



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 144<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 22 au 26 juin 2009

Point 4.15 de l'ordre du jour provisoire

CE144/20 (Fr.)

11 mai 2009

ORIGINAL : ANGLAIS

### PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE ET DES DÉFICIENCES VISUELLES

#### Introduction

1. En 1979, le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a approuvé la résolution CD26.R13 demandant au Directeur de prêter son appui aux gouvernements en vue de l'élaboration de plans nationaux de prévention de la cécité. Le document intitulé: *Prévention de la cécité dans les Amériques* (CD34/9) a été approuvé par le 34<sup>e</sup> Conseil directeur en 1989. La Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé relevant de l'Organisation mondiale de la Santé a approuvé la résolution WHA56.26 qui demandait au Directeur de renforcer la collaboration de l'OMS avec les États Membres au sujet de l'Initiative globale en faveur de l'élimination de la cécité évitable. Par la résolution WHA59.25, l'Assemblée mondiale de la Santé a réaffirmé son engagement d'accorder la priorité à la prévention de la cécité. La résolution CD47.R1 approuvée par le 47<sup>e</sup> Conseil directeur exhorte les États Membres à adopter des politiques nationales de prévention des déficiences visuelles. Le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 (Document officiel No. 328) inclut la prévention des déficiences visuelles et de la cécité au nombre des résultats anticipés. En reconnaissant à l'échelle mondiale et en Amérique latine et dans la Caraïbe que la prévention de la cécité et les soins oculaires constituent déjà des priorités, il devient maintenant indispensable durant les prochaines années de réviser et de réaffirmer les objectifs régionaux concernant la prévention de la cécité.

#### Antécédents

2. Plusieurs sondages sur la cécité menés par l'OPS durant ces dernières années ont révélé que la prévalence de la cécité et des déficiences visuelles est deux fois plus élevée parmi les populations urbaines et pauvres et que la couverture et la qualité des services de soins oculaires sont très inférieures comparativement à ceux dont bénéficient les zones

urbaines plus affluentes. Dans de nombreux pays, on estime que pour chaque million de personnes, 5 000 sont aveugles et 20 000 souffrent de déficiences visuelles; au moins les deux-tiers de déficiences sont dues à des conditions qui peuvent être traitées.<sup>1</sup> Les déficiences visuelles et les handicaps connexes peuvent provoquer la discrimination et l'exclusion et devenir une cause de pauvreté. Réduire la cécité et les déficiences visuelles allège la pauvreté, améliore les occasions d'éducation et d'emploi pour la population et diminue davantage les inégalités en matière de santé.

3. Les interventions dans le domaine de la santé oculaire sont réalisables, quantifiables et rentables. En vue de prévenir les cas de cécité et les déficiences visuelles dans la Région, un vaste éventail de services doit être offert en vue d'élargir l'accès aux services de soins oculaires aux résidents des zones rurales, aux groupes autochtones, aux femmes et aux couches de la population qui sont économiquement et socialement marginalisées. En Amérique latine et dans la Caraïbe, la prévention de la cécité et les soins oculaires adéquats sont déjà des priorités dans beaucoup de pays. Des progrès sensibles ont été enregistrés en matière de prévention de la cécité évitable et l'accès aux services de soins oculaires a été augmenté dans plusieurs pays qui ont bénéficié de l'appui de l'OPS, de partenaires internationaux et de la coopération bilatérale en matière d'élaboration de leurs plans nationaux de soins de santé oculaire.<sup>2</sup>

4. Le présent plan régional d'action a été élaboré en utilisant une méthodologie très participative incluant des partenaires nationaux et internationaux; elle a incorporé la contribution de plusieurs groupes de travail organisés par différents pays liés au programme global à l'OMS et aux programmes et plans régionaux de diabète, de soins néonataux, de santé des personnes âgées et des maladies négligées.

## **Analyse**

5. La cécité pose un grave problème de santé publique ainsi que des problèmes sociaux et économiques pour les États Membres de la région. Dans le monde, 80% des cas de cécité peuvent être évités: Cette cécité est le résultat de conditions qui auraient pu être évitées ou de conditions pouvant être traitées avec succès pour rétablir la vision. En dépit des efforts déployés à ce jour sur le plan international, le fardeau de la cécité peut s'alourdir à l'avenir en raison de la croissance et du vieillissement de la population. Sur le plan national, les ministères de la santé doivent élaborer des plans nationaux de santé oculaire, mettre ces programmes en œuvre, mobiliser les ressources nécessaires pour renforcer la prestation de services de santé oculaire et intégrer les soins oculaires dans les

---

<sup>1</sup> Silva-JC; Bateman-J.B; Contreras F: Eye disease and care in Latin America and the Caribbean. Survey of Ophthalmology 47(3):267-274; May-June 2002.

<sup>2</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Health in the Americas. Health Conditions and Trends. Ocular Health. Regional Volume. pp.141-142, Washington DC, 2007 at: <http://www.paho.org/HIA/homeing.html>.

systèmes nationaux de santé et de services de soins de santé primaire, en vue d'assurer à la population tout entière un accès à des soins oculaires de qualité.

6. Cinq conditions ont été recensées en tant que priorités immédiates en Amérique latine. La cataracte compte aujourd'hui pour près de 50% des causes de cécité dans le monde. La prévalence de la cécité parmi la population âgée de 50 ans ou plus varie de 2,3% à 3% dans les enquêtes nationales; ce taux est plus élevé parmi les femmes que les hommes;<sup>3</sup> dans les régions urbaines de l'Argentine, il se chiffre à 1,4%,<sup>4</sup> tandis qu'il est de près de 4% dans les zones rurales du Pérou et du Guatemala.<sup>5,6</sup> La proportion de cécité due à la cataracte chez les personnes âgées de 50 ans et davantage a fluctué pour passer de 39% dans les zones urbaines de l'Argentine et du Brésil, à 65% dans les zones rurales du Guatemala et du Pérou. Les évaluations nationales ont révélé que près de 60% des cas de cécité sont dus à la cataracte. La couverture des services de soins oculaires pour les personnes qui souffrent de graves déficiences visuelles atteint près de 80% dans les zones urbaines bien développées, mais elle est de moins 10% dans les zones rurales et éloignées. La chirurgie pour corriger la cataracte peut se révéler l'une des interventions les plus rentables de toutes.

7. La prévalence du diabète chez les adultes en Amérique latine et dans la Caraïbe varie d'un pays à l'autre. Plus de 75% des patients souffrant de diabète sucré pendant plus de 20 ans seront affectés par une forme quelconque de rétinopathie diabétique. Après quinze ans de diabète, approximativement 2% de ces victimes deviennent aveugles et environ 10% développent de sévères déficiences visuelles.<sup>7</sup> À la Barbade, 18% des personnes de descendance africaine âgées de 40 à 84 ans rapportent qu'elles souffrent de diabète sucré; parmi les personnes diabétiques, 30% souffrent de rétinopathie diabétique et 1% souffre de rétinopathie diabétique proliférante. Dans l'étude réalisée à la Barbade sur les yeux, la prévalence du glaucome à angle ouvert (GAO) parmi la population afrocaribéenne de plus de 40 ans dépasse 7% ; environ 2% des individus de plus de 40 ans sont aveugles et de ce pourcentage, un tiers de la cécité est dû au GAO. Par conséquent, le GAO constitue un problème majeur de santé publique parmi la population

---

<sup>3</sup> Limburg H, Barria von-Bischhoffshausen F, Gomez P, Silva JC, Foster A. Review of recent surveys on blindness and visual impairment in Latin America. *Br J Ophthalmol.* 2008 Mar;92:315-9.

<sup>4</sup> Nano ME, Nano HD, Mugica JM, Silva JC, Montana G, Limburg H. Rapid assessment of visual impairment due to cataract and cataract surgical services in urban Argentina. *Ophthalmic Epidemiology* 2006 Jun; 13(3):191-197.

<sup>5</sup> Pongo Aguila L, Carrión R, Luna W, Silva JC, Limburg H. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17(5/6): 387-931.

<sup>6</sup> Beltranena F, Casasola K, Silva JC, Limburg H. Cataract blindness in 4 regions of Guatemala: results of a population-based. Survey. *Ophthalmology.* 2007 Aug;114(8):1558-63

<sup>7</sup> Organisation mondiale de la Santé : Prevention of Blindness from Diabetes Mellitus. Geneva: WHO, 2006.

afrocaribéenne, où il constitue la cause majeure de perte de vision et la cause la plus importante de cécité irréversible.<sup>8</sup>

8. Les enfants représentent environ 3% de la population aveugle au niveau mondial. Cependant, parce que ces enfants aveugles le resteront jusqu'à la fin de leur vie, le nombre « d'années de cécité » résultant de la cécité infantile est le plus élevé après la cataracte.<sup>9</sup> En Amérique latine et dans la Caraïbe, un nombre estimatif de 42 000 enfants d'un poids de naissance de moins de 1 500 g doivent être examinés pour la rétinopathie du prématuré (ROP) et 4 300 d'entre eux ont besoin d'être traités chaque année. S'ils ne le sont pas, 50% de ces nouveau-nés deviendront aveugles.<sup>10</sup> La conjonctivite néonatale peut poser un risque de cécité chez les nouveau-nés. Une bonne vision revêt une importance vitale pour l'éducation et le dépistage dès l'âge scolaire est recommandé. Une étude au Chili a révélé que 7% des enfants pourraient tirer avantage d'une paire de lunettes adéquates.<sup>11</sup> L'incidence de la myopie est plus élevée chez les adolescents de 11 à 15 ans et il s'agit du groupe d'âge de la plus haute priorité pour les interventions visant à remédier aux troubles de réfraction.<sup>12</sup> La cataracte congénitale est une déficience associée au syndrome de rubéole congénitale (SRC). Entre 1998 et 2008, l'initiative d'éradication de la rubéole a réduit le nombre de cas de 98% et elle contribue à la prévention de 6 000 cas de cataracte chaque année chez les enfants.

9. En dépit des progrès réalisés en matière de soins oculaires, on relève un nombre substantiel de personnes de tout âge qui ne peuvent pas recouvrer intégralement leur vision. La majorité d'entre elles dispose encore d'une vision résiduelle qui peut être rehaussée ou rendue plus fonctionnelle et utilisable pour des tâches qui requièrent une vision. Les services pour malvoyants visent les personnes de vision résiduelle qui peut être utilisée et améliorée par des aides optiques spéciales. Les avantages des soins pour les malvoyants comportent une réduction de l'impact fonctionnel que cause la perte de vision, la facilitation de l'éducation et du développement des enfants, le maintien d'une autonomie et d'une activité de production, l'amélioration de la qualité de la vie et une existence plus satisfaisante.

10. Le Programme de prévention de la cécité élaboré par l'OPS est appliqué dans les pays de la Région dans le cadre d'une évaluation épidémiologique qui s'est révélée un

---

<sup>8</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Technology and Health Services Delivery. Health Services Organization Series: Eye Diseases in people 40-84. The Barbados Eye Studies: A summary report. Washington, DC: PAHO; 2006. (THS/OS/06).

<sup>9</sup> Rahi JS, Gilbert CE, Foster A, et al. Measuring the burden of childhood blindness. *Br J Ophthalmol* 1999;83(4):387-8.

<sup>10</sup> Zin A. Reducing Blindness in Premature Babies. *Vision For Children; A global overview of Blindness, Childhood and Vision 2020 The Right To Sight*. 2007.

<sup>11</sup> Maul E, Barroso S. et. all. (2000) – Refractive error study in children: results from La Florida, Chile: *Am J Ophthalmol*. Apr; 129(4): 445-54.

<sup>12</sup> Mutti DO, Zadnik K, Adams AJ. Myopia. The nature versus nurture debate goes on. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1996;37:952-7.

puissant instrument permettant d'obtenir le soutien politique requis. Le Programme accorde la priorité à des interventions réalisables, quantifiables, rentables et durables et il a développé des partenariats et des alliances à l'échelle internationale avec des organisations telles que Sight Savers International, Caribbean Council for the Blind, CBM, l'Agence internationale pour la prévention et la cécité (IAPB), VISION 2020 ainsi que des institutions universitaires et de recherche qui partagent la même vision, en établissant ainsi une base de connaissances collectives et en améliorant l'utilisation des ressources. Sur le plan national, les partenariats incluent les gouvernements, les donateurs, la société civile et les secteurs privé et à but non lucratif. Le Programme de prévention de la cécité élaboré par l'OPS bénéficie de ressources provenant du budget ordinaire et de fonds extrabudgétaires.

## **Buts et objectifs**

### **BUT 1: REDUIRE LA CECITE ET LES DEFICIENCES VISUELLES CHEZ LES ADULTES**

#### **Objectif 1.1: Réduire la cécité due à la cataracte**

En Amérique latine et dans la Caraïbe, la cataracte (opacification de la lentille) est la principale cause de cécité; la chirurgie dans les cas de cataracte s'est révélée l'une des interventions les plus rentables en fait de soins de santé. La plupart des cas de cataractes sont liés à l'âge et ne peuvent pas être prévenus, mais les interventions chirurgicales au moyen desquelles est insérée une lentille intraoculaire (LIO) sont très efficaces et rétablissent presque immédiatement la vision.

#### **Indicateurs**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître de 9 à 14 d'ici 2013 le nombre de pays qui ont mené une Évaluation rapide des services chirurgicaux de cataracte (RACSS) ou une Évaluation rapide de la cécité évitable (RAAB).</li> <li>• Atteindre un taux de chirurgie pour la cataracte (CSR) de 2000 par million d'habitants par an dans la majorité des pays d'ici 2013.</li> </ul> |
|--|

#### ***Mesures proposées pour les États Membres***

- 1.1.1 Procéder à des évaluations nationales des services chirurgicaux de cataracte, notamment de la disponibilité de ces services, de l'accès à ceux-ci, de leurs coûts abordables et de leur qualité, ainsi que de la collecte et de la gestion des données d'information.
- 1.1.2 Évaluer la prévalence de la cécité due à la cataracte, déterminer le niveau de couverture des services et identifier les obstacles qui empêchent l'accès aux services dans certains pays.

- 1.1.3 Mettre au point des plans de services spécifiquement adaptés au district, avec des objectifs mesurables qui prennent en compte l'équité (disponibilité, accès et coûts abordables) et la qualité des services.
- 1.1.4 Mettre sur pied un système de soins primaires oculaires pour dépister et soigner les maladies des yeux et éduquer la population au sujet des soins oculaires de base et de la prévention de la cécité.
- 1.1.5 Élaborer un plan de développement des ressources humaines pour les services chirurgicaux de cataracte.
- 1.1.6 Promouvoir une chirurgie de haute qualité et veiller à l'obtention de résultats adéquats en matière de soins oculaires et de satisfaction du patient.
- 1.1.7 Mettre au point des stratégies appropriées de communication à l'intention de la population ciblée.

***Mesures proposées pour le Secrétariat***

- 1.1.8 Fournir une coopération technique en vue de la réalisation d'une évaluation rapide d'études traitant de la cécité évitable.
- 1.1.9 Mener une analyse de situation des services chirurgicaux de cataracte aux échelons régional et national.
- 1.1.10 Plaider en faveur de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans nationaux d'éradication de la cataracte et fournir une coopération technique à ces fins.
- 1.1.11 Mobiliser des ressources avec des partenaires internationaux.

**Objectif 1.2: Réduire la prévalence de la cécité due à la rétinopathie diabétique**

Un traitement fondé sur des données probantes est disponible pour réduire substantiellement les risques de cécité et parvenir à une perte modérée de la vision. Des études cliniques sur plus de 30 ans ont montré qu'un traitement approprié contribue à réduire les risques de plus de 90%.

**Indicateurs**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Analyses de situation menées dans cinq pays d'ici 2013.</li><li>• Au moins trois des pays choisis incorporent des programmes de dépistage précoce et des programmes de traitement opportun contre la rétinopathie dans leurs programmes de maladies chroniques non transmissibles d'ici 2013.</li></ul> |
|---|

***Mesures proposées pour les États Membres***

- 1.2.1 Intégrer les stratégies de prévention de la cécité dans les programmes nationaux contre le diabète et veiller à leur incorporation dans les programmes de maladies chroniques non transmissibles.

- 1.2.2 Élaborer des programmes de sensibilisation du public visant les groupes à risque élevé, comme les latino-américains et les personnes de descendance africaine; former les médecins dispensant des soins de santé primaire pour qu'ils puissent orienter les patients souffrant de rétinopathie diabétique à des ophtalmologistes.

***Mesures proposées pour le Secrétariat***

- 1.2.3 Effectuer une analyse de situation de la gestion de la rétinopathie diabétique dans la Région comme base pour la planification et la promotion.
- 1.2.4 Mener au niveau national des évaluations des services traitant la rétinopathie diabétique dans des pays choisis.
- 1.2.5 Adapter et promouvoir les présentes directives cliniques internationales régissant les soins de santé à l'intention des patients souffrant de diabète sucré et adapter et promouvoir les principes de l'OMS en vue de la mise en place d'un système de soins oculaires à l'intention de patients souffrant de rétinopathie diabétique.
- 1.2.6 Développer des portefeuilles d'éducation et des programmes de formation à l'intention du grand public et des prestataires de soins de santé.

**Objectif 1. 3: Réduire l'incidence de la cécité due au glaucome à angle ouvert (GAO) parmi les groupes à risque élevé**

Le Programme régional de l'OPS et les programmes nationaux de prévention de la cécité comprendront des mécanismes de dépistage et de traitement du glaucome dans les groupes à risque élevé, y compris les personnes de descendance africaine et de la Caraïbe, les personnes âgées de plus de 40 ans et les individus dont les antécédents familiaux incluent le glaucome.

**Indicateur:**

- Accroître de trois à sept d'ici 2013, le nombre de pays menant des programmes de sensibilisation au glaucome à l'échelle communautaire.

***Mesures proposées pour les États Membres***

- 1.3.1 Inclure le dépistage du glaucome comme partie intégrante d'examen ophtalmologiques complets pour les personnes de plus de 40 ans.
- 1.3.2 Veiller à ce que les unités de soins oculaires soient adéquatement équipées pour diagnostiquer un de glaucome et dispenser le traitement approprié.
- 1.3.3 Former des cadres pour mettre en œuvre des protocoles fondés sur des données probantes.
- 1.3.4 Accroître au sein de la population en général la sensibilisation à l'importance d'examen oculaires réguliers et du dépistage de glaucome pour les personnes de plus de 40 ans, ainsi que les autres facteurs de risque du glaucome.

1.3.5 Fournir des traitements et des médicaments adéquats.

***Mesures proposées pour le Secrétariat***

1.3.6 Utiliser l'information épidémiologique disponible pour promouvoir le dépistage précoce et le traitement dans les pays où se trouvent les groupes à risque élevé.

1.3.7 Recourir aux meilleures pratiques pour promouvoir et mettre au point des programmes de sensibilisation du public et des interventions.

1.3.8 Mobiliser les ressources techniques et financières pour renforcer les services de soins de santé oculaire en matière de dépistage et de traitement du glaucome.

**BUT 2: REDUIRE LA CECITE ET LES DEFICIENCES VISUELLES CHEZ LES ENFANTS**

**Objectif 2.1: Réduire chez les bébés nés prématurément la cécité due à la rétinopathie du prématuré (ROP)**

**Indicateur**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Accroître de 7 à 15 d'ici 2013, le nombre de pays qui disposent d'une politique nationale de ROP.</li></ul> |
|---|

La prévention de la cécité due à la ROP est planifiée à trois niveaux :

- a) Prévention primaire: réduction de l'incidence de la ROP à travers des soins prénatals et néonataux améliorés.
- b) Prévention secondaire: identification anticipée des cas graves de ROP chez les bébés prématurés recevant des soins néonataux à travers un examen régulier réalisé par des ophtalmologistes qualifiés et traitement opportun de ceux étant considérés à risque élevé.
- c) Prévention tertiaire : rétablissement de la vision utile chez les enfants souffrant de complications rétiniennes à travers une chirurgie vitréorétinienne et/ou une offre de rééducation.

***Mesures proposées pour les États Membres***

2.1.1 Promouvoir des systèmes, réseaux et protocoles pour des soins néonataux sûrs, une orientation adéquate et un suivi.

2.1.2 Promouvoir des politiques nationales de ROP et des plans durables.

2.1.3 Élaborer et promouvoir des directives nationales et des normes minima.

2.1.4 Former des professionnels (obstétriciens, pédiatres, infirmières et ophtalmologistes).

- 2.1.5 Assurer la disponibilité de l'équipement nécessaire pour des soins primaires de prévention, de dépistage et de traitement.
- 2.1.6 Développer des programmes d'études du niveau supérieur ainsi que des cours de formation en service à l'intention des infirmières et des médecins.
- 2.1.7 Améliorer la qualité de l'information disponible sur les soins néonataux.
- 2.1.8 Produire des rapports périodiques fondés sur des bases de données néonatales locales.
- 2.1.9 Fournir une prophylaxie oculaire des nouveau-nés pour prévenir la conjonctivite néonatale.

### ***Mesures proposées pour le Secrétariat***

- 2.1.10 Mener des évaluations nationales des besoins et des ressources.
- 2.1.11 Organiser des ateliers régionaux et nationaux destinés à la promotion et à la sensibilisation.
- 2.1.12 Promouvoir l'élaboration de directives régionales appelées à régir les soins néonataux et les programmes ROP.
- 2.1.13 Identifier et épauler les groupes de soutien (par exemple les réseaux de parents).
- 2.1.14 Inclure des variantes normalisées de ROP dans les bases de données de l'OPS et d'autres données néonatales disponibles.

### **Objectif 2.2: Réduire les déficiences visuelles en dépistant et en traitant les erreurs de réfraction qui n'ont pas été corrigées chez les enfants en âge scolaire**

#### **Indicateurs**

- Publication de documents régionaux sur les principes concernant les erreurs de réfraction d'ici 2011.
- Accroître de 7 à 12 d'ici 2013, le nombre de pays qui mettent en œuvre un programme national normalisé de correction des erreurs de réfraction dans le cadre de politiques et de plans nationaux de soins oculaires.

Les étapes à franchir dans la prestation aux patients de services de réfraction sont les suivantes :

- a) Dépistage : identification d'individus dont la vision défectueuse peut être améliorée par correction.
- b) Examen oculaire: évaluer la condition de l'œil et identifier les pathologies coexistantes exigeant des soins.
- c) Réfraction: déterminer la correction requise.
- d) Distribution: prévoir et fournir les verres correcteurs adéquats.

- e) Suivi : assurer la fidélité de la prescription, la protection des lunettes, la réparation ou le remplacement des verres, selon le besoin.

*Mesures proposées pour les États Membres*

- 2.2.1 Élaborer des directives nationales pour le dépistage et le traitement des erreurs de réfraction, en prenant en compte les réalités nationales.
- 2.2.2 Mettre au point et suivre des programmes pilotes de rectification des erreurs de réfraction en vue d'identifier et de vulgariser les meilleures pratiques.
- 2.2.3 Promouvoir la disponibilité de lunettes à un coût abordable et faciliter leur production à travers l'établissement de laboratoires peu coûteux.
- 2.2.4 Accroître la sensibilisation du public à travers des stratégies d'information, d'éducation et de communication.

*Mesures proposées pour le Secrétariat*

- 2.2.5 Élaborer des principes régionaux appelés à orienter les programmes relatifs à la correction des erreurs de réfraction.
- 2.2.6 Normaliser la technologie: trousse de dépistage et instruments accessibles.
- 2.2.7 Développer des plans de soutien à l'intention des autorités chargées de la santé et de l'éducation.

**BUT 3 : REDUIRE LE FARDEAU DE LA CECITE ET DES DEFICIENCES VISUELLES PARMIS LA POPULATION EN GENERAL**

**Objectif 3.1: Fournir des soins exhaustifs aux malvoyants**

Des soins exhaustifs aux malvoyants comprennent l'octroi de services de soins oculaires cliniques, d'aide aux malvoyants, de rééducation et d'éducation aux échelons primaire, intermédiaire et tertiaire dans chaque pays. Le but visé est de disposer d'un centre d'orientation complet pour les malvoyants et quatre centres satellites pour 10 millions d'habitants.

**Indicateur**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Accroître de 20 à 25 d'ici 2013, le nombre de pays disposant de services réduits aux malvoyants.</li></ul> |
|--|

*Mesures proposées pour les États Membres*

- 3.1.1 Élaborer des politiques nationales en matière de soins exhaustifs aux malvoyants.

- 3.1.2 Accroître parmi la population souffrant de déficiences visuelles l'accès aux services complets de soins aux malvoyants ainsi que la demande pour ces services.
- 3.1.3 Former des équipes d'aide aux malvoyants (soins oculaires, thérapie pour les malvoyants, rééducation, éducation et services sociaux) en se focalisant sur les zones géographiques mal desservies et en prenant en compte le profil national unique des professionnels dans chaque pays. La priorité devra être accordée à la formation de thérapeutes pour malvoyants.
- 3.1.4 Organiser des cours à l'intention des résidents en ophtalmologie dans les pays qui disposent de services pour malvoyants.

#### ***Mesures proposées pour le Secrétariat***

- 3.1.5 Organiser des cours sur la malvoyance lors des congrès régionaux et nationaux d'ophtalmologie.
- 3.1.6 Promouvoir la création de centres de ressources pour l'apprentissage de formateurs, la normalisation du programme d'études et le développement de la technologie.
- 3.1.7 Appuyer l'organisation de centres pour malvoyants dans des zones géographiques mal desservies et dans des pays qui ne disposent pas actuellement de ces services.
- 3.1.8 Mettre sur pied un système visant à assurer l'accessibilité des aides aux malvoyants.

#### **Calendrier**

- 11. Le présent plan d'action sera mis en œuvre durant la période 2009-2013.

#### **Mesure à prendre par le Comité exécutif**

- 12. Le Comité exécutif est invité à donner son appui au projet de plan d'action et à examiner le projet de résolution ci-joint (Annexe B).

Annexes



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
*Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de*  
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE114/20 (Fr.)  
Annexe A

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX  
DOMAINES DE L'ORGANISATION**

**1. Point de l'ordre du jour:** 4.15. Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables.

**2. Unité responsable :** THR - VP

**3. Fonctionnaire chargé de la préparation :** Juan Carlos Silva

**4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :**

Il n'existe pas de centre collaborateur ou d'institution nationale lié à ce point de l'ordre du jour

**5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques  
2008-2017 :**

Domaines connexes: Réduire les inégalités en matière de santé, réduire le fardeau de la maladie, accroître l'accès à des services de qualité.

**6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :**

RER. 3.2, Indicateur 3.2.6, RER 3.5

**7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :**

CUB, DOM, GUY, PER

**8. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour en question :**

Pour l'exercice quinquennal 2009-2013, un montant de US\$ 590 000 sera investi dans le personnel et un montant de \$245 000 sera consacré aux activités.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 144<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 22 au 26 juin 2009

---

CE144/20 (Fr.)  
Annexe B  
ORIGINAL : ANGLAIS

### *PROJET DE RÉSOLUTION*

#### **PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE ET DES DÉFICIENCES VISUELLES**

##### *LA 144<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,*

Ayant examiné le projet de Plan régional d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles (document CE144/20),

##### *DÉCIDE:*

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution suivant le modèle ci-dessous :

#### **PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE ET DES DÉFICIENCES VISUELLES**

##### *LE 49<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,*

Ayant examiné le document CD49/\_\_\_ relatif au Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles ;

Rappelant les résolutions WHA56.26 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'éradication de la cécité évitable ;

Notant que les déficiences visuelles constituent un problème prévalent dans la Région et sont liés aux conditions de pauvreté et de marginalisation sociale ;

Conscient que la plupart des causes de cécité peuvent être évitées et que les traitements disponibles sont les plus couronnés de succès et les plus rentables de toutes les interventions en matière de santé ;

Reconnaissant que la prévention de la cécité et des déficiences visuelles allège la pauvreté et améliore les débouchés d'éducation et d'emploi ; et

Appréciant les efforts déployés par les États Membres durant ces dernières années pour prévenir la cécité évitable, mais soucieux du besoin d'adopter d'autres mesures,

***DÉCIDE:***

1. D'approuver le Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles.
2. D'exhorter les États Membres à:
  - a) mettre sur pied des comités nationaux de coordination qui auront pour tâche d'aider au développement et à la mise en œuvre de plans nationaux de prévention de la cécité ;
  - b) inclure la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles dans les plans et objectifs nationaux de développement ;
  - c) faire avancer le processus d'intégration de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles dans les plans et programmes actuels de soins primaires de santé sur le plan national, tout en veillant à ce qu'ils soient sensibles aux questions de parité hommes-femmes et d'ethnicité ;
  - d) appuyer la mobilisation des ressources en vue de l'éradication de la cécité évitable ;
  - e) encourager des partenariats entre le secteur public, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, la société civile et les communautés, en vue de la réalisation de programmes et d'activités qui visent à promouvoir la prévention de la cécité;
  - f) encourager la coopération entre pays dans les domaines de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles et des soins y afférent.

3. De demander à la Directrice de:
  - a) fournir son appui à la mise en œuvre du Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles ;
  - b) maintenir et de renforcer la collaboration du Secrétariat de l'OPS avec les États Membres en matière de prévention de la cécité ; et
  - c) promouvoir la coopération technique entre les pays ainsi que la mise en place de partenariats stratégiques pour la réalisation d'activités visant à protéger la santé oculaire.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
*Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de*  
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE 144/20 (Fr.)  
Annexe C

**Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront  
pour le Secrétariat le projet de résolution proposé pour adoption**

**1. Point de l'ordre du jour:** 4.15. Prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles.

**2. Lien avec le budget programme 2008-2009 :**

- a) **Domaine d'activité:** THR-VP
- b) **Résultat escompté:** OSER THS.04.01: Renforcement normatif et opérationnel des programmes de santé oculaire et d'audition.

**3. Incidences financières**

- a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US\$ 10 000 près, activités et personnel compris) :** pour la période quinquennale 2009-2013, les dépenses afférentes au personnel se chiffreront à EUS \$590 000 et pour les activités, à \$245 000.
- b) **Coût estimatif pour l'exercice biennal 2008-2009 (à US\$10 000 près, activités et personnel compris) :** Personnel: \$236 000, activités \$98 000.
- c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?**

**4. Incidences administratives**

- a) **Indiquez les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées:** THR.
- b) **Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquez le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises):** Non.
- c) **Calendriers (indiquez des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :** Évaluation à la fin de 2013.