

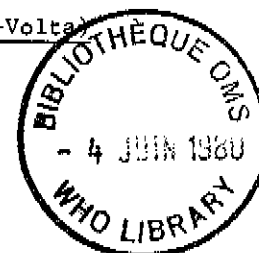


GROUPE CONSULTATIF DU PROGRAMME OMS DE PREVENTION DE LA CECITE

Rapport de la deuxième réunion, Ouagadougou (Haute-Volta)

18-21 février 1980

Sommaire



	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION .....	2
2. PRESENTATION DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE .....	2
3. TOUR D'HORIZON DES ACTIVITES .....	3
3.1 Informations relatives au Programme de prévention de la cécité .....	3
3.2 Données sur la cécité .....	4
3.3 Banque de données sur la cécité .....	4
3.4 Protocole de recherche - Cécité au Mali .....	4
3.5 Cécité au Soudan .....	4
3.6 Onchocercose en Amérique centrale .....	4
3.7 Méthodes d'évaluation de la cécité .....	4
3.8 Programme de recherche sur la lutte contre l'avitaminose A et la xérophtalmie .....	4
3.9 Rétinopathie provoquée par la chloroquine .....	5
3.10 Elaboration de programmes de santé nationaux .....	5
4. MOBILISATION DE RESSOURCES .....	5
5. FORMATION DE PERSONNEL AUXILIAIRE DE SOINS OCULAIRES .....	6
6. DESIGNATION ET FONCTIONS DES CENTRES COLLABORATEURS DE L'OMS POUR LA PREVENTION DE LA CECITE .....	7
7. COMPOSITION DU GROUPE CONSULTATIF DU PROGRAMME .....	8
8. DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION .....	8
ANNEXE I. PROPOS LIMINAIRES DE M. BAZIN, DIRECTEUR DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE .....	9
ANNEXE II. MESSAGE DU DR MAHLER, DIRECTEUR GENERAL DE L'OMS .....	10
ANNEXE III. ORDRE DU JOUR .....	11
ANNEXE IV. LISTE DES PARTICIPANTS .....	12
ANNEXE V. LISTE DES DOCUMENTS DE TRAVAIL ET DES DOCUMENTS DE REFERENCE .....	14
ANNEXE VI. MANDAT REVISE DU GROUPE CONSULTATIF DU PROGRAMME .....	15

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

## 1. INTRODUCTION

La deuxième réunion du Groupe consultatif du Programme (GCP) de prévention de la cécité s'est tenue du 18 au 21 février 1980, au siège du Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP), à Ouagadougou (Haute-Volta).

La réunion a été ouverte par M. M. Ls. Bazin, Directeur d'OCP (annexe I) et l'on a donné lecture d'un message du Directeur général de l'OMS (annexe II).

Le Professeur C. O. Quarcoopome a été élu Président, le Professeur B. R. Jones, Vice-Président et le Dr R. Pararajasegaram, Rapporteur.

Le projet d'ordre du jour a été adopté sans modification (annexe III).

## 2. PRÉSENTATION DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE

Le Directeur du Programme de lutte contre l'onchocercose a brièvement passé en revue l'historique, les structures administratives, les activités et les ressources budgétaires du Programme dans la région du bassin de la Volta. Ce programme intéresse sept pays de la région et s'étend sur une superficie de 720 000 km<sup>2</sup>. La principale activité du programme, la lutte antivectorielle, a débuté en février 1975.

Le Directeur a indiqué les secteurs dans lesquels une collaboration pouvait s'établir avec le Programme OMS de prévention de la cécité. Parmi ceux-ci figurent le recueil de données sur la morbidité oculaire et la cécité, la formation de personnel auxiliaire originaire des pays intéressés, et la diffusion de données de recherche pouvant provenir d'OCP.

Le Dr B. Thylefors a rendu compte de l'évaluation épidémiologique et ophtalmologique du Programme à laquelle on procède actuellement et en a donné quelques résultats concernant les effets de la lutte antivectorielle sur l'onchocercose. Des études de contrôle menées dans l'aire du programme ont montré que moins de 1 % des enfants nés depuis le début de la campagne antivectorielle sont atteints d'onchocercose par rapport à une proportion de 10 à 30 % pour le même groupe d'âge avant le début de la campagne. Dans les secteurs où la lutte antivectorielle s'opère de façon satisfaisante, c'est-à-dire dans 75 % de l'aire OCP, aucun enfant infecté de moins de trois ans n'a été découvert. En outre, on semble observer une tendance à la stabilisation relative des lésions oculaires dans la population précédemment infectée. La tendance à sous-estimer le nombre des aveugles en Afrique, particulièrement dans les zones d'endémie onchocercarienne, a été soulignée; le problème des données de recensement peu fiables et la possibilité d'une réduction de l'espérance de vie pour l'aveugle n'en revêtent que plus d'importance. Il faut également tenir compte des conséquences de plus en plus graves de la perte de la vision dans les communautés africaines traditionnelles où des techniques modernes pénètrent actuellement. L'Unité d'évaluation épidémiologique d'OCP procède à des recherches appliquées sur les aspects épidémiologiques et cliniques de l'onchocercose et effectue notamment certains essais thérapeutiques.

Le problème de la réadaptation de l'aveugle dans l'aire OCP a été soulevé et le Directeur du Programme a expliqué que si ce problème n'était pas du ressort d'OCP, celui-ci s'en était déjà préoccupé et avait joué un rôle en s'efforçant d'inciter les autorités nationales à s'intéresser aux activités menées dans ce domaine. Un comité national pour la réadaptation de l'aveugle a été récemment constitué en Haute-Volta.

Le Dr J. Davies a traité du problème posé par les mouches qui envahissent l'aire OCP. Il a expliqué que ce phénomène avait été constaté pour la première fois au début de la première saison humide faisant suite au commencement du traitement à l'insecticide, époque à laquelle de grandes quantités de mouches firent leur apparition le long des cours d'eau traités dans le sud-ouest de l'aire OCP. Des recherches effectuées pendant les années qui suivirent ont montré que l'invasion est le fait de deux espèces des six membres courants du complexe Similium damnosum et que les mouches semblent arriver avec la progression en direction du nord-est des vents de la mousson humide. L'extension de l'aire du programme vers le sud, de manière à englober tous les gîtes larvaires connus de ces deux espèces en Côte d'Ivoire pendant l'année

1979, a considérablement réduit l'importance de l'invasion. Une situation analogue existe au Togo et au Bénin, bien qu'à une échelle moindre.

Il a également été expliqué qu'il fallait normalement qu'un individu soit piqué à plusieurs reprises par des mouches infectées pour devenir à son tour infecté, bien qu'il soit théoriquement possible d'être infecté à la suite d'une seule piqûre. Dans une zone d'hyperendémicité située dans la savane, environ 4 % des S. damnosum qui piquent peuvent être porteuses de larves infectantes d'Onchocerca.

Au cours de la discussion, on a fait allusion à la réapparition de l'onchocercose dans des foyers où la maladie avait été vaincue en Ouganda. Si de telles informations étaient confirmées, elles auraient des conséquences graves et obligeraient à des interventions particulières.

Il a également été fait mention de l'intérêt manifesté dans différents pays pour l'adoption de mesures de lutte dans des secteurs non couverts par le Programme.

Le groupe a pris note avec intérêt des efforts faits par le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) pour découvrir un microfilaricide plus satisfaisant pour le traitement de l'onchocercose.

Afin de poursuivre les activités de recherche et de lutte dans le domaine de l'onchocercose oculaire, le groupe a souligné combien il était important de renforcer la coopération et les liaisons déjà étroites entre OCP, TDR, l'Unité OMS des Infections filariennes et le Programme OMS de prévention de la cécité.

Le groupe a été tout particulièrement sensible à la possibilité qui lui était offerte de tenir cette réunion au siège du Programme de lutte contre l'onchocercose et de se familiariser ainsi avec les activités de ce programme. Le groupe est tout à fait favorable à la poursuite de cette coopération et en attend beaucoup.

### 3. TOUR D'HORIZON DES ACTIVITES

Le groupe consultatif a été favorablement impressionné par le bon départ pris par le Programme OMS de prévention de la cécité au cours du bref délai écoulé depuis sa dernière réunion tenue à Genève ainsi que par la mise sur pied d'activités dans toutes les Régions. Il a pris conscience du surcroît de travail qu'un tel effort suppose et il a instamment demandé que l'on renforce le Programme au niveau central. Le groupe a noté avec satisfaction que le Programme recevrait très prochainement un renfort de personnel spécialisé.

Le GCP a de nouveau insisté sur la nécessité de renforcer également l'action au niveau régional grâce à la mise sur pied de groupes consultatifs régionaux et, peut-être, à l'affectation au Programme de personnel OMS à plein temps dans les bureaux régionaux.

#### 3.1 Informations relatives au Programme de prévention de la cécité

Le GCP a convenu qu'il fallait publier et diffuser la grande quantité d'informations qui a déjà été recueillie. Il a été informé des mesures prises par le Programme pour réaliser cet objectif très important. Il s'est déclaré sensible à l'offre formulée par les organisations non gouvernementales d'apporter leur concours dans ce domaine et a noté que l'Organisation mondiale contre la Cécité publierait prochainement un volume contenant des documents et des informations sur la prévention de la cécité.

Le Secrétariat a prié les membres du groupe d'envoyer à l'OMS des données pertinentes destinées à être utilisées dans les modules d'informations qui pourront être préparés en vue d'une diffusion.

### 3.2 Données sur la cécité

Le GCP a noté que la première compilation de données sur la cécité avait été publiée et largement diffusée. Le premier supplément à cette compilation a été préparé pour donner suite à une recommandation formulée par le groupe à sa première réunion. On a estimé que ces compilations répondent à un besoin important malgré les différences existant dans la signification de certains des chiffres, et les membres du groupes sont convenus de fournir des chiffres actualisés dès que ceux-ci seraient disponibles. Le GCP a estimé qu'il fallait poursuivre les activités dans ce domaine.

### 3.3 Banque de données sur la cécité

Le GCP est convenu de la création d'une banque de données correspondant à la description figurant dans le rapport présenté à la réunion. Il a estimé que cette fonction pourrait ultérieurement être assurée par un ou plusieurs des centres collaborateurs de l'OMS.

### 3.4 Protocole de recherche - Cécité au Mali

En exécution d'un contrat conclu par l'OMS avec le National Eye Institute, NIH, Bethesda (Etats-Unis d'Amérique), il est prévu d'entreprendre des études épidémiologiques dans un certain nombre de pays. Un protocole de recherche relatif à l'organisation d'une telle étude au Mali, ainsi que des informations de base sur la cécité au Mali, ont été soumis à l'examen du groupe. Celui-ci a approuvé les activités exposées dans le protocole de recherche.

### 3.5 Cécité au Soudan

Le GCP a été informé des activités récemment entreprises au Soudan dans le domaine de la prévention de la cécité. Cette action, qui est plus particulièrement axée sur les foyers d'onchocercose, s'exécute avec la participation du Centre collaborateur de l'OMS pour la prévention de la cécité de Londres. Le GCP a exprimé son soutien à un programme de soins oculaires complets entrepris au Soudan dans le cadre d'un plan national de lutte contre l'onchocercose et la cécité évitable dans les régions méridionales du Soudan.

### 3.6 Onchocercose en Amérique centrale

Le GCP a pris note de l'acquisition récente selon laquelle l'espèce S. ochraceum, dont les habitudes en matière de reproduction sont caractéristiques, est le seul vecteur important qui intervienne dans la transmission de l'onchocercose au Guatemala et au Mexique, et que cette espèce peut être détruite par des larvicides.

Le GCP a appuyé les efforts faits dans ce sens pour appuyer d'autres activités de lutte en cours.

### 3.7 Méthodes d'évaluation de la cécité

Le GCP a examiné le rapport de la réunion du groupe d'action tenue à San Francisco en décembre 1979. Ce document constitue une excellente source de renseignements qui fait autorité en matière de méthodes d'évaluation. Toutefois, on a souligné qu'il était souhaitable que les statisticiens soient associés à la planification des enquêtes. Le GCP a recommandé que les sections théoriques consacrées, dans le corps du rapport, au sondage aléatoire simple et aux effets du sondage en grappes figurent en annexe afin d'améliorer l'équilibre d'ensemble du document.

Le GCP est d'accord pour que ce document soit publié après mise au point du texte.

### 3.8 Programme de recherche sur la lutte contre l'avitaminose A et la xérophtalmie

Une réunion d'un groupe d'action de l'OMS, constitué à la suite d'une suggestion formulée par le groupe consultatif du Programme, s'est tenue en novembre 1979. Cette réunion interdisciplinaire a défini des secteurs de recherche prioritaires. Le rapport de ce groupe d'action a

innové en donnant la priorité absolue à l'augmentation de l'apport de vitamine A, provenant notamment de légumes naturels, grâce à l'étude de la disponibilité en caroténoïdes ainsi que des facteurs qui limitent leur consommation et des méthodes permettant d'accroître celle-ci. Dans ce groupe prioritaire, on a retenu les différentes options possibles pour assurer une distribution efficace des suppléments périodiques de vitamine A et réaliser un rapport optimal fréquence/dose.

Parmi les autres secteurs de recherche figurent l'évaluation épidémiologique, l'action sur les facteurs qui entravent l'assimilation de la vitamine A, l'avitaminose A latente, l'évaluation des programmes et la détermination des effets des programmes d'intervention sur la prévention de la cécité.

### 3.9 Rétinopathie provoquée par la chloroquine

Outre l'effet cumulatif de la chloroquine prise pendant une longue période de temps à titre de prophylaxie antipaludique, l'utilisation abusive de la chloroquine dans le traitement des états fébriles non diagnostiqués peut contribuer à une perte irréversible de la vision par rétinopathie.

Le GCP prend acte de l'initiative qui a été prise de mener des recherches dans ce domaine en collaboration avec le programme OMS d'action antipaludique et en vue de la diffusion d'informations sur ce sujet.

### 3.10 Elaboration de programmes de santé nationaux

Le groupe a noté avec satisfaction que le Centre des Sciences ophtalmologiques "Dr Rajendra Prasad" de New Delhi, agissant en tant que Centre collaborateur de l'OMS pour la prévention de la cécité, a déjà aidé le Népal et le Sri Lanka à élaborer des programmes nationaux de prévention de la cécité et a entrepris d'initier du personnel de ces deux pays en exécution partielle des tâches qui lui sont assignées.

## 4. MOBILISATION DE RESSOURCES

Le GCP a pris connaissance des progrès satisfaisants réalisés à l'échelle mondiale par les programmes de prévention de la cécité au cours de la dernière décennie, ainsi que de la progression particulière du nombre et de l'étendue des programmes au cours des cinq dernières années, évolution qui a coïncidé avec la mise sur pied du Programme OMS de Prévention de la Cécité et la création de l'Organisation mondiale contre la Cécité.

On a convenu qu'à l'avenir le développement de ces activités devrait faire l'objet d'une évaluation car on estime que l'évolution ultérieure ne sera pas limitée par l'absence de moyens potentiels en général et de crédits en particulier, mais par l'absence de définition des priorités existantes ou par le fait que, dans un certain nombre de pays, les autorités nationales n'auront pas pris les engagements nécessaires. Or, il s'agit là de préalables indispensables à la formulation de programmes nationaux orientés vers l'action et capables d'attirer des ressources.

En conséquence, le groupe a formulé les recommandations suivantes :

- 1) Etablir un inventaire de l'aide et des moyens mis à la disposition de la prévention de la cécité au titre de crédits budgétaires et extrabudgétaires de l'OMS, d'accords bilatéraux et de mécanismes de financement des ONG et autres.
- 2) Mettre sur pied un comité chargé de :
  - a) dresser à l'échelle mondiale un inventaire des programmes actuellement entrepris en vue de prévenir la cécité;
  - b) élaborer un cadre pour la planification de l'action future du Programme de Prévention de la Cécité, en tenant compte du programme à moyen terme d'ores et déjà préparé par le Programme OMS de Prévention de la Cécité;

- c) évaluer les besoins et les possibilités dans le domaine de la prévention de la cécité;
  - d) estimer grosso modo le coût de la prévention de la cécité par secteurs de programme, c'est-à-dire : cécité d'origine nutritionnelle, onchocercose, maladies oculaires transmissibles et cataracte;
  - e) élaborer des estimations des rapports coût/avantages correspondant à ces secteurs de programme;
  - f) envisager des recommandations visant à renforcer le potentiel de développement des programmes OMS de prévention de la cécité aux niveaux mondial et régional;
  - g) évaluer les incidences des besoins en ressources des programmes nationaux de prévention de la cécité à l'étude ou en cours d'exécution dans environ 45 pays.
- 3) Le GCP a noté qu'il existait une possibilité particulière de mettre sur pied un programme élargi de lutte contre les maladies oculaires transmissibles analogue, de par sa structure et ses dimensions, au Programme de Lutte contre l'Onchocercose. En fait, un tel programme de lutte contre les maladies oculaires transmissibles pourrait être soumis, en vue de l'obtention d'un éventuel concours financier, à l'examen de certains pays producteurs de pétrole, dans le cadre des activités d'ensemble qu'ils entreprennent en faveur des pays en développement. Grâce à la mobilisation de tels moyens, d'importants investissements pourraient être faits en vue d'élaborer un programme de lutte contre les maladies oculaires transmissibles susceptible d'entraîner une réduction décisive des maladies entraînant la cécité au bout d'une période de cinq à dix ans dans les pays visés par leurs activités.

On espère qu'un rapport concernant les différents points ci-dessus pourra être diffusé aux membres du groupe consultatif du Programme de Prévention de la Cécité pour novembre 1980 afin de pouvoir être examiné à la prochaine réunion annuelle. Cela permettrait d'entreprendre sa mise en oeuvre en mai 1981. Il est bien certain que la mise en oeuvre de certaines de ces activités pourrait être plus opportunément entreprise par des voies extra-gouvernementales et sans que des engagements soient dès à présent pris au niveau officiel.

Il est donc suggéré que l'Organisation mondiale contre la Cécité prenne les initiatives nécessaires, en consultation avec d'autres organismes non gouvernementaux selon qu'il conviendra pour l'exécution de ces propositions.

## 5. FORMATION DE PERSONNEL AUXILIAIRE DE SOINS OCULAIRES

Le rapport de la réunion du groupe d'action qui s'est tenue en mars 1979 constitue un point de départ pour l'élaboration de programmes pour la formation de personnel auxiliaire de soins oculaires dans différents pays. Cette réunion du groupe d'action a jugé impossible d'aller au-delà de directives générales étant donné que les besoins différeront selon les pays.

On dispose d'exemples particuliers de programmes en cours dans certains pays tels que le Guatemala, l'Inde et le Kenya. Il conviendrait d'adjoindre une description de ces programmes de formation sous la forme d'une annexe au rapport de la réunion du groupe d'action car ces programmes ont fait leurs preuves et d'autres pays peuvent envisager de les adapter.

Le GCP est convenu de ce qui suit :

1. En se servant du rapport du groupe d'action comme ligne directrice, chaque programme national peut développer ou modifier le programme d'étude actuellement utilisé pour la formation du personnel auxiliaire chargé des soins oculaires.
2. Il conviendrait de dresser une liste du matériel d'enseignement et des programmes de cours actuellement disponibles, en donnant une description succincte du contenu et en indiquant l'endroit où ils peuvent être obtenus.
3. Sous réserve d'une formation et d'un encadrement adéquats, le personnel auxiliaire peut accomplir de nombreux actes de soins oculaires préventifs et thérapeutiques. Parmi ceux-ci pourraient notamment figurer, le cas échéant, des actes chirurgicaux.

4. Dans les décisions qui seront prises quant au contenu des cours de formation destinés au personnel auxiliaire, il conviendra de tenir compte des renseignements recueillis à l'occasion des évaluations préliminaires. De la sorte, les compétences acquises correspondront aux problèmes qui se posent dans la population cible.

5. Dans les collectivités où il n'existe pas de services de soins de santé primaires mais où la cécité pose un problème grave, il conviendra de préparer des agents de village à exécuter des actes de soins oculaires analogues à ceux que l'on juge bon d'enseigner aux agents de santé primaires. Cette formation pourra jouer le rôle d'un point d'appui servant à motiver les collectivités en vue de la mise en place ultérieure de systèmes généraux de soins de santé primaires.

6. En ce qui concerne la fourniture de soins oculaires simples au niveau de la collectivité, il est indispensable d'obtenir la coopération active des dirigeants de la collectivité, des enseignants, des assistants sociaux, etc., et, le cas échéant, celle des guérisseurs traditionnels.

#### 6. DESIGNATION ET FONCTIONS DES CENTRES COLLABORATEURS DE L'OMS POUR LA PREVENTION DE LA CECITE

Un rapport succinct a été communiqué sur la désignation et les fonctions de centres collaborateurs de l'OMS pour la prévention de la cécité. Dans la limite de leurs contraintes programmatiques et budgétaires, ces centres ont accepté de s'assigner les objectifs provisoires suivants :

1. Participer activement au développement des activités de prévention de la cécité en accordant une attention plus particulière à certains domaines ou approches.
2. Offrir des possibilités pour la formation du personnel à différents niveaux de spécialisation, notamment de personnels provenant de pays en développement.
3. Organiser des recherches appliquées de terrain sur les aspects épidémiologiques, méthodes de lutte et organisation des programmes visant à réduire la cécité évitable.
4. Favoriser une approche pluridisciplinaire dans la promotion de la santé oculaire et de la fourniture de soins oculaires à tous.
5. Participer à la collecte, à l'élaboration et à la distribution d'informations pertinentes.
6. Assurer sur demande les services consultatifs et les compétences techniques qui pourront s'avérer nécessaires.

Une liste des activités entreprises dans les dix premiers centres a été fournie. De ces premières informations, il ressort que les domaines de spécialisation et d'intérêt vont de la formation sur le terrain à l'enseignement hautement spécialisé dans les domaines de l'épidémiologie, des statistiques, de la microbiologie, de la nutrition et autres. Le groupe consultatif est d'avis qu'il faut inciter ces centres à faire ce qu'ils font le mieux tout en assurant une formation pluridisciplinaire de base, théorique et pratique, pour la prévention de la cécité.

Toutefois, si l'on veut que ces centres soient utilisés le plus efficacement possible, on a estimé qu'il conviendrait de préparer une documentation détaillée et de la diffuser largement.

S'il est entendu que chacun de ces centres assurera une formation pluridisciplinaire en matière de lutte contre la cécité, il n'en est pas moins souhaitable de posséder une liste des principaux domaines d'intérêt et activités de chacun d'eux. Dans un souci d'uniformité, il conviendrait d'établir une sorte de fiche comportant les renseignements suivants :

1. Personnel, avec mention de la formation et des domaines d'intérêt de chacun des membres du personnel. Les renseignements porteraient sur le personnel de tout niveau et les consultants actifs.
2. Infrastructure, y compris les moyens d'enseignement, les dispensaires et laboratoires dans les différentes disciplines (ophtalmologie, épidémiologie, biostatistiques, nutrition, microbiologie, administration, planification sanitaire, organisation d'essais sur le terrain, essais cliniques, etc.).

3. Possibilité de participation active aux travaux de terrain.
4. Collaboration avec d'autres établissements.
5. Projets de recherche en cours.
6. Projets de prestation de soins de santé en cours.
7. Cours de formation offerts, conditions d'admission, frais de scolarité.
8. Possibilités de bourses, origine des bourses et conditions d'attribution.
9. Description des traits saillants du programme.

D'après le rapport préliminaire, il est évident qu'il existe plusieurs secteurs fructueux de collaboration et de coordination entre les centres collaborateurs de l'OMS eux-mêmes. Cette collaboration et cette coordination, ainsi que les autres fonctions des centres, peuvent être facilitées par l'organisation de réunions régulières des directeurs des centres et par la transmission à l'OMS de rapports annuels succincts, s'ajoutant aux rapports plus détaillés produits à la fin de la période triennale de désignation.

Le GCP a recommandé que les bureaux régionaux de l'OMS ou les gouvernements des pays dans lesquels ces centres collaborateurs sont installés envisagent la possibilité de financer ces réunions.

Il conviendrait également de privilégier tout particulièrement les actions de coopération entre les centres collaborateurs de l'OMS et les organisations non gouvernementales et autres dans des domaines pertinents tels que la filariose, la nutrition et l'agriculture.

On a attiré l'attention sur la nécessité d'élaborer du matériel d'enseignement pour les étudiants en médecine et le personnel de terrain. Il faut espérer que les centres collaborateurs dresseront des inventaires du matériel d'ores et déjà disponible et faciliteront son évaluation et sa distribution. Ces inventaires devraient également être largement diffusés.

#### 7. COMPOSITION DU GROUPE CONSULTATIF DU PROGRAMME

Le GCP a estimé que l'article 3 de son mandat gagnerait en clarté si on le reformulait de la façon suivante :

"Les membres seront nommés pour deux ans, avec possibilité de reconduction pour deux autres mandats au maximum. La possibilité d'une nouvelle nomination ne sera examinée qu'après expiration d'un délai de deux ans à partir de la date d'échéance d'un mandat précédent, quelle que soit sa durée. Dans la reconduction des mandats en cours, il sera tenu compte de l'opportunité d'un renouvellement d'approximativement un tiers du groupe tous les deux ans."

Conformément à son mandat, le GCP a recherché le meilleur moyen de faciliter la continuité tout en assurant la rotation souhaitée des membres.

Quatre membres du groupe ont formulé le souhait de ne pas voir leur mandat reconduit à la fin de 1980. Le Secrétariat proposera au Directeur général de l'OMS de nommer trois nouveaux membres, en tenant compte des désignations présentées par le GCP, et conformément à l'article 2 du mandat.

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

Il a été convenu que la prochaine réunion du GCP se tiendrait conjointement avec la réunion interrégionale OMS sur la prévention de la cécité, prévue pour 1981.

Il a été en outre convenu que la réunion aurait lieu en février et que la semaine commençant le 9 février 1981 serait une période appropriée.

Le GCP a estimé qu'étant donné la complexité des dispositions à prendre et du soutien nécessaire, il serait souhaitable d'organiser la réunion dans un des bureaux régionaux de l'OMS, si possible à New Delhi.

## PROPOS LIMINAIRES DE M. BAZIN, DIRECTEUR DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE

Mesdames et Messieurs,

Je suis très heureux de pouvoir vous accueillir à Ouagadougou pour cette importante deuxième réunion du groupe consultatif du programme OMS de prévention de la cécité. Il me semble tout à fait opportun que cette réunion se tienne dans la salle de conférence du Programme OMS de lutte contre l'Onchocercose qui est non seulement la plus vaste opération de ce genre en Afrique mais se trouve également à la pointe de l'action menée contre l'une des causes les plus fréquentes de cécité en Afrique occidentale. Les enquêtes épidémiologiques et ophtalmologiques commencent à montrer que le Programme, par ses effets continus sur le vecteur, réalise l'objectif et remporte le succès souhaités. Toutefois, nous sommes conscients qu'il n'est qu'une mince lueur d'espoir dans la situation mondiale complexe qui vous préoccupe. L'étiologie de la cécité est si diverse qu'elle rend votre tâche colossale.

Lorsqu'on a vécu depuis quelque temps dans une région comme celle-ci où le spectacle de la cécité est si courant, et lorsqu'on se rend compte qu'il y a si peu, sinon rien à faire pour ceux qui ont perdu la vue, il semble tout à fait normal que votre groupe se préoccupe d'abord et avant tout de prévenir la cécité plutôt que de la guérir. Dans le cas de l'onchocercose, en l'absence de médicaments adéquats, il n'est d'autre solution que la prévention. Si des mesures sont désormais prises en vue d'essayer de réadapter les aveugles dans cette région de l'Afrique occidentale, il n'en est pas moins extrêmement réconfortant de songer que la prochaine génération n'éprouvera plus les mêmes difficultés grâce aux efforts de prévention actuellement entrepris par le Programme, même si ces efforts sont extraordinairement coûteux. De même, c'est la prochaine génération qui récoltera le fruit de nos efforts à l'échelon du monde entier de manière à coïncider avec l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 que s'est fixé l'OMS.

Toutefois, ces efforts exigent des moyens humains et il est encourageant de constater l'importance accordée à la formation du personnel au point 5 de votre ordre du jour. L'expérience acquise par le Programme de Lutte contre l'Onchocercose a montré qu'on ne pouvait réussir que grâce au dévouement d'un personnel bien préparé à sa tâche et, pour ma part, à l'inverse de certains banquiers, je considère que l'argent consacré à la formation est un excellent investissement. Cependant, ce n'est qu'un premier obstacle à franchir et il faut très souvent passer au deuxième obstacle qui consiste à faire en sorte que ceux qui ont bénéficié de la formation aient ensuite la possibilité d'entreprendre une carrière qui en vaille la peine.

Votre ordre du jour est très rempli et je ne veux pas abuser de votre temps. J'espère que les moyens mis à votre disposition suffiront à vos besoins mais s'il est quoi que ce soit que je puisse faire pour assurer le succès de cette réunion, je vous prie de bien vouloir me le faire savoir.

Je souhaite que cette réunion vous soit très profitable et que vous vous plaisiez à Ouagadougou.

## MESSAGE DU DR MAHLER, DIRECTEUR GENERAL DE L'OMS

Je tiens à vous souhaiter la bienvenue à cette deuxième réunion du Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité et à vous remercier d'avoir accepté notre invitation.

Je tiens également à remercier M. Bazin, Directeur du Programme de Lutte contre l'Onchocercose, et ses collaborateurs d'avoir bien voulu accueillir cette réunion, confirmant ainsi une fois de plus les liens qui existent entre le Programme de Lutte contre l'Onchocercose et le Programme OMS de Prévention de la Cécité, programmes qui en dépit de différences tenant aux structures, aux moyens et objectifs, ont une préoccupation commune : la cécité évitable. Ayant accepté notre invitation, il vous sera d'ailleurs possible de voir certaines des activités menées par OCP et l'intérêt de cette réunion n'en sera que plus grand.

Comme vous le savez, l'Organisation mondiale de la Santé s'est assignée comme objectif la santé pour tous d'ici l'an 2000 et, pour y parvenir, elle a adopté une approche fondamentale "soins de santé primaires" qui a été définie à la Conférence d'Alma-Ata, en septembre 1978.

Le Programme de Prévention de la Cécité, créé en exécution de résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé, correspond à cet objectif et à cette approche. Il a été reconnu comme programme prioritaire pour la coopération technique et nous le considérons comme un élément faisant partie intégrante de notre engagement d'ensemble. Les résultats obtenus jusqu'à présent par ce programme justifient une certaine satisfaction et nous incitent à poursuivre et développer nos efforts.

Ces résultats n'ont été possibles que grâce à la participation active de personnes et d'institutions avec lesquelles l'Organisation a entretenu des rapports qui se sont révélés stimulants de part et d'autre. A cet égard, je voudrais mentionner, parmi les mécanismes qui ont été élaborés à cet effet, le Groupe consultatif du Programme lui-même, le réseau de centres collaborateurs de l'OMS pour la prévention de la cécité (qui en compte maintenant 10 en tout) ainsi que l'organisation de réunions régionales et de groupes d'action visant à arrêter des politiques et des programmes régionaux et à définir des méthodes et des critères.

Les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS jouent un rôle fondamental dans l'élaboration de notre programme. C'est tout particulièrement le cas de l'Organisation mondiale contre la Cécité mais aussi de la Fédération internationale des Sociétés d'Ophtalmologie, de l'Organisation internationale de Lutte contre le Trachome et de l'Organisation mondiale pour la Promotion sociale des Aveugles, et je suis heureux de constater que cette collaboration est actuellement renforcée par la formulation de plans en vue d'activités particulières menées en commun. Il m'est également agréable de remercier sincèrement les autres organisations gouvernementales et non gouvernementales qui ont contribué à l'élaboration de nos activités dans ce domaine en mettant à notre disposition des moyens supplémentaires. A cet égard, je tiens à mentionner le Fonds fiduciaire Sasakawa pour la Santé et le National Eye Institute, National Institutes of Health, des Etats-Unis d'Amérique.

Comme cela a été dit, le résultat le plus marquant de l'action menée jusqu'à ce jour dans ce domaine est probablement l'évolution psychologique qui s'est produite en matière de sensibilisation aux problèmes de la cécité. Celle-ci est de plus en plus considérée comme une affection qui, notamment dans les pays en développement, ne doit plus être perçue de façon fataliste comme un mal inévitable mais comme un problème que l'on peut au contraire aborder et, en partie, résoudre grâce à l'adoption de mesures relativement simples qui n'exigent pas nécessairement la disponibilité immédiate de personnes hautement spécialisées et d'une technologie d'avant-garde. Grâce à de telles mesures, des résultats concrets ont déjà été obtenus dans un certain nombre de pays. Par ailleurs, nous comptons également obtenir beaucoup des recherches - entreprises à la fois dans les pays en développement et les pays industrialisés - en vue de mettre au point de nouvelles méthodes susceptibles d'applications pratiques, et élargir ainsi davantage encore le champ de nos activités.

Pour conclure, je voudrais souhaiter, à vous tous réunis aujourd'hui à Ouagadougou, que cette réunion soit un grand succès.

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, Vice-Président et Rapporteur
3. Présentation du Programme de Lutte contre l'Onchocercose
4. Tour d'horizon des activités du programme
5. Formation du personnel
6. Rôle des centres collaborateurs de l'OMS pour la prévention de la cécité
7. Composition du Groupe consultatif du Programme
8. Lieu et date de la troisième réunion
9. Recommandations
10. Clôture de la réunion.

## LISTE DES PARTICIPANTS

Membres du groupe consultatif

Professeur L. P. Agarwal	Director, All-India Institute of Medical Sciences, <u>New Delhi, Inde</u>
Sheik Abdullah M. Al-Ghanim	President, the Regional Bureau of the Middle East Committee for the Welfare of the Blind, <u>Riyad, Arabie saoudite</u>
Dr W. Fougère	Directeur, Bureau de Nutrition, <u>Port-au-Prince, Haïti</u>
Dr D. A. Henderson*	Dean, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, <u>Baltimore, Etats-Unis d'Amérique</u>
Professeur B. R. Jones (Vice-Président)	Director, Department of Preventive Ophthalmology, Institute of Ophthalmology, University of London, <u>Londres, Angleterre</u>
Dr C. Kupfer	Director, National Eye Institute, National Institutes of Health, <u>Bethesda, Etats-Unis d'Amérique</u>
Professeur I. F. Maitchouk*	Chef du Département des Maladies virales et allergiques des yeux, Institut Helmholtz de Recherche en Ophthalmologie, <u>Moscou, URSS</u>
Dr A. Maumenee	The Wilmer Institute, Johns Hopkins Hospital, <u>Baltimore, Etats-Unis d'Amérique</u>
Professeur A. Nakajima*	Chef du Département d'Ophthalmologie, Ecole de Médecine de l'Université Juntendo, <u>Tokyo, Japon</u>
Dr R. Pararajasegaram (Rapporteur)	Président régional pour l'Asie du Sud-Est, Organisation mondiale contre la Cécité, <u>Colombo, Sri Lanka</u>
Professeur C. O. Quarcoopome (Président)	Department of Ophthalmology, University of Ghana Medical School, <u>Accra, Ghana</u>
Mme E. Molina de Stahl	Presidenta, Comité nacional Pro-Ciegos y Sordomudos, <u>Guatemala</u> ; Presidenta, Comité Latino-americano de Servicios para Ciegos y Deficientes visuales, <u>Guatemala, Guatemala</u>
Sir John Wilson	President, International Agency for the Pre- vention of Blindness; Director, Royal Common- wealth Society for the Blind, <u>Haywards Heath, Angleterre</u>

\* Empêché.

Représentants d'autres organisations

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Dr L. J. Teply, Nutritionniste principal,  
New York, Etats-Unis d'Amérique

Programme des Nations Unies pour le  
Développement

M. P. Molt, Représentant résident du PNUD en  
Haute-Volta,  
Ouagadougou, Haute-Volta

Mlle C. Yernaux, Administrateur de programme  
auxiliaire,  
Ouagadougou, Haute-Volta

Organisation internationale du Travail

M. A. G. Gustafsson, Conseiller sous-régional,  
Ouagadougou, Haute-Volta

Organisations non gouvernementales en relations avec l'OMS

Union internationale des Sciences de la  
Nutrition

Dr A. Pirie, Nuffield Laboratory of Ophthal-  
mology,  
Oxford, Angleterre

Organisation mondiale pour la Promotion  
sociale des Aveugles

M. I. Konaté, Président du Comité africain de  
l'OMPASA, Association malienne pour la Promotion  
des Aveugles,  
Bamako, Mali

Secrétariat

Dr B. O. L. Duke

Chef du service des Infections filariennes, OMS,  
Genève, Suisse

Dr J. Feuillerat

Directeur, Institut d'Ophthalmologie tropicale  
de l'Afrique, Centre collaborateur de l'OMS  
pour la Prévention de la Cécité,  
Bamako, Mali (Conseiller temporaire)

Dr H. Rossler

Ophthalmologiste de l'OMS,  
Kaduna, Nigéria

Dr M. L. Tarizzo

Directeur de Programme, Prévention de la  
Cécité, OMS,  
Genève, Suisse (Secrétaire)

Dr B. Thylefors

Ophthalmologiste, Programme de lutte contre  
l'onchocercose,  
Ouagadougou, Haute-Volta

LISTE DES DOCUMENTS DE TRAVAIL

Cote du document

PBL/AG/80.1	Draft Agenda
PBL/AG/80.2	List of participants
PBL/AG/80.3	Review of activities
PBL/AG/80.4	Report of Task Force Meeting on Training of Auxiliary Personnel in Eye Care (March 1979)
PBL/AG/80.5	Report of Task Force Meeting on Methods of Assessment of Avoidable Blindness (December 1979)
PBL/AG/80.6	Recent developments in the control of onchocerciasis
PBL/AG/80.7	Data on blindness, Supplement 1
PBL/AG/80.8	Designation and functions of WHO Collaborating Centres for the Prevention of Blindness
PBL/AG/80.9	Composition of Programme Advisory Group
PBL/AG/80.10	Blindness Data Bank
PBL/AG/80.11	The Programme for the Prevention of Blindness in the African Region
PBL/AG/80.12	Blindness in Mali
PBL/AG/80.13	The Role and Training of Ophthalmic Assistants by Dr R. Pararajasegaram

LISTE DES DOCUMENTS DE REFERENCE

1. PBL Global Programme Profile
2. PBL Medium-Term Programme, 1978-1983
3. Final Report, Biregional (SEAR and WPR) Working Group on the Prevention of Blindness, Manila, 2-5 April 1979
4. Report of the Planning Group on Prevention of Blindness, Washington, September 1979
5. Prevention of Blindness in India, by Dr K. Konyama, WHO Doc.SEA/Ophthal/19, 29 June 1979
6. Report of the task force meeting on the programme of research on control of vitamin A deficiency and xerophthalmia, Manila, November 1979
7. Report of the Meeting on Health Economic Aspects of Eye Health Care, EURO, Copenhagen, 31 January-1 February 1980

MANDAT REVISE

Groupe consultatif du Programme de Prévention de la Cécité

1. Le Groupe consultatif devra:
  - a) promouvoir l'intérêt et le soutien de la communauté mondiale à l'égard du Programme OMS de Prévention de la Cécité;
  - b) donner au Secrétariat de l'OMS des avis concernant les priorités du programme et sa coordination avec des activités connexes 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.

Dans le choix des membres, on veillera à réaliser une diversification et un équilibre optimaux 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 autres mandats au maximum. La possibilité d'une nouvelle nomination ne sera examinée qu'après expiration d'un délai de deux ans à partir de la date d'échéance d'un mandat précédent, quelle que soit sa durée. Dans la reconduction des mandats en cours, il sera tenu compte de l'opportunité d'un renouvellement d'approximativement un tiers du groupe tous les deux ans.
4. Le Groupe consultatif élira à chaque réunion un président, un vice-président et un rapporteur. Le Directeur du Programme OMS de Prévention de la Cécité assumera 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.

= = =

