



GRUPE CONSULTATIF DU PROGRAMME OMS DE PREVENTION DE LA CECITE

Rapport de la troisième réunion, New Delhi, Inde

9-13 février 1981

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION .....	2
1. EXAMEN DES ACTIVITES DU PROGRAMME .....	2
1.1 Bureau régional de l'Afrique (AFRO) .....	2
1.2 Bureau régional des Amériques (AMRO) .....	3
1.3 Bureau régional de la Méditerranée orientale (EMRO) .....	3
1.4 Bureau régional de l'Europe (EURO) .....	4
1.5 Bureau régional de l'Asie du Sud-Est (SEARO) .....	5
1.6 Bureau régional du Pacifique occidental (WPRO) .....	5
1.7 Programme interrégional .....	6
1.7.1 Activités générales .....	6
1.7.2 Données sur la cécité .....	6
2. RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INCIDENCES ECONOMIQUES DE LA PREVENTION DE LA CECITE .....	7
3. RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS OCULAIRES AU NIVEAU PRIMAIRE .....	7
4. ACTIVITES DES CENTRES COLLABORATEURS DE L'OMS POUR LA PREVENTION DE LA CECITE .....	7
4.1 Mise en route, facilitation et conduite de la recherche .....	8
4.2 Formation et développement des personnels .....	8
4.3 Antennes de l'OMS auprès des institutions nationales. Lancement et soutien des programmes nationaux de prévention de la cécité dans les pays en développement .....	8
5. PRIORITES DE LA RECHERCHE DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PREVENTION DE LA CECITE .....	9
6. MOBILISATION DES RESSOURCES .....	9
6.1 Formulation du programme .....	9
6.2 Gestion du programme .....	10
6.3 Soutien et ressources apportés au programme .....	10
7. MANUELS ET MATERIEL DIDACTIQUE POUR LES SOINS OCULAIRES .....	10
8. DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION .....	11
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	11
ANNEXE I : LISTE DES PARTICIPANTS .....	13
ANNEXE II : ORDRE DU JOUR PROVISoire .....	16
ANNEXE III : PRIORITES DE LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA LUTTE CONTRE LES CAUSES PRINCIPALES DE LA CECITE .....	17



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.

## INTRODUCTION

La troisième Réunion annuelle du Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité s'est tenue, du 9 au 13 février, au Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est (SEARO) à New Delhi (Inde).

La réunion a été ouverte par le Directeur régional, le Dr V.T.H. Gunaratne, qui a souhaité la bienvenue aux participants. Le Dr I.D. Ladnyi, Sous-Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, puis le Dr A. Zahra, Directeur de la Division des Maladies transmissibles au Siège à Genève, ont également prononcé une allocution.

Le Dr Carl Kupfer a été élu Président; le Dr R. Pararajasegaram, Vice-Président; le Professeur Barrie R. Jones, Rapporteur, et le Dr Chandler R. Dawson, Co-Rapporteur. On trouvera à l'Annexe I la Liste des Participants. Hormis quelques modifications mineures, l'Ordre du Jour provisoire (Annexe II) a été suivi.

Les représentants des organisations internationales et non gouvernementales suivantes ont présenté un bilan des activités de leurs organisations respectives dans le domaine de la prévention de la cécité :

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance  
Organisation internationale du Travail  
Programme des Nations Unies pour le Développement

Fédération internationale des Sociétés d'Ophtalmologie  
Helen Keller International Inc.  
International Eye Foundation  
Organisation mondiale contre la Cécité  
Organisation mondiale pour la Promotion sociale des Aveugles  
Union internationale des Sciences de la Nutrition

## 1. EXAMEN DES ACTIVITES DU PROGRAMME

En raison du nombre et de la diversité des programmes de prévention de la cécité, les activités dans chacune des Régions de l'OMS ont été passées en revue séparément par un représentant de chaque Bureau régional.

1.1 Bureau régional de l'Afrique (AFRO)

L'événement le plus important concernant la prévention de la cécité a été l'adoption, à la trentième session du Comité régional de l'Afrique, de la Résolution AFR/RC30/R18, qui demande l'instauration d'un programme de prévention de la cécité dans le cadre des services de santé primaires et une très large application de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD) dans ce domaine.

Le principal obstacle au développement des programmes nationaux de prévention de la cécité est l'absence de données fiables sur la prévalence et les causes de la cécité dans de nombreux pays de la région africaine. Seuls 8 pays sur 46 ont exécuté des enquêtes de prévalence, lesquelles ont fait apparaître des taux de cécité supérieurs à 0,65%, les causes principales en étant le trachome, l'onchocercose, la xérophtalmie, les traumatismes et la cataracte. A l'exception du Kenya, aucun pays de la région n'a actuellement de programme spécifique de prévention de la cécité. Plusieurs pays collaborent avec l'OMS à la lutte contre la cécité provoquée par l'onchocercose dans le bassin de la Volta. Une enquête sur le trachome a été menée en Ethiopie; des enquêtes sur la prévalence de l'avitaminose A et de la xérophtalmie ont été effectuées au Bénin, en Ethiopie, en Haute-Volta, au Malawi, au Mali et en Zambie en prélude à la formulation des programmes nationaux. Deux réunions inter-pays se sont tenues au Mali et au Malawi; elles ont porté sur l'élaboration d'une stratégie pour la prévention de la cécité et la promotion des soins oculaires dans le cadre des soins de santé primaires, et sur la possibilité de réaliser un partage des compétences et des moyens de formation dans le contexte de la CTPD. Les projets pour 1981 prévoient l'organisation d'enquêtes sur la prévalence de la cécité, la formation de personnel auxiliaire d'ophtalmologie ainsi que l'enseignement des soins oculaires aux agents de santé primaires, un meilleur approvisionnement en médicaments, et le renforcement de la collaboration avec les organisations non gouvernementales.

Le Groupe a estimé qu'un Comité consultatif régional et un poste à plein temps concernant la prévention de la cécité étaient nécessaires dans le Bureau régional de l'Afrique pour assurer des services consultatifs relatifs aux activités dans les différents pays.

La pénurie de personnel qualifié de tous niveaux est un des problèmes critiques de la région africaine. Il faudrait donner la plus haute priorité à la création de centres de formation sous-régionaux, qui devraient mettre l'accent sur la formation d'assistants d'ophtalmologie, auxquels seraient confiées de nombreuses responsabilités et qui mettraient en place une masse critique de personnes chargées de la prévention de la cécité.

On a fait observer que nombre d'activités de prévention de la cécité dans la région étaient exécutées dans le cadre de programmes d'aide bilatérale et avec l'assistance d'organisations non gouvernementales; il conviendrait de recueillir des informations sur toutes ces activités.

### 1.2 Bureau régional des Amériques (AMRO)

Bien que le programme de prévention de la cécité n'ait pas encore deux ans d'existence, un Comité consultatif régional s'est réuni en 1980 et deux ateliers ont été organisés. Les plans futurs prévoient notamment une réunion de représentants des Etats Membres en mai 1981, une deuxième réunion du Comité consultatif régional en 1982 et la mise en place d'un programme de formation et d'enseignement coordonné entre les cinq Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité existant dans la région.

Si le programme de prévention de la cécité d'AMRO a mis l'accent sur l'organisation d'activités de recherche bilatérales entre les institutions d'Amérique latine et de la zone des Caraïbes et celles d'Amérique du Nord, le soutien fourni jusqu'ici s'est limité à des crédits de voyage alloués aux personnes qui ont visité les institutions "soeurs" pour planifier ces activités. Le Programme de Prévention de la Cécité ne fournit pas les mécanismes qui appuieraient les propositions de projets nées de ces échanges de visites. On espère qu'ils pourront être créés à l'aide de fonds extrabudgétaires.

### 1.3 Bureau régional de la Méditerranée orientale (EMRO)

L'étude du Programme de Prévention de la Cécité dans cette région a permis d'identifier les principales causes de cécité, à savoir le trachome, la cataracte et l'onchocercose (au Soudan).

Les programmes nationaux de lutte contre le trachome, souvent exécutés avec le soutien d'EMRO et du FISE, ainsi que l'amélioration des normes socio-économiques, ont entraîné une réduction progressive des causes de cécité au cours de la dernière décennie. Dans plusieurs pays, notamment au Bahreïn, à Chypre, dans les Emirats arabes unis, en Israël, au Koweït et au Liban, le trachome et d'autres infections oculaires ne sont plus considérés comme des causes importantes de cécité, mais il n'en va pas de même dans d'autres pays, en particulier en Afghanistan, en Arabie Saoudite, dans le Sultanat d'Oman, au Pakistan, en République arabe du Yémen et au Yémen démocratique.

En 1980, EMRO a collaboré avec un certain nombre de pays de la région à la préparation de plans généraux - dont certains devront encore être développés - pour le programme de prévention de la cécité, et à la mise en oeuvre de projets et d'activités relatifs aux soins oculaires. Ces pays sont : l'Arabie Saoudite, la Libye, le Sultanat d'Oman, le Pakistan, le Soudan et la Tunisie. Ces programmes reposent en grande partie sur des projets et activités antérieurs de lutte contre les maladies oculaires transmissibles qui ont été élargis de manière à incorporer d'autres grandes causes de cécité.

Le budget d'EMRO pour la prévention de la cécité s'élève à US\$ 202 000 pour la période 1980-1981, et à US\$ 235 000 pour la période 1982-1983.

Le Groupe a fait observer que la région possédait les éléments nécessaires à un effort efficace dans le domaine de la prévention de la cécité. En effet, les responsables sont conscients du problème; les mécanismes d'exécution de programmes régionaux sont en place, et il devrait être possible de se procurer des fonds dans la région. Dans les pays où la

prévalence de la cécité évitable est élevée, il importe bien plus de soutenir l'action préventive au niveau des collectivités que de créer des hôpitaux ophtalmologiques coûteux et sophistiqués, ou du moins faut-il associer ces deux modes d'intervention. On assurera de la sorte une meilleure utilisation des crédits alloués à la prévention de la cécité dans certains pays de la région.

Beaucoup d'activités préventives dans la région visent les cécités causées par des infections. Plusieurs de ces activités ont commencé sous forme de programmes de lutte contre le trachome, lesquels se sont mués peu à peu en programmes de prévention de la cécité; les enquêtes sur la cécité ont remplacé les enquêtes sur le trachome et les unités mobiles de chirurgie oculaire ont pris la place des équipes chirurgicales mobiles qui traitaient le trichiasis. EMRO pourrait bien mettre en place un modèle d'unité mobile de chirurgie oculaire différent du modèle "camp de traitement de la cataracte" adopté dans la région de l'Asie du Sud-Est. Cette possibilité montre bien la nécessité de procéder à des recherches sur les services de santé dans le domaine des soins oculaires.

Il ne semble pas que la mise en oeuvre d'activités régionales, comme la proposition d'un Centre de Recherche du Moyen-Orient pour la Prévention de la Cécité, ait reçu un rang prioritaire élevé. Toutefois, en ce moment, il convient de mettre l'accent sur la mise en route des programmes nationaux.

#### 1.4 Bureau régional de l'Europe (EURO)

L'évolution des affections oculaires dans les Etats Membres de la région européenne (où les affections chroniques et les traumatismes d'origine diverse se sont substitués aux affections oculaires transmissibles) a nécessité une reconversion des activités, c'est-à-dire un passage de l'approche spécifiquement ophtalmologique à une planification sanitaire complète et à des recherches sur les services de santé. Comme exemple de cette dernière approche, citons l'organisation de réunions sur les aspects économiques des soins oculaires et sur l'utilisation par les handicapés visuels de la vision subsistante. L'action régionale dans ce domaine devrait être renforcée à trois niveaux :

##### (i) L'ophtalmologie aux niveaux national et international

Accorder plus d'attention aux aspects "recherche" et "formation" de l'ophtalmologie de santé publique, l'accent étant mis sur l'épidémiologie et les projets de recherches interdisciplinaires sur les services de santé.

##### (ii) Bureau régional OMS de l'Europe

Ce bureau joue un rôle coordonnateur et catalyseur conformément aux directives du Comité régional OMS et en réponse aux demandes des Etats Membres.

##### (iii) Organisations non gouvernementales

Coopérer avec les organisations non gouvernementales dans ce domaine.

Le Groupe a noté la recommandation figurant dans le document PBL/AG/81.12(C) demandant de n'appliquer le terme "cécité" qu'aux personnes n'ayant aucune perception de la lumière avec aucun des deux yeux. Les raisons, d'ordre sémantique et opérationnel, de cette proposition ont été comprises, mais le Groupe a estimé qu'elles avaient peu de rapport avec les programmes de prévention de la cécité, en particulier dans les pays en développement. Il a tenu à se prononcer, de la façon la plus énergique, en faveur de l'emploi de la classification OMS des troubles visuels telle qu'elle figure dans le document "Méthodes d'Evaluation de la Cécité évitable" (Publication OMS Offset No. 54) et dans d'autres publications de l'OMS, selon laquelle le terme "cécité" s'applique aux personnes dont la vision, avec le meilleur oeil, se situe dans les catégories 3, 4 ou 5.

Il conviendrait que la région européenne, qui dispose d'importants moyens scientifiques, techniques et matériels, incite ses Etats Membres à entreprendre des efforts communs dans les domaines de formation et de la recherche en vue de prévenir la cécité dans les pays en développement d'EURO et des autres régions.

### 1.5 Bureau régional de l'Asie du Sud-Est (SEARO)

Dans la région de l'Asie du Sud-Est, le Programme de Prévention et de Lutte contre la cécité comporte diverses approches.

Les politiques, les approches et stratégies, la définition des objectifs (immédiats et à moyen terme), le statut des programmes dans chaque pays, la mobilisation des ressources et la surveillance des progrès réalisés ont été dictés par la résolution WHO28.54 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité régional a adopté, à son tour, une résolution concernant la prévention et la lutte contre la cécité (SEA/RCM28/R10).

Ensuite, des réunions inter-pays, des services de consultants, des bourses d'études et des réunions nationales ont permis d'étendre la collaboration technique avec les Etats Membres pour la formulation de plans nationaux et l'exécution de services aux niveaux périphérique, intermédiaire et central, dans le cadre du système de protection sanitaire existant.

Les programmes ont atteint divers stades de développement au Bangladesh, en Birmanie, en Inde, en Indonésie, au Népal, au Sri Lanka et en Thaïland. En Mongolie les soins oculaires sont bien intégrés dans les soins de santé primaires. Le concours de consultants sera fourni à la République populaire démocratique de Corée afin de renforcer ses services ophtalmologiques spécialisés. Dans les nombreuses îles des Maldives, où la population est très dispersée, la stratégie préconisée est de renforcer les services ophtalmologiques dans la capitale, Malé, et d'y amener les malades.

On s'emploie à mobiliser des crédits pour le programme auprès des collectivités de gouvernement, des organismes d'aide bilatérale et des organisations internationales et non gouvernementales.

SEARO met en place un système régional de surveillance; en outre l'exécution du programme au niveau des pays bénéficie, en temps opportun, d'une collaboration technique appropriée de la part du Bureau régional.

Le FISE et diverses organisations non gouvernementales prennent une part active et contribuent d'une manière importante à la prévention de la cécité nutritionnelle et au traitement de la cataracte dans la région.

Le Groupe a noté que l'on trouvait dans la région de l'Asie du Sud-Est le plus grand nombre et la plus grande diversité de programmes. SEARO coordonne les activités des consultants dans chaque pays en leur donnant les renseignements nécessaires avant qu'ils entament leur mission, et en déterminant leur mandat. Le Bureau régional assure également la continuité du programme grâce à son Groupe consultatif du Programme.

### 1.6 Bureau régional du Pacifique occidentale (WPRO)

Dans la plupart des pays de la Région, le programme intégré de prévention de la cécité n'en est encore qu'à la phase préliminaire en raison de la diversité des causes de cécité d'un pays à l'autre. Des programmes nationaux seront mis en place sur la base d'une approche multidisciplinaire et d'une intégration dans les services de santé primaires. La région compte plusieurs pays développés qui sont en mesure de fournir des consultants, des enseignants, des chercheurs et des évaluateurs pour les programmes de prévention de la cécité dans les autres pays.

La planification et l'évaluation exigent que l'on détermine les causes de cécité dans chaque pays. En outre, des données sont nécessaires pour évaluer l'ampleur du problème et fixer les priorités dans plusieurs pays qui n'ont pas été en mesure de définir la priorité de la cécité dans leurs services de santé par rapport aux autres problèmes de santé publique.

La région du Pacifique occidental a la chance de disposer, pour le Programme OMS de Prévention de la Cécité, de fonds extrabudgétaires offerts par l'Industrie japonaise de la Construction navale. La liste et le calendrier des activités prévues pour la période

1981-1983 ont été préparés et seront examinés par un consultant qui sera recruté expressément à cette fin par le Bureau régional. Le programme régional de prévention de la cécité observera les priorités suivantes:

- (1) formulation des programmes nationaux;
- (2) programmes de formation de tous niveaux;
- (3) désignation de régions pilotes pour les programmes de démonstration;
- (4) éducation pour la santé.

La région WPRO est assez composite et, en certains endroits, les administrateurs de la santé publique continuent à voir dans la prévention de la cécité un problème de second ordre. On espère que les consultants et les activités du programme fourniront des données concrètes sur la cécité qui convaincront les gouvernements. On a relevé par ailleurs la nécessité dans la région d'une collaboration multidisciplinaire que l'OMS devrait promouvoir et coordonner.

La participation d'un représentant de la République populaire de Chine a été saluée avec beaucoup de satisfaction; le Groupe s'est félicité qu'il ait demandé l'établissement d'une collaboration plus étroite avec le Bureau régional en vue de réaliser la prévention de la cécité en Chine.

## 1.7 Programme interrégional

### 1.7.1 Activités générales

Les principales activités du programme au niveau interrégional ont été les suivantes : diffusion de l'information; services consultatifs; participation à plusieurs réunions en 1980 et organisation de deux groupes de travail ("Incidences économiques de la Prévention de la Cécité" et "Soins oculaires au Niveau primaire").

L'Année internationale des Handicapés bénéficie d'un très grand intérêt aux niveaux mondial et régional.

Au Siège, le personnel du programme s'est vu adjoindre, à partir du 1er avril 1980, un ophtalmologiste et une secrétaire, après conclusion d'un contrat entre l'OMS et le National Eye Institute/National Institutes of Health (Etats-Unis d'Amérique) en vue de renforcer le Programme de Prévention de la Cécité. Ce contrat prévoit des recherches sur le terrain; les résultats préliminaires d'une enquête exécutée au titre de cet accord et portant sur la perte de vision dans la partie septentrionale du Mali ont fait apparaître une incidence élevée de la cataracte à un âge relativement jeune dans cette population. Un plan visant l'exécution prochaine d'enquêtes analogues dans la République du Togo a été présenté.

Ces travaux et l'initiative qu'ils représentent, tant sur le plan de leur exécution que sur celui de leur financement extrabudgétaire, ont été chaleureusement approuvés par le Groupe.

### 1.7.2 Données sur la cécité

Ce rapport, bien préparé, se fonde sur des sources de qualité très variable. Il faut craindre en particulier que les taux de cécité obtenus à partir des données de recensement soient artificiellement faibles et renoncer à s'en servir pour déterminer les priorités.

Le rapport sur les "Données sur la Cécité" est l'une des principales activités de la Banque des Données, instituée dans le cadre du Programme de Prévention de la Cécité au Siège de l'OMS à Genève; cette banque représente un fichier permanent pour la collecte, l'analyse, la synthèse, le stockage, la recherche et la diffusion des données sur la cécité, et constitue une compilation assez complète sur la prévalence et les causes de la cécité dans le monde.

La liste des données par pays sur la prévalence et les causes de la cécité est en préparation; on pourra l'obtenir sur demande auprès du Programme de Prévention de la Cécité, OMS, Genève, ainsi que la copie de n'importe quel texte complet mentionné dans la liste.

Les tendances démographiques mondiales actuelles et l'allongement de l'espérance de vie entraîneront une augmentation du nombre des cécités liées au vieillissement. Ce nombre pourrait doubler d'ici à l'an 2000 si l'on ne mettait en oeuvre des programmes beaucoup plus vastes de prévention et de traitement de la cécité.

Autrefois, les principales causes de cécité étaient le trachome, la xérophtalmie et l'onchocercose. Aujourd'hui, la cataracte, les traumatismes, le glaucome, les troubles rétinien et les déficiences congénitales sont de plus en plus souvent responsables d'une perte ou d'une diminution de la vision.

Environ 80% des aveugles se rencontrent dans les pays en développement où les affections responsables de cécité sont endémiques et où les services médicaux font défaut. Les origines et l'ampleur des cécités évitables sont très diverses d'une région à l'autre.

Le Groupe a rappelé qu'il était nécessaire de réunir périodiquement de nouvelles données et a recommandé que les données soient classées par ordre de qualité. On obtiendra ainsi de nouvelles informations, plus précises, l'accent étant mis sur les données recueillies au niveau des collectivités.

## 2. RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INCIDENCES ECONOMIQUES DE LA PREVENTION DE LA CECITE

Le Groupe consultatif a approuvé ce rapport. On a rappelé qu'il traitait des aspects macro-économiques et non micro-économiques des soins oculaires. Il serait utile qu'il fournisse des données à l'appui des hypothèses et des affirmations qu'il présente. Par ailleurs, il faudrait demander la collaboration de la Banque mondiale pour porter ce rapport à la connaissance des commissions nationales de planification.

## 3. RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS OCULAIRES AU NIVEAU PRIMAIRE

Le Groupe a reconnu la valeur de ce rapport, mais a exprimé la crainte que les soins oculaires primaires, tels qu'ils sont présentés, ne puissent pas toujours être inclus dans le travail des agents sanitaires de village. Le rapport présenté devrait donc plutôt servir de guide pour la mise en oeuvre des soins oculaires au niveau primaire, avec l'adaptation nécessaire aux différentes situations locales. Des modifications mineures ont été apportées au rapport, avant qu'il ait été approuvé.

## 4. ACTIVITES DES CENTRES COLLABORATEURS POUR LA PREVENTION DE LA CECITE

Le Groupe a été saisi des rapports d'activité de 9 des 10 Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité, à savoir :

### Région des Amériques

International Center for Epidemiologic and Preventive Ophthalmology, The Wilmer Institute, Baltimore, Maryland, Etats-Unis d'Amérique

National Eye Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, Etats-Unis d'Amérique

Hôpital d'Ophthalmologie et d'Otologie Dr Rodolfo Robles V., Guatemala, Guatemala, Amérique centrale

Hôpital Santo Toribio de Mogrovejo, Lima, Pérou

Francis I. Proctor Foundation for Research in Ophthalmology, University of California, San Francisco, Californie, Etats-Unis d'Amérique

### Région européenne

Department of Preventive Ophthalmology, Institute of Ophthalmology, Londres, Royaume-Uni

Département des Maladies virales et allergiques des Yeux, Institut Helmholtz de Recherche en Ophtalmologie, Moscou, URSS

Région de l'Asie du Sud-Est

Centre Dr Rajendra Prasad des Sciences ophtalmologiques, New Delhi, Inde

Région du Pacifique occidental

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

Le degré de développement, les centres d'intérêt et les activités de ces divers centres collaborateurs sont variés. Il convient de les apprécier en fonction de la contribution qu'ils apportent aux besoins opérationnels des programmes nationaux de prévention de la cécité et aux objectifs généraux du programme OMS. Leurs activités se répartissent en trois grandes catégories.

4.1 Lancement, facilitation et exécution de recherches

Les Centres collaborateurs doivent continuer à accorder la priorité à la recherche appliquée, visant à identifier et à supprimer les obstacles auxquels se heurte la prévention de la cécité. Ces travaux peuvent exiger des études épidémiologiques et expérimentales, de même que des essais cliniques, aux fins d'améliorer les techniques préventives et thérapeutiques. Les Centres collaborateurs doivent également donner la priorité à l'évaluation sur le terrain de diverses procédures ou stratégies applicables à la prévention ou au traitement de la cécité, et à la recherche sur les services de soins oculaires.

4.2 Formation et développement des personnels

Le Groupe a examiné les propositions des Centres collaborateurs de l'OMS de Baltimore et de Londres concernant des cours de 9 à 12 mois sur la prévention de la cécité, qui porteront sur les techniques de santé publique, épidémiologiques, gestionnaires, ophtalmologiques, etc. Ces cours mettront l'accent sur les compétences pratiques requises pour concevoir et exécuter les programmes en fonction des besoins principaux et des conditions prévalent dans les pays en développement. Un cours analogue est donné à New Delhi.

Le Centre collaborateur de Londres organise également d'autres cours et notamment un cours de 2 à 3 mois destiné aux médecins, où sont enseignées les matières susmentionnées en vue de compléter la formation de base en ophtalmologie clinique dans un pays en développement ou ailleurs.

Plusieurs centres offrent des cours de brève durée sur les soins oculaires primaires pour personnel de santé auxiliaire.

Le Groupe a approuvé ces diverses activités et plans de formation; il a rappelé d'autre part la nécessité de mettre en place des cours communs associant les divers Centres nationaux ou collaborateurs et assurant le contact pratique avec les programmes de prévention de la cécité. Il convient de privilégier l'organisation de cours à proximité des endroits où le personnel est recherché, et de dispenser un enseignement plutôt que d'agrandir les institutions.

4.3 Antennes de l'OMS auprès des institutions nationales. Lancement et soutien des programmes nationaux de prévention de la cécité dans les pays en développement

Grâce aux liens qui existent entre les Centres collaborateurs et les activités d'enseignement, les services et le travail sur le terrain dans les différents pays, ces Centres sont à même d'établir rapidement une relation efficace entre l'Organisation et les divers centres nationaux et organisations gouvernementales et non gouvernementales en vue de lancer des programmes nationaux de prévention de la cécité ou de renforcer les programmes existants.

Outre les échanges d'informations, ces relations intéressent la recherche opérationnelle, la formation et la mise en oeuvre des programmes.

La possibilité de répondre à ces diverses demandes dépend des disponibilités financières; c'est à dire la nécessité de nouer d'étroites relations avec diverses agences de financement.

Le Groupe a approuvé ces activités et estimé qu'il fallait s'employer à les développer, et explorer les possibilités d'obtenir, à cet effet, des crédits plus importants.

#### 5. PRIORITES DE LA RECHERCHE DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PREVENTION DE LA CECITE

Le Programme PBL est un programme à visées concrètes, dont les objectifs sont l'intégration des soins oculaires dans les services de santé primaires et l'obtention du soutien indispensable. Des recherches opérationnelles multidisciplinaires sont nécessaires pour améliorer les services de santé oculaires existants, la technologie, et les connaissances scientifiques. Les programmes de recherche sur les services de santé oculaires visent à augmenter la qualité des soins et la couverture des populations qui ont besoin de ces services. Les travaux de recherche devraient porter notamment sur les services de soins oculaires et leur utilisation; la planification et l'évaluation de la distribution des soins oculaires à divers niveaux; et la formation du personnel ainsi que son utilisation.

On a rappelé que la recherche opérationnelle avait eu d'énormes effets sur les programmes de lutte contre les maladies, en particulier dans le cas de la lutte antivariolique. Compte tenu de cette possibilité d'améliorer les programmes, on a jugé que le Groupe devrait analyser les priorités actuelles de la recherche en fonction de l'action concrète sur le terrain. Il est particulièrement important de déterminer les domaines où une percée de la recherche pourrait avoir des résultats substantiels dans le domaine de la distribution des soins oculaires ou de la prévention de la cécité.

Les participants ont étudié de manière approfondie les priorités de la recherche concernant les affections suivantes : cataracte, cécité nutritionnelle, infections provoquant la cécité, glaucome et traumatismes oculaires (voir Annexe III).

#### 6. MOBILISATION DES RESSOURCES

Ce point de l'Ordre du Jour a été examiné sous trois chefs : (1) formulation du programme; (2) gestion du programme; et (3) soutien et ressources apportés au programme.

##### 6.1 Formulation du programme

Le rôle du Groupe consultatif du Programme est de donner des avis au Directeur général et, par son intermédiaire, à tous les Etats Membres concernant les priorités du programme, la politique et les grandes stratégies et approches à élaborer pour la prévention de la cécité, la coordination avec les autres activités de l'OMS, et la surveillance et l'évaluation de l'avancement du programme. Les deux premières réunions du Groupe consultatif du Programme ont été très efficaces à cet égard. La troisième réunion a mis en évidence la nécessité urgente de formuler des directives plus précises sur les approches stratégiques intégrées qu'il convient d'adopter pour chacun des six secteurs prioritaires de la cécité évitable. Ces directives doivent indiquer clairement l'état actuel des connaissances, ainsi que les diverses possibilités d'utiliser au mieux la technologie existante et appropriée, et le niveau des coûts dans le contexte des soins de santé primaires. Ces directives seront utilisées par les Etats Membres pour mettre en oeuvre deux composantes du programme, à savoir la distribution des services et la recherche, visant :

- (i) la formulation des plans d'action pour la prévention de la cécité dans le cadre des soins de santé primaires;
- (ii) la formation de planificateurs, de gestionnaires et de formateurs;
- (iii) la documentation et l'information; et
- (iv) les recherches épidémiologiques et opérationnelles à l'appui des besoins opérationnels du programme.

## 6.2 Gestion du programme

Le mode de gestion actuellement appliqué à l'OMS a été expliqué au Groupe. Le petit noyau PBL du Siège et les Bureaux régionaux ne sont pas des éléments séparés; en effet, deux des principales fonctions du noyau PBL sont d'une part de mobiliser les services interdisciplinaires nécessaires en faisant appel aux compétences des autres programmes de l'OMS (par exemple: Nutrition; Lutte contre les Maladies diarrhéiques; Programme élargi de Vaccination; Médecine du Travail, etc.), et, d'autre part, de poursuivre le renforcement des dix Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité et la composition du Tableau d'Experts afin de soutenir les approches stratégiques adoptées. On peut constituer, à partir de ces ressources, de petits groupes de travail qui auront à préparer les directives concernant les stratégies de lutte contre la cécité évitable, mentionnées plus haut, afin d'achever un plan d'action pour le programme.

Au niveau du Bureau régional, le conseiller PBL a lui aussi bénéficié du soutien de groupes interdisciplinaires régionaux et inter-pays pour planifier et contrôler la distribution des services et les activités de recherche. Le renforcement des centres et institutions nationaux, et, par conséquent, des ressources en personnel, est un des buts essentiels du programme.

## 6.3 Soutien et ressources apportés au programme

La façon dont procède l'Organisation pour mobiliser des fonds à l'appui du programme PBL a également été expliquée aux membres du Groupe. Les fonds alloués sur le budget ordinaire de l'OMS visent essentiellement à aider à planifier et à formuler un programme adéquat et réaliste, qui devrait attirer ensuite des crédits extrabudgétaires plus importants. Les ressources extrabudgétaires proviennent de contributions volontaires au Fonds bénévole OMS pour la Promotion de la Santé et d'accords assurant le détachement d'experts à titre non remboursable. Le Directeur général a récemment créé un Groupe de Ressources sanitaires, chargé de coordonner les fonds bilatéraux destinés essentiellement aux activités prioritaires des soins de santé primaires dans le cadre des stratégies de la "Santé pour Tous d'ici l'An 2000".

Un des grands résultats du programme a été de stimuler la mobilisation de ressources nationales, bilatérales et non gouvernementales.

Dans plus de 30 pays en développement, les gouvernements ont alloué des sommes importantes aux programmes nationaux. Au cours des quatre dernières années, le montant de l'aide gouvernementale bilatérale aux activités de prévention de la cécité a quintuplé. Aujourd'hui, des organisations non gouvernementales, nationales et internationales consacrent annuellement quelque 17 million de dollars à la prévention de la cécité dans les pays en développement.

Le Groupe a applaudi à ces progrès mais a néanmoins regretté qu'en dehors des contributions internationales de toute origine au Fonds bénévole pour la Promotion de la Santé, il n'y ait pas encore eu d'action correspondante sur le plan multilatéral. Faut de ce soutien, et malgré l'augmentation des crédits alloués sur le budget ordinaire de l'OMS, le programme manque forcément des personnels et des moyens indispensables tant au Siège que dans les Bureaux régionaux. Durant les trois prochaines années au moins, des fonds extrabudgétaires sont instamment requis pour renforcer le noyau central (un supplément estimé à environ \$ 200 000 par an) et assurer à chaque Région le concours d'un spécialiste à plein temps au minimum, et les services d'un Groupe consultatif.

## 7. MANUELS ET MATERIEL DIDACTIQUE POUR LES SOINS OCULAIRES

Le Groupe a souligné la nécessité de préparer du matériel didactique pour l'enseignement des soins oculaires à divers niveaux de personnel sanitaire, afin de compléter les manuels et le matériel existants. Il convient de prendre des mesures en vue de produire des manuels, assortis de séries d'illustrations adéquates, à l'intention des personnels suivants :

- (a) agents de soins oculaires au niveau primaire;
- (b) assistants d'ophtalmologie; et
- (c) personnel médicale spécialisé (enseignement de troubles oculaires particulières).

Le Groupe a discuté des sources possibles d'illustrations, essentiellement des diapositives en couleur, et des moyens de produire et de diffuser ces jeux d'illustrations. Il a rappelé la nécessité d'un effort collectif pour en assurer une large distribution.

Enfin, il a rappelé que toutes les mesures indiquées devraient être prises rapidement.

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

Les membres du Groupe ont demandé que la réunion de 1982 ait lieu à Genève, notamment en raison des services nécessaires si l'on veut inviter des représentants des agents donatrices potentielles.

La réunion aura lieu en février ou mars 1982; la date définitive en sera communiquée aux membres du Groupe en temps opportun.

#### CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Le Groupe a pris acte et approuvé l'amplification des activités du Programme PBL aux niveaux central et régional, laquelle exige un renforcement des structures gestionnaires. En conséquence, il a vivement recommandé d'augmenter les effectifs du Programme au Siège et dans les Bureaux régionaux.
2. Le Groupe a recommandé de préparer un plan d'action plus complet indiquant dans leurs grandes lignes diverses approches stratégiques appropriées en vue des activités de prévention de la cécité, et de faire des efforts particuliers pour les intégrer dans toutes les activités de santé primaires déjà en cours.
3. Il a estimé qu'il était primordial d'installer des conseillers régionaux et des Groupes consultatifs régionaux dans toutes les Régions, comme cela avait été recommandé antérieurement.
4. En outre, le Groupe a souligné la nécessité de renforcer la collaboration avec les autres programmes OMS en relation avec la prévention de la cécité.
5. Le Groupe a jugé qu'il était nécessaire d'organiser au niveau régional la diffusion et l'échange d'informations techniques sur la prévention de la cécité. A cet égard, la formule du bulletin circulaire publié en plusieurs langues est particulièrement efficace.
6. Le Groupe a recommandé d'explorer et d'utiliser au maximum tous les moyens permettant d'augmenter la diffusion d'informations sur le programme PBL, en particulier à l'occasion de l'Année internationale des Handicapés.
7. Le Groupe a souligné le rôle important que jouent les Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité dans les domaines de la formation, du développement des personnels et de la recherche dans la ligne des priorités PBL. Il a recommandé que ces Centres renforcent leur coopération avec les programmes nationaux de prévention de la cécité et contribuent activement à recenser et à stimuler les ressources nationales en matière de formation et de recherche dans ce secteur.
8. Le Groupe a souligné la nécessité de procéder à des recherches sur divers aspects des services de soins oculaires, en particulier pour l'endigement et le traitement des grandes causes connues de cécité. Il a vivement recommandé d'amplifier l'action dans ce domaine, conformément aux indications données à l'Annexe III du présent rapport.
9. Le Groupe a constaté que la détermination des soins oculaires qui pouvaient être dispensés dans le cadre des soins de santé primaires avait progressé. Il a, toutefois, souligné les besoins en manuels et autres matériels didactiques pour diverses catégories de personnels de santé, et a recommandé la production des ces matériels.

10. Le Groupe a recommandé de donner l'occasion aux agences donatrices potentielles d'examiner les besoins et les priorités du programme et d'évaluer le rapport coût/rendement des activités de prévention de la cécité que l'on s'emploie à promouvoir et qui dépendent essentiellement d'un accroissement des ressources, particulièrement au niveau multilatéral.
11. Le Groupe a recommandé que les organisations nationales et les comités des organisations non gouvernementales oeuvrant dans le secteur de la santé appellent l'attention de leurs gouvernements sur l'utilité d'allouer plus de ressources à la prévention de la cécité dans le cadre de ces programmes, à titre bilatéral et multilatéral.
12. Le Groupe a recommandé que les organisations gouvernementales et non gouvernementales, les institutions donatrices bilatérales et multilatérales et les agences "soeurs" qui apportent déjà un soutien, soient instamment priées de coordonner leurs activités avec les priorités mondiales et régionales du Programme OMS et d'augmenter, si possible, l'efficacité de cette collaboration en canalisant les ressources à travers le Fonds bénévole OMS pour la Promotion de la Santé. Il a particulièrement recommandé que, dans les régions où elles sont spécialement engagées, les organisations non gouvernementales envisagent de financer le recrutement de conseillers régionaux PBL et de personnels de projets, ou de détacher auprès du noyau central, des Bureaux régionaux ou des projets nationaux, en tant que consultants ou conseillers à court terme, des experts possédant les qualifications appropriées.
13. L'OMS devrait accorder toute l'aide nécessaire à l'Organisation mondiale contre la Cécité et à d'autres institutions oeuvrant dans ce domaine pour recueillir des fonds destinés à financer des activités de prévention de la cécité.
14. Le Groupe a souligné l'importance pour la prévention de la cécité de l'éducation en matière de soins oculaires et a insisté sur le rôle de l'éducation des collectivités aux soins de santé oculaires. Il a recommandé la préparation multidisciplinaire de matériel éducationnel approprié en recourant aux organisations gouvernementales et en encourageant les institutions bénévoles.
15. Le Groupe a estimé qu'il fallait encourager les Bureaux régionaux OMS comptant des Etats Membres bien équipés sur les plans technique, scientifique et matériel, à poursuivre et accroître leur importante contribution à l'action de prévention de la cécité dans les régions moins développées.

## LISTE DES PARTICIPANTS

Membres du Groupe consultatif

Professor L.P. Agarwal, Director's Bungalow, All-India Institute of Medical Sciences, Ansari Nagar, New Delhi 110029, Inde

Dr Hadi A. El Sheikh, Professeur associé d'Ophtalmologie, Hôpital ophtalmologique de Khartoum, Faculté de Médecine, Khartoum, Soudan

Mme Dorina de Gouvea Nowill, Président, Fundação para o Livro do Cego no Brasil, Rua Dr Diogo de Faria 558, Caixa Postal 20.384, 04037 Sao Paulo, Brésil

Dr D.A. Henderson, Dean, School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, 615 North Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205, Etats-Unis d'Amérique

Professeur Barrie R. Jones, Rothes Professor of Preventive Ophthalmology, Department of Preventive Ophthalmology, Moorfields Eye Hospital, City Road, Londres, EC1V 2PD, Royaume-Uni

Dr C. Kupfer, Directeur, National Eye Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20014, Etats-Unis d'Amérique

Professeur I.F. Maitchouk, Chef du Département des Maladies virales et allergiques des Yeux, Institut Helmholtz de Recherches en Ophtalmologie, Dasovaja-Chernogriazslakaj 14/19, Moscou 103064, Union des Républiques socialistes soviétiques

Professeur A. Nakajima, Chef du Département d'Ophtalmologie, Ecole de Médecine de l'Université Juntendo, 3-1-3 Hongo Bunkyo-ku, Tokyo 113, Japon

Dr R. Pararajasegaram, Secrétaire régional, Académie d'Ophtalmologie (Président régional pour l'Asie du Sud-Est, Organisation mondiale contre la Cécité), 54 Dharmapala Mawatha, Colombo 7, Sri Lanka

Professeur C.O. Quarcoopome, Directeur, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, (Université de Ghana), P.O. Box 25, Legon, Ghana

Sir John Wilson CBE, Président, Organisation mondiale contre la Cécité, Commonwealth House, Haywards Heath, West Sussex, RH16 3AZ, Royaume-Uni

Professeur Xiao-lou Zhang, Directeur, Institut d'Ophtalmologie de Beijing, Hôpital Tong Ren, 85 rue Chong-nei, Beijing, République populaire de Chine

Représentants d'autres Organisations internationales

Organisation internationale du Travail

: Monsieur Z. Bajszczac, Directeur adjoint, ILO Area Office, 7 Sardar Patel Marg, Chanakyapuri, New Delhi, Inde

Programme des Nations Unies pour le Développement

: Monsieur Hans H. Heep & M. Balwant Singh, Bureau du Représent résident du PNUD en Inde, Post Box No. 3059, 55 Lodi Estate, New Delhi 110003, Inde

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

: Monsieur David P. Haxton (Directeur régional), Messieurs A.S. Everest et A.M. Khlystov, Région FISE de l'Asie centrale du Sud, UNICEF House, 11 Jor Bagh, New Delhi 110003, Inde

Représentants d'Organisations non gouvernementales

- Helen Keller International Inc. : Dr Susan T. Pettiss, Directeur, Blindness Prevention Programme, 22 West 17 Street, New York, NY 10011, Etats-Unis d'Amérique
- Organisation mondiale contre la Cécité : Dr William J. Holmes, Vice-Président, 3885 Round Top Drive, Honolulu, Hawaii 96822, Etats-Unis d'Amérique
- International Eye Foundation : Dr R.H. Meaders, Medical Director, 7801 Norfolk Avenue, Bethesda, Maryland 20014, Etats-Unis d'Amérique
- Fédération internationale des Sociétés d'Ophthalmologie : Professeur L.P. Agarwal, Director's Bungalow Bungalow, AIIMS, Ansari Nagar, New Delhi 110029, Inde
- Union internationale des Sciences de la Nutrition : Dr Antoinette Pirie, The Ford, North Hinksey Village, Oxford, OX2 0LZ, Royaume-Uni
- Organisation mondiale pour la Promotion sociale des Aveugles : Monsieur Suresh C. Ahuja, Président, WCWB Comité régional des Affaires asiennes, s/c National Association for the Blind, 51 Mahatma Gandhi Road, Bombay 400023, Inde

Observateurs

Dr K.L. Jaiswal, Chargé de Mission spéciale, Programme national pour la Prévention des Troubles visuels et la Lutte contre la Cécité, AIIMS, Ansari Nagar, New Delhi 110029, Inde

Monsieur Dennis O. Johnson, Attaché scientifique, Ambassade des Etats-Unis d'Amérique, Chanakyapuri, New Delhi 110021, Inde

Dr K. Lall, Chef du Département d'Ophthalmologie, Hôpital Dr Ram Manohar Lohia, New Delhi, Inde

Professeur (Mme) Usha K. Luthra, Directeur général adjoint, Conseil indien de la Recherche médicale, Ansari Nagar, New Delhi 110029, Inde

Professeur P. Siva Reddy, Directeur du Projet "Opération Cataracte", Institut des Sciences médicales et Hôpital ophtalmologique Sarojini Devi, Hyderabad 500028, Andhra Pradesh, Inde

Secrétariat

Monsieur P.K. Bansal, Secrétaire administratif principal, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi 110002, Inde

Dr L.B. Brilliant, Consultant OMS (Epidémiologiste), Programme pour la Prévention de la Cécité au Népal, s/c Monsieur le Coordonnateur des Programmes OMS, P.O. Box 108, Kathmandou, Népal

Dr M.C. Chirambo, Ophtalmologiste principal, Hôpital central de Kamuzu, P.O. Box 149, Lilongwe, Malawi (Conseiller temporaire OMS, et Représentant du Bureau régional OMS de l'Afrique)

Dr C.R. Dawson, Francis I. Proctor Foundation for Research in Ophthalmology, University of California, San Francisco, Californie 94143, Etats-Unis d'Amérique (Conseiller temporaire OMS, et Directeur du Centre collaborateur OMS pour la Prévention de la Cécité et du Trachome)

Dr Nicole Grasset, Directeur de Projet, Programme pour la Prévention de la Cécité au Népal, s/c Monsieur le Coordonnateur des Programmes OMS, P.O. Box 108, Kathmandou, Népal

Professeur M.A. Jalil, Directeur adjoint, Programme national de Prévention de la Cécité, Dacca, Bangladesh

Dr K. Konyama, Consultant OMS et Professeur d'Ophthalmologie, Ecole de Médecine de l'Université Juntendo, 3-1-3 Hongo Bunkyo-ku, Tokyo 113, Japon

Dr Muriel Kaiser Kupfer, National Eye Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20014, Etats-Unis d'Amérique (actuellement détachée auprès du Bureau régional OMS des Amériques, et Consultante OMS auprès de SEARO)

Dr I.D. Ladnyi, Sous-Directeur général, Organisation mondiale de la Santé, avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

Dr M. Mohan, Centre Dr Rajendra Prasad des Sciences ophtalmologiques, Institut panindien des Sciences médicales, Ansari Nagar, New Delhi 110029, Inde (Conseiller temporaire OMS, et Directeur du Centre collaborateur OMS pour la Prévention de la Cécité)

Dr B. Nizetic, Promotion et Développement de la Recherche, Bureau régional OMS de l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague O, Danemark

Dr F. Partow, Directeur, Lutte contre les Maladies transmissibles, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, P.O. Box 1517, Alexandrie, Egypte

Dr C.H. Piyaratna, Conseiller régional, Education sanitaire, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi 110002, Inde

Dr Prapont Piyaratn, Directeur, Développement des Personnels de Santé, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi 110002, Inde

Dr A.G. Pradilla, Conseillère régionale, Nutrition, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi 110002, Inde

Dr A. Sommer, International Center for Epidemiologic and Preventive Ophthalmology, The Wilmer Institute, 600 N. Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205, Etats-Unis d'Amérique (Conseiller temporaire OMS, et Directeur du Centre collaborateur OMS pour la Prévention de la Cécité)

Dr M. Thangavelu, Conseiller régional pour les Maladies non transmissibles, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi 110002, Inde

Dr B. Thylefors, Administrateur par intérim du Programme de Prévention de la Cécité, Organisation mondiale de la Santé, avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (Secrétaire de la Réunion)

Dr J. Tuomilehto, Maladies cardio-vasculaires, Bureau régional du Pacifique occidental, P.O. Box 2932, 12115 Manille, Philippines

Dr A. Zahra, Directeur de la Division des Maladies transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE

Ouverture de la réunion et élection du Président,  
du Vice-Président et du Rapporteur

1. Examen des activités du programme en 1980
2. Répercussions économiques de la cécité : examen du projet de rapport du groupe de travail
3. Soins oculaires primaires : examen du projet de rapport du groupe de travail
4. Activités des Centres collaborateurs de l'OMS pour la Prévention de la Cécité
5. Priorités de la recherche dans le cadre du programme de prévention de la cécité
6. Mobilisation des ressources
7. Manuels et matériel didactique concernant les soins oculaires
8. Date et lieu de la prochaine réunion

Conclusions et recommandations

Closure de la réunion

\* \* \*

PRIORITES DE RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA LUTTE  
CONTRE LES CAUSES PRINCIPALES DE CECITE

## 1. CATARACTE

Cette affection importante a été relativement négligée comme sujet de recherche dans le cadre du programme PBL bien qu'elle soit une cause majeure de cécité et d'incapacité visuelle dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés. Les grands domaines de recherche concernant la cataracte sont les suivants :

- (a) Recherches fondamentales sur la biochimie du cristallin et de la formation de la cataracte.
- (b) Etudes épidémiologiques aux fins de déterminer l'importance des facteurs de risque.
- (c) Autres études cliniques et thérapeutiques.
- (d) Recherches opérationnelles multidisciplinaires sur tous les aspects des services d'assistance aux personnes atteintes de cataracte, en particulier dans les pays en développement.

Le Groupe a noté l'intensification des études épidémiologiques sur la cataracte. Il a souligné la nécessité d'amplifier et de coordonner les activités dans les domaines susmentionnés.

## 2. CECITE NUTRITIONNELLE

La cécité nutritionnelle (xérophtalmie, kératomalacie) est liée aux nombreux facteurs comportementaux et environnementaux défavorables et aux mauvaises pratiques d'hygiène dont souffrent les enfants dans les collectivités pauvres du monde en développement (nutrition maternelle médiocre; alimentation au biberon; introduction tardive d'aliments de sevrage riches en Vitamine A; malnutrition protéino-calorique; accès fréquents des diarrhées). On peut la prévenir ou la soigner en améliorant le régime et en augmentant l'apport en Vitamine A ainsi qu'en s'attaquant aux facteurs qui nuisent à l'absorption et à l'utilisation de cette vitamine. Les recherches devraient porter sur l'identification de ces facteurs et la mise au point de remèdes, cela, autant que possible, dans le cadre des programmes de santé existants, par exemple dans le cadre des Services de Santé primaires, de la Lutte contre les Maladies diarrhéiques et du Programme élargi de Vaccination.

### 2.1 Apport adéquat de Vitamine A

Des recherches sont nécessaires dans les domaines suivantes :

- (a) Besoins quotidiens minimaux en Vitamine A des enfants d'âge préscolaire dans les collectivités rurales pauvres, et besoins équivalents en provitamine A sous forme de carotène apporté par les végétaux disponibles.
- (b) Raisons pour lesquelles les enfants atteints ne consomment pas ces végétaux en quantités suffisantes; moyens d'augmenter cette consommation (par exemple éducation nutritionnelle); coût et efficacité de ces moyens.
- (c) Valeur potentielle et coût de l'enrichissement en Vitamine A de certains aliments de consommation courante; résultats de distributions régulières de doses élevées de Vitamine A ou d'autres programmes analogues (par exemple, addition de Vitamine A au liquide de réhydratation orale); amélioration des méthodes de recensement des enfants souffrant d'une carence légère en Vitamine A et de xérophtalmie (par exemple dépistage de la cécité nocturne); et opportunité d'axer l'action sur les groupes à haut risque.

## 2.2 Réduction ou élimination des facteurs contribuant

Il importe de mieux connaître le rôle et l'importance des maladies contribuant (diarrhées, infestations, infections de l'appareil respiratoire, rougeole, malnutrition protéinique, etc.), ainsi que le coût, la faisabilité et les résultats de leur endiguement.

## 3. INFECTIONS PROVOQUANT LA CECITE

### 3.1 Trachome

Le trachome demeure un problème majeur de santé publique. La lutte contre cette infection comprend trois éléments : la chimiothérapie de masse, en particulier chez les enfants au cours de la phase active de l'infection; la correction chirurgicale de la rétroversion du rebord palpébral; et les interventions d'ordre environnemental et comportemental axées sur la collectivité et l'éducation sanitaire. Grâce aux simplifications récemment introduites dans les techniques d'évaluation, on arrive aujourd'hui à repérer plus facilement les collectivités où le trachome est cause de cécité et à mesurer les effets des nouvelles méthodes d'intervention dans un laps de temps relativement court.

3.1.1 La chimiothérapie du trachome donnait satisfaction mais on s'est aperçu que les infections à Chlamydia trachomatis acquises à la naissance étaient responsables de pneumonies néonatales, ce qui a considérablement modifié les indications du traitement. Les principales priorités de la recherche concernant le trachome de l'enfant dans sa phase contagieuse active sont :

- (a) la détermination de l'étendue de l'infection extraoculaire à C. trachomatis et du spectre de la maladie dans les zones à endémicité du trachome;
- (b) la mise au point et l'essai sur le terrain de méthodes diagnostiques simples et peu coûteuses permettant de détecter l'infection chlamydiale oculaire et extraoculaire;
- (c) la mise au point et l'essai sur le terrain de médicaments plus simples, plus efficaces et plus pratiques, en particulier d'antibiotiques à longue durée d'action comme la doxycycline, et de topiques assurant une libération continue de la substance curative.

3.1.2 Les progrès réalisés en matière de purification et de production d'antigènes chlamydiaux permettent d'envisager la mise au point d'un vaccin contre le trachome. Une large expérimentation sur des modèles animaux sera nécessaire avant tout emploi médical de ces vaccins.

3.1.3 La chirurgie correctrice du trichiasis trachomateux/entropion a un effet immédiat de préservation de la vision et est souvent pratiquée par du personnel auxiliaire. Les recherches opérationnelles nécessaires intéressent :

- (a) la mise au point et l'expérimentation sur le terrain de directives efficaces pour le dépistage du trichiasis et de l'entropion par les agents de santé;
- (b) l'essai sur le terrain de systèmes pour l'exécution des interventions palpébrales et d'une série d'actes chirurgicaux simples en vue de permettre au personnel auxiliaire de traiter les divers degrés de trichiasis/entropion.

3.1.4 Une évaluation plus poussée des résultats des mesures environnementales et comportementales axées sur les collectivités est nécessaire.

### 3.2 Ulcérations microbiennes et septiques de la cornée

3.2.1 L'ulcération de la cornée, entièrement ou partiellement imputable à des agents microbiens, est souvent cause de cécité dans les pays en développement et dans les zones qui sont le siège d'une industrialisation rapide. Il est urgent de mettre au point le traitement

antimicrobien simple et efficace contre ces ulcères cornéens, dont beaucoup succèdent à un traumatisme mineur. Ce traitement devrait faire usage de médicaments localement disponibles et être à la portée de tout agent de santé.

3.2.2 Les ulcères de la cornée, bactériens, fongiques ou viraux, favorisés par l'application topique de corticostéroïdes obtenus sans difficultés ou distribués sans discrimination, sont de plus en plus fréquents. Il est donc urgent d'évaluer l'importance de ce problème et de mettre au point divers systèmes qui permettront de limiter la distribution des corticostéroïdes topiques.

### 3.3 Infections organiques provoquant la cécité

#### 3.3.1 Onchocercose

La recherche sur les opérations de lutte contre l'onchocercose bénéficie déjà du large soutien de deux programmes de l'OMS. Il convient donc de définir les domaines de recherche concernant la prévention de la cécité qui ne sont pas couverts par le Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OCP) ou par le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR).

Après des enquêtes initiales, l'OCP a réalisé et maintenu un niveau élevé de destruction de la mouche Simulium, vecteur de l'onchocercose, sur un immense territoire de savane dans sept pays d'Afrique occidentale. Cependant, il n'existe pas encore de traitement sûr et efficace pour les personnes gravement infectées.

Le programme TDR soutient des recherches importantes sur l'onchocercose et, notamment, des études immunologiques sur la relation hôte-parasite en vue d'améliorer les méthodes de diagnostic pour les études sur le terrain, d'élucider la pathogénèse de la maladie et les complications induites par la thérapie, et d'explorer les possibilités de lutte au moyen de la vaccination. Le programme TDR soutient également, en collaboration avec l'industrie pharmaceutique et les institutions universitaires, un important programme visant à mettre au point de nouveaux médicaments capables de détruire les vers adultes.

A côté des activités en question d'OCP et de TDR, il reste cependant un champ à explorer; il faudrait en effet déterminer les avantages qui résulteraient de l'adoption d'une approche large pour lutter contre la cécité évitable dans les collectivités où sévit Onchocerca. Le Programme de Prévention de la Cécité devrait, en coopération avec d'autres programmes et institutions, encourager l'exécution de projets visant à explorer la faisabilité et à mesurer les effets de ce type de développement des services de santé oculaire.

#### 3.3.2 Rougeole

On sait depuis longtemps que cette maladie peut entraîner la cécité mais on est encore mal informé sur les mécanismes responsables. Il faudrait donc déterminer les conditions covariantes qui mènent à la cécité cornéenne chez les enfants atteints de dermatite rougeoleuse, et étudier notamment le statut nutritionnel et les infections virales (herpès-virus) et bactériennes concomitantes.

La lutte contre la cécité liée à la rougeole pourrait résider dans l'application effective de la vaccination antirougeoleuse. Si la preuve est faite que cette maladie est une cause importante de cécité, on disposera d'un stimulant puissant en faveur d'un vaste programme de vaccination antirougeoleuse.

#### 3.3.3 Lèpre

L'apparition de manifestations oculaires chez les lépreux est bien connue mais on ignore la proportion qui revient à la lèpre dans les taux globaux de cécité; il faudrait la déterminer dans les zones où règne la lèpre. L'OMS exécute un programme actif de lutte antilèpreuse au sujet duquel des informations seront fournies au programme PBL.

## 4. GLAUCOME

La détérioration de la vision par le glaucome est évitable. Il convient de procéder à des enquêtes épidémiologiques simplifiées pour évaluer l'importance du glaucome en tant que cause de cécité.

Le glaucome lié à la cataracte intumescence est important dans les pays où les cataractes anciennes sont nombreuses.

Les participants ont reconnu que l'on ne disposait pas de suffisamment de techniques d'examen adéquates pour identifier les individus exposés à la cécité par glaucome à angle ouvert ou pour les traiter au niveau des services ruraux. En revanche, une simple épreuve de la vision permet de dépister les individus qui ont perdu l'usage d'un oeil par glaucome à angle étroit, et auxquels il est indispensable d'appliquer d'urgence une chirurgie prophylactique, hautement efficace pour prévenir la perte de vision de l'autre oeil.

## 5. TRAUMATISMES OCULAIRES

Dans de nombreuses parties du monde, les traumatismes oculaires occupent une place importante dans la liste des causes de cécité. La perte de vision et la cécité peuvent être dues au traumatisme lui-même, si celui-ci a endommagé une partie du globe oculaire, ou être la conséquence d'une infection secondaire.

Dans les pays développés, les traumatismes oculaires sont généralement liés à des accidents du travail, de la route ou domestiques tandis que dans les pays en développement, où jusqu'à 90% de la population vit en zone rurale, ils sont généralement liés à des travaux agricoles ou au cassage de pierres. Ces traumatismes d'origine agricole aboutissent souvent à des lésions oculaires incapacitantes par suite d'une infection secondaire, due soit à une autre maladie oculaire, et parfois à l'automédication, y compris l'emploi de stéroïdes topiques. Dans certains pays en développement, l'expansion industrielle entraînera très probablement une multiplication des traumatismes oculaires.

Il faudrait effectuer des recherches pour établir le schéma microbiologique des infections consécutives aux petits traumatismes agricoles. De même, il faudrait procéder à des études, notamment à des essais sur le terrain, pour sélectionner des produits bon marché et efficaces susceptibles d'être employés par les travailleurs pour prévenir les complications infectieuses des traumatismes.

Le programme PBL pourrait encourager l'établissement d'une législation dans les domaines suivants :

- (a) interdire l'emploi des feux d'artifice, comme l'ont fait certains pays;
- (b) introduire l'emploi de dispositifs de protection oculaire dans les diverses industries où les yeux sont exposés, et contrôler l'application de cette mesure;
- (c) promouvoir l'éducation sanitaire, et, éventuellement, la mise en place de dispositions juridiques concernant les traumatismes oculaires associés aux sports, à certaines habitudes culturelles et au travail;
- (d) promouvoir des recherches aux fins de mettre au point et de fabriquer des instruments de protection oculaires bon marché destinés aux travailleurs agricoles, industriels, etc. Ces instruments devront être adaptés aux conditions d'environnement dans lesquelles ces travailleurs exercent leur métier pendant de longues périodes.

Ces recherches pourraient être exécutées en collaboration avec le Service de Médecine du Travail de l'Organisation mondiale de la Santé et avec d'autres organes des Nations Unies tels que l'OIT.