



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : FRANÇAIS

Cinquante-septième session

Brazzaville, République du Congo, 27 – 31 août 2007

Point 7.4 de l'ordre du jour provisoire

**ACCÉLÉRATION DE L'ÉLIMINATION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE :
UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

Rapport du Directeur régional

Résumé d'orientation

1. Le nombre d'aveugles dans la Région africaine est estimé à 6,8 millions. La cécité représente un réel problème de santé publique.
2. Dans la Région, plusieurs pays ont des programmes de lutte contre la cécité. Cependant, leur impact reste limité en raison du manque de ressources et structures appropriées. L'initiative mondiale « Vision 2020 : le droit à la vue » pour l'élimination de la cécité évitable, lancée en partenariat avec l'International Agency for the Prevention of Blindness, constitue une opportunité et une réponse cohérente au défi posé par la cécité.
3. La présente stratégie permet de mettre en application l'initiative Vision 2020 dans la Région africaine.
4. Les interventions proposées sont les suivantes : i) mener le plaidoyer et élaborer des politiques et des plans; ii) intégrer les activités de soins oculaires dans les systèmes de soins existants; iii) adopter des approches spécifiques de lutte contre les maladies prioritaires; iv) développer les ressources humaines et les infrastructures; v) renforcer le partenariat et mobiliser les ressources; vi) développer la recherche.
5. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la présente stratégie.

SOMMAIRE

Paragrophes

INTRODUCTION	1-6
ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION	7-17
STRATÉGIE RÉGIONALE	18-43
SUIVI ET ÉVALUATION	44
CONCLUSION	45-46

INTRODUCTION

1. La déficience visuelle comprend la basse vision et la cécité, et correspond à la perte partielle ou totale de la vision, mesurée à l'échelle standard.¹ Dans 75 % des cas, la cécité peut être prévenue ou traitée.
2. La cécité constitue un réel problème de santé publique et socio-économique. Dans les pays en voie de développement, elle aggrave la pauvreté. La charge de morbidité reste élevée, en dépit des efforts consentis.
3. «Vision 2020 : le droit à la vue» est une initiative mondiale qui vise à éliminer la cécité évitable d'ici l'an 2020. Il s'agit d'un partenariat entre l'OMS et l'International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB) qui est une vaste coalition d'organisations non gouvernementales (ONG).
4. La résolution WHA56.26² invitait instamment les États Membres à s'engager à soutenir l'Initiative en élaborant des plans nationaux, en partenariat avec les ONG, le secteur privé et la société civile, et en débutant leur mise en œuvre au plus tard en 2007.
5. La résolution WHA59.25³ invitait instamment les États Membres à mettre en place et à renforcer les services de soins oculaires, ainsi qu'à les intégrer dans les systèmes de santé existants, à assurer la formation des catégories de personnel clé et le perfectionnement du personnel en soins oculaires, et à mobiliser des ressources financières sur le plan interne.
6. La présente stratégie, dans le cadre de l'initiative Vision 2020, propose des interventions spécifiques pour prévenir et éliminer la cécité évitable dans la Région africaine.

ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION

Analyse de la situation

7. Le manque de données épidémiologiques fiables constitue un problème essentiel en Afrique. Il existe environ 161 millions de déficients visuels dans le monde, dont 37 millions d'aveugles. En Afrique subsaharienne, on estime à 27 millions le nombre de déficients visuels⁴, dont 6,8 millions d'aveugles.
8. Les principales causes de cécité évitable dans les pays en développement à l'échelle mondiale sont : la cataracte (50 %); le glaucome (12 %); les opacités cornéennes (5 %); le diabète (5 %); le trachome (4 %) affectant surtout les femmes et les enfants; la cécité de l'enfant liée à la carence en vitamine A, à la rougeole, à la conjonctivite du nouveau-né (4 %); l'onchocercose (0,8 %); et d'autres causes (14 %)⁵, y compris la basse vision et les erreurs de réfraction.
9. Dans la Région, la cataracte constitue la principale cause de cécité. Elle peut être acquise (âge avancé, diabète, traumatisme) ou congénitale, et correspond à une opacification du cristallin qui entraîne une baisse progressive de la vision. On estime à 3-4 millions le nombre de cas de

¹ *Classification statistique internationale des maladies* (CIM-10), vol 1, H54, pp 456-457.

² Résolution WHA56.26, Élimination de la cécité évitable. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 28 mai 2003.

³ Résolution WHA59.25, Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 27 mai 2006.

⁴ Resnikoff S et al, Global data on visual impairment in the year 2002, *Bulletin of the World Health Organization*, 82 : 844-851, 2004.

⁵ Resnikoff S et al, Prévention de la cécité: nouvelles données et nouveaux défis, *Revue de santé oculaire communautaire*, vol. 2, N°1, août 2005.

cataracte non opérés, avec une faible proportion de patients opérés. En effet, 200 cas seulement par million d'habitants font l'objet d'une opération chaque année dans la Région africaine, contre 3000 à 5000 dans les pays développés.⁶ Les difficultés d'accès aux soins et le coût de la chirurgie aggravent cette situation.

10. Le glaucome, une affection liée à une élévation insidieuse de la pression oculaire, pose le problème d'observance thérapeutique à cause de son traitement au long cours. Ses principaux facteurs de risque sont : l'élévation de la tension oculaire, l'âge (plus de 40 ans), les antécédents familiaux, l'ethnicité (la race noire est plus exposée). Qu'il s'agisse de traitement médical à vie ou d'intervention chirurgicale, le recours aux services cliniques reste onéreux pour des retombées modestes.

11. La rétinopathie diabétique constitue une des complications oculaires du diabète. À l'échelle mondiale, elle évolue vers la cécité dans 2 % des cas. Dans la Région africaine, le taux d'évolution de la rétinopathie diabétique vers la cécité n'est pas connu. Cette complication du diabète mal équilibré pose des problèmes de dépistage et de prise en charge.

12. Le manque d'hygiène, les difficultés d'accès à l'eau et la pauvreté constituent les facteurs favorisant le trachome. Cette maladie oculaire infectieuse peut conduire à la cécité par ses complications et ses séquelles. Une stratégie appropriée, appelée CHANCE, composée de quatre volets : Chirurgie des paupières, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement, est utilisée dans les 19 pays endémiques de la Région.⁷ CHANCE peut réduire la charge du trachome cécitant, lorsqu'elle est appliquée.

13. L'onchocercose est endémique dans 30 pays de la Région. La maladie a été contrôlée avec succès dans 10 des 11 pays de l'Afrique de l'Ouest, grâce au programme de lutte contre l'onchocercose (OCP), achevé en 2002. Dans les 19 autres pays affectés, le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC) vise également à éliminer cette maladie.

14. La cécité de l'enfant peut être prévenue ou évitée dans la majorité des cas. En effet, les actions intégrées d'élimination conjointe de la carence en vitamine A et de la rougeole (programme mondial «Survie de l'Enfant»), ont réduit la cécité de l'enfant. Les mesures préventives portent sur la vaccination, la prévention de la carence en vitamine A et des infections sexuellement transmissibles. Le dépistage et la prise en charge de la cataracte congénitale et du glaucome congénital restent difficiles dans la Région; seuls quatre pays pilotes (Éthiopie, Ghana, Kenya et Mali) disposent de services chirurgicaux appropriés.

15. Les erreurs de réfraction et la basse vision affectent une large proportion de la population. Dans la Région, exception faite de l'Éthiopie, les pays ne disposent pas de données fiables sur ces affections. On note cependant que certains d'entre eux ont initié et mis en place des programmes spécifiques.

16. Les infrastructures des soins oculaires sont souvent insuffisantes, avec des équipements vétustes et peu fonctionnels. Le manque de personnel et les pénuries de médicaments et d'autres produits oculaires essentiels sont fréquents. L'augmentation de l'incidence des maladies causales de la cécité, qui en résulte, accentue la menace pour la santé dans la Région. La prise en charge des affections oculaires nécessiterait une réorganisation des systèmes et services de soins.

⁶ Thylefors B, Une initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable, *Revue de Santé oculaire communautaire*, 1 (1) : 1-3 2004.

⁷ Algérie, Burkina Faso, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Kenya, Mali, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Togo et Zambie.

Justification

17. Le problème de la cécité est parmi les principaux problèmes de santé publique en Afrique et pourtant 75 % des causes peuvent être prévenues. La prévention de la cécité a déjà fait l'objet de deux résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé. L'initiative Vision 2020 constitue une réponse cohérente aux problèmes de la cécité et une opportunité pour les gouvernements, agences non gouvernementales, professionnels des soins oculaires, secteur privé, de travailler ensemble pour éliminer la cécité évitable. La présente stratégie africaine facilitera l'application de l'initiative Vision 2020.

STRATÉGIE RÉGIONALE

But et objectifs

18. Le but de la présente stratégie est de contribuer à la réduction de la charge de morbidité liée à la cécité évitable.

19. La stratégie a pour objectifs de :

- a) permettre la création d'un environnement politique favorable à la mise en œuvre de Vision 2020;
- b) intégrer les services de soins de santé oculaires dans les soins de santé primaires;
- c) renforcer le développement des ressources humaines et des infrastructures et technologies appropriées;
- d) renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources;
- e) soutenir les études sur les interventions communautaires efficaces.

Principes directeurs

20. La stratégie proposée est fondée sur les principes directeurs suivants :

- a) adoption d'interventions préventives, curatives et réadaptatives présentant un meilleur rapport coût/efficacité;
- b) promotion de l'équité, tout en garantissant aux groupes défavorisés l'accessibilité à des soins de qualité;
- c) partenariat multidisciplinaire et multisectoriel, avec rôle prédominant du secteur de la santé;
- d) participation communautaire pour obtenir suffisamment de données sur la cécité et amener la communauté à réagir aux maladies oculaires.

Interventions prioritaires

21. Afin de mieux prévenir et contrôler la cécité, les interventions prioritaires suivantes seront envisagées :

Plaidoyer et élaboration de politiques et plans

22. La création et le renforcement de conditions favorables à **l'accroissement du plaidoyer et de la sensibilisation** sont indispensables à la prise de décisions et à la mobilisation des ressources en vue de la mise en œuvre des interventions.

23. Il est nécessaire de procéder à la collecte de données sur la cécité évitable pour créer des bases factuelles. Celles-ci seraient utilisées en partie lors du processus d'élaboration des politiques pour convaincre les parties prenantes au cours des discussions, pour appuyer et orienter les interventions.

24. Il convient de renforcer **l'élaboration** et la mise en œuvre **des plans nationaux**. La consultation de tous les acteurs intervenant dans la lutte contre la cécité est indispensable, afin d'aboutir à des programmes nationaux appropriés.

Intégrer les activités de soins oculaires dans les systèmes de soins existants

25. L'**intégration** des soins oculaires dans les systèmes de soins existants visera tous les niveaux. Elle devra s'inspirer des principes des soins de santé primaires, y compris la fonction d'orientation/recours. Au niveau communautaire, les activités promotionnelles, l'éducation sanitaire seront intégrées aux activités familiales de la communauté, aux activités des associations déjà en place. Les soins oculaires élémentaires et la prise en charge des cas simples d'erreurs de réfraction seront développés au niveau primaire sous une supervision formative.

26. Les cas dépassant les compétences du niveau primaire, en particulier les cas de cataracte diagnostiqués pour être opérés et les cas de trichiasis à opérer dans le trachome cécitant seront orientés vers le niveau secondaire. Les cas compliqués et difficiles dépassant les compétences du personnel du niveau secondaire seront, quant à eux, référés au niveau tertiaire. La réadaptation, la formation et la recherche seront assurées à tous les niveaux.

Adopter des approches spécifiques de lutte contre les maladies prioritaires

27. Vision 2020 donne des orientations spécifiques sur les interventions adaptées à la cataracte, au trachome, à l'onchocercose, à la cécité de l'enfant et aux erreurs de réfraction. Un accent sera mis sur la nécessité pour les pays d'avoir accès à ces interventions. Dans le cas de la cataracte, le dépistage et la chirurgie sont les approches recommandées.

28. La stratégie CHANCE devrait être **intensifiée et mieux appliquée** dans les pays d'endémicité du trachome cécitant; il sera nécessaire d'intégrer sa composante A aux programmes des maladies tropicales négligées, dans les pays de co-endémicité avec d'autres maladies parasitaires. La propreté du visage et l'hygiène de l'environnement devraient être également intégrées dans d'autres programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

29. La mise en œuvre de la Déclaration de Yaoundé de 2006 permet **d'accélérer** l'élimination de l'onchocercose dans la Région. Pour cela, il convient de renforcer les activités et la surveillance dans les pays sortant d'une situation de conflit et ceux ayant des poches de co-endémicité avec une autre maladie parasitaire, la loase, et d'étendre les activités aux pays de l'ex-OCP.

30. Le partenariat avec le programme mondial Survie de l'Enfant sera **renforcé**. Il faut développer l'éducation et la formation des agents de santé communautaire et des tradipraticiens; renforcer la sensibilisation du personnel des services de maternité et postnatals, et les mères au dépistage des affections oculaires congénitales, particulièrement celles qui sont liées à la carence en vitamine A et à la cataracte congénitale.

31. En ce qui concerne les erreurs de réfraction, les cas d'enfants de 6 à 15 ans et d'adultes de plus de 45 ans devront être considérés comme prioritaires. À cet effet, il faudra **développer et renforcer** le dépistage à l'école et au collège, ainsi qu'au sein des associations et dans les places publiques. Cette activité devra être accompagnée d'un programme de fourniture de lunettes à moindre coût.

32. Pour le glaucome, il faudra **développer et renforcer** l'éducation sanitaire, le dépistage ciblé des sujets à risque et la prise en charge précoce. L'accès aux médicaments essentiels antiglaucomateux, d'un coût abordable, doit également être assuré.

33. La prévention primaire et secondaire du diabète sera **renforcée**, afin de minimiser le développement de la rétinopathie diabétique qui, une fois installée, devient irréversible. Des équipements et des technologies appropriés devraient être mis à disposition pour arrêter la progression de la cécité.

Développer les ressources humaines et les infrastructures

34. Le **renforcement** des capacités de toutes les catégories de personnel en charge de la santé oculaire est essentiel. Une **formation** sera dispensée au personnel pour combler les lacunes constatées sur le plan des compétences et aptitudes ; on renforcera également l'aptitude des communautés à assurer les activités promotionnelles et préventives, ainsi que l'identification des malvoyants.

35. Au niveau primaire, les compétences seront renforcées pour assurer le dépistage de la cataracte et du trachome actif dans les pays d'endémicité, et pour assurer les soins oculaires élémentaires. Il sera nécessaire d'améliorer le programme de formation initiale des paramédicaux en ajoutant des notions de base sur les affections oculaires prioritaires.

36. Aux niveaux secondaire et tertiaire, il faudra former davantage d'ophtalmologistes; de chirurgiens de la cataracte parmi les médecins généralistes, les assistants en ophtalmologie et les administrateurs des programmes , en tenant compte du contexte particulier de chaque pays, et d'autres catégories de personnel médical et non médical indispensables telles que les infirmiers spécialisés en ophtalmologie, les réfractionnistes, les techniciens en basse vision, les techniciens en maintenance et les gestionnaires de programmes. Les compétences des ophtalmologistes pourront être renforcées par des spécialités complémentaires.

37. Les infrastructures devront être réhabilitées, les équipements rénovés, les consommables et médicaments ophtalmologiques disponibles toute l'année. Parallèlement, de nouveaux services oculaires, respectant les normes pour assurer la microchirurgie et les examens oculaires de base, devront être développés.

Renforcer le partenariat et mobiliser les ressources

38. Il est essentiel de **renforcer** la mobilisation des ressources et le développement d'un partenariat (national, interrégional et international) efficace et coordonné entre tous les acteurs, afin d'assurer et de faciliter la mise en œuvre des interventions, et d'optimiser l'utilisation des ressources. Les partenariats actuellement en place seront renforcés.

Développer la recherche

39. Les pays identifieront les priorités en matière de recherche pour appuyer la mise en œuvre des programmes de prévention et de contrôle de la cécité évitable. Ils seront encouragés à **soutenir** et à financer les travaux de recherche, particulièrement la recherche opérationnelle. Il conviendra d'**encourager** la formation des chercheurs, d'équiper les institutions de recherche, les écoles de médecine et les centres de formation.

Rôles et responsabilités

40. Les pays devraient :

- a) élaborer et mettre en œuvre les politiques et plans de lutte contre la cécité, intégrer les activités de soins oculaires dans les systèmes de santé existants sur la base d'enquêtes faites sur le terrain;
- b) renforcer les systèmes de santé et les capacités de lutte contre la cécité, en favorisant la participation communautaire, la collaboration avec les partenaires et la recherche opérationnelle;
- c) mobiliser des ressources sur les plans interne et externe, mettre en place des comités nationaux, assurer la coordination des activités de tous les intervenants, assurer le suivi des programmes sur la cécité;
- d) assurer la coordination de l'ensemble des partenaires;
- e) entreprendre des campagnes transfrontalières synchronisées et intégrées concernant la cataracte.

41. L'OMS et les partenaires devraient :

- a) fournir une assistance technique à l'élaboration des politiques et plans, à la collecte des données par la conduite d'enquêtes et à leur analyse et diffusion;
- b) appuyer les pays pour les aider à mettre en place et en œuvre des mécanismes de contrôle et des standards;

- c) assurer un appui aux pays pour mener des activités de plaidoyer en faveur d'un accroissement des ressources auprès des décideurs politiques, des partenaires internationaux et d'autres intervenants essentiels;
- d) appuyer les programmes de formation;
- e) appuyer l'harmonisation des programmes des pays.

Implications en termes de ressources

42. Il existe un besoin de ressources additionnelles internes et externes pour soutenir la stratégie, dans le cadre d'un partenariat plus élargi (bailleurs bilatéraux et multilatéraux, ONG et donateurs). Actuellement, les programmes de lutte contre la cécité dans les pays sont principalement appuyés par les partenaires. La contribution des gouvernements est fort limitée. Les interventions proposées nécessiteront une réorganisation et une concentration des ressources pour faciliter leur mise en œuvre.

43. La disponibilité de ressources humaines convenablement formées en soins oculaires à tous les niveaux, d'équipements, de médicaments et de consommables ophtalmologiques essentiels, et d'un mécanisme de suivi communautaire, devra être assurée et garantie.

SUIVI ET ÉVALUATION

44. Un système de suivi et d'évaluation contribuera à améliorer la mise en œuvre des interventions, conformément aux principaux objectifs de la présente stratégie. Des indicateurs de monitoring sur le taux de chirurgie de la cataracte, la prévalence du trichiasis et du trachome actif, l'application de la stratégie CHANCE dans les pays d'endémicité, les programmes nationaux de lutte contre l'onchocercose, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole, l'incidence de la carence en vitamine A, la prévalence de la cécité, et l'incapacité visuelle due aux erreurs de réfraction non corrigées, seront mis à la disposition des pays.

CONCLUSION

45. La cécité constitue un problème de santé réel et sérieux dans la Région africaine. Actuellement, les interventions présentant un excellent rapport coût/efficacité et permettant d'atteindre l'objectif de réduire la cécité évitable, qui représente 75 % des cas, existent. L'accent doit être mis sur l'importance du plaidoyer pour sensibiliser les décideurs, les partenaires, les professionnels de la santé et les populations, pour qu'ils soutiennent la mise en œuvre de ces interventions.

46. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter cette stratégie.