



RAPPORT DE LA REUNION D'UN GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS OCULAIRES PRIMAIRES
Genève, du 20 au 23 octobre 1980

INTRODUCTION

Un Groupe de Travail sur les Soins oculaires primaires s'est réuni du 20 au 23 octobre 1980 au Siège de l'OMS à Genève. La réunion a été ouverte par le Dr I.D. Ladnyi, Sous-Directeur général de l'OMS, au nom du Directeur général, le Dr H. Mahler.

Le présent rapport a été examiné et adopté par le Groupe consultatif du Programme OMS de Prévention de la Cécité qui s'est réuni à New Delhi du 9 au 13 février 1981.

1. DEFINITION DES SOINS OCULAIRES PRIMAIRES

Les soins de santé primaires ont été définis comme "... des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire." (Déclaration VI, Alma Ata, 1978.)

Les soins oculaires primaires sont un élément essentiel des soins de santé primaires et recouvrent la promotion de la santé oculaire et la prévention et le traitement des affections qui peuvent conduire à la perte de la vision.

Les soins oculaires primaires comprennent des mesures de promotion et de prévention, et des mesures thérapeutiques de base pour la santé oculaire d'un individu ou d'une communauté. Ces mesures peuvent être fournies à différents niveaux de compétence en fonction des conditions et des ressources locales. Toutefois, et compte tenu du fait que dans la plupart des pays en développement où la cécité évitable constitue actuellement un grave problème de santé publique, l'accent est mis sur l'intégration des soins oculaires primaires aux soins de santé primaires. Dans ce contexte, il faut donc accorder la priorité à la détermination des soins oculaires essentiels qu'il faut fournir au niveau le plus périphérique. La mise en oeuvre des soins oculaires primaires doit également tenir compte dans toute la mesure possible des personnels existant localement et des programmes de formation en cours. Dans les régions où il n'existe pas de système de soins de santé primaires, il conviendrait de créer des services de soins oculaires primaires qui pourraient à long terme évoluer vers un système de soins de santé primaires.

Les soins oculaires primaires doivent bénéficier de l'appui et de l'assistance de niveaux de compétence supérieurs du système de santé.

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.

2. ACTIVITES MISES EN OEUVRE DANS LE CADRE DES SOINS OCULAIRES PRIMAIRES

Les soins oculaires primaires peuvent être divisés en (1) activités cliniques et (2) activités de promotion et de prévention. En ce qui concerne les activités cliniques, il faudrait également établir une distinction entre les affections qui devraient être :

- diagnostiquées et traitées par l'agent de soins de santé primaires;
- diagnostiquées par l'agent de soins de santé primaires et pour lesquelles le patient est dirigé vers un niveau supérieur après un traitement initial;
- diagnostiquées par l'agent de soins de santé primaires et pour lesquelles le patient est dirigé vers un centre de niveau supérieur pour traitement.

2.1 Activités cliniques

2.1.1 Affections qui devraient être diagnostiquées et traitées par un agent qualifié de soins de santé primaires

(i) Conjonctivite

(a) Conjonctivite aiguë

Un oeil rouge depuis peu et accompagné de sécrétion est un cas courant qui réclame l'attention de l'agent de soins de santé primaires. Il doit être traité par des applications topiques fréquentes d'antibiotiques, mais s'il n'y a pas d'amélioration dans les trois jours, le patient devrait être dirigé vers un niveau supérieur.

(b) Ophthalmia neonatorum (oeil rouge avec sécrétion chez le nouveau-né)

Cette grave affection, se produisant au cours des premiers jours après la naissance, est généralement due à une infection gonococcique et peut entraîner la cécité. Elle nécessite un traitement antibiotique systémique et topique, immédiat et intensif.

Le traitement doit être réalisé immédiatement au niveau du village. Il peut être nécessaire de poursuivre le traitement topique pendant deux semaines.

On peut prévenir l'Ophthalmia neonatorum en appliquant des gouttes à 1% de nitrate d'argent dans les deux yeux immédiatement après l'accouchement (prophylaxie de Credé), ou par une application unique de pommade oculaire à 1% de tétracycline. Ces mesures prophylactiques devraient être enseignées aux accoucheuses et aux sages-femmes.

(c) Trachome

Dans les zones de trachome endémique, il faudrait accorder l'attention au diagnostic des principaux signes cliniques du trachome afin de traiter cette affection au niveau du village, soit individuellement, soit dans le cadre de campagnes de masse. Au niveau des soins de santé primaires, le trachome ne devrait être traité que par l'application d'une pommade à la tétracycline ou par d'autres applications topiques appropriées. Les patients nécessitant une plus grande attention devraient être dirigés vers un niveau supérieur.

(d) Conjonctivite irritante

Cette affection est parfois d'origine allergique, et s'accompagne dans certains cas d'une sécrétion peu importante. Elle est souvent de nature chronique et récurrente. On peut utiliser un collyre au sulfate de zinc pour un traitement de courte durée.

(ii) Traumatisme(a) Hémorragie sous-conjonctivale

L'agent de soins de santé primaires devrait savoir qu'une hémorragie sous-conjonctivale simple, bien qu'effrayante, n'est pas une affection grave et disparaîtra au bout de 10 à 20 jours. Il devrait rassurer le patient. Toutefois, une hémorragie sous-conjonctivale douloureuse ou associée à une perte de la vision pourrait être la manifestation d'une affection plus grave et le patient devrait alors être dirigé vers un niveau supérieur.

(b) Corps étrangers superficiels

- Conjonctive : La présence de corps étrangers sous les paupières, notamment la paupière supérieure, devrait faire l'objet d'un examen par éversion des paupières. Ces corps étrangers peuvent être retirés à l'aide d'un morceau de coton tressé ou de tissu propre.

- Cornée : Les corps étrangers peuvent généralement être vus à l'oeil nu, mais il est préférable d'utiliser une loupe. Un instrument non pointu ou un morceau de papier plié peuvent être utilisés pour retirer les corps étrangers superficiels; une fois retirés, il faudrait appliquer une pommade antibiotique.

(c) Abrasion de la cornée

Bien qu'en règle générale on puisse considérer qu'il s'agit d'une affection simple, ses conséquences pourraient être assez graves pour la vue si une infection se déclarait. Il conviendrait de procéder rapidement à des applications topiques d'antibiotiques et de couvrir l'oeil avec un pansement.

(d) Contusions

- Hémorragie sous-cutanée des paupières : S'il n'y a pas de perte de la vision, aucun traitement n'est nécessaire.

- Hyphéma (présence de sang derrière la cornée) : Le traitement habituel dans ces cas est un repos de cinq jours; il faudrait éviter l'emploi de salicylates, comme par exemple l'aspirine. Toutefois, si la douleur augmente ou si la perte de vision est plus importante, il faut immédiatement diriger le patient vers un niveau supérieur.

(iii) Carence en Vitamine A

La cécité nocturne, la présence de taches de Bitot et/ou une cornée sèche ou opaque chez les enfants indiquent une carence en Vitamine A. Cette carence doit être traitée rapidement en administrant par voie orale 110mg (200 000 U.I.) de Vitamine A.

2.1.2 Affections qui devraient être diagnostiquées et pour lesquelles le patient devrait être dirigé vers un niveau supérieur après un traitement initial

On suppose qu'il existe un centre secondaire ou tertiaire vers lequel le patient pourrait être dirigé. Dans certaines régions toutefois, l'accès à un tel centre peut être limité, difficile ou retardé. Dans ces conditions, le traitement initial doit être poursuivi.

- (i) Ulcères de la cornée (taches blanchâtres sur la cornée associées à un oeil rouge)
Ces ulcères qui peuvent entraîner la cécité doivent être soignés d'urgence par un personnel qualifié. Il est important que l'agent de soins de santé primaires puisse diagnostiquer cette affection et commencer le traitement en nettoyant l'oeil et en procédant à des applications topiques d'antibiotiques; ensuite le patient doit être immédiatement dirigé vers un niveau secondaire.
- (ii) Lacérations et/ou pénétrations de la cornée ou de la sclère
L'oeil doit être protégé par un cache et un traitement antibiotique systémique doit être si possible administré. Il faut éviter d'utiliser de la pommade.
- (iii) Lacérations de la paupière
Les personnes atteintes de lacérations importantes de la paupière et celles touchant le bord libre de la paupière doivent être dirigées vers un centre de niveau supérieur, après que ces lacérations aient été nettoyées avec précaution et que la paupière ait été protégée. Le cas échéant, on peut avoir recours à une antibiothérapie systémique avant de diriger le patient vers un niveau supérieur.
- (iv) Entropion/trichiasis
Ces cas doivent normalement être dirigés vers un niveau supérieur après traitement initial à l'aide d'une pommade antibiotique. L'épilation des cils gênants peut constituer une mesure temporaire pour apaiser la douleur.
- (v) Brûlures
 - Chimiques : Il faut procéder immédiatement à une irrigation prolongée, les paupières étant maintenues grandes ouvertes, et appliquer si possible une pommade antibiotique avant de diriger le patient vers un niveau supérieur.
 - Thermiques : Si la peau est gravement brûlée, il faut appliquer une pommade antibiotique et diriger le patient vers un niveau supérieur.

2.1.3 Affections qui devraient être diagnostiquées et pour lesquelles le patient devrait être dirigé vers un centre de niveau supérieur pour traitement

- (i) Oeil rouge douloureux associé à une perte de la vision : Ces patients doivent être dirigés immédiatement vers un niveau supérieur.
- (ii) Cataracte : Diriger les patients présentant une perte importante de la vision vers un niveau supérieur.
- (iii) Ptérygion : Les patients présentant un ptérygion avancé, constituant une menace pour la vision, doivent être dirigés vers un niveau supérieur.
- (iv) Perte de la vision : Les patients dont l'un des yeux a une vision inférieur à 0,3 (6/18) doivent être dirigés vers un niveau supérieur.

2.2 Activités de promotion et de prévention

Afin de promouvoir la santé oculaire et de prévenir la perte de la vision, l'agent de soins de santé primaires doit diffuser les informations appropriées auprès du maximum de personnes de sa communauté. Une grande partie de cette éducation pourrait être axée sur des groupes cibles spécifiques, tels que les chefs de village, les conseils communautaires, les autorités administratives, les enseignants et les élèves, ainsi que les ménages.

L'agent de soins de santé primaires doit être un simple éducateur, capable de rendre la communauté consciente du fait que la majorité des cas de cécité sont soit évitables, soit curables. Il doit également apprendre aux membres de la communauté les principes d'hygiène personnelle et du milieu, de nutrition, d'assainissement et de protection des yeux.

L'agent de soins de santé primaires doit encourager la participation individuelle et communautaire aux activités de prévention de la cécité, et prendre activement part aux programmes de traitement au niveau communautaire, par exemple contre le trachome et la xérophtalmie. Il doit également assurer le suivi des activités locales initiées par des niveaux supérieurs de services de soins oculaires ou par des unités mobiles. Ces activités peuvent inclure la supervision des programmes de traitement et la réévaluation de certains résultats, par exemple des opérations du trichiasis.

3. PERSONNEL ET FORMATION

L'agent de soins de santé primaires doit être responsable de l'administration des soins oculaires primaires qui doivent former partie intégrante de ses activités.

3.1 Qualifications requises en vue de la sélection

- (a) savoir lire et écrire;
- (b) être acceptable à la communauté et être de préférence choisi par celle-ci.

3.2 Formation

La formation doit être simple, pratique et axée sur les tâches à accomplir.

Elle doit être assurée, dans toute la mesure possible, au sein de la communauté à servir ou à proximité de celle-ci et être de préférence dispensée par le superviseur qui sera également responsable de l'évaluation.

Quand cela est possible, les installations de santé existantes peuvent être utilisées pour la formation de groupe.

3.3 Supervision

L'agent de soins de santé primaires doit être supervisé par l'intermédiaire de visites régulières effectuées par du personnel du niveau secondaire, par exemple un ophtalmologiste, un assistant médical en ophtalmologie, ou d'autres catégories compétentes de personnels de santé.

3.4 Données et rapports par l'agent de soins de santé primaires

Les données devraient de préférence être inscrites dans un carnet et fournir les détails suivants : nom, âge, sexe, tribu (le cas échéant), localité, plaintes/symptômes, diagnostic provisoire, et traitement administré.

Des rapports devraient être établis par le superviseur, qui relève les données pertinentes dans le carnet où sont portées les informations, à l'occasion de visites de contrôle de l'activité de l'agent de soins de santé primaires.

3.5 Cours de mise à jour

Ces cours devraient être assurés périodiquement par le superviseur ou d'autres agents compétents, soit au niveau communautaire, soit si possible dans un centre de formation.

3.6 Evaluation de la formation

L'évaluation de la formation et des performances de l'agent de soins de santé primaires doivent être réalisées par le superviseur d'après le carnet tenu par l'agent local et par une évaluation personnelle du travail sur le terrain.

L'évaluation globale de la prévalence des cas de cécité dans la communauté intéressée et de l'efficacité du rôle joué par l'agent de soins de santé primaires devrait être confiée à un personnel suffisamment qualifié.

4. FOURNITURES ET EQUIPEMENT NECESSAIRES AUX SOINS OCULAIRES PRIMAIRES

4.1 Médicaments

- (a) Pommade pour les yeux à 1% de tétracycline.
- (b) Pommade pour les yeux à 1% de chloramphénicol.
- (c) Collyre à 0,25% de sulfate de zinc.
- (d) Capsules de Vitamine A - 110mg (200 000 U.I.)
- (e) Collyre à 1% de nitrate d'argent - pour la prophylaxie du nouveau-né.
On peut également procéder à une application unique de pommade pour les yeux à 1% de tétracycline.

4.2 Equipement

- (a) Optotypes. Ces types devraient être adaptés aux besoins locaux et peuvent inclure : des anneaux de Landolt; des échelles de Snellen, en utilisant l'optotype "E"; et des tests à main de Sjögren, soit comme optotypes uniques, soit comme échelle optotype multiple simplifiée.

La définition de la perte de la vision et de la cécité doit être conforme aux normes établies (OMS, 9ème Classification internationale des Maladies, 1978).

- (b) Lampe de poche et piles.
- (c) Loupe à main.
- (d) Pince à épiler dans les zones de trachome endémique.
- (e) Pansements :- compresses, bandages, sparadrap, caches oculaires.

Quand cela est possible, la production locale de fournitures, telles que les bandages, les caches et les pinces à épiler, doit être encouragée.

Les collyres et les pommades contenant de la pilocarpine, de l'atropine ou des stéroïdes ne devraient pas être fournies au niveau primaire.

Il est très souhaitable que la fourniture des médicaments ophtalmiques au centre de santé primaire soit aussi normalisée et aussi uniformisée que possible, afin d'accroître la disponibilité de ces fournitures et de réduire les coûts.

Pour éviter la perte de fournitures et de médicaments, il faudrait procéder à une supervision et à un contrôle réguliers qui permettraient également de s'assurer qu'il existe des quantités suffisantes de fournitures et de médicaments et que les réapprovisionnements sont régulièrement effectués.

5. MATERIELS DE FORMATION

La formation d'un agent de soins de santé primaires en matière de soins oculaires nécessite l'emploi de matériels d'enseignement, tels que des manuels et des affiches. Ceux-ci doivent être simples, réalisées avec des produits durables et pouvant être obtenues pour un coût relativement peu important.

5.1 Caractéristiques générales des manuels/affiches pour les soins oculaires primaires

Les soins oculaires primaires sont un élément essentiel des soins de santé primaires et il faudrait souligner l'importance de la promotion de la santé oculaire au niveau communautaire.

5.1.1 Méthodes d'examen (à illustrer par des diagrammes et/ou des photos)

- (a) Prendre connaissance et évaluer la situation du patient.
- (b) Evaluer l'acuité visuelle et en prendre note.
- (c) Examiner l'oeil et les paupières.
- (d) Exposer la conjonctive de la paupière inférieure.
- (e) Eversion de la conjonctive de la paupière supérieure.
- (f) Examiner le globe oculaire, le patient regardant dans différentes directions.
- (g) Examiner les nourrissons.

5.1.2 Affections cliniques

Le manuel devrait décrire dans les grandes lignes les affections que l'agent de soins de santé primaires doit reconnaître et traiter et celles pour lesquelles le patient doit être dirigé vers un centre de niveau supérieur de compétence, comme indiqué dans la section 2.1.

Il faudrait utiliser des illustrations appropriées ainsi que des descriptions brèves et claires.

5.1.3 Méthodes de traitement

- (a) Nettoyer et irriguer l'oeil.
- (b) Mettre un collyre et appliquer une pommade.
- (c) Appliquer des compresses, mettre un cache, du sparadrap et des pansements.

5.1.4 Participation communautaire à la prévention de la cécité

Il faudrait inclure les aspects de prévention et de promotion énumérés à la section 2.2.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

1. La promotion de la santé oculaire et la prévention de la cécité évitable pourraient être réalisées par une action axée sur la communauté.

Les soins oculaires simples mais essentiels pourraient être dispensés par du personnel de santé auxiliaire; ces soins oculaires primaires devraient faire partie intégrante des soins de santé primaires.

2. La prévention de la cécité est une activité multidisciplinaire et les soins oculaires primaires doivent inclure des mesures de promotion et de prévention, ainsi que des mesures thérapeutiques afin de lutter contre toute perte inutile de la vision chez les membres de la communauté. L'agent de soins de santé primaires ne peut travailler efficacement s'il est isolé, et il doit par conséquent être appuyé par un système efficace d'aiguillage vers des niveaux de compétences supérieures.

Recommandations

1. L'aspect "soins oculaires" de la formation de l'agent de soins de santé primaires devrait être renforcé. Dans les zones de prévalence élevée d'affections pouvant entraîner la cécité et les zones où n'existent pas d'infrastructures de soins de santé primaires, il faudrait choisir et former des personnes appartenant aux communautés intéressées pour assurer les soins oculaires primaires. Il est envisagé que les fonctions de ces agents pourraient à long terme être élargies pour inclure l'ensemble des soins de santé primaires.
2. La formation du personnel de santé auxiliaire en soins oculaires à divers niveaux devrait être encouragée et accélérée dans le cadre du système national de services de santé afin de disposer des moyens nécessaires de supervisions et d'aiguillage vers des centres de compétences supérieurs.
3. Le matériel adapté à l'enseignement de la santé oculaire fait gravement défaut, et des manuels, des affiches et autres équipements nécessaires à la formation en soins oculaires primaires doivent être réalisés. Ceux-ci devraient comporter des illustrations appropriées et devraient être d'un format et d'un matériel aisément utilisables sur le terrain.
4. La formation du personnel de santé auxiliaire en soins oculaires devrait être encouragée par l'organisation d'ateliers, de séminaires et d'autres types de réunions au niveau national ou inter-pays. Il faudrait étudier les possibilités de coopération techniques entre pays en développement (CTPD) dans ce domaine.

DOCUMENTS DE REFERENCE

Prévention de la cécité : formation d'auxiliaires en soins oculaires
Chronique OMS, 1980, 34, 352-356

Guides pour les programmes de prévention de la cécité
Organisation mondiale de la Santé, Genève (1979)

Dépistage et traitement de la xérophtalmie; manuel à l'intention des personnels de terrain
(Dr A. Sommer)
Organisation mondiale de la Santé, Genève (1978)

Méthodes de lutte contre le trachome (sous la direction de M.L. Tarizzo)
Organisation mondiale de la Santé, Genève (1973)

Méthodes d'évaluation de la cécité évitable
Organisation mondiale de la Santé, Genève (1980), Publication offset No. 54

L'agent de santé communautaire (édition révisée)
Organisation mondiale de la Santé, Genève (1980)

LISTE DES PARTICIPANTS

Membres

Dr F. Contreras, Directeur du Département d'Ophtalmologie, Hôpital Santo Toribio de Mogrovejo, Ministère de la Santé, Ramon Ribeyro 525, Miraflores, Lima, Pérou

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

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

Professeur C.O. Quarcoopome, Directeur, Institut Noguchi pour la Recherche médicale, (Université de Ghana), P.O. Box 25, Legon, Ghana (Président)

Dr A.M. Tonjum, Professeur associé, Département universitaire d'Ophtalmologie, Rikshospitalet, Pilestredet 32, Oslo 1, Norvège

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

Observateurs

Dr J. Blum (44 boulevard des Tranchées, 1206 Genève), Organisation mondiale contre la Cécité, Commonwealth House, Haywards Heath, West Sussex, RH16 3AZ, Royaume-Uni

Dr R.H. Meaders, Directeur médical, International Eye Foundation (IEF), 7801 Norfolk Avenue, Bethesda, Maryland 20014, Etats-Unis d'Amérique

Secrétariat

Dr B. Thylefors, Ophtalmologiste, Programme de Prévention de la Cécité, Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (Secrétaire)

= = =