    - a) promouvoir l'intérêt et le soutien de la communauté mondiale à l'égard du programme de prévention de la cécité;
    - b) donner au Secrétariat de l'OMS des avis concernant les priorités du programme et sa coordination avec d'autres activités apparentées de l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes.
  2. Les membres du groupe consultatif seront nommés par le Directeur général. Le groupe sera normalement composé de 12 membres choisis après consultation avec - outre les bureaux régionaux de l'OMS - les organisations internationales suivantes :
    - l'Organisation mondiale contre la Cécité;
    - la Fédération internationale des Sociétés d'Ophtalmologie;
    - l'Organisation mondiale pour la Promotion sociale des Aveugles.
- Par le choix des membres, on s'efforcera d'atteindre un maximum de diversification et un équilibre optimal en matière d'expérience personnelle, de formation professionnelle, de réputation internationale, d'affiliations et de répartition géographique.
3. Les membres seront nommés pour deux ans avec possibilité de reconduction pour deux nouveaux mandats au maximum, afin que le groupe soit approximativement renouvelé par tiers tous les deux ans. Les possibilités de reconduction ne seront généralement pas considérées avant un délai de deux ans à partir de la date d'échéance du mandat précédent.
  4. Le groupe consultatif élira à chaque réunion un président, un vice-président et un rapporteur. Le Directeur du programme de prévention de la cécité de l'OMS remplira les fonctions de Secrétaire du groupe consultatif.
  5. En règle générale, le groupe consultatif se réunira chaque année. Un rapport sera établi pour chaque réunion et diffusé comme il convient.
  6. Le groupe consultatif sera aidé dans sa tâche par des consultants et de petits groupes spéciaux constitués selon les besoins.

## DONNEES DISPONIBLES SUR LA CECITE

Le présent recueil est principalement destiné à constituer un point de départ pour la création d'une banque de données sur la cécité.

Il repose essentiellement sur les données réunies dans le cadre du programme OMS de prévention de la cécité et ne comporte pas de données antérieures à 1960. Il ne prétend pas englober la totalité des données publiées.

Toutes données supplémentaires, qui seront les bienvenues, sont à envoyer à l'adresse suivante : programme de prévention de la cécité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

### NOTES EXPLICATIVES

1. Les pays et zones (colonne 1) sont énumérés dans l'ordre où ils figurent dans l'Annuaire démographique de 1976, Nations Unies, New York, 1977.
2. Les estimations de population de 1976 (colonne 2) sont celles qui figurent dans l'Annuaire précité.
3. Type de données (colonne 3) : E = estimation; S = enquête ou étude spéciale; C = recensement; R = enregistrement.
4. Définitions de la cécité (colonne 5) :

#### Acuité visuelle avec la meilleure correction

#### Catégorie d'atteinte<sup>a</sup> de la vision

- |                                                         |   |
|---------------------------------------------------------|---|
| 1. Totalement aveugle (pas de perception de la lumière) | 5 |
| 2. 1/60 ou moins                                        |   |
| 3. Moins de 1/60 ou l'équivalent                        | 4 |
| 4. 2/60 ou moins                                        |   |
| 5. 3/60 ou moins                                        |   |
| 6. Moins de 3/60 ou l'équivalent                        | 3 |
| 7. 20/300 ou moins                                      |   |
| 8. 6/60 ou moins                                        |   |
| 9. Moins de 6/18                                        | 1 |
5. Population couverte (colonne 6) : m = millions.
  6. Source des données (colonne 10) : voir p. 20.

<sup>a</sup> Classification internationale des Maladies, OMS, Genève, 1977, p. 242.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pays ou zone	Estimation de la population 1976 (en millions)	Date des données	Type de données	Définition de la cécité	Population considérée	Nombre d'aveugles	Taux de prévalence (%)	Causes principales	Sources des données
Afrique									
Egypte	38,07	1974	S	7	Egypte septentrionale : a) population rurale b) population urbaine Ensemble du pays	1,0 m	4,7 1,5 2,6 4,0	50 % des cas dans les zones rurales et 30 % dans les zones urbaines sont causés par le trachome et autres maladies infectieuses	3
Ethiopie	28,68	1976	E		Zones rurales à endémie trachomateuse				4
Ghana	10,31	1970	E		8,6 m ensemble du pays Plateau et nord du pays	60 418	0,7 3,0 6,5	Cataracte 39 %, glaucome 20 %, onchocercose 12 %, affections de la cornée 11 %	2
Haute-Volta	6,17	1971	E		Ensemble du pays Zones d'onchocercose endémique	70 000	0,9 jusqu'à 4,5		2
Kenya	12,85	1965	B		8,9 m ensemble du pays		1,2	Cataracte 45 %, maladies infectieuses dont trachome 35 %	6
Malawi	5,18	1975	E		Enfants de moins de 5 ans (1 m) : incidence annuelle de 360 cas			Maladies infectieuses 32 %, cataracte congénitale 14,7 %, autres affections congénitales 16,0 %, atrophie optique 14,7 %, rétinoblastome 8 %, traumatisme 5,3 %	7
Mali	5,84	1978	E		Ensemble du pays	30 000-100 000	0,5-1,6	Onchocercose 36,5 %, maladies infectieuses 18,9 %, trachome 14,1 %, cataracte 7,5 %, maladies dégénératives 2,8 %, glaucome 2,4 %, traumatisme 2,1 %	8
Maurice	0,89	1960	C		Ensemble du pays	250	0,04		9
Maroc	17,83	1968	S	6	Régions de trachome endémique		4,1		10
Nigéria	64,75	1975	E		Nigéria septentrional, zones d'onchocercose endémique		> 5,6		11
		1977	E		Ensemble du pays Nigéria septentrional Nigéria méridional	800 000	1,0 1,5 0,5		2
Ouganda	11,94	1965 1970	R S	1	9,5 m ensemble du pays 3126, District de Bukedi	175 000 38	1,8 1,2		13 14
République-Unie du Cameroun	6,53	1977	E		12,2 m ensemble du pays	82 000	0,7	Trachome 40,6 %, opacités cornéennes dues à d'autres causes 35,4 %, cataracte 13,4 %, traumatisme 5,6 %, uvéite 2,8 %, atrophie optique 1,5 %, glaucome 0,7 %	2
République-Unie de Tanzanie	15,61	1974	E		5,7 m ensemble du pays	15 630	0,3		13
Rhodésie du Sud	6,53	1960 1962	S C	5 1	12 m ensemble du pays 187 300 Ensemble du pays	30 000-40 000 1 108 12 010	0,3 0,6 0,3		15 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Afrique (suite)									
Soudan	16,13	1976	5	6	1) 95 000, Soudan septentrional, trachome endémique : a) Zones rurales b) Zones urbaines 2) 122 300, Province du Nil Bleu, trachome non endémique : a) Zones rurales b) Zones urbaines 3) 45 000, Bahr-el-Ghazal, zone d'onchocercose endémique 3,5 m ensemble du pays Zones rurales du sud : a) Onchocercose non endémique b) Onchocercose endémique 4 m ensemble du pays 16 023, Kasai-Province orientale 2 m ensemble du pays 127 733 Province de Luapula 563 050 Province du Nord 485 560 Province-Orientale 363 480 Barotseland 876 cas examinés, Province-Occidentale 1343 cas examinés, Province-Méridionale 1375 cas examinés, Province-Orientale	100 000-175 000	4,5 1,4 0,9 0,4 5,1 2,9-5,0	Trachome, conjonctivite aiguë, cataracte, glaucome, traumatisme  Cataracte, maladies infectieuses, glaucome, traumatisme  Onchocercose, maladies infectieuses, cataracte, glaucome, traumatisme	12
Tchad	4,12	1972 1977	8 5	6		100 000-175 000	2,9-5,0		1 2
Tunisie	5,74	1960	5	5		18 000	0,5		9
Zaire	25,63	1976	5			281	1,8		16
Zambie	5,14	1961 1964	8 5			10 000-15 000	0,5-0,8 0,6	Rougeole 55 %, varicelle 12,5 %, trachome 9,3 %, cataracte 4,3 %, traumatisme 0,8 %, glaucome 0,6 %, lépre 0,5 %	9 17
		1978	5	6		616 20 13 11	0,2 2,3 1,2 0,8	Maladies infectieuses, cataracte, glaucome	8

Notes explicatives : voir p. 12.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Amérique</u>									
Barbade	0,25	1975	S	5	Ensemble du pays	1 255	0,5	Cataracte, glaucome, atrophie optique	8
Colombie	5,79	1970	R		4,9 n ensemble du pays	1 070	0,3		13
Brazil	109,18	1971	S	2	156 422, Etat de São Paulo	96	0,1	Glaucome 31,3 %, maladies infectieuses 12,5 %, cataracte 10,4 %, atrophie optique 9,4 %	18
Canada	23,14	1969	R		21 n ensemble du pays	27 184	0,1		13
Chili	10,45	1976	E		Ensemble du pays	100 000	1,0		19
El Salvador	4,12	1976	E		Ensemble du pays	8 000	0,2		19
Etats-Unis d'Amérique	215,12	1970	R	8	16 Etats (secteur pilote de notification), 30,1 % de la population totale	99 347	0,2	Maladies rétiniennes 25,0 %, cataracte 13,1 %, glaucome 11,0 %, maladie du nerf optique 9,2 %, uvérite 5,1 %, cornée ou sclérotique 6,7 %, myopie 3 %	20
Haiti	4,67	1974	E		Ensemble du pays	482 850	0,2		21
Pérou	16,09	1976	E		Ensemble du pays	60 000	1,3		19
République dominicaine	4,84	1977	E		Ensemble du pays	30 000	0,2		19
					Ensemble du pays	5 000	0,1		2

Notes explicatives : voir p. 12.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Asie									
Afghanistan	19,80	1978	E		Ensemble du pays		2,0	Trachome, cataracte, glaucome, traumatisme, xérophtalme	8
Bahreïn	0,26	1969	E		Ensemble du pays	62	0,03		13
Bangladesh	76,82	1976	E		Ensemble du pays	150 000-200 000	0,2-0,3	Xérophtalme 15 %, cataracte 14 %, glaucome 6 %, maladies infectieuses et traumatismes 18 %, uvéïte 4 %	22
		1976	S		20 523 enfants de 6 ans et moins	25	0,1		
Birmanie	31,00	1960	E		Ensemble du pays	214 440	1,0	Trachome, glaucome, cataracte, traumatisme	22
		1975	S	5	17 392 Sirmanie centrale	354	2,0		
Chine	859,13	1978	E		Zones rurales de l'Heilongkiang		0,1	Glaucome 19,5 %, trachome 17,2 %, cataracte 13,4 %, névralgie 7,5 %, traumatisme 2,1 %	2
Chypre	0,64	1965	S		Population grecque seulement	1 209	0,3		13
Hong Kong	4,38	1975	R		Ensemble du territoire	7 001	0,2	Cataracte 34,3 %, glaucome 18,3 %, leucome de la cornée (trachome) 10,3 %, troubles rétinien 8,9 %, myopie 8 %, ptisie du globe 7,9 %, atrophie optique 6 %, uvéïte 4,5 %	23
Inde	610,68	1976	E	8	Ensemble du pays	6 500	0,1		13
		1977	R	5		7 318	0,2		8
		1974	S	5	74 620, Allahabad	1 548	2,1		24
		1976	E		Ensemble du pays	9 000 000	1,5	Chez les enfants jusqu'à 15 ans : maladies infectieuses 43,9 %, malnutrition 27,7 %, traumatisme 16,4 %, maladies congénitales 4,3 %, maladies héréditaires 4,3 %, tumeurs 3 %	22
		1976	S		Orissa a) population rurale b) population urbaine		3,6 2,2	Cataracte 55 %, trachome et autres maladies infectieuses 20 %, variole 3 %, malnutrition 2 %, traumatisme 1,3 %, glaucome 0,5 %	25
Indonésie	139,62	1974	E	2	Ensemble du pays	1 000 000	0,8	Trachome, xérophtalme, maladies infectieuses, glaucome, cataracte	24
Iran	33,90	1960	E	5	20 m ensemble du pays	150 000	0,8		9
		1976	E		Zones de trachome endémique		4,5		5
Irak	11,51	1961	E		7,5 m ensemble du pays	35 000-70 000	0,5-1,0		9
Israël	3,67	1961	S	5	2,1 m ensemble du pays	5 285	0,3		9
Japon	112,77	1975	E		Ensemble du pays 35,2 m moins de 19 ans, Ensemble du pays	256 700 7 200	0,2 0,02	Microphalme 16,4 %, cataracte 14,7 %, astrophie optique 11,6 %, myopie 8,4 %, rétinite pigmentaire 8,1 %, buphtalme 7,1 %	8
Jordanie	2,78	1976	R		Ensemble du pays	256 455	0,2		26
		1963	S		524, zones rurales de trachome endémique	77	1,5		27

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Asie (suite)									
Malaisie	12,20	1971	E		Ensemble du pays	22 300	0,2		13
Maldives	0,12	1970	R		Ensemble du pays	128	0,1		13
Népal	12,86	1976	E	8	Ensemble du pays	80 000	0,8	Ulcères de la cornée, glaucome, atrophie optique	22
Pakistan	72,37	1976	E		Ensemble du pays, zones rurales de trachome endémique		4,3		5
		1970	E		Ensemble du pays	1 500 000	2,0	Maladies infectieuses de la cornée, glaucome, cataracte, lésions de la rétine	4
République arabe syrienne	7,60	1973	S	1	49 500, zone de trachome endémique	152	0,3	Cataracte 34,9 %, maladies infectieuses 27,1 %, glaucome 19,7 %	3
Singapour	2,28	1972	R	8		1 442	0,06	Maladies de la rétine 22 %, glaucome 20 %, atrophie optique 20 %, maladies de la cornée 12,3 %	24
Sri Lanka	14,27	1963	C		Ensemble du pays	10 341	0,1	Cataracte, glaucome, maladies de la cornée, lésions du fond d'oeil, myopie	28
		1975	E		Ensemble du pays	13 800	0,1	Cataracte 45,8 %, maladies de la cornée 30 %, glaucome 7,7 %, traumatisme 6,7 %	22
Turquie	40,16	1965	C		32 = ensemble du pays	38 178	0,1		9
Yémen	6,87	1960	E		4,5 = ensemble du pays	180 000	4,0	Glaucome 14,7 %, maladies de la cornée 12 %, ptosis du globe 8 %, amblyopie 4 %, ovérite 1,3 %, décollement de la rétine 0,7 %	9
Yémen démocratique	1,75	1975	S		3042, zones rurales	108	3,6		16

Notes explicatives, voir p. 12.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Europe									
Allemagne, République Fédérale d'	61,50	1977	R	3	Ensemble du pays	65 000	0,1		8
Autriche	7,51	1967	R		Ensemble du pays	11 003	0,2		13
Belgique	9,89	1963	R		Ensemble du pays	4 779	0,05		13
Bulgarie	8,76	1970	S	4	Ensemble du pays	3 312	0,04	Maladies héréditaires 27,7 %, maladies inflammatoires 18,8 %, glaucome 16,3 %	24
Danemark	5,07	1970	R		Ensemble du pays	9 350	0,2		13
Finlande	4,73	1967	S		Ensemble du pays	3 345	0,7		13
Gibraltar	0,03	1961	C	5	20 000, ensemble du territoire	141	0,7		9
Hongrie	10,00	1973	E		Ensemble du pays	25 000	0,2		29
Italie	56,19	1963	E		Ensemble du pays	>100 000	>0,2		9
Luxembourg	0,36	1966	R		Ensemble du pays	204	0,06		13
Malte	0,30	1970	R		Ensemble du pays	570	0,2	Myopie 19,4 %, cataracte 18,7 %, glaucome 17,7 %, diabète 16,9 %, trachome 12,9 %, atrophie optique 7,5 %, uvéite 2,1 %, traumatisme 1,8 %	13
Monaco	0,02	1973	C		Ensemble du pays	565	0,2		30
Pologne	34,36	1970	E		Ensemble du pays	15	0,07		13
Portugal	9,45	1969	R		32,6 m ensemble du pays	21 523	0,07		13
Roumanie	21,45	1960	C		8,8 m ensemble du pays	8 225	0,1		9
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	55,93	1969	R		20,7 m ensemble du pays	15 918	0,08		13
Suède	8,22	1968	R		Ensemble du pays	116 414	0,2		13
Suisse	6,35	1977	R	9	8,0 m ensemble du pays	15 716	0,2		13
		1969	E		Ensemble du pays	27 650	0,3		8
					Ensemble du pays	9 000	0,1		13

Notes explicatives : voir p. 12.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Océanie									
Australie	13,64	1968	E	B	Ensemble du pays, sauf Victoria	18 821	0,2		13
		1978	E		Ensemble du pays	28 000	0,2		8
Fidji	0,58	1969	S		20 000, Nadroga, Division occidentale	50	0,3		8
		1976	R		Ensemble du pays	392	0,07	Trachome 20,9 %, opacités cornéennes 13,5 %, glaucome 12,2 %, traumatisme 9,4 %, affections congénitales 8,7 %, atrophie optique 7,9 %	
Polynésie française	0,13	1970	R			96	0,1		13
Tahiti et Îles du Vent			R		70 000				
Nouvelle-Calédonie			R		110 000	30	0,03		
Nouvelle-Zélande	3,14	1968	R		2,7 m ensemble du pays	3 687	0,1		13
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2,83	1975	E	1	Ensemble du pays	12 500	0,4		31

Notes explicatives : voir p. 12.

## SOURCÈS DES DONNEES

1. Médecine tropicale, 1972, 32, 427-433
2. Données OMS inédites, 1977
3. Congrès international pour la prévention de la cécité, Le Caire, 1974
4. Document OMS EM/PBL/4, 1978
5. Document OMS EM/OPHTHAL/5, 1976
6. Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 1965, 68, 77-84
7. MOYO, Blantyre, 1977, 9, 2-7
8. Données OMS inédites, 1978
9. Rapport épidémiologique et démographique, 1966, 19, 437-511
10. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 1968, 39, 497-545
11. Document OMS VIR/PBL/75.1, 1975
12. Bulletin of the Ophthalmological Society of Egypt, 1976, 69, 629-633
13. Document OMS A25/10, 1972
14. East African Medical Journal, 1970, 47, 30-37
15. Fédération internationale des Aveugles, Deuxième Congrès mondial des Aveugles, Berlin, 1974
16. Données OMS inédites, 1976
17. Royal Commonwealth Society for the Blind, 1964
18. Données OMS inédites, 1973
19. Données inédites de l'OPS/OMS, 1977
20. Public Health Reviews, 1974, 3, 1-37
21. National Society for the Prevention of Blindness, New York, 1974
22. Document OMS SEA/OPHTHAL/10, 1976
23. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 1976, 7, 470-481
24. Conférence sur la Prévention des atteintes de la vision et de la cécité, Paris, 1974
25. Journal of the Indian Medical Association, 1976, 67, 234
26. Organisation mondiale pour la Promotion sociale des Aveugles, The Asian Blind N° 9, 1976
27. Document OMS EM/TRACH/47, 1966
28. A national programme for the prevention of visual impairment and blindness, Ministry of Health, Colombo, 1978
29. Document OMS EURO 8401, 1973
30. Document OMS EURO 8404, 1974
31. Papua New Guinea Medical Journal, 1975, 18, 79-82

LISTE DES PARTICIPANTS

Membres du groupe consultatif

Professeur L. P. Agarwal	Chief Organizer, Dr Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences, <u>New Delhi</u> , Inde
Sheikh Abdullah M. Al-Ghanim	President, the Regional Bureau of the Middle East Committee for the Welfare of the Blind, <u>Riyad</u> , Arabie Saoudite
Dr W. Fougère	Directeur, Bureau de Nutrition, <u>Port-au-Prince</u> , Haïti
Dr D. A. Henderson	Dean, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, <u>Baltimore</u> , Etats-Unis d'Amérique
Professeur B. R. Jones (Président)	Director, Department of Clinical Ophthalmology, Institute of Ophthalmology, University of London; Director, Centre collaborateur OMS pour le trachome et les autres infections à chlamydia, <u>London</u> , Angleterre
Dr C. Kupfer	Director, National Eye Institute, National Institutes of Health, <u>Bethesda</u> , Etats-Unis d'Amérique
Professeur I. F. Maitchouk	Chef du Département des maladies virales et allergiques des yeux, Institut Helmholtz de Recherche en Ophtalmologie, <u>Moscou</u> , URSS
Dr A. Maumenee*	Director, The Wilmer Institute, Johns Hopkins Hospital, <u>Baltimore</u> , Etats-Unis
Professeur A. Nakajima (Vice-Président)	Chef du Département d'Ophtalmologie, Ecole de Médecine de l'Université Juntendo, <u>Tokyo</u> , Japon
Dr R. Pararajasegaram	Président régional pour l'Asie du Sud-Est, Organisation mondiale contre la Cécité, <u>Colombo</u> , Sri Lanka
Professeur C. O. Quarcoopome	Department of Ophthalmology, University of Ghana Medical School, <u>Accra</u> , Ghana
Mme E. Molina de Stahl	Presidenta, Comité Nacional Pro-Ciegos y Sordomudos, <u>Guatemala</u> ; Presidenta, Comité Latinoamericano de Servicios para Ciegos y Deficientes visuales, <u>Guatemala</u> , Guatemala
Sir John Wilson	Président, Organisation mondiale contre la Cécité; Director, Royal Commonwealth Society for the Blind, <u>Haywards Health</u> , Angleterre

\* N'a pu être présent.

Représentants d'autres organisations

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance	Dr L. J. Teply, Nutritionniste principal, <u>New York</u> , Etats-Unis d'Amérique
Organisation internationale du Travail	M. K. Gunther, Section de la Réadaptation professionnelle, <u>Genève</u> , Suisse
<u>Organisations non gouvernementales en relations avec l'OMS</u>	
Organisation mondiale contre la Cécité	Dr V. Clemmesen, Secrétaire, <u>Naestved</u> , Danemark
Organisation internationale contre le Trachome	Professeur G. Coscas, Président, <u>Créteil</u> , France
Union internationale des Sciences de la Nutrition	Dr A. Pirie, Nuffield Laboratory of Ophthalmology, <u>Oxford</u> , Angleterre
Organisation mondiale pour la Promotion sociale des Aveugles	Mme D. de Gouvea Nowill, Vice-Président, <u>São Paulo</u> , Brésil

Secrétariat

Dr J. O. Bond	Maladies transmissibles, Bureau régional pour les Amériques, OPS/OMS, <u>Washington DC</u> , Etats-Unis d'Amérique
Dr C. R. Dawson (Rapporteur)	Codirecteur, Centre collaborateur OMS de référence et de recherche pour le trachome et autres infections à chlamydia, <u>San Francisco</u> , Etats-Unis d'Amérique (conseiller temporaire)
Dr P. J. Delon	Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles, OMS, <u>Genève</u> , Suisse
Dr E. M. DeMaeyer	Nutrition, OMS, <u>Genève</u> , Suisse
Dr B. O. L. Duke	Infections filariennes, OMS, <u>Genève</u> , Suisse
Dr H. Koudry	Programme des systèmes d'information, OMS, <u>Genève</u> , Suisse
Dr R. Krastev	Diffusion des informations statistiques, OMS, <u>Genève</u> , Suisse
Dr N. V. K. Nair	Nutrition, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, <u>Manille</u> , Philippines
Dr B. Nizetic	Promotion et développement de la recherche, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, <u>Copenhague</u> , Danemark
Dr V. Parisi	Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, <u>Alexandrie</u> , Egypte

Dr M. L. Tarizzo	(Secrétaire)	Prévention de la Cécité, OMS, <u>Genève</u> , Suisse
Dr B. Thylefors		Programme de Lutte contre l'Onchocercose, <u>Ouagadougou</u> , Haute-Volta
Dr A. Zahra		Directeur de la Division des Maladies transmis- sibles, OMS, <u>Genève</u> , Suisse

= = =