

## 53<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

### 66<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

---

*Point 4.9 de l'ordre du jour provisoire*

CD53/11  
11 juillet 2014  
Original : espagnol

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

##### **Introduction**

1. Il ressort des calculs de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qu'au cours de l'année 2010, plus de 26 millions de personnes dans la Région des Amériques souffraient d'une déficience visuelle. Parmi elles, plus de 3 millions étaient aveugles et la plupart avaient plus de 50 ans. D'autre part, près de 80 % des cas auraient pu être évités (1). Des données récentes indiquent que, grâce à la mise en œuvre des programmes de prévention de la cécité dans la Région, la prévalence de la cécité et des déficiences visuelles a diminué. Toutefois, la cataracte non opérée demeure la principale cause de cécité, tandis que les défauts de réfraction non corrigés sont la principale cause de déficience visuelle (2). Malgré la réduction importante de la prévalence de la cécité et des déficiences visuelles dans la Région et à l'échelle mondiale (3), l'augmentation de la population et son vieillissement représentent un défi du fait que la demande de services ne cesse d'augmenter.

2. Afin de répondre à cette problématique, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2013 le *Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, 2014-2019* « Vers la santé oculaire universelle : plan d'action mondial 2014-2019 » (4). Le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (5), approuvé par le Conseil directeur en 2013, accorde également la priorité à la santé oculaire dans le contexte de la réduction des invalidités évitables, de l'accès aux services de réadaptation et de la promotion de l'amélioration de la santé et des conditions de vie.

3. Avec l'élaboration de ce Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles 2014-2019, l'Organisation répond aux défis énoncés précédemment en définissant des actions concrètes pour traiter des priorités propres à la Région en matière de prévention de la cécité. Le plan d'action 2014-2019 a pour objectif de maintenir et d'intensifier les efforts des États Membres, du Bureau sanitaire panaméricain

---

et des partenaires internationaux pour continuer à améliorer la santé oculaire et prévenir la cécité et les déficiences visuelles évitables.

### **Contexte**

4. En 2009, le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a approuvé le Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables CD49/19 (6) en adoptant la résolution CD49.R11 pour traiter des priorités régionales. Le programme de santé oculaire de l'OPS a généré et utilisé des données épidémiologiques et sur la prestation de services pour accroître l'engagement politique et financier des États Membres. Il a également préparé une documentation sur les bonnes pratiques et a appuyé à la fois la formulation de politiques, de plans et de programmes et le renforcement des services et des systèmes de santé oculaire, qui contribuent à améliorer l'accès universel à la santé oculaire.

5. Le Plan d'action mondial pour la santé oculaire universelle 2014-2019, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013, prie instamment les États Membres : de consolider les efforts au moyen de l'intégration de la santé oculaire dans les systèmes de santé nationaux, de produire des données probantes et de formuler des plans, des politiques, et d'autres stratégies. Le but est de réduire la cécité de 25 % d'ici à 2019, par rapport au niveau de référence de 2010 (4).

6. Le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (5), approuvé par le Conseil directeur en 2013 comprend la prévention des déficiences visuelles et de la cécité parmi les résultats escomptés. La proposition de Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles, 2014-2019 est une mise à jour du Plan approuvé par le Conseil directeur de l'OPS en 2009, qui inclut les nouveaux engagements définis dans le Plan mondial de l'OMS et dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. L'élaboration du Plan s'est appuyée sur une démarche très participative, avec des contributions des représentants des ministères de la Santé des Amériques invités à participer à un atelier qui s'est tenu à Quito (Équateur), du 23 au 25 avril 2013. Ce travail a également bénéficié des contributions de groupes d'experts, des centres collaborateurs et des partenaires internationaux.

### **Analyse de la situation**

7. En Amérique latine, la prévalence de la cécité chez les personnes de plus de 50 ans varie entre 1 % dans les zones urbaines ayant un bon développement socio-économique et plus de 4 % dans les zones rurales et marginales. La principale cause de cécité est la cataracte (7), qui continue d'être un problème de santé publique dans les régions mal desservies par les systèmes de santé (8). La rétinopathie diabétique et le glaucome sont d'autres causes importantes de cécité (7). Dans les Caraïbes, l'incidence des déficiences visuelles est élevée, et la cataracte et le glaucome sont à l'origine de 75 % des cas de cécité, alors que le diabète est un facteur déterminant dans la perte de la vision (9). La rétinopathie des prématurés se produit dans les pays à revenu intermédiaire

et progressivement dans les pays à faible revenu dans des proportions épidémiques en raison du caractère non optimal des soins néonataux (10) et a été identifiée comme une cause importante de cécité dans la Région (11); l'incidence varie en fonction du degré de développement des soins néonataux (12).

8. Les programmes nationaux bénéficiant d'un soutien technique international défini dans les plans et les résolutions de l'OPS et de l'OMS ont permis des avancées significatives. Les pays qui formulent et mettent en œuvre un plan national de santé oculaire font état de réductions de la prévalence de la cécité et des déficiences visuelles, ainsi que d'une augmentation de la couverture des services (13). Presque la moitié des pays ont réalisé une enquête sur la cécité évitable, qui met en exergue les besoins devant être couverts; la cataracte demeure la principale cause de cécité et le fardeau de la maladie le plus important se situe dans les zones rurales et marginales (8). La majorité des pays comptent suffisamment d'ophtalmologistes pour répondre aux besoins, mais il existe un déséquilibre en termes de répartition, ces professionnels étant plus concentrés dans les zones où le PIB par habitant est plus élevé, comme cela a déjà été démontré dans certains pays (14).

9. Au cours de la dernière décennie, l'accès aux services a pu être amélioré, comme l'ont démontré l'augmentation de la moyenne régionale et, dans les pays, le taux plus élevé de chirurgie de la cataracte (15). En 2012, 19 pays avaient déjà atteint un taux de chirurgie de la cataracte de 2000 par million d'habitants par an (5), ce qui reste insuffisant pour contrôler la cécité et les déficiences visuelles dues à la cataracte (16); en outre, la qualité de la chirurgie n'est pas optimale dans la Région (17). En Amérique latine, des données démontrent l'égalité entre les hommes et les femmes dans la couverture des services d'opération de la cataracte (18).

10. La prévalence de la rétinopathie diabétique pouvant conduire à la cécité est plus élevée parmi les latino-américains que dans d'autres groupes de population (19) et représente jusqu'à 16 % des cas de cécité au niveau national (7). À la Barbade, 18 % des personnes d'ascendance africaine, âgées de 40 à 84 ans, déclarent être diabétiques; chez les personnes atteintes de diabète, 30 % développent une rétinopathie diabétique et 1 % souffrent de rétinopathie diabétique proliférante présentant un très haut risque de cécité (20). À l'heure actuelle, cinq États Membres ont déjà procédé à une analyse de la situation des services de rétinopathie diabétique comme base pour leurs futures interventions.

11. En Amérique latine, la prévalence du glaucome varie de 1 % à 3,4 % chez les personnes de plus de 50 ans et représente jusqu'à 15 % à 20 % des causes de cécité dans les pays où l'ascendance africaine est plus importante (7). Dans les Caraïbes, la prévalence du glaucome à angle ouvert chez les personnes âgées de plus de 40 ans est de plus de 7 % (9); il s'agit là d'une cause importante de perte de la vision et de la principale cause de cécité irréversible (20). En 2013, neuf pays ont déclaré qu'ils avaient entrepris des programmes d'information, de communication et d'éducation dans le domaine du glaucome, mais les taux de chirurgie du glaucome dans la Région sont encore très faibles

(21). La dégénérescence maculaire liée à l'âge cause 7 % de la cécité et 3 % de la déficience visuelle dans le monde (22) et elle est une cause importante de la cécité dans les pays du Cône sud (2). La prévalence continuera d'augmenter jusqu'à ce qu'on ait trouvé une prophylaxie et un traitement sûr et efficace, ce qui n'est pas le cas actuellement (22).

12. Dans la Région, avec l'augmentation de la survie des nouveau-nés prématurés, des efforts ont été déployés pour mettre en place des programmes visant à prévenir, à détecter et à traiter la rétinopathie du prématuré (10) et on observe déjà dans les pays l'impact des interventions visant à réduire la cécité due à cette cause (23). En 2013, neuf pays disposaient de politiques nationales pour prévenir la cécité due à la rétinopathie du prématuré et 22 pays avaient indiqué qu'ils disposaient déjà de programmes en place, dans la mesure où il est désormais reconnu que le fardeau social de cécité dépasse de loin les coûts du traitement (24). On estime qu'en Amérique latine, 7 % des enfants scolarisés peuvent avoir besoin d'une correction optique (25). Actuellement, la plupart des pays de la Région disposent de programmes de correction des défauts de réfraction en milieu scolaire ; cependant, certaines études montrent que l'observance thérapeutique est inadéquate (26).

13. On considère qu'une personne est atteinte d'une déficience visuelle fonctionnelle lorsque, bien qu'elle ait reçu un traitement chirurgical ou une correction optique, elle n'obtient pas une vision optimale mais qu'elle est potentiellement capable, avec cette vision, d'accomplir une tâche. On estime que près de 2 % des adultes de plus de 50 ans ont une vision fonctionnelle basse qui exige une prise en charge, des aides optiques spéciales et une réadaptation. Certaines maladies infectieuses, comme le trachome et l'onchocercose, sont des causes importantes de cécité dans la Région (7) et sont gérées par le programme des maladies infectieuses négligées de l'OPS ; par conséquent, elles ne sont pas couvertes dans le présent Plan d'action.

### **Plan d'action (2014-2019)**

14. Le Plan a pour objectif général de réduire les incapacités visuelles évitables en tant que problème de santé publique et de garantir l'accès aux services de réadaptation pour les personnes souffrant d'un handicap visuel. Le Plan d'action vise à réaliser l'objectif général en améliorant l'accès à des services intégrés de prise en charge ophtalmique qui fassent partie intégrante des systèmes de santé, ce qui contribuera au résultat intermédiaire 2.4 et à l'indicateur 2.4.2 du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Le Plan propose de générer des données probantes afin d'accroître l'engagement politique et financier sur le plan de la santé oculaire, de renforcer la capacité des services et de dynamiser le leadership et la gouvernance des ministères de la Santé, par l'entremise de la formulation de politiques, de plans ou de normes, en exerçant une fonction de supervision et en mobilisant la participation des parties prenantes.

15. Les objectifs du Plan recouvrent à la fois des activités de traitement, de promotion, de prévention et de réadaptation, qui doivent mettre l'accent sur les

populations négligées par les systèmes de santé en suivant une approche axée sur le cycle de vie, en accordant une importance particulière aux nouveau-nés prématurés, aux écoliers et aux adultes de plus de 50 ans, qui constituent la population présentant un risque de perte de la vision. Les actions seront mises en œuvre au moyen d'une coopération interprogrammatique ; le programme pour la cataracte est géré conjointement par le programme pour les personnes âgées, celui pour la rétinopathie du prématuré avec le Centre latino-américain de périnatalogie, de la santé de la femme et de la santé génésique (CLAP/SMR), et les patients diabétiques sont pris en charge dans le cadre du programme pour les maladies non transmissibles.

### **Ligne stratégiques d'action**

16. Ce plan d'action a pour base les lignes stratégiques d'action suivantes :
- a) gouvernance de la santé visuelle par les autorités sanitaires ;
  - b) services de santé oculaire disponibles, accessibles, abordables et de qualité pour l'ensemble de la population ;
  - c) réduire la cécité et les déficiences visuelles chez les adultes ;
  - d) réduire la cécité et les déficiences visuelles chez les enfants ;
  - e) réduire le fardeau de la cécité et de la déficience visuelle fonctionnelle pour tous les groupes d'âge.

### **Ligne stratégique d'action 1 : gouvernance de la santé visuelle par les autorités sanitaires.**

17. La gouvernance repose sur la génération et l'utilisation de données probantes documentant la situation épidémiologique au moyen d'enquêtes auprès de la population, d'études sur l'accès et la qualité de la prestation de services, d'études sur les bonnes pratiques et sur l'élaboration de plans, de politiques et de programmes pour la santé oculaire. La santé oculaire devra être incluse dans les systèmes de santé nationaux axés sur le cycle de vie, comme c'est le cas pour les soins néonataux, la santé en milieu scolaire, la santé familiale, les maladies chroniques, la santé des personnes âgées et les soins de santé primaires. Les stratégies et plans nationaux doivent être mis à jour régulièrement sur la base d'une analyse de la situation et de l'utilisation d'indicateurs de résultats inclus dans les systèmes d'information. Afin de réaliser un suivi de la mise en œuvre des politiques, des plans et des programmes, il est recommandé de nommer un coordinateur national ou un comité de la santé oculaire pour encourager la participation multisectorielle et les partenariats nationaux et internationaux.

18. Le Bureau sanitaire panaméricain s'attachera à promouvoir la recherche et la production de données probantes pour guider la politique sur la santé oculaire et fournir des outils et des conseils techniques pour réaliser des enquêtes auprès de la population, des évaluations des services, des analyses des bonnes pratiques, élaborer, mettre en

œuvre et assurer un suivi des politiques, plans et programmes nationaux et infranationaux et intégrer des indicateurs et des objectifs nationaux pour la santé oculaire dans les systèmes nationaux de santé et d'information. Il pourra également soutenir et catalyser les dialogues de politique au niveau national, sectoriel et intersectoriel et la coopération entre les pays. Les partenaires internationaux appuieront les pays ainsi que le Bureau sanitaire panaméricain, et ils identifieront et fourniront des ressources additionnelles, produiront du matériel éducatif et organiseront des ateliers, régionaux et nationaux, de formation et d'échanges d'expériences.

**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.

*Indicateurs :*

- 1.1.1 Le nombre d'études auprès de la population sur la prévalence des déficiences visuelles réalisées par les États Membres aura augmenté.  
(Référence : 18 en 2014. Cible pour 2019 : 24 études réalisées et publiées)
- 1.1.2 Nombre de pays qui ont réalisé et publié une évaluation des services de soins ophtalmiques.  
(Référence : 3 en 2014. Cible pour 2019 : 10)

**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.

*Indicateurs :*

- 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.  
(Référence : 17 en 2014. Cible pour 2019 : 25)
- 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.  
(Référence : 14 en 2014. Cible pour 2019 : 20)
- 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.  
(Référence : 0 en 2014. Cible pour 2019 : 15)
- 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.  
(Référence : 0 en 2014. Cible pour 2019 : 10)

**Ligne stratégique d'action 2 : services de santé oculaire disponibles, accessibles, abordables et de qualité pour l'ensemble de la population.**

19. La santé oculaire universelle signifie que toutes les personnes qui ont besoin de services de qualité les obtiennent ; cela suppose que les services soient disponibles à proximité de la population, et qu'ils soient dotés d'installations, de ressources humaines, de fournitures et de produits appropriés, que les frais ne constituent pas une barrière pour les usagers et que les services soient d'une grande qualité et efficacité. Les États Membres devront chercher des mécanismes pour une répartition équitable des ressources humaines au niveau infranational en procédant à la décentralisation des services d'ophtalmologie dans les hôpitaux régionaux, au renforcement des soins oculaires primaires et en maintenant des normes de qualité.

20. Il est impératif de renforcer les processus de gestion et d'administration dans les services publics d'ophtalmologie pour réduire les listes d'attente, améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience et, de plus, intégrer la chirurgie de la cataracte en tant qu'événement devant être notifié dans les systèmes nationaux d'information et les rapports annuels. Le Bureau sanitaire panaméricain apportera des connaissances techniques et son soutien pour améliorer les services d'ophtalmologie et les stratégies visant à renforcer la supervision et l'évaluation des performances, s'attachera à promouvoir l'adoption de normes de qualité et l'intégration de la santé oculaire dans les systèmes d'information pour assurer un suivi et mesurer les progrès. Les partenaires internationaux apporteront un soutien technique, assureront des formations et compileront les informations.

**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.

*Indicateurs :*

- 2.1.1 Nombre de pays qui ont effectué des évaluations périodiques de la disponibilité du personnel de santé ophtalmique à l'échelle infranationale.  
(Référence : 1 en 2014. Cible pour 2019 : 15)
- 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.  
(Référence : 0 en 2014. Cible pour 2019 : 10)

**Objectif 2.2** : renforcer la capacité organisationnelle des services publics d'ophtalmologie à fournir des soins ophtalmiques efficaces, abordables et de haute qualité.

*Indicateur :*

- 2.2.1 Nombre d'États Membres qui ont mis en place un programme pour le renforcement des services publics d'ophtalmologie conformément au protocole défini par l'OPS.  
(Référence : 3 en 2014. Cible pour 2019 : 12)

**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 ophtalmiques et de leur qualité.

*Indicateur :*

2.3.1 Nombre d'États Membres qui incluent la chirurgie de la cataracte dans leurs systèmes d'information nationaux.  
(Référence : 1 en 2014. Cible pour 2019 : 7)

**Ligne stratégique d'action 3 : réduire la cécité et les déficiences visuelles chez les adultes.**

21. Pour réduire la cécité chez les adultes, les États Membres devront renforcer le système de soins de santé primaires oculaires afin de détecter et d'orienter les personnes de plus de 50 ans souffrant de déficience visuelle, d'encourager les patients diabétiques à subir un examen de la rétine tous les ans et les patients de plus de 40 ans présentant des facteurs de risque de glaucome à pratiquer un examen ophtalmologique périodique. Pour réduire les listes d'attente, il est nécessaire d'organiser des centres pouvant accueillir des volumes importants de patients et assurant des actes chirurgicaux de qualité pour les opérations de la cataracte en mesure de répondre à la majorité de cas ; la prise en charge ophtalmologique devra être décentralisée avec des services de chirurgie de la cataracte fournis dans les hôpitaux régionaux. Tous les services de chirurgie de la cataracte doivent mettre en place un système de qualité et de productivité chirurgicales. En fonction de la composition de la population dans les pays, les taux de chirurgie de la cataracte doivent se situer entre 3400 et 9000 par million d'habitants par an (16); aujourd'hui, dans un grand nombre de pays de la Région, ces taux sont encore inférieurs à 2000.

22. Le traitement au laser parvient à arrêter ou éviter la progression de la rétinopathie diabétique dans 90 % des cas ; il est donc nécessaire d'intégrer la détection et le traitement de la rétinopathie diabétique dans la prise en charge intégrale des patients diabétiques. Les services ophtalmologiques doivent être renforcés sur le plan du diagnostic et du traitement de la rétinopathie diabétique et du glaucome ; les médicaments pour leur traitement doivent aussi être inclus sur la liste des médicaments essentiels. Il est nécessaire d'organiser des campagnes d'éducation destinées à la population présentant des facteurs de risque, par l'entremise des soins de santé primaires et des médias. Il est recommandé d'assurer le suivi et la prévention des complications oculaires comme la kératite microbienne liée à l'utilisation de verres de contact dans la Région. Le Bureau sanitaire panaméricain apportera sa coopération et, avec les ministères et les partenaires internationaux, il élaborera des modèles normalisés de procédures, de technologie et de formation des ressources humaines, de gestion et de recherche, et il appuiera les pays sur le plan de la collecte, de l'analyse et de la publication des données. Les partenaires internationaux prépareront des matériels pédagogiques, des programmes de formation des ressources humaines et apporteront leur soutien pour identifier et acquérir la technologie appropriée.

**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 :*

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.  
(Référence : 19 en 2014. Cible pour 2019 : 27)

**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 asymptomatique à risque et d'un traitement rapide et adéquat.

*Indicateurs :*

3.2.1 Nombre de pays qui ont élaboré une analyse de situation de leurs services de rétinopathie diabétique.  
(Référence : 5 en 2014. Cible pour 2019 : 11)

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.  
(Référence : 0 en 2014. Cible pour 2019 : 7)

**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.

*Indicateurs :*

3.3.1 Nombre de pays qui mettent en œuvre des programmes de sensibilisation de la communauté sur le glaucome.  
(Référence : 9 en 2014. Cible pour 2019 : 15)

3.3.2 Nombre de pays déclarant une augmentation du taux de chirurgie du glaucome.  
(Référence : 0 en 2014. Cible pour 2019 : 7)

**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 :*

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.  
(Référence : 0 en 2014. Cible pour 2019 : 10)

**Ligne stratégique d'action 4 : réduire la cécité et les déficiences visuelles chez les enfants.**

23. Afin de réduire l'incidence de la cécité chez les enfants, il est nécessaire de formuler des programmes visant à améliorer la qualité des soins néonataux, la prévention, la détection et le traitement de la rétinopathie du prématuré en appliquant les normes, les guides et les protocoles internationaux à tous les niveaux des soins néonataux. Il faut également renforcer les ressources humaines, les processus, la qualité des soins, le matériel et le travail en réseau des unités de soins intensifs néonataux. Pour assurer la qualité, il est nécessaire de mettre en place des systèmes de surveillance et de suivi basés sur les systèmes d'information de soins néonataux et d'inclure les normes les plus élevées de prise en charge dans les critères d'habilitation des unités néonatales

24. Depuis 2009, l'examen de la vision est recommandé chez les enfants de la Région âgés de 11 à 15 ans (6). Récemment, certains pays ont également commencé à recommander des examens de la vision pour les enfants de 3 à 5 ans pour la détection précoce de maladies comme l'amblyopie (27) et que l'examen effectué au début de l'éducation préscolaire soit réalisé par du personnel qualifié (28). Les programmes de santé visuelle qui sont efficaces pour les écoliers sont les programmes intersectoriels, à long terme, qui sont inclus dans les programmes de santé en milieu scolaire faisant appel à des protocoles pour améliorer l'efficacité et le port de lunettes, qui doivent être disponibles et abordables. Le Bureau sanitaire panaméricain entreprendra des activités de promotion visant à inclure la rétinopathie dans le cadre des programmes de soins néonataux, s'attachera à promouvoir le développement des ressources humaines et la mise en œuvre des lignes directrices régionales pour les soins néonataux et ophtalmiques. Il produira également des études et des données probantes en vue d'améliorer l'efficacité des programmes sur les défauts de réfraction chez les écoliers et facilitera le dialogue intersectoriel entre le secteur de la santé et celui de l'éducation. Les partenaires internationaux identifieront de nouveaux outils pour l'élaboration de programmes tels que la télémédecine pour le diagnostic ou l'utilisation d'agents pharmacologiques pour le traitement de la rétinopathie du prématuré, l'élaboration de séries de matériels de formation et d'éducation et le développement des ressources humaines par l'entremise de cours et d'ateliers.

**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 :*

4.1.1 Nombre d'États Membres qui appliquent une politique nationale de prévention de la rétinopathie du prématuré.

(Référence : 9 en 2014. Cible pour 2019 : 14)

**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 :*

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.

(Référence : 1 en 2014. Cible pour 2019 : 7)

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

25. Les stratégies de prise en charge de la déficience visuelle et de la cécité sont renforcées grâce à des alliances nationales entre le secteur de la santé, le secteur législatif et le secteur de l'éducation, conformément aux instruments des droits de l'Homme applicables à la santé et aux handicaps. La prise en charge de la déficience visuelle fonctionnelle doit être renforcée en l'incluant dans les systèmes de santé, de sécurité sociale et d'information. Cela peut être réalisé également par la formation d'équipes multidisciplinaires en accordant la priorité aux zones dépourvues de services et en facilitant l'acquisition d'aides optiques, tout cela devant être mis en place en intégrant les instruments des droits de l'Homme applicables à la santé et aux handicaps dans le cadre des outils d'apprentissage. Il faudra promouvoir auprès du ministère de l'Éducation l'offre de programmes pédagogiques couvrant les enfants et de réhabilitation (adaptation à la cécité) pour les adultes souffrant de déficiences visuelles conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant et à la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

26. Le Bureau sanitaire panaméricain s'efforcera de promouvoir l'inclusion de la déficience visuelle fonctionnelle dans la révision de la CIM-10 et une évaluation de la situation des services de réadaptation visuelle et d'éducation pour les personnes malvoyantes ou aveugles sera réalisée dans la Région. Par ailleurs, un plaidoyer en faveur de la formulation de politiques, de plans et de textes législatifs fondés sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées sera organisé pour promouvoir l'éducation inclusive et les programmes de réadaptation. Les partenaires internationaux assureront la formation des ressources humaines et favoriseront les activités liées à la déficience visuelle parmi les ophtalmologistes et les optométristes, ainsi que l'inclusion de cette thématique dans le programme de formation des professionnels de la santé visuelle. Ils s'attacheront également à promouvoir la création de centres régionaux de formation et à mettre en place un système d'achat permettant de rendre abordables les aides optiques dont ont besoin les personnes malvoyantes.

**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.

*Indicateurs :*

- 5.1.1 Nombre de pays qui disposent de services pour traiter la déficience visuelle fonctionnelle pour 2019.  
(Référence : 21 en 2014. Cible pour 2019 : 25)
- 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.  
(Référence : 1 en 2014. Cible pour 2019 : 7)

**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 :*

- 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.  
(Référence : 10 en 2014. Cible pour 2019 : 15)

## **Évaluation et suivi**

27. Les réalisations du présent Plan d'action pourront être mesurées au moyen d'indicateurs assortis d'un niveau de référence et d'une cible pour l'année de son achèvement, en 2019. La collecte de données se fondera sur les systèmes nationaux d'information et d'autres méthodes de compilation qu'utilisent les États Membres, les associations professionnelles et scientifiques et les comités nationaux de santé visuelle qui répondent à un questionnaire annuel envoyé par l'OPS. Des rapports de suivi et d'analyse seront présentés à la fin de chaque exercice biennal à la direction de l'OPS et, en 2019, un rapport sera préparé à l'intention des organes directeurs de l'Organisation.

## **Incidences financières**

28. Le coût total estimé de la mise en œuvre de cette résolution pour l'ensemble de la période d'application, de 2014 à 2019, comprend les dépenses relatives au personnel et aux activités et s'élève à US\$ 1 700 000,<sup>1</sup> dont \$1 400 000 incombent à l'OPS et \$300 000 aux entités associées.

---

<sup>1</sup> Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

## Mesures à prendre par le Conseil directeur

29. Le Conseil directeur est prié d'approuver le Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles 2014-2019 et d'examiner le projet de résolution s'y rapportant qui figure à l'annexe A.

Annexes

## Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Global data on visual impairments 2010 [Internet]. Genève: OMS; 2012 (document WHO/NMH/PBD/12.01) [consulté le 25 novembre 2013]. Disponible sur : <http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>
2. Leasher J, Lansingh V, Flaxman S, et al. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990-2010. *Br J Ophthalmology* 2014;98(5):619-628. doi:10.1136/bjophthalmol-2013-304013
3. Stevens GA, White RA, Flaxman SR, et al. Vision Loss Expert Group. Global prevalence of vision impairment and blindness: magnitude and temporal trends, 1990-2010. *Ophthalmology* 2013 Dec;120(12):2377-2384.
4. Organisation mondiale de la Santé. Projet de plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables 2014-2019. Vers la santé oculaire universelle : plan d'action mondial 2014-2019 [Internet]. 66<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé ; du 20 au 28 mai 2013 ; Genève (Suisse). Genève : OMS ; 2013 (document A66/11) [consulté le 25 novembre 2013]. Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_11-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_11-fr.pdf)
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la santé 2014-2019 [Internet]. 52<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 65<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2013 (Document officiel 345) [consulté le 25 novembre 2013]. Disponible sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=fr)
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables [Internet]. 49<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS. 61<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington (DC) : OPS ; 2009 (document CD49/19) [consulté le 25 novembre 2013]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-19-f.pdf>

7. Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, Peña BN, Gherzi HA, Bote PL, Nano ME, Silva JC. Causes of Blindness and Visual Impairment in Latin America. [Surv Ophthalmol](#) 2012 Mar-Apr; 57(2):149-177.
8. Limburg H, Silva JC, Foster A. Cataract in Latin America: findings from nine recent surveys. *Rev Panam Salud Publica* 2009 May;25(5):449-455.
9. Leske C, Wu SY, Nemesure B, Hennis A, and Barbados Eye Studies Group. Causes of visual loss and their risk factors; an incidence summary from the Barbados Eye Studies. *Rev Panam Salud Publica* 2010 Apr;27(4):259-267.
10. Zin, A, Gole GA. Retinopathy of prematurity-incidence today. *Clin Perinatol* 2013 Jun;40(2):185-200
11. Gilbert C, Fielder A, Gordillo L, Quinn G, Semiglia R, Visintin P, Zin A; International NO-ROP Group. Characteristics of infants with severe retinopathy of prematurity in countries with low, moderate, and high levels of development: implications for screening programs. *Pediatrics* 2005 May;115(5):e518-525.
12. Carrion JZ, Fortes Filho JB, Tartarella MB, Zin A, Jornada Jr ID. Prevalence of retinopathy of prematurity in Latin America. *Clin Ophthalmol* 2011;5:1687-1695.
13. Duerksen R, Limburg H, Lansingh V, Silva JC, Review of blindness and visual impairment in Paraguay: changes between 1999 and 2011. *Ophthalmic Epidemiology* 2013 Oct; 20(5): 301-307.
14. Carvalho Rde S, Diniz AS, Lacerda FM, Mello PA. Gross domestic product (GDP) per capita and geographical distribution of ophthalmologists in Brazil. *Arq Bras Oftalmol* 2012 Nov-Dec;75(6):407-411.
15. Lansingh VC, Resnikoff S, Tingley-Kelley K, Nano ME, Martens M, Silva JC, Duerksen R, Carter MJ. Cataract surgery rates in Latin America: a four-year longitudinal study of 19 countries. *Ophthalmic Epidemiol* 2010 Mar;17(2):75-81.
16. Lewallen S, Perez-Straziota C, Lansingh V, Limburg H, Silva JC. Variation in cataract surgery needs in Latin America. *Arch Ophthalmol* 2012 Dec; 130(12): 575-1578.
17. 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(3):315-319.
18. Carter MJ, Limburg H, Lansingh VC, Silva JC, Resnikoff S. Do gender inequities exist in cataract surgical coverage? Meta-analysis in Latin America. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2012 Jul;40(5):458-466.

19. Sivaprasad S, Gupta, B, Crosby-Nwaobi R, Evans J. Prevalence of diabetic retinopathy in various ethnic groups: a worldwide perspective. *Surv Ophthalmol* 2012 Jul-Aug;57(4):347-370.
20. Organisation panaméricaine de la Santé. Health Services Organization Series: Eye Diseases in people 40-84. The Barbados eye studies: a summary report. Washington (DC) : OPS ; 2006. (Document THS/OS/06).
21. Mansouri K, Medeiros F & Weinreb R. Global rates of glaucoma surgery. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2013 Nov;251(11):2609-2615.
22. Jonas J. Global prevalence of age-related macular degeneration. *The Lancet Global Health*, 2014;2(2):e65-e66 [consulté le 12 juillet 2013]. Disponible sur [http://www.thelancet.com/journals/langlo/issue/vol2no2/PIIS2214-109X\(14\)X7011-7](http://www.thelancet.com/journals/langlo/issue/vol2no2/PIIS2214-109X(14)X7011-7)
23. Gordillo L, Villanueva AM, Quinn GE, A practical method for reducing blindness due to retinopathy of prematurity in a developing country. *J Perinat Med* 2012 Sep 4;40(5):577-582.
24. Dave HB, Gordillo L, Yang Z, Zhan Gm , Hubbard Gb, Olsen T. The societal burden of blindness secondary to retinopathy of prematurity in Lima, Peru. *Am J Ophthalmol* 2012 Oct;154(4):750-755.
25. Maul E, Barroso S, Muñoz S, Sperduto R, Ellwein L. Refractive error study in children: results from La Florida, Chile. *Am J Ophthalmol* 2000 Apr; 129(4): 445-454.
26. Castanon Holguin AM, Congdon N, Patel N, Ratcliffe A, Estes P, Toledo Flores S, Gilbert D, Pereyra Rito MA, Munoz B. Factors associated with spectacle-wear compliance in school-aged Mexican children. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2006 Mar;47(3):925-928.
27. Donahue S, Ruben J. US Preventive Services Task Force Vision Screening Recommendations. *Pediatrics* 2011;27(3):569-570.
28. Toufeeq A, Oram AJ. School-entry vision screening in the United Kingdom: practical aspects and outcomes. *Ophthalmic Epidemiol.*2014 Apr 17. (Epub avant édition imprimée) [consulté le 27 juin 2014]. Disponible sur : <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09286586.2014.906627>

## 53<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

### 66<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

---

CD53/11  
Annexe A  
Original: espagnol

#### ***PROJET DE RÉSOLUTION***

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

##### ***LE 53<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles* (document CD53/11) ;

Notant que la déficience visuelle est un problème important dans la Région, qui est lié à la pauvreté et à la marginalisation sociale ;

Conscient que la majorité des causes de cécité sont évitable et que les traitements actuels comptent parmi les interventions de santé qui enregistrent le taux de réussite le plus élevé et qui sont les plus rentables ;

Appréciant les efforts déployés par les États Membres ces dernières années pour prévenir la cécité évitable, mais conscient de la nécessité de consolider les réalisations obtenues ;

Rappelant la résolution CD47.R1 (2006) du Conseil directeur, *Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes*,

#### ***DÉCIDE :***

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles* pour 2014-2019.
  2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leurs contextes et de leurs priorités à l'échelle nationale :
-

- a) de renforcer les initiatives nationales visant à prévenir les déficiences visuelles évitables au moyen, entre autres, de l'amélioration de l'intégration de la santé oculaire dans les plans de santé nationaux et de la fourniture de services de santé, le cas échéant ;
  - b) de mettre en pratique les actions proposées dans le plan d'action 2014-2019, conformément aux priorités nationales et à l'accès universel aux services ;
  - c) d'examiner les implications budgétaires connexes ;
  - d) de promouvoir des partenariats entre le secteur public, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, la société civile et les communautés dans les programmes et activités de promotion de la prévention de la cécité ;
  - e) de promouvoir la coopération entre les pays dans les domaines de la prévention et de la prise en charge de la cécité et des déficiences visuelles ;
  - f) de protéger les droits fondamentaux des personnes handicapées et de mettre à jour leurs lois sur le handicap, le cas échéant, et de les adapter conformément aux normes et aux règlements internationaux applicables.
3. De demander à la Directrice :
- a) de soutenir la mise en œuvre du plan d'action pour maintenir et renforcer la coopération entre le Bureau sanitaire panaméricain et les États Membres dans le domaine de la prévention de la cécité ;
  - b) de fournir un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre des mesures proposées dans le présent Plan d'action, conformément aux priorités nationales et aux instruments universels et régionaux relatifs aux droits de l'Homme applicables à la santé et au handicap ;
  - c) d'appuyer la mise en œuvre du présent Plan d'action, en particulier pour ce qui est de l'inclusion de l'accès universel et équitable aux services ;
  - d) de continuer d'accorder la priorité à la prévention de la cécité évitable, et d'étudier la possibilité d'allouer des ressources pour la mise en œuvre du présent Plan d'action ;
  - e) de promouvoir la coopération technique entre les pays et la création d'alliances stratégiques afin de mener à bien des activités visant à protéger la santé oculaire.



## Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

**1. Point de l'ordre du jour :** 4.9 - Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles

**2. Lien avec le Programme et budget 2014-2015 :**

**a) Catégories :**

- 2 - Maladies chroniques non transmissibles et les facteurs de risque

**b) 3 - Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long du cycle de vie**

**Domaines programmatiques et résultats intermédiaires :**

- Domaine programmatique : Handicap et réadaptation.

- RIT 2.4 : Accès accru aux services sociaux et de la santé pour les personnes handicapées, y compris la prévention.

- Domaine programmatique : Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique.

- RIT 3.1 : accès accru aux interventions visant à améliorer la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes.

- Domaine programmatique : Vieillesse et santé.

- RIT 3.2 : accès accru aux interventions en vue de permettre aux personnes âgées de continuer à mener une vie indépendante.

**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) :**

\$1 700 000.

**b) Coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 (à US\$ 10 000 près, activités et personnel compris) :**

\$600 000.

**c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :**

Il existe des ressources humaines dans tous les domaines identifiés au sein du Bureau sanitaire panaméricain ; en outre, certaines activités dans le cadre de cette initiative figurent également dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

**4. Incidences administratives :**

**a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :**

Ces activités seront réalisées à tous les niveaux de l'Organisation – national, infrarégional et régional.

**b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :**

S/O.

**c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :**

Ce projet de résolution s'applique de 2014 jusqu'en 2019 et exige des efforts et un engagement de tous les États Membres et du Bureau sanitaire panaméricain.



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

- 1. Point de l'ordre du jour :** 4.9 - Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles
- 2. Unité responsable :** Famille, genre et cycle de vie (FGL/HL)
- 3. Fonctionnaire chargé de la préparation :** Dr Juan Carlos Silva
- 4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :**  
Centre collaborateur FIOCRUZ (Rio, au Brésil) pour la prévention de la cécité chez les enfants
- 5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :**
  - Accroître la protection sociale et l'accès à des services de santé de qualité.
  - Réduire les risques et le fardeau de la maladie.
- 6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2014-2019 :**

La question de la prévention de la cécité est liée directement aux catégories 2, 3 et 4 du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 :

**Catégorie 2 :** Les maladies non transmissibles et les facteurs de risque

**Catégorie 3 :** Les déterminants de la santé et la promotion de la santé tout au long du cycle de vie

**Catégorie 4 :** Les systèmes de santé
- 7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :**
  - Générer des données et des preuves sur le problème épidémiologique, les services et les bonnes pratiques.
  - Collaborer avec les États Membres dans la mise en œuvre des plans et politiques nationaux de la santé oculaire et participer à l'évaluation des réalisations.
  - Forger et maintenir des alliances stratégiques aux niveaux national et international.
  - Inclure la santé oculaire dans d'autres thématiques de la santé telles que la santé néonatale.
- 8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :**
  - Le projet de résolution pour la mise en œuvre du plan sur une période de cinq ans, 2014-2019, a un coût total de US\$ 1 700 000.
  - Le coût estimé pour l'exercice biennal 2014-2015 se monte à environ US\$ 680 000.