



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

58^e CONSEIL DIRECTEUR

72^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Session virtuelle, 28 et 29 septembre 2020

CD58/INF/2

7 août 2020

Original : anglais

PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ ET DES DÉFICIENCES VISUELLES : RAPPORT FINAL

Antécédents

1. Le 53^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a adopté le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (*Document officiel* 345) (1) et le *Plan d'action pour la prévention de la cécité* (document CD53/11) (2), qui proposent des mesures concrètes pour répondre aux priorités de la prévention de la cécité et des soins oculaires dans la Région des Amériques. En 2015, 117,86 millions de personnes étaient malvoyantes en Amérique latine et dans les Caraïbes : 2,34 millions étaient aveugles, 12,46 millions souffraient d'une déficience visuelle modérée à grave, 11,34 millions souffraient d'une déficience visuelle légère et 91,72 millions souffraient d'une déficience visuelle affectant la vision de près. La cataracte est la cause la plus fréquente de cécité et la sous-correction du défaut de réfraction est la cause la plus fréquente de déficience visuelle. Les estimations suggèrent que la prévalence de la cécité continuera de diminuer, mais que le nombre absolu augmentera pour atteindre 132 millions de personnes qui souffrent d'une déficience visuelle en raison du vieillissement de la population (3). Le présent rapport final examine les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs énoncés dans les axes stratégiques d'intervention et offre également un aperçu général des progrès réalisés en matière de santé oculaire dans la Région des Amériques.

Analyse des progrès réalisés

2. Les soins oculaires en Amérique latine et dans les Caraïbes se sont considérablement améliorés, en raison de cinq développements principaux : *a)* la production et l'utilisation de données probantes dans l'élaboration des politiques, *b)* la diminution de la prévalence de la cécité, *c)* la réduction des iniquités dans la prestation des services de soins oculaires, *d)* un accès accru aux services de soins oculaires pour les adultes et *e)* un accès accru aux services de soins oculaires pour les enfants. La gouvernance

a été améliorée grâce à la production de données probantes résultant d'enquêtes (4-13) et de bilans (14-18) de la population qui ont fourni une plateforme solide pour mesurer les progrès. Les estimations régionales et nationales de la prévalence normalisée de la cécité et de la déficience visuelle selon l'âge continuent de diminuer (3, 14) et les prévisions suggèrent que la tendance se poursuivra. La recherche axée sur les solutions a donné une orientation claire (19-23) pour guider les futures politiques en matière de santé oculaire.

3. Afin de réduire les inégalités dans la prestation des services de soins oculaires, le Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) a mis sur pied un programme visant à améliorer l'efficacité et la qualité des hôpitaux publics ciblés. Ce programme a permis d'accroître considérablement les rendements, sans nécessiter de ressources supplémentaires, en améliorant le mécanisme de prestation des services, en renforçant les processus de gestion et d'administration et en adoptant des normes pour améliorer le rendement et la qualité. La qualité de la chirurgie de la cataracte a été améliorée en renforçant les compétences des ophtalmologistes qui travaillent dans le secteur public, grâce à des « laboratoires humides » et des tutoriels par des experts internationaux. Des données probantes sur les iniquités dans la distribution des ressources humaines (24) ont été produites et publiées afin de soutenir la défense des politiques et des programmes destinés à la formation de nouveaux ophtalmologistes pour les populations mal desservies dans les programmes de résidence des hôpitaux publics, en particulier.

4. Pendant la période du plan d'action, l'accès et la qualité des services de soins oculaires aux adultes ont été améliorés. Le Bureau a fourni une coopération technique, avec le soutien de partenaires internationaux, pour établir un modèle de chirurgie de la cataracte de qualité et à fort volume au sein des services d'ophtalmologie existants dans le secteur public, réduisant ainsi les retards pour la chirurgie de la cécité due à la cataracte. Certains pays ont décentralisé les services de chirurgie de la cataracte vers des hôpitaux régionaux afin d'accroître l'accès géographique aux services. Le Bureau a fourni une coopération et il a préparé et testé, conjointement avec des partenaires et des ministères de la Santé, des modèles normalisés pour la détection, l'aiguillage et le traitement des patients diabétiques avec rétinopathie diabétique (25). Ces modèles serviront de base à de futures politiques fondées sur des données probantes.

5. D'importants progrès ont été réalisés dans le nombre de prématurés admissibles dépistés et traités pour la rétinopathie du prématuré dans au moins la moitié des pays, réduisant ainsi l'incidence de la cécité causée par ce trouble (23). Le programme du Bureau pour la lutte contre la rétinopathie du prématuré est une initiative conjointe entre le programme de soins oculaires et le Centre latino-américain pour la périnatalogie, les femmes et la santé reproductive (CLAP) de l'OPS, qui promeut les politiques nationales, élabore des lignes directrices cliniques, soutient le renforcement des services dans les unités de soins intensifs néonataux et renforce les compétences de la main-d'œuvre de la santé. Au cours de la période, une version mise à jour des lignes directrices de pratique clinique a été rédigée afin d'améliorer la qualité de la détection et des soins néonataux ainsi que du traitement de la rétinopathie du prématuré (26). Le Bureau a soutenu la production de données probantes pour des options claires en matière de politique concernant la prise

en charge des soins oculaires primaires dans les programmes de dépistage du défaut de réfraction pour les enfants d'âge scolaire (19). Ce sera la base des futures lignes directrices de pratique clinique dans ce domaine.

6. Le Bureau a mené une évaluation épidémiologique de la vision fonctionnelle basse dans la Région. Une personne ayant une vision fonctionnelle basse est une personne qui présente une déficience visuelle même après un traitement ou une correction de réfraction standard, mais qui utilise, ou qui est potentiellement capable d'utiliser, la vue pour planifier ou exécuter une tâche. La prévalence de la vision fonctionnelle basse augmente avec l'âge et varie entre 0,9 et 2,2 % chez les personnes de plus de 50 ans dans 15 pays d'Amérique latine (16). Ces données ont été utilisées à des fins de plaidoyer au niveau national dans le but de promouvoir le développement de nouveaux services concernant la vision fonctionnelle basse et l'utilisation des services existants.

7. Au niveau régional, le Bureau a créé une communauté d'apprentissage avec les coordonnateurs des programmes nationaux de soins oculaires des ministères de la Santé, afin de stimuler l'apprentissage sur la base des problèmes et des réussites. L'information est partagée dans le cadre d'ateliers biannuels présentiels et des objectifs et priorités clairs sont établis.

Axe stratégique d'intervention 1 : gouvernance de la santé visuelle par les autorités sanitaires

8. Au cours de cette période, un nombre important d'enquêtes basées sur la population auprès de personnes de plus de 50 ans ont été publiées dans la Région. Celles-ci ont été utilisées pour déterminer une base de référence, assurer le suivi des progrès et promouvoir les politiques nationales dans certains pays. Au niveau régional, les données ont été utilisées pour estimer les iniquités en matière de santé oculaire (15). La prévalence de la cécité et de la déficience visuelle modérée était concentrée dans les groupes les plus défavorisés socialement. Pour la chirurgie de la cataracte, la couverture et les résultats optimaux étaient concentrés dans la population la plus aisée (15). L'augmentation du nombre de pays qui ont utilisé l'outil d'évaluation des services de soins oculaires (ECSAT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour évaluer la capacité des systèmes et des services de santé à répondre aux besoins en soins oculaires a été une autre réalisation importante. L'ECSAT a également fourni des orientations sur les interventions fondées sur des données probantes pour améliorer les résultats. À l'heure actuelle, la plupart des ministères de la Santé disposent de coordonnateurs nationaux des soins oculaires qui assurent la liaison avec d'autres programmes de santé, les autorités sanitaires locales et le Bureau. La plupart des coordonnateurs nationaux soumettent au Bureau une analyse annuelle de la situation, à l'aide des indicateurs des programmes régionaux.

Objectif 1.1 : augmenter les données scientifiques épidémiologiques et sur les services qui sont utilisées pour accroître et renforcer l'engagement politique et financier des États Membres dans le domaine de la santé oculaire	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>1.1.1 Nombre d'études auprès de la population sur la prévalence des déficiences visuelles réalisées par les États Membres aura augmenté</p> <p>Référence (2014) : 18 Cible (2019) : 24</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Au total, 25 pays ont atteint cet indicateur. Au cours de la période, sept autres pays ont publié des enquêtes basées sur la population (4-10) pour fournir des chiffres sur la prévalence de la cécité et des déficiences visuelles, leurs causes principales, la couverture chirurgicale de la cataracte et les résultats de l'acuité visuelle après la chirurgie de la cataracte, ainsi que sur les obstacles à l'accès aux services chirurgicaux ophtalmiques dans une zone géographique donnée.</p>
<p>1.1.2 Nombre de pays qui ont réalisé et publié une évaluation des services de soins oculaires</p> <p>Référence (2014) : 3 Cible (2019) : 10</p>	<p>Cette cible a été atteinte. À l'heure actuelle, 15 pays au total ont publié une évaluation des services de soins oculaires (ECSAT) afin de fournir des conseils pour évaluer l'état et la fonctionnalité des services et systèmes de soins oculaires d'un pays.</p>
Objectif 1.2 : élaborer, mettre à jour, appliquer et assurer un suivi des politiques et plans nationaux et infranationaux pour améliorer la santé oculaire universelle tout au long de la vie grâce au renforcement des systèmes de santé	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>1.2.1 Nombre d'États Membres qui présentent des rapports annuels sur la mise en œuvre des politiques, plans et programmes de santé oculaire</p> <p>Référence (2014) : 17 Cible (2019) : 25</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Au total, 25 États Membres ont déclaré avoir mis en œuvre des politiques et des plans de soins oculaires par le biais des indicateurs de la performance nationaux annuels et de l'outil d'information.</p>
<p>1.2.2 Nombre d'États Membres qui disposent d'un coordinateur national ou ont mis en place un comité pour la prévention de la cécité réalisant un suivi actif de la mise en œuvre des politiques et de l'exécution des plans de santé oculaire</p> <p>Référence (2014) : 14 Objectif (2019) : 20</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Au total, 24 ministères de la Santé ont nommé un membre du personnel comme point focal pour le programme de soins oculaires et de prévention de la cécité. Des réunions biennales (2015, 2017, 2019) ont été organisées avec des coordinateurs nationaux pour la formation et le partage d'expériences.</p>

Objectif 1.2 : élaborer, mettre à jour, appliquer et assurer un suivi des politiques et plans nationaux et infranationaux pour améliorer la santé oculaire universelle tout au long de la vie grâce au renforcement des systèmes de santé	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>1.2.3 Nombre d'États Membres communiquant des informations sur l'intégration de la santé oculaire dans les plans et les budgets nationaux pour la santé</p> <p>Référence (2014) : 0 Cible (2019) : 15</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Seuls 13 États Membres ont communiqué des informations sur l'intégration de la santé oculaire dans leurs plans et budgets nationaux pour la santé</p> <p>L'approche future doit mettre l'accent sur l'intégration des soins oculaires dans les plans, programmes et budgets de soins de santé (par ex., les soins maternels et infantiles, les programmes de santé scolaire, le diabète, le vieillissement).</p>
<p>1.2.4 Nombre d'États Membres notifiant l'inclusion de sections spécifiques sur la santé oculaire sur leurs listes nationales de médicaments essentiels, de tests de diagnostic et de technologies de la santé</p> <p>Référence (2014) : 0 Cible (2019) : 10</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Au total, 13 États Membres ont signalé l'intégration des médicaments et des technologies de soins oculaires dans leurs listes nationales de médicaments essentiels.</p>

Axe stratégique d'intervention 2 : services de santé oculaire disponibles, accessibles, abordables et de qualité pour l'ensemble de la population

9. Dans la plupart des pays, des données probantes ont été publiées sur l'inégalité dans la répartition des ophtalmologistes entre les pays et à l'intérieur d'entre eux (24), avec un nombre disproportionné concentré dans les zones les plus développées et socialement favorisées. Ces données ont été utilisées pour la sensibilisation ainsi que pour encourager les sociétés professionnelles et la plupart des programmes de résidence publique à donner la priorité à la formation de nouveaux ophtalmologistes pour les populations mal desservies. Huit pays ont indiqué disposer d'un plan de ressources humaines pour les soins oculaires. L'amélioration de l'efficacité, de la responsabilisation, de la qualité et de la culture institutionnelle des services publics en soins oculaires constituait l'un des aspects décisifs. Il s'agit probablement du moyen le plus efficace pour améliorer l'accès de la population vulnérable, car elle réduit les listes d'attente, parmi d'autres problèmes du secteur public. Le Bureau a fourni un savoir-faire et un soutien techniques dans le but d'améliorer le fonctionnement des services publics d'ophtalmologie dans six États Membres. L'engagement des autorités hospitalières à mettre en œuvre et à signaler les changements et les progrès réalisés a été le principal facteur de réussite.

Objectif 2.1 : mettre en place et maintenir une main-d'œuvre qualifiée, productive et répartie de manière équitable à l'échelle nationale et infranationale	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.1.1 Nombre de pays qui ont effectué des évaluations périodiques de la disponibilité du personnel de santé oculaire à l'échelle infranationale.</p> <p>Référence (2014) : 1 Cible (2019) : 15</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Au total, 23 pays ont effectué des évaluations de la disponibilité des ophtalmologistes au niveau infranational (14 pays d'Amérique latine et neuf pays des Caraïbes) (24). Il existe une grande iniquité dans la répartition des ophtalmologistes entre les pays et à l'intérieur d'entre eux, avec une concentration importante dans les zones les plus développées et socialement favorisées.</p>
<p>2.1.2 Nombre de pays déclarant avoir un plan national de formation et d'affectation des ressources humaines spécialisées dans la santé oculaire dans des zones et des groupes de population négligés par les systèmes de santé</p> <p>Référence (2014) : 0 Cible (2019) : 10</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Seuls huit pays ont indiqué disposer d'un plan pour le développement des ressources humaines en soins oculaires. Davantage de pays doivent élaborer des plans, encourager la redistribution des ressources humaines et convertir ces plans en actions concrètes.</p>
Objectif 2.2 : renforcer la capacité organisationnelle des services publics d'ophtalmologie à fournir des soins oculaires efficaces, abordables et de haute qualité	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.2.1 Nombre d'États Membres qui ont mis en place un programme pour le renforcement des services publics de santé oculaire conformément au protocole défini par l'OPS</p> <p>Référence (2014) : 3 Cible (2019) : 12</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Seuls six États Membres travaillent au renforcement des programmes publics de services de soins oculaires. Chaque service requiert la collecte d'informations de base, une visite d'évaluation initiale, la participation à un atelier de planification et deux visites de suivi annuelles. La méthodologie d'amélioration de la gestion et de l'administration a été normalisée.</p>
Objectif 2.3 : inclure des indicateurs de santé oculaire dans les systèmes d'information nationaux afin d'assurer un suivi de la prestation des soins oculaires et de leur qualité	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.3.1 Nombre d'États Membres qui incluent la chirurgie de la cataracte dans leurs systèmes d'information nationaux</p> <p>Référence (2014) : 1 Cible (2019) : 7</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Sept États Membres ont indiqué avoir inclus le nombre de chirurgies de la cataracte dans leurs systèmes nationaux d'information sanitaire ; toutefois, les données proviennent principalement du secteur public, ce qui est un facteur limitant pour la production de taux annuels.</p>

Axe stratégique d'intervention 3 : réduire la cécité et les déficiences visuelles chez les adultes

10. Il est prévu que les améliorations administratives et cliniques récentes dans les services publics de soins oculaires produisent un impact positif dans les services cliniques et chirurgicaux pour la cataracte, le diabète et le glaucome. Au cours de cette période, il a été proposé d'utiliser la couverture effective de la chirurgie de la cataracte pour remplacer le taux de chirurgie de la cataracte afin de mesurer l'accès aux services de cataracte, car elle combine la couverture avec la qualité de la chirurgie de la cataracte, révèle des iniquités dans l'accès au service et dans les résultats et fournit un indicateur objectif, facile à mesurer de la couverture de santé universelle des services pour les personnes âgées (28). Ce nouvel indicateur a été adopté par l'OMS dans son *Rapport mondial sur la vision* publié en 2019 (29). Certains pays ont effectué une analyse de situation à l'aide de l'outil de l'OMS pour l'évaluation du diabète et de la rétinopathie diabétique afin d'évaluer les niveaux de prestation de services et d'identifier les lacunes à combler pour assurer l'accès universel aux soins du diabète, ainsi que la prévention et le traitement de la rétinopathie diabétique. Certains services ont développé des modèles de mise en œuvre du dépistage précoce et d'aiguillage pour la rétinopathie diabétique (27). Afin d'améliorer l'accès aux services de soins oculaires, ceux-ci doivent être intégrés à des programmes de santé spécifiques (par ex., maladies non transmissibles, santé des adultes, soins primaires et réadaptation).

Objectif 3.1 : réduire la cécité et les déficiences visuelles causées par la cataracte en élargissant la couverture de la chirurgie de la cataracte à tous les segments de la population et en respectant les normes de qualité	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3.1.1 Nombre de pays qui ont dépassé un taux de chirurgie de la cataracte de 2000 pour 1 million d'habitants par an</p> <p>Référence (2014) : 19 Cible (2019) : 27</p>	<p>Indicateur mesuré jusqu'en 2018 (données de 2017) : les programmes nationaux de soins oculaires ont eu de sérieuses difficultés à compiler le nombre d'opérations de la cataracte effectuées par le secteur privé, ce qui a eu une incidence sur la validité de cet indicateur. Les pays continuent de recueillir des données uniquement auprès du secteur public, ce qui limite la validité de cet indicateur.</p> <p>La collecte de données sur la chirurgie de la cataracte avant 2014 a été réalisée par les comités nationaux du programme Vision 2020 (27). À l'avenir, les pays seront invités à utiliser l'indicateur sur la couverture effective de la chirurgie de la cataracte (28) adopté par l'OMS dans le <i>Rapport mondial sur la vision</i> (29). Le nouvel indicateur mesure l'accès et la qualité des services de chirurgie de la cataracte dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.</p>

Objectif 3.2 : réduire la prévalence de la cécité causée par la rétinopathie diabétique à l'aide du contrôle métabolique, de la détection précoce chez les personnes asymptomatiques à risque et d'un traitement rapide et adéquat.	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3.2.1 Nombre de pays qui ont élaboré une analyse de situation de leurs services de rétinopathie diabétique.</p> <p>Référence (2014) : 5 Cible (2019) : 11</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Au total, 13 pays ont publié et soumis une évaluation de leurs services de rétinopathie diabétique à l'aide de l'outil de l'OMS pour la promotion et la planification des services.</p>
<p>3.2.2 Nombre de pays qui déclarent avoir mis en place des modèles de soins comprenant des programmes de détection et de traitement précoces de la rétinopathie diabétique dans le cadre de la prise en charge intégrale des diabétiques.</p> <p>Référence (2014) : 0 Cible (2019) : 7</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Neuf pays mettent en œuvre des programmes de dépistage intégrés dans les soins de santé primaires et utilisent la télémédecine pour orienter les patients diabétiques atteints de rétinopathie diabétique. Les modèles sont normalisés entre les organisations non gouvernementales et les hôpitaux publics (25). Une analyse économique visant à promouvoir des politiques fondées sur des données probantes est toujours en cours.</p>
Objectif 3.3 : réduire l'incidence de la cécité due au glaucome à angle ouvert grâce à la détection et au traitement, en particulier dans les groupes à haut risque, tels que les personnes d'ascendance africaine, la population des Caraïbes, les personnes de plus de 40 ans et celles qui ont des antécédents familiaux de glaucome	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3.3.1 Nombre de pays qui mettent en œuvre des programmes de sensibilisation de la communauté sur le glaucome</p> <p>Référence (2014) : 9 Cible (2019) : 15</p>	<p>Cette cible a été atteinte. 15 programmes de soins oculaires des ministères de la Santé ont signalé la mise en œuvre de programmes de sensibilisation de la communauté au glaucome dans les populations à haut risque (par ex., les personnes de plus de 40 ans, les personnes d'ascendance africaine et celles qui ont des antécédents familiaux de glaucome).</p>
<p>3.3.2 Nombre de pays déclarant une augmentation du taux de chirurgie du glaucome</p> <p>Référence (2014) : 0 Cible (2019) : 7</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Aucun pays n'a mesuré le taux de chirurgie du glaucome ; les systèmes nationaux d'information sanitaire n'incluent pas la chirurgie du glaucome ; la collecte de cet indicateur pourrait ne pas être réalisable à l'avenir.</p>

Objectif 3.4 : réduire la déficience visuelle grâce à la détection et au traitement des défauts de réfraction non corrigés et de la presbytie chez les adultes.	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3.4.1 Nombre de pays qui incluent la détection et le traitement de la presbytie chez les adultes dans leurs plans nationaux de santé oculaire et pour les personnes âgées.</p> <p>Référence (2014) : 0 Cible (2019) : 10</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Au total, 13 États membres intègrent la presbytie dans leurs programmes nationaux de soins oculaires. Pour les futures enquêtes sur les soins oculaires basées sur la population, l'évaluation de la couverture des services de presbytie est recommandée.</p>

Axe stratégique d'intervention 4 : réduire la cécité et les déficiences visuelles chez les enfants

11. Un nombre croissant de pays a signalé des politiques nationales relatives à la rétinopathie du prématuré (20, 23). Cela comprend : *a*) les coûts couverts par le gouvernement national, *b*) les lignes directrices nationales relatives à la rétinopathie du prématuré, *c*) la législation imposant l'examen ophtalmologique des nourrissons prématurés et *d*) des systèmes de collecte des données et de suivi pour connaître le nombre de nouveau-nés examinés ou traités. Un total de 228 unités de soins intensifs néonataux dans la Région rapportent des données concernant les indicateurs de la qualité des services de rétinopathie du prématuré (23) et, dans la plupart des pays, la couverture du dépistage et du traitement au niveau infranational varie entre 50 % et 100 % (23). Plusieurs pays disposent de programmes nationaux relatifs au défaut de réfraction chez les écoliers et comptabilisent l'utilisation de lunettes pour évaluer leur efficacité, avec une tendance croissante dans certains endroits (12). Les programmes de santé pour les écoliers montrent les avantages de l'approche intersectorielle pour assurer la pérennité, une couverture élevée et la participation de la communauté scolaire.

Objectif 4.1 : réduire la cécité chez les enfants prématurés due à la rétinopathie du prématuré grâce à la prévention des accouchements prématurés, à des soins néonataux optimaux et à la détection et au traitement précoces, ce qui permettrait de prévenir plus de la moitié des cas de cécité chez les enfants causés par cette pathologie	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>4.1.1 Nombre d'États Membres qui appliquent une politique nationale de prévention de la rétinopathie du prématuré</p> <p>Référence (2014) : 9 Cible (2019) : 14</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Un total de 15 pays ont déclaré avoir mis en œuvre des politiques nationales dans le pays (20, 23). Cela comprend : <i>a</i>) les coûts couverts par le gouvernement national, <i>b</i>) les lignes directrices nationales relatives à la rétinopathie du prématuré, <i>c</i>) la législation imposant l'examen ophtalmologique des nourrissons prématurés et <i>d</i>) des systèmes de collecte ou de suivi des données pour connaître le nombre de nouveau-nés examinés ou traités.</p>

Objectif 4.2 : réduire le déficit visuel grâce à la détection et au traitement des défauts de réfraction non corrigés chez les écoliers et les adolescents au moyen de programmes efficaces de dépistage et de prise en charge	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>4.2.1 Nombre d'États Membres qui ont mis en place des modèles efficaces de programmes intersectoriels de santé visuelle des écoliers, selon les normes promues par l'OPS</p> <p>Référence (2014) : 1 Cible (2019) : 7</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Sept pays procèdent à la mise en œuvre des programmes. Les principaux déterminants de la réussite sont : <i>a)</i> les politiques et les programmes dirigés par les ministères de l'Éducation avec le soutien des ministères de la Santé, <i>b)</i> les soins oculaires inclus dans un ensemble de soins de santé scolaire, <i>c)</i> les programmes qui font appel à une forte participation de la communauté scolaire, y compris les enseignants, les parents et les enfants et <i>d)</i> les stratégies qui visent à accroître l'utilisation de lunettes.</p>

Axe stratégique d'intervention 5 : réduire le fardeau de la cécité et de la déficience visuelle fonctionnelle pour tous les groupes d'âge.

12. Le Bureau a publié des données épidémiologiques (16) pour soutenir les efforts de plaidoyer en faveur de l'augmentation du nombre de services qui traitent la déficience visuelle fonctionnelle et qui prescrivent des aides pour la déficience visuelle, puisque la plupart des pays sont désormais dotés de services destinés aux malvoyants. Au cours de cette période, un plus grand nombre de programmes de résidence en ophtalmologie ont intégré des soins de la déficience visuelle fonctionnelle dans leur programme d'études, afin de former les futurs ophtalmologistes à fournir des soins de base pour les cas simples et à orienter les cas les plus complexes vers la sous-spécialité de la déficience visuelle. Ces efforts visent à accroître la sensibilisation, l'accès, l'accessibilité économique et l'utilisation des services de soins pour la déficience visuelle afin de préserver la capacité fonctionnelle des personnes malgré leur perte de vision.

Objectif 5.1 : fournir des soins et des services complets aux personnes ayant une déficience visuelle fonctionnelle au moyen de la prise en charge ophtalmologique clinique intégrale, de soins spécialisés pour la déficience visuelle avec des aides visuelles, des services de réadaptation et des services éducatifs	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>5.1.1 Nombre de pays qui disposent de services pour traiter la déficience visuelle fonctionnelle pour 2019</p> <p>Référence (2014) : 21 Cible (2019) : 25</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Au total, vingt-trois pays ont déclaré disposer de services pour traiter la déficience visuelle fonctionnelle dans les secteurs public ou non gouvernemental. Certains pays sont trop petits pour disposer d'un service de prise en charge de la déficience visuelle fonctionnelle ; par conséquent, les ophtalmologistes ou les optométristes doivent être formés pour fournir des soins de base pour la déficience visuelle fonctionnelle.</p>

Objectif 5.1 : fournir des soins et des services complets aux personnes ayant une déficience visuelle fonctionnelle au moyen de la prise en charge ophtalmologique clinique intégrale, de soins spécialisés pour la déficience visuelle avec des aides visuelles, des services de réadaptation et des services éducatifs	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>5.1.2 Nombre de pays qui incluent la question de la déficience visuelle fonctionnelle dans le cadre du programme d'études d'ophtalmologie et des examens de certification des ophtalmologistes et des optométristes</p> <p>Référence (2014) : 1 Cible (2019) : 7</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Sept pays ont déclaré disposer d'une formation pour la déficience visuelle dans leurs programmes de résidence. La sensibilisation et les connaissances des professionnels de soins oculaires augmentent la détection et l'orientation vers la réadaptation.</p>
Objectif 5.2 : s'assurer que les personnes aveugles et souffrant de déficiences visuelles aient accès à des programmes de réadaptation et à des opportunités sur le plan éducatif, conformément aux instruments universels et régionaux des droits de l'Homme, tels que la Convention relative aux droits des personnes handicapées	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>5.2.1 Nombre d'États Membres qui ont formulé et/ou révisé la législation et les plans nationaux qui encouragent une éducation incluant les enfants souffrant de déficiences visuelles, conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et à la Convention relative aux droits de l'enfant, pour 2019</p> <p>Référence (2014) : 10 Cible (2019) : 15</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Aucun nouveau pays n'a fait état de progrès sur cet indicateur. Les liens avec les programmes de réadaptation doivent être renforcés afin de réaliser des progrès dans la réalisation de cet objectif.</p>

Enseignements tirés

13. Au cours de la période du plan d'action, des progrès remarquables ont été accomplis en matière de prévention, de détection et de traitement de la rétinopathie du prématuré. Le principal facteur déterminant du succès a été que les néonatalogues et les pédiatres sont devenus les principaux intervenants du programme dans certains pays. Une situation similaire avec les professionnels de la santé qui gèrent le diabète, les patients âgés et les écoliers augmentera la pérennité et l'efficacité de ces programmes.

14. L'amélioration de l'efficacité est largement acceptée comme l'un des quatre objectifs principaux des systèmes de santé en vue d'accroître l'accès à des services de qualité. L'amélioration de l'efficacité et de la qualité des services publics exige un engagement ferme de la part des autorités sanitaires nationales et locales, avec des conseils permanents et constants des autorités sanitaires nationales et du Bureau, pour améliorer le fonctionnement des services et les pratiques du personnel (30, 31).

15. L'approche du secteur de l'éducation pour informer et encourager la communauté scolaire au sujet des programmes liés à la santé a été efficace. Une approche intersectorielle entre les domaines de la santé et de l'éducation pourrait améliorer l'efficacité et la pérennité des programmes de santé pour les écoliers.

16. L'élaboration et la mise en œuvre des politiques exigent un processus qui comprend la production de données probantes pour promouvoir les lignes directrices et les politiques nationales. La persévérance et le plaidoyer des groupes nationaux sont essentiels à cette réalisation, tandis que le Bureau joue un rôle de catalyseur dans le changement de politique.

17. L'inégalité dans la prestation des services aux populations rurales et pauvres est la principale cause de cécité et de déficience visuelle. L'amélioration des services publics et la répartition des ressources au niveau infranational augmenteront l'accès pour toutes les personnes, réduisant ainsi la déficience visuelle et la cécité.

Action nécessaire pour améliorer la situation

18. Pour obtenir des soins universels de santé oculaire, les étapes suivantes sont nécessaires :

- a) *Intégrer les soins oculaires aux soins de santé* : Faire en sorte que les soins oculaires fassent partie intégrante de la couverture sanitaire universelle contribuera à la réalisation des objectifs de développement durable en les intégrant aux programmes de santé pertinents (par ex., les soins maternels et infantiles, les programmes pour les enfants scolarisés, les soins aux personnes diabétiques, les programmes pour adultes et ceux ayant trait au vieillissement en bonne santé) et aux secteurs pertinents (par ex., social, éducatif et travail). L'intégration des soins oculaires dans les soins de santé primaires améliorera l'accès des populations vulnérables et contribuera à réduire les iniquités d'accès aux services.
- b) *Promouvoir la mise en œuvre qualitative des services publics de soins oculaires* : L'amélioration de l'efficacité, de la responsabilisation, de la qualité et de la culture institutionnelle des services publics de soins oculaires est l'une des stratégies parmi les plus efficaces pour améliorer l'accès des personnes à faible revenu, car cela permet de réduire certains problèmes du secteur public, comme les longues listes d'attente.
- c) *Sensibiliser, obtenir un engagement et responsabiliser les personnes et les communautés* : Afin d'accroître les modes de vie sains et la demande de services en soins oculaires, il est nécessaire de sensibiliser la collectivité à la disponibilité d'interventions efficaces qui répondent aux besoins des soins oculaires tout au long de la vie, et d'obtenir un engagement et de responsabiliser le public, en particulier les populations mal desservies.
- d) *Promouvoir une recherche qualitative pour soutenir des politiques nationales fondées sur des données probantes* : Les données épidémiologiques, les évaluations des systèmes et services ainsi que la recherche axée sur les solutions peuvent être

utilisées pour élaborer des politiques et des stratégies réalistes qui se traduiraient en actions efficaces.

- e) *Développer et renouveler les ressources humaines pour les soins oculaires* : Les évaluations périodiques de la répartition des ressources humaines au niveau infranational peuvent identifier les iniquités de manière à mettre en œuvre des programmes qui comblent les lacunes. Il s'agit notamment de créer des résidences axées sur la chirurgie dans les provinces mal desservies et d'augmenter le nombre de postes pour les candidats des régions rurales et de les former à travailler dans des hôpitaux techniquement moins dotés. Les politiques nationales doivent inclure des stratégies d'embauche et de maintien en poste pour les zones pauvres et rurales, y compris des incitations financières, de bonnes conditions de travail et une formation médicale continue. La vocation et la mission médicales doivent être renforcées dans les facultés de médecine.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

19. Étant données les circonstances extraordinaires et sans précédent dues à la pandémie de COVID-19, et conformément à la résolution CE166.R7, ce document sera publié à des fins d'information uniquement et ne fera pas l'objet d'une discussion lors du Conseil directeur.

Références bibliographiques

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013, Washington (DC). Washington (DC) : OPS; 2013 (*Document officiel* OD345). Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/OD345-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014, Washington (DC). Washington (DC) : OPS, 2014. (document CD53/11). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=53-conseil-directeur-7007&alias=26728-cd53-11-f-728&Itemid=270&lang=fr
3. Leasher J, Braithwaite T, Furtado J, Flaxman S, Lansingh V, Silva JC, et al. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean in 2015: magnitude, temporal trends and projections. *Br J Ophthalmol* 2019;103(7):1–9.

4. López M, Brea I, Yee R, Yi R, Carles V, Broce A, et al. Encuesta de ceguera y deficiencia visual evitable en Panamá. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(6):355–60.
5. Silva, J. National surveys of avoidable blindness and visual impairment in Argentina, El Salvador, Honduras, Panama, Peru, and Uruguay. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 36(4):2009–13.
6. Alvarado D, Rivera B, Lagos L, Ochoa M, Starkman I, Castillo M, et al. Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitables en Honduras. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(5):300–5.
7. Rius A, Guisasola L, Sabidó M, Leasher JL, Moriña D, Villalobos A, et al. Prevalence of visual impairment in El Salvador: inequalities in educational level and occupational status. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(5):290–9.
8. Campos B, Cerrate A, Montjoy E, Dulanto Gomero V, Gonzalez C, Tecse A, et al. Prevalencia y causas de ceguera en Perú : encuesta nacional. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(5):283–9.
9. Gallarreta M, Furtado JM, Lansingh VC, Silva JC, Limburg H. Rapid assessment of avoidable blindness in Uruguay: results of a nationwide survey. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(4):219–24.
10. Barrenechea R, de la Fuente I, Plaza RG, Flores N, Segovia L, Villagómez Z, et al. Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitable en Argentina, 2013. *Rev Panam Salud Publica* 2015;37(1):7–12.
11. Silva JC, Diaz MA, Maul E, Muñoz BE, West SK. Population-based study of Trachoma in Guatemala. *Ophthalmic Epidemiol* 2015;22(3): 231-6.
12. Barria F, Conte F, Muñoz S, Leasher JL, Silva JC. Prevalence of refractive error and spectacle coverage in schoolchildren in two urban areas of Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e61.
13. Serrano GM, Salazar AR, Figueroa OL, Monzón A, Yee M, Yee JF, et al. National survey of blindness and visual impairment in Guatemala, 2015. *Arq Bras Oftalmol* 2019;82(2):91-7.
14. Leasher J, Lansingh V, Flaxman S, Jonas J, Keeffe J, Naidoo K, et al. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990–2010. *Br J Ophthalmol* 2014;98(5):619-28.

15. Silva JC, Mújica OJ, Vega E, Barcelo A, Lansingh VC, McLeod J, et al. A comparative assessment of avoidable blindness and visual impairment in seven Latin American countries: prevalence, coverage, and inequality. *Rev Panam Salud Publica* 2015;37(1):13–20.
16. Limburg H, Espinoza R, Lansingh VC, Silva JC. Functional low vision in adults from Latin America: findings from population-based surveys in 15 countries. *Rev Panam Salud Publica* 2015;37(6):371–8.
17. Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, Cicinelli MV, Das A, Jonas JB, et al. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis; *Lancet Glob Health* 2017;5(9):e888-e897.
18. Flaxman SR, Bourne RRA, Resnikoff S, Ackland P, Braithwaite T, Cicinelli MV, et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017;5(12):e1221-e1234.
19. von-Bischoffshausen FB, Munoz B, Riquelme A, Ormeno MJ, Silva JC. Spectacle-Wear Compliance in School Children in Concepcion Chile. *Ophthalmic Epidemiol*, 2014;21(6) :362-9.
20. Arnesen L, Durán P, Silva J, Brumana L. A multi-country, cross-sectional observational study of retinopathy of prematurity in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2016;39(6):322–29.
21. Hariharan L, Gilbert CE, Quinn GE, Barg FK, Lomuto C, Quiroga A, et al. Reducing Blindness from Retinopathy of Prematurity (ROP) in Argentina Through Collaboration, Advocacy and Policy. Implementation. *Health Policy Plan* 2018;33(5):654-65.
22. Ramke J, Zwi A, Silva JC, Mwangi N, Rono H, Gichangi M. et al. Evidence for national universal eye health plans. *Bull World Health Organ*. [online] 2018;96(10):695–704. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.213686>
23. Silva JC, Zin A, Gilbert C. Retinopathy of prematurity prevention, screening and treatment programmes. *Seminars in Perinatology* [online] 2019;43(6):348-351. Disponible sur : <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.05.007>
24. Hong H, Mújica OJ, Anaya J, Lansingh V, Lopez E, Silva JC. The Challenge of Universal Eye Health in Latin America: distributive inequality of ophthalmologists in 14 countries. *BMJ Open* [online] 2016;6(11). Disponible sur : <https://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e012819>

25. Salamanca O, Geary A; Suárez N, Benavent S, Gonzalez M. Implementation of a diabetic retinopathy referral network, Peru. Bull World Health Organ. [online] 2018;96(10):674–681 Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.212613>
26. Organisation panaméricaine de la Santé. Guía de práctica clínica para el manejo de la retinopatía de la prematuridad. Washington (DC): OPS ; 2018. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34948/9789275320020_spa.pdf?sequence=6
27. Batlle JF, Lansingh VC, Silva JC, Eckert KA, Resnikoff S. The cataract situation in Latin America: barriers to cataract surgery. Am J Ophthalmol [online] 2014;158(2):242-50. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/262050933_The_Cataract_Situation_in_Latin_America_Barriers_to_Cataract_Surgery
28. Ramke J, Gilbert CE, Lee AC, Ackland P, Limburg H, Foster A. Effective cataract surgical coverage: An indicator for measuring quality-of-care in the context of Universal Health Coverage. PloS One. 2017;12(3):e0172342.
29. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la vision. Genève: OMS ; 2019. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331812/9789240002975-fre.pdf>
30. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève: OMS ; 2000. Disponible sur : https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf?ua=1
31. Organisation mondiale de la Santé. Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO Framework for action. Genève: WHO; 2000. Disponible sur : https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

- - -