



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC  
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITÉ RÉGIONAL

WPR/RC64/5

Soixante-quatrième session  
Manille (Philippines)  
21-25 octobre 2013

1<sup>er</sup> août 2013

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

## PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ

La prévalence de la cécité et des déficiences visuelles atteint actuellement des proportions alarmantes. En 2010, on recensait dans la Région du Pacifique occidental 90 millions de personnes souffrant de déficiences visuelles et plus de 10 millions de non-voyants. Les études montrent que dans 80 % des cas, la cécité et les déficiences visuelles chez les adultes peuvent être traitées ou évitées. Pourtant, la cécité demeure un problème de santé publique qui exige du secteur de la santé et de la société dans son ensemble des mesures plus énergiques.

Plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé soulignent l'importance de renforcer les initiatives visant à éliminer la cécité évitable. En 2009, l'Assemblée, dans sa résolution WHA62.1 a approuvé le *Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables 2009-2013*. En 2012, le Conseil exécutif, à sa cent-trentième session, a adopté la décision EB130(1), dans laquelle il appelle à l'élaboration d'un nouveau plan d'action. Récemment, en mai 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le plan *Vers la santé oculaire universelle : plan d'action mondial 2014-2019*.

Le projet *Vers la santé oculaire universelle : plan d'action régional pour le Pacifique occidental (2014-2019)* (voir annexe) définit le contexte régional dans lequel doit s'inscrire l'action de l'OMS en réponse aux besoins particuliers de la région Asie-Pacifique. Élaboré à l'appui de la mise en œuvre du Plan mondial, il est présenté au Comité régional pour approbation.

## **1. SITUATION ACTUELLE**

La prévalence de la cécité et des déficiences visuelles atteint actuellement des proportions alarmantes. Selon les estimations de l'OMS, on recensait 285 millions de personnes souffrant de déficiences visuelles en 2010, dont 39 millions de non-voyants. Neuf déficients visuels sur 10 vivent dans les pays en développement. Par ailleurs, on estimait le nombre de déficients visuels dans le Pacifique occidental à 90 millions en 2010, dont plus de 10 millions de non-voyants.

Les déficiences visuelles et la cécité peuvent être un facteur de dépendance et sont invalidantes pour les individus comme pour leur famille. La perte de la vue et les troubles oculaires compromettent sérieusement l'accès à l'éducation et à l'emploi rémunéré et la productivité des personnes touchées. La cécité et les déficiences visuelles ont une incidence directe sur la croissance économique et le développement des pays. Ainsi, les pertes économiques liées aux déficiences visuelles étaient estimées en 2000 à US \$42 milliards par an à l'échelle mondiale, et devraient atteindre US \$110 milliards à l'horizon 2020.

La collecte de données et la mise en place de mécanismes de surveillance efficaces dans les pays à revenu faible ou intermédiaire se sont révélées difficiles. Alors que dans 80 % des cas, la cécité et les déficiences visuelles peuvent être traitées ou évitées, nombre de responsables politiques ne sont toujours pas conscients des avantages que présentent ces interventions simples d'un bon rapport coût-efficacité. Par ailleurs, les actions de lutte contre la cécité et les déficiences visuelles sont généralement menées de manière fragmentaire. Aussi faut-il renforcer la coordination entre les activités de prévention en milieu communautaire et les systèmes d'orientation.

Plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé soulignent l'importance de renforcer les initiatives visant à éliminer la cécité évitable, qui constitue un problème de santé publique. En 2009, l'Assemblée, dans sa résolution WHA62.1 a approuvé le Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables 2009-2013. En 2012, le Conseil exécutif, à sa cent-trentième session, a adopté la décision EB130(1), dans laquelle il appelle à l'élaboration d'un nouveau plan d'action. Enfin, en mai 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le plan *Vers la santé oculaire universelle : plan d'action mondial 2014-2019*.

Un projet intitulé *Vers la santé oculaire universelle : plan d'action régional pour le Pacifique occidental (2014-2019)* (voir annexe) a été élaboré en 2013 à l'appui de la mise en œuvre du Plan mondial ; il définit le contexte régional dans lequel doit s'inscrire l'action de l'OMS en réponse aux besoins particuliers de la région Asie-Pacifique. Il vise à dresser une liste de mesures à prendre par

l’OMS et les États Membres, mesures qui peuvent être hiérarchisées et adaptées en concertation avec ces derniers de façon à tenir compte des différents contextes et situations existant dans la Région.

## 2. ENJEUX

Le projet *Vers la santé oculaire universelle : plan d’action régional pour le Pacifique occidental (2014-2019)* a été élaboré à l’appui des interventions menées dans les États Membres et repose sur les grands principes suivants :

### 2.1 Inscrire la prévention de la cécité et des déficiences visuelles en meilleure place dans les programmes de santé publique

Il s’agit là d’une question essentielle et d’un enjeu majeur pour les États Membres : des efforts accrus s’imposent pour mobiliser les décideurs et les convaincre de la nécessité d’investir dans des mesures de prévention qui pourront être intégrées aux plans de santé nationaux. Pour expliquer les avantages qui découleraient d’un renforcement des actions de lutte contre la cécité et les déficiences visuelles, il convient de mieux cerner l’ampleur du problème dans chaque pays. Par ailleurs, la production de données sur la cécité et les déficiences visuelles doit être intégrée aux systèmes d’information sanitaire.

Il faut exposer plus clairement aux décideurs les avantages sociaux et économiques de la prévention. À titre d’exemple, l’opération de la cataracte est très efficace et permet aux patients de retrouver presque immédiatement une vision normale. Les interventions visant à corriger les défauts de réfraction présentent elles aussi un excellent rapport coût-efficacité. Enfin, le port de verres correcteurs, en d’autres termes, de lunettes, est le moyen le plus simple et le plus sûr de corriger un défaut de réfraction. Aujourd’hui, on peut se procurer une paire de lunettes de qualité pour moins de cinq dollars dans la plupart des pays.

### 2.2 Élaborer des interventions globales intégrées d’un bon rapport coût-efficacité en vue de la prévention et de la prise en charge de la cécité et des déficiences visuelles

Dans nombre de contextes et de situations, il suffit, pour éliminer la cécité évitable, d’améliorer le fonctionnement global des systèmes de santé, notamment par le biais de programmes de santé de la mère et de l’enfant (prévention des naissances prématurées, prestations de soins néonataux de qualité, vaccination contre la rubéole, supplémentation ou enrichissement en vitamine A, entre autres

exemples). L'intensification des efforts de prévention et de lutte contre le diabète peut éviter à des centaines de milliers de personnes d'être touchées par les déficiences visuelles liées à la rétinopathie diabétique, en particulier dans les États et Territoires insulaires du Pacifique. L'accès à de l'eau salubre et l'amélioration des pratiques d'hygiène et d'assainissement sont des conditions essentielles de la lutte contre les infections responsables du trachome cécitant, qui constitue aujourd'hui encore un problème de santé publique dans 11 pays de la région Asie-Pacifique. Les programmes de prévention et de prise en charge de l'hypertension artérielle, y compris la lutte antitabac et le sevrage tabagique, peuvent également contribuer à ralentir les processus dégénératifs à l'origine de la rétinopathie.

### **2.3 Adopter une approche renforcée, à l'échelle des systèmes de santé, de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles en ciblant en priorité les soins primaires et secondaires**

Les professionnels de santé qui travaillent en milieu communautaire et villageois peuvent jouer un rôle majeur dans la prestation de soins de santé oculaires au niveau primaire, en particulier dans les îles et les environnements pauvres en ressources. Les campagnes de santé et de sensibilisation menées à l'échelle communautaire doivent s'accompagner d'un renforcement des capacités des systèmes de santé en matière de dépistage, d'orientation, de traitement et de prise en charge des cas de déficience visuelle dès les tout premiers stades. Les services de soins oculaires de district doivent être renforcés. Il est essentiel de pouvoir s'appuyer sur des professionnels de santé de niveau intermédiaire ayant reçu une formation adaptée si l'on veut multiplier le nombre d'opérations de la cataracte réussies à l'échelle des services de santé secondaires et tertiaires. Les services de correction des défauts de réfraction et de soins optiques doivent être intégrés aux systèmes de santé nationaux, et le personnel de ces services doit être formé en continu. Il faut également que des paires de lunettes d'un coût abordable soient continuellement disponibles au niveau local.

### **2.4 Renforcer les dispositifs de suivi, d'évaluation et de notification**

Les politiques nationales et les plans d'action infranationaux axés sur la lutte contre la cécité et les déficiences visuelles gagneraient à être intégrés au cadre global des plans nationaux de santé et de développement. Les ministères de la santé jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre de ces plans et politiques et l'élaboration d'orientations stratégiques dont découleront des améliorations qui feront l'objet d'un suivi et d'une évaluation périodiques. Il peut être utile à cette fin d'appliquer à l'échelle nationale les indicateurs dont l'utilisation est recommandée aux niveaux mondial et régional. Ces indicateurs portent notamment sur les aspects suivants : prévalence et causes des déficiences visuelles ; effectifs des services de soins oculaires ; taux de couverture de la chirurgie de la cataracte et nombre de patients opérés. Le premier indicateur renvoie à un objectif mondial : réduire la

prévalence des déficiences visuelles évitables de 25 % (par rapport au niveau de référence enregistré en 2010) d'ici à 2019.

## **2.5 Renforcer les partenariats et mettre en réseau les parties prenantes**

Les actions menées en collaboration avec d'autres secteurs que celui de la santé aideront à mieux cerner les causes des déficiences visuelles liées à la pauvreté et aux déterminants sociaux de la santé. L'éducation joue un rôle primordial dans la lutte contre la cécité et les déficiences visuelles en tant qu'enjeu de santé publique. Les systèmes éducatifs offrent d'utiles espaces de sensibilisation des enfants, des familles et des communautés à la détection et à la prise en charge précoce des risques de déficience visuelle. Les campagnes d'éducation sont un autre moyen de mettre en lumière l'importance des services en faveur du troisième âge et des initiatives visant à aider les personnes âgées à vieillir en bonne santé.

## **3. MESURES PROPOSÉES**

Le Comité régional est invité à examiner le projet *Vers la santé oculaire universelle : plan d'action régional pour le Pacifique occidental (2014-2019)* et à envisager son adoption.



**Projet de plan  
Vers la santé oculaire universelle :  
plan d'action régional  
pour le Pacifique occidental  
(2014-2019)**

**Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental  
Manille (Philippines)**

**WPR/RC64/5**  
**page 8**

**Annexe**



Annexe

1. De l'importance de la prévention et du traitement des déficiences visuelles.....	11
2. Vers la santé oculaire universelle : plan d'action régional pour le Pacifique occidental (2014-2019) ....	13
2.1 Aperçu .....	13
2.2 Idéal, but et objet .....	15
2.3 Principes et approches transversaux .....	16
3. Objectifs.....	17
3.1 Objectif 1.....	17
3.2 Objectif 2.....	19
3.3 Objectif 3.....	22
APPENDICE 1 : INDICATEURS NATIONAUX POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE ET DES DÉFICIENCES VISUELLES.....	25
APPENDICE 2 : MOYENS DE VÉRIFICATION ET POSTULATS CLÉS .....	31
APPENDICE 3 : INDICATEURS MESURABLES.....	33



## 1. De l'importance de la prévention et du traitement des déficiences visuelles

La vue est considérée comme une faculté naturelle. Toutefois, les déficiences visuelles et la cécité constituent des réalités invalidantes pour de nombreux individus comme pour leurs familles. Les personnes atteintes d'une perte de la vision doivent souvent faire appel au soutien de leur entourage ou de leur communauté. Les déficiences visuelles et la cécité compromettent sérieusement l'accès à l'éducation et à l'emploi rémunéré, et la productivité. Ces problèmes sont plus marqués chez les pauvres, qui n'ont pas accès aux soins oculaires et aux services de réadaptation de base.

L'absence d'un accès universel aux soins oculaires dans la Région du Pacifique occidental tient à diverses causes. Certains pays manquent des moyens nécessaires pour offrir des soins de santé spécialisés et connaissent une pénurie de personnel formé à la prestation de soins oculaires. Les seuls services ophtalmologiques disponibles sont alors dispensés dans les agglomérations urbaines, hors de portée d'une grande partie de la population qui se trouve dans l'impossibilité de parcourir de longues distances. Dans d'autres pays, qui disposent de suffisamment d'effectifs formés aux soins oculaires et de l'infrastructure nécessaire pour proposer une gamme complète de soins, les services ophtalmologiques relèvent de la médecine privée et représentent un coût inabordable pour les personnes démunies, dont les besoins sont les plus grands.

Les approches visant à améliorer l'offre de services de soins oculaires de qualité différeront donc d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre au sein d'un même pays. Toutefois, certaines interventions prioritaires s'imposent dans la plupart des pays de la Région, particulièrement les pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris le traitement de la cataracte et des défauts de réfraction, ces derniers étant généralement corrigés par le port de lunettes de vue ou de lentilles de contact.

À l'échelle mondiale, les trois quarts des déficiences visuelles sont dues à des défauts de réfraction non corrigés (42 %) et à la cataracte (33 %). La chirurgie de la cataracte et la fourniture d'une paire de lunettes adaptée comptent parmi les interventions sanitaires offrant le meilleur rapport coût-efficacité et permettent le rétablissement immédiat de la vue.

La perte de vision provoquée par le diabète représente un enjeu croissant dans la Région et la rétinopathie diabétique figure parmi les principales causes de déficience visuelle dans les États et Territoires insulaires du Pacifique. Une action de sensibilisation s'impose pour améliorer les méthodes de dépistage et les démarches de prévention.

**Annexe**

Le trachome est la cause infectieuse de cécité la plus commune. En dépit des progrès accomplis par certains pays asiatiques en vue de l'élimination de la maladie, les données recueillies auprès de certains États et Territoires insulaires du Pacifique semblent indiquer que le trachome demeure un problème de santé publique.

L'avitaminose A constitue un problème de santé publique dans de nombreux pays à faible revenu de la Région, et notamment dans les États et Territoires insulaires du Pacifique, et touche tout particulièrement les enfants en bas âge et les femmes enceintes. L'avitaminose A est la principale cause de cécité évitable chez les enfants. Pour autant, la pratique de la supplémentation en vitamine A, d'excellent rapport coût-efficacité, reste souvent très limitée.

Le manque de soutien dont bénéficient les personnes atteintes de déficiences visuelles irréversibles est un problème souvent négligé dans la Région. Les services d'aide aux malvoyants et de réadaptation sont limités, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Lorsque de tels services sont disponibles, le manque d'information des patients et des prestataires entraîne souvent une sous-utilisation et une mauvaise continuité des soins.

Le coût économique des déficiences visuelles est élevé. En l'an 2000, la perte économique due aux déficiences visuelles a été estimée à US \$42 milliards à l'échelle mondiale, et devrait représenter US \$110 milliards à l'horizon 2020.

Des stratégies rentables existent pour réduire le principal fardeau lié aux déficiences visuelles évitables dans la Région. Le renforcement de la santé oculaire exige de promouvoir le développement socio-économique, les droits humains et l'équité. Les mesures visant à améliorer la santé oculaire doivent s'inscrire dans des démarches globales de renforcement des systèmes de santé afin de générer des résultats transversaux qui ne se limitent pas à une seule maladie, particulièrement dans les pays à faible revenu.

## 2. Vers la santé oculaire universelle : plan d'action régional pour le Pacifique occidental (2014-2019)

### 2.1 Aperçu

Conformément au plan *Vers la santé oculaire universelle : plan d'action mondial 2014-2019*, qui a été adopté par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013, l'idéal que poursuit le projet de plan d'action régional, *Vers la santé oculaire universelle : plan d'action régional pour le Pacifique occidental (2014-2019)*, est un monde où personne n'est atteint d'une déficience visuelle évitable, où ceux ayant subi une perte de vision inévitable peuvent réaliser leur plein potentiel, et où il existe une couverture universelle par des services de soins oculaires complets.

Le projet de plan d'action régional s'efforce de maintenir et d'accroître les efforts déployés par les États Membres, le Secrétariat de l'OMS et les partenaires internationaux afin d'améliorer la santé oculaire et de tendre vers l'idéal qui y est décrit. Son but est de réduire les déficiences visuelles évitables envisagées comme un problème mondial de santé publique et d'assurer l'accès des personnes atteintes de déficience visuelle aux services d'aide aux malvoyants et de réadaptation.<sup>1</sup> L'objet du plan d'action régional est de réaliser cet objectif en améliorant l'accès à des services complets de santé oculaire qui soient intégrés aux systèmes de santé. Des informations complémentaires figurent à l'annexe 1. Le plan repose sur cinq principes et approches : l'accès universel et l'équité, les droits de l'homme, les bases factuelles en tant que socle de la pratique, la prise en compte de tous les âges de la vie et l'autonomisation des personnes atteintes de déficience visuelle.

Les mesures suggérées aux États Membres, aux partenaires internationaux et au Secrétariat de l'OMS s'articulent autour de trois objectifs :

**L'objectif 1** est de produire les données factuelles nécessaires sur l'ampleur du problème des déficiences visuelles, les causes de celles-ci et les services de soins oculaires, et de s'en servir pour demander aux États Membres d'accroître leur engagement politique et financier en faveur de la santé oculaire.

**L'objectif 2** est d'encourager l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, plans et programmes nationaux intégrés de santé oculaire afin de tendre vers un accès universel à la santé oculaire

---

<sup>1</sup> Le terme « déficience visuelle » désigne les déficiences visuelles modérées et sévères ainsi que la cécité. La « cécité » est définie comme une acuité visuelle inférieure à 3/60 ou une perte correspondante du champ visuel (à moins de 10°) pour le meilleur œil. La « déficience visuelle sévère » est définie comme une acuité visuelle inférieure à 6/60 mais supérieure ou égale à 3/60, et la « déficience visuelle modérée » comme une acuité visuelle inférieure à 6/18 mais supérieure ou égale à 6/60. OMS, *Changements dans la définition de la cécité*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (<http://www.who.int/blindness/Changements.pdf>, consulté le 12 mars 2013). Le plan d'action régional utilise le terme « déficience visuelle ».

## Annexe

moyennant des activités conformes au cadre d'action mis en place par l'OMS pour renforcer les systèmes de santé et améliorer ainsi les résultats de l'action sanitaire.<sup>2</sup>

**L'objectif 3** est de favoriser l'engagement multisectoriel et des partenariats efficaces en vue d'améliorer la santé oculaire.

Chacun de ces objectifs est assorti d'une série d'instruments de mesure afin d'évaluer les progrès réalisés. S'agissant du but et de l'objet du plan d'action, trois indicateurs principaux servent à évaluer les progrès à l'échelle nationale, même si nombre d'États Membres peuvent souhaiter recueillir des données pour des indicateurs supplémentaires : i) prévalence et causes des déficiences visuelles ; ii) nombre de personnes travaillant dans la santé oculaire dans la population ; et iii) taux d'opérations de la cataracte et couverture par les opérations de la cataracte. L'appendice 1 donne de plus amples détails à ce sujet.

- *Prévalence et causes des déficiences visuelles.* Il faut pouvoir comprendre l'ampleur du problème de la déficience visuelle, ses causes et son évolution – autant d'informations cruciales pour affecter les ressources, planifier l'action et créer des synergies avec les autres programmes.
- *Nombre de personnels de santé oculaire, par catégorie.* Ce paramètre est important pour déterminer quelles sont les ressources humaines disponibles en matière de santé oculaire. Il permet de cerner les carences et d'adapter la planification en conséquence.
- *Taux d'opérations de la cataracte* (nombre annuel pour un million d'habitants) *et couverture par les opérations de la cataracte* (nombre de personnes ayant subi cette intervention sur un œil ou les deux yeux dans la population atteinte de cataracte bilatérale). Il est important de connaître le taux d'opérations pour suivre les services de chirurgie correspondant à l'une des principales causes de cécité à l'échelle mondiale. En outre, ce taux constitue également un indicateur indirect utile de la fourniture de services de soins oculaires. Lorsque les États Membres possèdent des données sur la prévalence et les causes des déficiences visuelles, il est possible de calculer la couverture par les opérations de la cataracte. Il s'agit là d'un indicateur important pour déterminer dans quelle mesure les services de traitement chirurgical de la cataracte répondent aux besoins.

Une cible mondiale a été fixée pour le premier de ces indicateurs et permettra d'évaluer l'impact global du plan d'action régional. Elle consiste en une réduction de 25 % de la prévalence des déficiences

---

<sup>2</sup> *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf), consulté le 12 mars 2013).

visuelles évitables d'ici à 2019, 2010 étant l'année de référence.<sup>3</sup> Il est attendu à cet égard que les progrès les plus importants découleront de la réduction de la prévalence des déficiences visuelles évitables chez les plus de 50 ans. Comme nous l'avons vu plus haut, la cataracte et les vices de réfraction non corrigés constituent les deux principales causes de déficience visuelle évitable, représentent 75 % de l'ensemble des déficiences visuelles, et sont plus fréquents dans les groupes d'âge supérieurs. Pour mémoire, on estime que d'ici à 2019, 84 % de l'ensemble des déficiences visuelles toucheront les personnes âgées de 50 ans et plus.

Plusieurs éléments tendent à indiquer que la cible, bien qu'ambitieuse, peut être atteinte : la couverture par des soins oculaires intégrés – des soins complets qui permettent de répondre aux principales causes de déficience visuelle – est de plus en plus large ; le lancement d'initiatives de développement plus complètes, et notamment de stratégies telles que le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, devrait améliorer la situation sanitaire ; et des efforts sont déployés à l'échelle mondiale pour éliminer le trachome. En outre, l'augmentation attendue du produit intérieur brut dans les pays à revenu faible ou intermédiaire devrait avoir une incidence favorable sur l'état de santé général et contribuer ainsi à réduire la charge des déficiences visuelles.<sup>4</sup>

## 2.2 *Idéal, but et objet*

### **Idéal**

Une Région où personne n'est atteint d'une déficience visuelle évitable, où ceux ayant subi une perte de vision inévitable peuvent réaliser leur plein potentiel, et où il existe un accès universel à des services complets de soins oculaires.

### **But**

Dans tous les États Membres, réduire de 25 % la prévalence des déficiences visuelles évitables d'ici à 2019, 2010 étant l'année de référence.

### **Objectif**

Améliorer l'accès à des services complets de santé oculaires intégrés aux systèmes de santé.

---

<sup>3</sup> En 2010, le taux mondial de prévalence des déficiences visuelles évitables était de 3,18 %. Une réduction de 25 % d'ici à 2019 aurait pour effet de le porter à 2,37 %.

<sup>4</sup> D'après le Fonds monétaire international, le produit intérieur brut moyen par habitant en PPA progressera d'ici à 2019 de 24 % dans les pays à revenu faible et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, de 22 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et de 14 % dans les pays à revenu élevé (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/02/weodata/index.aspx>, consulté le 12 mars 2013).

**Annexe**

***2.3 Principes et approches transversaux***

**Accès universel et équité**

Toutes les personnes devraient avoir équitablement accès aux soins de santé et aux moyens d'atteindre ou de recouvrer le meilleur état de santé possible, indépendamment de l'âge, du sexe, de la race, de l'origine géographique et du statut social.

**Droits de l'homme**

Les stratégies et interventions pour le traitement des maladies oculaires, de même que pour la prévention et la promotion de la santé oculaire, devraient se conformer aux conventions et accords internationaux sur les droits de l'homme.

**Pratique fondée sur les données factuelles**

Les stratégies et interventions pour le traitement des maladies oculaires, de même que pour la prévention et la promotion de la santé oculaire, doivent se fonder sur des données scientifiques et sur les bonnes pratiques.

**Prise en compte de tous les âges de la vie**

Les politiques, plans et programmes relatifs à la santé oculaire et initiatives connexes devraient tenir compte des besoins sanitaires et sociaux à toutes les étapes de l'existence.

**Autonomisation des personnes atteintes de cécité et de déficience visuelle**

Il faudrait aider les personnes atteintes de cécité ou souffrant de pertes de vision à se prendre en charge pour qu'elles puissent participer pleinement aux dimensions sociales, économiques, politiques et culturelles de la vie.



### **3. Objectifs**

#### **3.1 Objectif 1**

Produire des données factuelles et les utiliser pour plaider en faveur d'un engagement politique et financier accru des États Membres.

#### **Mesures suggérées aux États Membres**

1. Entreprendre des enquêtes sur la prévalence et les causes des déficiences visuelles dans la population générale, en coopération avec les partenaires, afin d'appuyer la planification de programmes nationaux de soins oculaires. Dans la mesure du possible, inclure la santé oculaire dans des enquêtes plus vastes consacrées à la santé. Affecter les ressources en fonction des besoins.
2. Renforcer les capacités institutionnelles de planification et d'exécution d'enquêtes de population, y compris sur la santé oculaire.
3. Évaluer l'aptitude des pays à fournir des services complets de soins oculaires à tous les niveaux, y compris des services d'aide aux malvoyants et de réadaptation, et cerner les carences.
4. Affecter les ressources nécessaires à la réalisation des enquêtes.
5. Mieux informer la population sur les stratégies de prévention (par ex., hygiène du visage et des mains, apport nutritionnel adapté, prévention du diabète) et de traitement (par ex., services de chirurgie de la cataracte) des déficiences visuelles en intégrant des messages de promotion de la santé oculaire dans les activités nationales et locales de promotion de la santé.

#### **Mesures suggérées à l'OMS**

1. Fournir des conseils techniques sur la planification et la réalisation des enquêtes.
2. Fournir des conseils techniques sur les modalités d'intégration des résultats des enquêtes dans les programmes nationaux de santé oculaire.
3. Fournir des conseils techniques sur la planification et la réalisation des évaluations des capacités nationales.

**Annexe**

4. Fournir des conseils techniques sur les modalités d'intégration des résultats des évaluations dans les programmes nationaux de santé oculaire.
5. Formuler des recommandations à l'intention des États Membres sur les modèles de prestation de services, les ressources humaines, l'infrastructure, la gestion et l'innocuité et la qualité des services de santé oculaire.
6. Apporter un soutien technique aux États Membres dans la formulation de messages et de stratégies de campagne pertinents visant à la promotion de la santé oculaire.
7. Intégrer la santé oculaire dans les programmes existants de l'OMS, mis en œuvre dans différents cadres afin de promouvoir la santé.
8. Créer des opportunités visant à mettre en commun les expériences et les bonnes pratiques.

**Mesures suggérées aux partenaires internationaux**

1. Faire valoir la nécessité de réaliser des enquêtes.
2. Rechercher et mettre à disposition des moyens supplémentaires en complément des financements publics dévolus aux enquêtes.
3. Soutenir les États Membres pour le recueil et la diffusion des données issues des enquêtes.
4. Rechercher et mettre à disposition des moyens supplémentaires en complément des financements publics dévolus aux évaluations des services de soins oculaires.
5. Sensibiliser l'ensemble des secteurs à l'intérêt que revêt la promotion de la santé oculaire.
6. Renforcer l'intégration des activités de promotion de la santé oculaire dans les programmes communautaires existants.
7. Fournir des moyens financiers et techniques pour concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé oculaire.

### 3.2 Objectif 2

Élaborer des politiques, plans et programmes nationaux intégrés en faveur de la santé oculaire universelle, ou les renforcer, et les appliquer conformément au cadre d'action établi par l'OMS pour renforcer les systèmes de santé en vue d'améliorer les résultats de l'action sanitaire.

#### Mesures suggérées aux États Membres

1. Élaborer/actualiser, mettre en œuvre et assurer le suivi des politiques, plans et programmes nationaux et infranationaux sur la santé oculaire, la malvoyance et la réadaptation, assortis d'indicateurs et de cibles, en veillant à la participation des principales parties prenantes.
2. Incorporer les plans nationaux et infranationaux sur la santé oculaire aux plans sanitaires nationaux pour veiller à ce que la charge de morbidité et le rapport coût-efficacité des interventions président aux décisions relatives à l'allocation de crédits en faveur de la santé oculaire.
3. Établir de nouveaux mécanismes de coordination ou renforcer les mécanismes existants (par ex., coordinateur national, comité sur la santé oculaire et la prévention de la cécité, ou autres mécanismes nationaux/infranationaux).
4. Entreprendre la planification des effectifs de santé oculaire dans le cadre plus général de la planification des ressources humaines pour la santé.
5. Dispenser une formation normalisée et proposer un plan de carrière aux professionnels de la santé oculaire au sein du système de santé, y compris le renforcement des capacités des prestataires de services de correction des défauts de réfraction et de services optiques et des prestataires de services d'aide aux malvoyants et de réadaptation.
6. Reconnaître et renforcer le rôle des agents de santé communautaires dans la prestation de soins oculaires au niveau primaire.
7. Reconnaître et renforcer le rôle du personnel de santé oculaire de niveau intermédiaire dans la prestation de soins oculaires aux niveaux secondaire et tertiaire.
8. Assurer/renforcer l'intégration appropriée des soins primaires de santé oculaire au sein du système de santé primaire.

**Annexe**

9. Mettre en place/renforcer les services de santé oculaire dispensés à l'échelle des districts et les infrastructures avec le soutien du personnel de santé oculaire de niveau intermédiaire.
10. Procéder à l'évaluation et au suivi des services de chirurgie de la cataracte et des services de correction des défauts de réfraction, y compris leur disponibilité, leur accessibilité et leur qualité.
11. Élaborer/renforcer les programmes nationaux de lutte contre le diabète/les maladies non transmissibles (MNT) et les assortir de systèmes visant à prévenir la perte de vision due à la rétinopathie diabétique grâce à des dépistages périodiques, des orientations effectuées en temps utile et des traitements adaptés.
12. Poursuivre l'évaluation de la répartition et de la gravité du trachome dans les pays où il serait endémique et, le cas échéant, élaborer des plans d'action contre la maladie.
13. Dans les zones où l'on suspecte une carence endémique en vitamine A, procéder à des évaluations pour orienter le choix d'interventions à court et à long terme, y compris l'allaitement maternel, la supplémentation, la promotion d'une alimentation riche en vitamine A et l'enrichissement des aliments.
14. Veiller à l'existence et à l'accessibilité de listes nationales de produits médicaux essentiels, de protocoles nationaux de diagnostic et de traitement, et de matériel adapté, y compris pour les soins oculaires.
15. Adopter un jeu normalisé d'indicateurs et de cibles en matière de santé oculaire au sein des systèmes nationaux d'information sanitaire.
16. Appuyer la prise en charge financière des services essentiels de santé oculaire, d'aide aux malvoyants et de réadaptation dans le cadre de dispositifs nationaux de financement de la santé visant à instaurer la couverture sanitaire universelle.

**Mesures suggérées à l'OMS**

1. Fournir une assistance technique en matière de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de services de soins oculaires de qualité optimale à tous les niveaux du système de santé, en mettant l'accent sur le niveau primaire.

Annexe

2. Fournir une assistance technique, au besoin, pour l'établissement de cibles nationales en matière d'effectifs et définir les rôles et les responsabilités des professionnels de la santé oculaire à tous les niveaux du système de santé.
3. Dispenser une formation aux outils de suivi des résultats des chirurgies de la cataracte, si besoin est.
4. Promouvoir le recours à des modèles permettant l'intégration de services de correction des défauts de réfraction et de services optiques accessibles et abordables au sein des systèmes sanitaires nationaux.
5. Encourager l'adoption de lignes directrices en faveur d'examen oculaires réguliers chez les personnes atteintes de diabète.
6. Appuyer l'élaboration de modèles et de lignes directrices adaptés sur le dépistage des troubles visuels chez les personnes atteintes de diabète.
7. Appuyer la mise en œuvre du *Plan d'action régional contre les maladies tropicales négligées dans le Pacifique occidental (2012-2016)*.
8. Souligner le lien entre la cécité de l'enfant et l'avitaminose A, le cas échéant.
9. Fournir une assistance technique dans le choix des médicaments essentiels, des outils de diagnostic et des technologies de santé oculaire à inclure dans les listes nationales.
10. Apporter un soutien technique pour la définition d'indicateurs de santé oculaire appropriés et de cibles propres à chaque pays.
11. Colliger et diffuser annuellement les données issues des indicateurs de santé oculaire.

**Mesures suggérées aux partenaires internationaux**

1. Plaider en faveur d'un encadrement national et infranational pour l'élaboration de politiques, de plans et de programmes.
2. Soutenir les responsables nationaux pour ce qui est de trouver les moyens financiers et techniques nécessaires à la mise en œuvre des politiques et des plans.
3. Faire valoir l'importance de services de soins oculaires complets et équitables dans la réduction de la charge de morbidité globale dans les pays.

**Annexe**

4. Appuyer la prestation de services de santé oculaire, y compris de services de réadaptation, conformément aux politiques et aux plans nationaux, au travers de mécanismes nationaux de coordination.
5. Apporter un soutien financier et technique dans la réalisation d'évaluations nationales, la formation, et l'acquisition du matériel nécessaire à la prestation de services de soins oculaires essentiels convenus.
6. Faire valoir l'importance de disposer d'effectifs de santé oculaire pérennes et appuyer la formation et le développement professionnel au travers de mécanismes de coordination nationaux.
7. Appuyer la fourniture de médicaments, d'outils de diagnostic et de technologies sanitaires essentiels à la santé oculaire, conformément aux politiques nationales.
8. Faire valoir l'importance du suivi des services de soins oculaires à l'aide d'indicateurs convenus au niveau national, et fournir un soutien financier et technique pour le recueil et la diffusion de données.
9. Faire valoir l'importance de la prise en charge des services de soins oculaires par les régimes d'assurance-maladie.

**3.3 Objectif 3**

Renforcer la participation multisectorielle et favoriser des partenariats efficaces en vue d'améliorer la santé oculaire.

**Mesures suggérées aux États Membres**

1. Charger les ministères de la santé de recenser et de mobiliser les secteurs autres que la santé, tels que ceux relevant du ministère de l'éducation (pour la formation du personnel de santé oculaire et le dépistage en milieu scolaire, par ex.), des finances, et de la protection sociale (pour veiller à l'accès des personnes handicapées aux services de soins oculaires, par ex.), pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de plans nationaux.
2. Promouvoir, développer et renforcer des partenariats efficaces et coordonnés en faveur de la santé oculaire.

**Annexe**

3. Faire en sorte que les personnes atteintes de déficiences visuelles évitables ou non aient accès à l'éducation et veiller à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de pratiques favorisant l'intégration des personnes handicapées.
4. Faciliter et soutenir la collaboration entre pays et les partenariats bilatéraux dans le domaine de la formation.
5. Faciliter et soutenir la collaboration régionale en ce qui concerne la production de données factuelles et la mise en œuvre de politiques, plans et programmes nationaux en faveur de la santé oculaire.

**Mesures suggérées à l'OMS**

1. Participer à des partenariats et à des alliances, y compris avec d'autres entités des Nations Unies, voire les diriger, en s'attachant à ce qu'ils concourent aux priorités des États Membres, à ce qu'ils soient alignés sur celles-ci et les harmonisent.
2. Faciliter la collaboration régionale et entre les pays et favoriser l'initiative dans ce domaine.

**Mesures suggérées aux partenaires internationaux**

1. Faire valoir auprès de l'ensemble des secteurs l'intérêt accru d'une action multisectorielle et la nécessité de mécanismes de coordination nationaux participatifs en faveur de la santé oculaire.
2. Mobiliser des moyens financiers et techniques au profit d'activités multisectorielles (par ex., dans le domaine de l'eau et de l'assainissement).
3. Appuyer les États Membres lors du recueil et de la diffusion de données d'expérience illustrant la mobilisation réussie de secteurs autres que la santé.
4. Renforcer les partenariats avec les organisations régionales et internationales appelées à contribuer à l'action en faveur de la santé oculaire.

**WPR/RC64/5**  
**page 24**

**Annexe**



## APPENDICE 1 : INDICATEURS NATIONAUX POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE ET DES DÉFICIENCES VISUELLES

### 1. Prévalence et causes des déficiences visuelles

Objet	Évaluer l'ampleur du problème de la déficience visuelle, cécité évitable y compris, et évaluer les progrès réalisés en vue d'éliminer la cécité évitable et de combattre les déficiences visuelles évitables.
Définition	Prévalence et causes des déficiences visuelles, cécité y compris (données ventilées de préférence par âge et par sexe).
Méthodes privilégiées de collecte de données	La démarche la plus fiable consiste à réaliser des enquêtes de prévalence fondées sur des échantillons représentatifs et des méthodologies adaptées. En outre, l'évaluation rapide de la cécité évitable et l'évaluation rapide des services de chirurgie de la cataracte sont deux méthodologies types pour recueillir des résultats chez les plus de 50 ans, groupe d'âge où la prévalence des déficiences visuelles est la plus élevée.
Unité de mesure	Prévalence des déficiences visuelles d'après les enquêtes de population.
Fréquence de la collecte de données	Au moins tous les cinq ans à l'échelle nationale.
Source des données	Ministère de la santé ou comité/coordonnateur national chargé de la prévention de la cécité et de la santé oculaire.
Diffusion des données	Le Secréariat de l'OMS actualise périodiquement les estimations mondiales sur la prévalence et les causes des déficiences visuelles.

Appendice 1

2.1 Nombre de personnels de santé oculaire, par catégorie : ophtalmologistes

Objet	Évaluer la disponibilité du personnel de santé oculaire afin de formuler des mesures de renforcement des capacités en vue de consolider les systèmes de santé nationaux. Les ophtalmologistes sont les principaux professionnels chargés des interventions médicales et chirurgicales de santé oculaire.
Définition	Nombre de docteurs en médecine à qui un établissement national a remis le titre d'ophtalmologiste sur la base de critères de certification approuvés par une instance publique. Les ophtalmologistes sont des docteurs en médecine formés en ophtalmologie, y compris en chirurgie ophtalmique. Ils diagnostiquent et traitent les maladies de l'œil.
Méthodes privilégiées de collecte de données	Registre des organismes professionnels et autorités de réglementation nationaux.
Unité de mesure	Nombre d'ophtalmologistes pour 1 million d'habitants.
Fréquence de la collecte de données	Annuelle
Limites	Ce nombre ne permet ni de déterminer la proportion d'ophtalmologistes ne pratiquant pas la chirurgie, ni d'évaluer les différents résultats cliniques (par exemple, dans les spécialités secondaires), la productivité ou encore la qualité des interventions. Lorsqu'elles ne sont pas ventilées, ces données ne rendent pas non plus compte de la distribution géographique.
Source d'information	Ministère de la santé ou comité/coordonnateur national chargé de la prévention de la cécité et de la santé oculaire.
Diffusion des données	Le Secrétariat de l'OMS établit chaque année une synthèse mondiale récapitulant les données nationales communiquées par les États Membres.

2.2 Nombre de personnels de santé oculaire, par catégorie : optométristes

Objet	Évaluer la disponibilité du personnel de santé oculaire afin de formuler des mesures de renforcement des capacités en vue de consolider les systèmes de santé nationaux. Dans un nombre croissant de pays, les optométristes sont le premier interlocuteur des personnes atteintes de maladies oculaires.
Définition	Nombre d'optométristes ayant reçu ce titre d'un établissement national utilisant des critères de certification approuvés par une instance publique.
Méthodes privilégiées de collecte de données	Registre des organismes professionnels et autorités de réglementation nationaux.
Unité de mesure	Nombre d'optométristes pour 1 million d'habitants.
Fréquence de la collecte de données	Annuelle
Limites	Ce nombre n'est pas un indicateur de la performance et ne rend pas compte en particulier de la qualité des interventions visant à réduire la cécité évitable. De plus, les connaissances et compétences des optométristes varient beaucoup d'un pays à l'autre, leur formation n'étant pas normalisée. Ce nombre ne permet pas de déterminer la part des ophtalmologistes cliniciens, réfractionnistes, etc., qui, dans certains pays, jouent le rôle d'optométristes lorsque leur nombre est insuffisant ou que la profession n'existe pas.
Source d'information	Ministère de la santé ou comité/coordonnateur national chargé de la prévention de la cécité et de la santé oculaire.
Diffusion des données	Le Secrétariat de l'OMS établit chaque année une synthèse mondiale récapitulant les données nationales communiquées par les États Membres.

Appendice 1

**2.3 Nombre de personnels de santé oculaire, par catégorie : agents de santé auxiliaires en ophtalmologie**

Objet	Évaluer la disponibilité du personnel de santé oculaire afin de formuler des mesures de renforcement des capacités en vue de consolider les systèmes de santé nationaux. En ophtalmologie, le niveau de formation des agents de santé auxiliaires varie d'un pays à l'autre, et parfois au sein d'un même pays. Il en va de même de la législation et de la réglementation qui leur sont applicables, de leurs compétences et de l'étendue de leurs attributions. Néanmoins, la catégorie recouvre généralement les professions suivantes : opticien, infirmier en ophtalmologie, orthoptiste, assistant en ophtalmologie et en optométrie, technicien en ophtalmologie et en optométrie, thérapeute, oculariste, photographe et spécialiste de l'imagerie ophtalmique, administrateur spécialisé.
Définition	Nombre d'agents de santé auxiliaires en ophtalmologie classés en catégories professionnelles (définies par l'État Membre).
Méthodes privilégiées de collecte de données	Compilation de données nationales à partir des données infranationales (de district) fournies par les prestataires gouvernementaux, non gouvernementaux et privés de soins de santé oculaires.
Unité de mesure	Nombre d'agents de santé auxiliaires en ophtalmologie pour 1 million d'habitants.
Fréquence de la collecte de données	Annuelle
Limites	Le nombre n'est pas un indicateur de la performance et ne rend pas compte en particulier de la qualité des interventions visant à réduire la cécité évitable. De plus, les compétences et connaissances des agents sont très variables. Ces données sont utiles pour suivre les progrès dans les pays, mais les nomenclatures étant différentes, elles ne permettent pas d'établir des comparaisons internationales fiables.
Source d'information	Ministère de la santé ou comité/coordonnateur national chargé de la prévention de la cécité et de la santé oculaire.
Diffusion des données	Le Secrétariat de l'OMS établit chaque année une synthèse mondiale récapitulant les données nationales communiquées par les États Membres.

### 3.1 Taux d'opérations de la cataracte

Objet	La cataracte demeure la principale cause de cécité à l'échelle mondiale, mais les déficiences visuelles et la cécité qu'elle entraîne peuvent être évitées. Il existe en effet un moyen efficace et sûr de restaurer la vision des personnes qui en sont atteintes : l'extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intra-oculaire. Le taux d'opérations de la cataracte permet d'évaluer quantitativement la fourniture de ce service chirurgical. Il peut servir à fixer des cibles nationales plutôt qu'à établir des comparaisons internationales. Il est également souvent employé comme indicateur indirect de la fourniture globale de services de soins oculaires.
Définition	Nombre d'opérations de la cataracte réalisées chaque année pour 1 million de personnes.
Méthodes privilégiées de collecte de données	Données sanitaires du gouvernement et enquêtes.
Unité de mesure	Nombre d'opérations de la cataracte réalisées pour 1 million de personnes.
Fréquence de la collecte de données	Chaque année au niveau national. Dans les pays de taille importante, il est souhaitable de colliger les données au niveau infranational.
Limites	Cet indicateur n'est valable que s'il intègre toutes les opérations de la cataracte réalisées dans un pays donné (secteur gouvernemental et secteur non gouvernemental).
Observations	Aux fins des calculs, il convient d'utiliser les sources officielles de données de population (Nations Unies, par exemple).
Source d'information	Ministère de la santé ou comité/coordonnateur national chargé de la prévention de la cécité et de la santé oculaire.
Diffusion des données	Le Secrétariat de l'OMS établit chaque année une synthèse mondiale récapitulant les données nationales communiquées par les États Membres.

## Appendice 1

## 3.2 Couverture par les opérations de la cataracte

Objet	Évaluer dans quelle mesure les services de chirurgie de la cataracte répondent aux besoins.
Définition	Proportion des cas de cataracte bilatérale opérable ayant subi cette opération pour un œil ou les deux yeux (3/60 et 6/18).
Méthodes privilégiées de collecte de données	Calculs à partir de données issues d'enquêtes de prévalence fondées sur des échantillons représentatifs et des méthodologies adaptées. Également, calculs à partir de données provenant d'évaluations rapides de la cécité évitable et d'évaluations rapides des services de chirurgie de la cataracte, deux méthodologies types permettant de recueillir des résultats chez les personnes âgées de plus de 50 ans, groupe d'âge où la prévalence des déficiences visuelles est la plus élevée.
Unité de mesure	Proportion
Fréquence de la collecte de données	En fonction de la fréquence des études nationales et de district sur la prévalence de la cécité et des déficiences visuelles et de leurs causes.
Limites	Il est nécessaire de mener des études en population qu'il peut être difficile de généraliser.
Observations	De préférence, ventiler les données par sexe, par âge, et en fonction de la situation géographique (zones urbaines – zones rurales) ou du district.
Source d'information	Ministère de la santé ou comité/coordonnateur national chargé de la prévention de la cécité et de la santé oculaire.
Diffusion des données	Le Secrétariat de l'OMS diffuse périodiquement des points sur cette question.



APPENDICE 2 : MOYENS DE VÉRIFICATION ET POSTULATS CLÉS

	Moyens de vérification	Postulats clés
<p><b>But :</b> Réduire l'ampleur du problème mondial de santé publique que représentent les déficiences visuelles évitables et assurer aux personnes qui en sont atteintes un accès aux services de réadaptation.<sup>5</sup></p> <p><b>Objectif :</b> Améliorer l'accès à des services complets de santé oculaires intégrés aux systèmes de santé.</p> <p><b>Objectif 1 :</b> Produire des données factuelles et les utiliser pour plaider en faveur d'un engagement politique et financier accru des États Membres.</p>	<p>Collecte de données épidémiologiques à l'échelle nationale et infranationale et estimations régionales et mondiales.</p> <p>Rapports de synthèse sur les données nationales fournies par les États Membres.</p> <p>Évaluation épidémiologique et économique de la prévalence et des causes des déficiences visuelles, telle que communiquée au Secrétariat de l'OMS par les États Membres.</p> <p>Utilisation du fruit de l'évaluation des services de soins oculaires et des recherches sur le rapport coût/efficacité pour formuler les politiques et plans nationaux et infranationaux sur la santé oculaire.</p> <p>Rapports sur les efforts de plaidoyer et de sensibilisation à l'échelle nationale, régionale et mondiale.</p> <p>Rapports de synthèse sur les données fournies par les États Membres.</p>	<p>Mise en œuvre des conventions relatives aux droits de l'homme, équité dans toutes les politiques et pleine autonomisation des personnes atteintes de déficience visuelle.</p> <p>Investissements soutenus engagés avant la fin du plan d'action régional.</p> <p>Toutes les populations ont accès pleinement et équitablement aux services.</p> <p>L'action de plaidoyer permet de renforcer les investissements dans la santé oculaire malgré le contexte financier mondial actuel et l'existence de priorités concurrentes.</p>
<p><b>Objectif 2 :</b> Élaborer des politiques, plans et programmes nationaux intégrés en faveur de la santé oculaire universelle, ou les renforcer, et les appliquer conformément au cadre d'action établi par l'OMS pour renforcer les systèmes de santé en vue d'améliorer les résultats de l'action sanitaire.</p> <p><b>Objectif 3 :</b> Renforcer la participation multisectorielle et favoriser des partenariats efficaces en vue d'améliorer la santé oculaire.</p>	<p>Rapports de synthèse sur les données fournies par les États Membres.</p> <p>Rapports des États Membres tels que colligés par le Secrétariat de l'OMS.</p> <p>Rapports annuels et publications communiqués par les partenariats.</p>	<p>Les politiques, plans et programmes touchent toutes les populations.</p> <p>Les services sont disponibles pour ceux qui en ont besoin.</p> <p>Les secteurs autres que la santé investissent dans le développement socio-économique au sens large, par exemple dans le domaine de l'eau et de l'assainissement.</p>

<sup>5</sup> Le Programme de Prévention de la Cécité du Secrétariat de l'OMS avait pour objectif « de prévenir et de maîtriser les principales causes évitables et de mettre les soins oculaires essentiels à la portée de tous (...), le but à long terme étant d'amener les taux nationaux de cécité à moins de 0,5 %, le taux dans une collectivité quelconque ne dépassant pas 1 % » Voir les « Suggestions pour la formulation et la gestion des programmes nationaux de prévention de la cécité », Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1990 (document WHO/PBL/90.18).

Appendice 2



### APPENDICE 3 : INDICATEURS MESURABLES

#### Objectif 1

##### *Indicateurs mesurables*

1. Nombre et pourcentage d'États Membres ayant réalisé des enquêtes sur la prévalence et qui auront publié les résultats de ces enquêtes d'ici à 2019.
2. Nombre et pourcentage d'États Membres ayant réalisé une évaluation des services de soins oculaires et qui l'auront publiée au cours de la période de cinq ans s'achevant en 2019.
3. États Membres indiquant célébrer la Journée mondiale de la vue.

#### Objectif 2

##### *Indicateurs mesurables*

1. Nombre et pourcentage d'États Membres ayant indiqué disposer d'un plan national traitant des ressources humaines en santé oculaire.
2. Nombre et pourcentage d'États Membres indiquant que des politiques, plans et programmes sont mis en œuvre en matière de santé oculaire.
3. Nombre et pourcentage d'États Membres dotés d'un comité sur la santé oculaire et la prévention de la cécité ou d'un coordonnateur national chargé de la prévention de la cécité, de ces deux mécanismes ou d'un mécanisme équivalent.
4. Nombre et pourcentage d'États Membres où les listes nationales de médicaments, d'outils de diagnostic et de technologies sanitaires essentiels incluent une rubrique sur les soins oculaires.

#### Objectif 3

##### *Indicateurs mesurables*

1. Nombre et pourcentage d'États Membres indiquant que leurs politiques et plans de santé oculaire et de prévention de la cécité suivent une approche multisectorielle.
2. Capacité d'atteindre les cibles fixées pour 2020 dans le plan stratégique de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant.