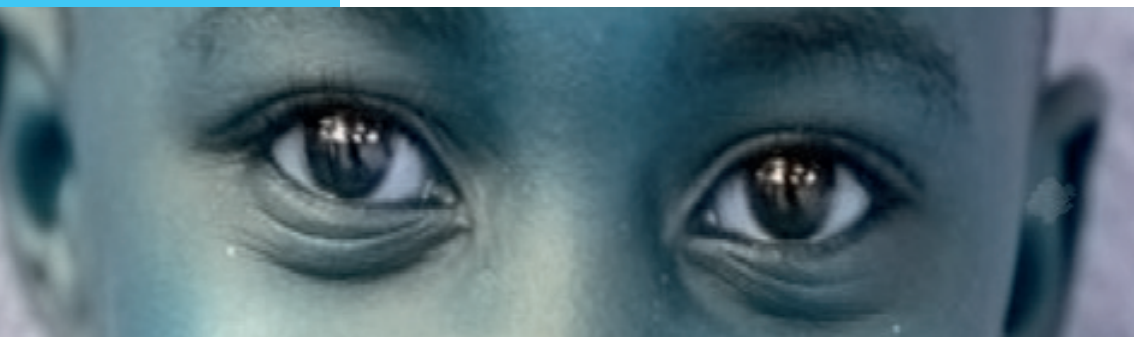


CATALOGUE DES
PRINCIPAUX INDICATEURS
DE SANTE OCULAIRE

DANS LA REGION AFRICAINE



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation
mondiale de la Santé

Afrique

Catalogue des principaux indicateurs de santé oculaire dans la Région africaine

ISBN 978-929031259-8

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO) ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Catalogue des principaux indicateurs de santé oculaire dans la Région africaine. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogue à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Congo

Sommaire

| | |
|---|----|
| Contexte | 1 |
| Critères de Sélection et Justification des Indicateurs de Santé Oculaire dans la Région Africaine | 3 |
| Descriptions des Indicateurs | 10 |
| Références | 43 |
| Annexe 1: Définition des Déficiences Visuelles, de la Basse Vision et de la Cécité | 45 |
| Annexe 2: Définition et Classification des Maladies Oculaires | 46 |

REMERCIEMENTS

L'Organisation mondiale de la Santé tient à remercier : l'Agence Internationale pour la Prévention de la Cécité et Sightsavers pour leur soutien; les personnes ci-après : F. Kasolo; W. Mathenge; S. Minchiotti; M. Peixoto; S. Shongwe; pour leur collaboration à la préparation et à la rédaction de ce manuel;

Ainsi que : S. Bush; JM. Dangou; S. Day; R. Graham; I. Kocur; H. Manolakos; S.P. Mariotti; A. Muller; K. Naidoo; B. Sambo; J.C. Silva and B. Varenne qui ont contribué à sa révision et Phyllis Jiri pour la conception graphique et la mise en page de la publication.

Contexte

En Afrique, le tableau des maladies oculaires cécitantes à l'origine de déficiences visuelles a beaucoup évolué au cours de ces vingt dernières années. En effet, le développement socio-économique, l'amélioration des conditions de vie ainsi que les mesures concertées de santé publique adoptées dans de nombreux pays ont conduit une nette réduction de l'exposition aux facteurs de risque, et à une lutte plus efficace contre les principales maladies transmissibles à l'origine de déficiences visuelles, telles que le trachome et l'onchocercose. Les initiatives de collaboration, ainsi qu'une nouvelle dynamique résultant de la mise en œuvre de l'initiative internationale «VISION 2020 : le droit à la vue», ont conduit à une diminution du nombre de personnes atteintes de maladies oculaires comportant un risque cécitant. Les données de l'OMS sur les déficiences visuelles (2010) dans le monde indiquent que la Région africaine enregistre la plus forte réduction de l'ampleur des déficiences visuelles (VI)¹.

Cette diminution est certes liée à une amélioration du développement socioéconomique accru, mais elle résulte directement aussi des investissements et interventions déployés par les pouvoirs publics et les partenaires internationaux dans ce domaine. En dépit de cela, l'Afrique abrite encore 32 millions de déficients visuels, et la croissance rapide de sa population vieillissante doit exhorter les autorités et les partenaires internationaux à renforcer les systèmes de santé oculaire pour répondre adéquatement aux besoins actuels et futurs. En effet, la cataracte qui est une maladie entièrement curable est encore la principale cause de cécité dans le monde et dans l'ensemble de l'Afrique, représentant 50% ou plus de l'ensemble des causes de cécité. D'après les estimations, il existe un nombre considérable de patients non opérés, et ce pour des raisons

diverses, parmi lesquelles l'incapacité des systèmes de santé à faire face à la demande de services de soins oculaires et les importants obstacles culturels et socioéconomiques qui freinent l'accès aux services de santé lorsqu'ils existent.

S'il est essentiel de poursuivre les efforts visant à éliminer les maladies oculaires transmissibles à l'origine de la cécité et des déficiences visuelles, le nouveau défi de l'Afrique consistera à fournir des services de soins oculaires permettant la prise en charge des maladies oculaires chroniques. Faute de services de soins oculaires suffisants à la disposition des personnes nécessiteuses, le nombre de patients atteints de perte de vision évitable due à des maladies oculaires chroniques augmentera, ce qui réduira les possibilités d'éducation et d'emploi, voire les relations sociales des personnes touchées. Il est nécessaire de renforcer les services de soins primaires oculaires afin d'éviter les déficiences visuelles au niveau communautaire. Au niveau national, la fourniture de services de soins oculaires adéquats exige le développement des ressources humaines dans des domaines spécialisés, ainsi que celui des technologies et des infrastructures. Il est indispensable de multiplier l'offre de services de soins oculaires de haute qualité, durables, abordables, équitables et complets, et d'en faire une composante intégrante des systèmes de santé nationaux.

La mise en œuvre réussie de l'initiative VISION 2020 en Afrique entraînera une sensibilisation et une prise de conscience accrues de l'importance de la santé oculaire. Accroître l'alphabétisation se traduira probablement aussi par un meilleur accès à l'enseignement général ce qui permettra aux populations de mieux comprendre, indépendamment des maladies cécitantes, l'importance de préserver une bonne santé oculaire générale. Afin d'assurer un suivi adéquat de la fourniture de soins oculaires à différents niveaux du système de santé, ainsi que dans différents pays de la Région, il est crucial de mettre au point des outils efficaces, normalisés, peu coûteux et facile à utiliser afin de suivre les besoins, les performances et les lacunes. Disposer d'indicateurs normalisés et clairement définis permettra d'effectuer des comparaisons des mesures de la qualité clinique, de la disponibilité et des performances des ressources humaines, des résultats sanitaires pour les patients, et des données statistiques financières et opérationnelles.

Critères de Sélection

ET JUSTIFICATION DES INDICATEURS DE SANTE OCULAIRE DANS LA REGION AFRICAINE

Afin d'évaluer les tendances de la prévalence et les causes des déficiences visuelles, cécité comprise, évaluer les progrès accomplis par les États membres en matière de prévention des déficiences visuelles, cécité comprise, et suivre la mise en œuvre du Plan d'action mondial 2014-2019 pour la santé oculaire universelle², un ensemble de processus de base et d'indicateurs de résultats ont été formulés et jugés pertinents pour la Région africaine.

Ces indicateurs de performance fournissent des données quantitatives mesurables sur des réalisations exécutées dans un délai précis, et constituent un outil précieux pour déterminer les tendances, éclairer la prise de décision et la formulation de politiques, et évaluer la mise en œuvre de diverses interventions. Ils viennent compléter d'autres données mesurant les objectifs de santé publique exprimés en termes de réduction de la maladie ou d'amélioration globale de la santé publique.

La plupart des indicateurs de santé oculaire de ce catalogue sont principalement tirés de deux documents de l'OMS sur la prévention de la cécité et les déficiences visuelles. Le premier document décrit le cadre et les indicateurs mis au point en 2002 par l'OMS pour le suivi de l'initiative VISION 2020 - le droit à la vue; ces derniers ont été révisés vers la fin 2006 pour les intégrer dans l'Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable : plan d'action 2006-2011³. Le second document est le Plan d'action mondial 2014-2019², adopté par la 66ème Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013 dans le cadre de la résolution WHA66.4. Le Plan d'action mondial actuel vise à maintenir et à intensifier les efforts déployés par les États membres, le Secrétariat et les partenaires internationaux pour améliorer la santé oculaire.

Les principaux indicateurs du Plan d'action mondial figurent dans ce catalogue; ils sont complétés par d'autres indicateurs afin de mesurer la fourniture de services de santé dans le contexte de la Région africaine. L'élaboration d'indicateurs est un processus qui se veut dynamique et évolutif, qui suit l'environnement d'intervention en perpétuelle mutation.

Ces indicateurs ont été retenus parce qu'ils satisfont une partie ou l'ensemble des critères suivants :

- Ils valent la peine d'être mesurés;
- Ils sont mesurables pour diverses populations;
- Ils sont compris par ceux qui doivent intervenir;
- Ils sont utiles pour stimuler l'action;
- Ils sont pertinents du point de vue des politiques et des pratiques;
- Leur mesure au fil du temps permet de montrer les résultats des mesures adoptées;
- Ils sont aisés à collecter et à communiquer;
- Ils sont conformes aux processus nationaux de collecte de données.

Les indicateurs de ce catalogue sont regroupés en 3 catégories figurant dans le Plan d'action mondial 2014-2019 :

Les indicateurs de ce catalogue sont regroupés en 3 catégories figurant dans le Plan d'action mondial 2014-2019 :

- Indicateurs des tendances de l'ampleur des déficiences visuelles et de leurs causes;
- Indicateurs permettant de suivre la formulation et la mise en œuvre de politiques, de plans et de programmes nationaux intégrés de santé oculaire en vue de promouvoir la santé oculaire universelle, accompagnés d'activités en phase avec le cadre d'action de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé afin d'améliorer les résultats de santé ;
- Indicateurs permettant d'évaluer les relations multisectorielles et l'efficacité des partenariats pour renforcer la santé oculaire.

À la suite de la première ébauche de critères retenus, l'avis des experts et des parties prenantes a été sollicité afin de mieux évaluer et affiner ces indicateurs; ces avis ont été pris en considération pour établir ensuite une première liste d'indicateurs présélectionnés.

Le processus d'affinement a consisté à mesurer les indicateurs retenus par rapport aux critères pour déterminer si l'ensemble:

Le processus d'affinement a évalué si l'ensemble des indicateurs retenus:

- Couvre le spectre de la santé oculaire;
- Fournit des indications sur les domaines à améliorer;
- Identifie les enjeux nouveaux et émergents et permet d'y répondre;
- Offre une répartition équilibrée d'indicateurs pour l'ensemble des rubriques pertinentes des cadres d'intervention aptes à opérer le changement.

Une autre réunion du panel d'experts chargés de l'examen et de la révision des indicateurs s'est tenue en septembre 2013. Lors de cette réunion, le projet de catalogue a été examiné; les indicateurs ont été alignés sur la banque de données intégrées de l'Observatoire africain de la santé, les indicateurs de la cécité dans le monde, le plan d'action mondial actuel ainsi que sur les bases de données existantes telles que la base de données de l'IAPB (Agence Internationale pour la Prévention de la Cécité). Les indicateurs au titre des objectifs 2 et 3 ci-dessus ont également été alignés sur le Cadre des systèmes de santé de l'OMS, en prenant en considération le nouveau Programme de développement durable.

Les pays peuvent, à titre individuel, établir leur propre ensemble d'indicateurs basés sur leurs priorités et leurs ressources; toutefois, il importe que la collecte de données et d'informations soit normalisée afin de suivre les progrès réalisés à l'échelle mondiale et régionale. Les indicateurs ainsi établis pour la Région africaine permettront aux pays de les communiquer à l'aide d'un format normalisé.

Structure de sélection des indicateurs

La sélection des indicateurs repose sur le format du Catalogue OMS des indicateurs de santé (1996) et celui de l'Observatoire africain de la santé où la description de chaque indicateur comprend les éléments suivants :

Structure

- Intitulé;
- Justification : Brève description de la finalité de chaque indicateur;
- Définition : L'indicateur est décrit textuellement ou en décrivant le numérateur et le dénominateur;
- Définition secondaire : Description de certains termes qui ont un sens précis dans le contexte de l'indicateur;
- Méthodes de mesure et sources de données : Méthodes de collecte de données recommandées pour cet indicateur;
- Utilisation de l'indicateur : Comment l'indicateur est utilisé au niveau régional, national ou de l'établissement;
- Limitations : Questions que l'indicateur ne couvre peut-être pas de façon adéquate;
- Fréquence : La fréquence à laquelle les informations de l'indicateur sont mises à jour.

Les indicateurs retenus se classent dans les trois grandes catégories décrites ci-dessus.

1. Indicateurs de tendance de l'ampleur des déficiences visuelles et de leurs causes (5)

- 1.1 Prévalence des déficiences visuelles, cécité comprise, au niveau national;
- 1.2 Prévalence de la cécité au niveau national;
- 1.3 Prévalence des déficiences visuelles, cécité comprise, au niveau national, en raison de :
 - Cataracte
 - Rétinopathie diabétique
 - Glaucome
 - Vices de réfraction non corrigés
 - Maladies oculaires pédiatriques
 - Trachome cécitant
- 1.4 Nombre de districts du pays où le trachome cécitant est un problème de santé publique;
- 1.5 Nombre de communautés où l'onchocercose est endémique qui ont été recensées et stratifiées.

Prière de fournir la source d'informations (référence de l'article publié, rapport, etc.) pour chaque indicateur.

2. Indicateurs permettant de suivre la formulation et la mise en œuvre de politiques, de plans et de programmes nationaux intégrés de santé oculaire ainsi que les services de santé oculaire, conformément au cadre d'action de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé (25)

Ressources humaines pour la santé oculaire (3)

Les ressources humaines doivent être agréées par les institutions nationales sur la base de critères d'agrément homologués par l'État.

- 2.1 Nombre d'ophtalmologistes exerçant au niveau national;
- 2.2 Nombre de personnel ophtalmologique auxiliaire (infirmier en ophtalmologie, opticien, orthoptiste, assistant ou technicien en ophtalmologie et optométrie, etc.) au niveau national;
- 2.3 Nombre d'optométristes au niveau national ;

Veillez fournir la source d'information (ministère de la Santé, institution nationale) pour chaque indicateur.

Prestation de services (13)

- 2.4 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées au cours de l'année précédente;
- 2.5 Taux de chirurgie de la cataracte au niveau national (nombre de chirurgies de la cataracte réalisées par million d'habitants);
- 2.6 Couverture de la chirurgie de la cataracte au niveau national (proportion de personnes atteintes d'une cataracte unilatérale ou bilatérale ayant subi une intervention chirurgicale de la cataracte au cours de l'année précédente);
- 2.7 Nombre de patients opérés de la cataracte dont l'acuité visuelle est supérieure à 6/18 pour l'oeil opéré au cours de l'année précédente ;
- 2.8 Nombre d'établissements de santé publique au niveau national qui distribuent des lunettes (verres) pour la prise en charge des vices de réfraction;
- 2.9 Nombre de centres offrant des services d'ophtalmologie pédiatrique dans le pays;
- 2.10 Nombre de centres fournissant un traitement au laser de la rétinopathie diabétique;
- 2.11 Nombre de centres disposant d'un périmètre d'examen du champ visuel pour le glaucome qui fonctionne;

2. Indicateurs permettant de suivre la formulation et la mise en œuvre de politiques, de plans et de programmes nationaux intégrés de santé oculaire ainsi que les services de santé oculaire, conformément au cadre d'action de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé (25) en suite

Prestation de services (13)

- 2.12 Dans les pays d'endémie, proportion des communautés endémiques couvertes par la stratégie CHANCE;
- 2.13 Dans les pays d'endémie, couverture géographique par l'ivermectine de l'ensemble de la zone;
- 2.14 Dans les pays d'endémie, taux de couverture thérapeutique par l'ivermectine de l'ensemble de la population à risque élevé d'onchocercose;
- 2.15 Les soins oculaires primaires sont-ils intégrés dans le programme de soins de santé primaires ?
- 2.16 Le programme national des agents de santé communautaire inclut-il la santé oculaire ?

Information sanitaire (1)

- 2.17 Nombre de consultations de patients pour des maladies oculaires, par an, dans le pays

Financement de la santé (1)

- 2.18 Existe-t-il des crédits budgétaires alloués à la santé oculaire au niveau du ministère de la Santé ?

Consommables et technologies (2)

- 2.19 Nombre de médicaments destinés aux soins ophtalmologiques figurant dans la liste des médicaments essentiels; *
- 2.20 Taux d'implantation de lentille intraoculaire : Proportion de toutes les opérations de la cataracte réalisées avec implantation de lentille intraoculaire au cours de l'année précédente;

**Veuillez fournir un exemplaire de la dernière liste des médicaments essentiels à jour.*

Leadership et gouvernance (5)

- 2.21 Le pays dispose-t-il d'un coordinateur national/d'une personne focale en charge de la santé oculaire ?
- 2.22 Existe-t-il un programme national de prévention de la cécité/plan de santé oculaire adopté par le ministère de la Santé ?
- 2.23 Dans l'affirmative, ce programme national de prévention de la cécité/plan de santé oculaire est-il mis en œuvre au niveau national ?
- 2.24 Nombre de réunions du comité de prévention de la cécité/de la santé oculaire, dirigées par le ministère de la Santé ou avec la participation d'un représentant de ce dernier et tenues l'année précédente;
- 2.25 Célébration de la Journée mondiale de la vue et mise en œuvre de cette journée par le ministère de la Santé ou d'autres administrations publiques.

3. Indicateurs permettant d'évaluer les relations multisectorielles et l'efficacité des partenariats pour renforcer la santé oculaire (2)

- 3.1 Nombre de partenaires et alliances internationaux soutenant les soins ophtalmologiques dans le pays; *
- 3.2 La stratégie ou le plan national de santé oculaire est-il en conformité avec le plan stratégique national de santé en vigueur ?

** Veuillez fournir une liste de partenaires et d'alliances soutenant les soins ophtalmologiques dans le pays.*

Descriptions des Indicateurs

Description des Indicateurs

1. Indicateurs de tendance de l'ampleur des déficiences visuelles et de leurs causes

1.1 **Prévalence** des déficiences visuelles, cécité comprise, au niveau national

| | |
|--|---|
| Justification | L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2010 de nouvelles estimations des déficiences visuelles dans le monde (fondées sur les données de 2008), vices de réfraction compris : 245,5 millions de personnes atteintes de basse vision et 39,8 millions atteintes de cécité; ce qui fait un total de 285,3 millions de personnes atteintes de déficiences visuelles ¹ . Bien que ces estimations ne soient pas encore définitives et pourraient faire l'objet de légers ajustements, elles indiquent un niveau de cécité considérablement inférieur à celui auquel on pourrait s'attendre, sachant que le pourcentage de la population âgée de plus de 50 ans (tranche d'âge où la prévalence des déficiences visuelles est la plus élevée) a augmenté de 18 % entre 2004 et 2008. Les précédentes estimations pour l'ensemble des déficiences visuelles se situaient à 314 millions d'habitants, dont 45 millions aveugles, si bien que les nouvelles estimations représentent une baisse de 9,23 %. Ceci est une très bonne nouvelle. Un suivi régulier au moyen d'enquête est nécessaire pour fournir les estimations les plus précises possibles à l'échelle mondiale. |
| Définition | La prévalence régionale et nationale des déficiences visuelles ventilées par âge, sexe et statut socioéconomique. |
| Définition secondaire | Cécité : Acuité visuelle inférieure à 3/60 pour le meilleur œil. Basse vision : Acuité visuelle inférieure à 6/18 mais supérieure ou égale à 3/60 pour le meilleur œil. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Les estimations provenant des enquêtes ou d'évaluations rapides en chiffres absolus, puis divisées par la population totale du pays utilisé comme dénominateur (source : Données du Recensement de l'ONU), exprimé en pourcentage du nombre de cas pour 100 000 habitants. |
| Utilisation de l'indicateur | Pour mesurer l'ampleur du problème des maladies oculaires à l'origine de déficiences visuelles. Cette information est cruciale pour l'allocation des ressources, la planification et le développement de synergies avec d'autres programmes. |
| Limitations | Nécessite des études fondées sur la population, dont certaines sont peu généralisables. |
| Fréquence | À l'échelle nationale, au moins tous les cinq (5) ans. |

1.2 Prévalence de la cécité au niveau national

| | |
|--|---|
| Justification | <p>L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2010 de nouvelles estimations des déficiences visuelles dans le monde (fondées sur les données de 2008), vices de réfraction compris : 39,8 millions de personnes dans le monde sont touchées par la cécité¹.</p> <p>Bien que ces estimations ne soient pas encore définitives et pourraient faire l'objet de légers ajustements, elles indiquent un niveau de cécité considérablement inférieur à celui auquel on pourrait s'attendre, sachant que le pourcentage de la population âgée de plus de 50 ans (tranche d'âge où la prévalence des déficiences visuelles est la plus élevée) a augmenté de 18 % entre 2004 et 2008. Les précédentes estimations de l'OMS pour la cécité se situaient à 45 millions de personnes, les nouvelles estimations représentent donc une baisse de 13 %. Ceci est une très bonne nouvelle. Un suivi régulier au moyen d'enquête est nécessaire pour fournir les estimations les plus précises possibles à l'échelle mondiale.</p> |
| Définition | Prévalence régionale et nationale de la cécité ventilée par âge, sexe et statut socioéconomique. |
| Définition secondaire | Cécité : Acuité visuelle inférieure à 3/60 pour le meilleur œil. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Les estimations provenant des enquêtes ou d'évaluations rapides en chiffres absolus, puis divisées par la population totale du pays utilisé comme dénominateur (source : Données du Recensement de l'ONU), exprimé en pourcentage du nombre de cas pour 100 000 habitants. |
| Utilisation de l'indicateur | Mesurer l'ampleur du problème des maladies oculaires cécitantes. Cette information est cruciale pour l'allocation des ressources, la planification et le développement de synergies avec d'autres programmes. |
| Limitations | Nécessite des études fondées sur la population, dont certaines sont peu généralisables. |
| Fréquence | À l'échelle nationale, au moins tous les cinq (5) ans. |

1.3 Prévalence des déficiences visuelles, cécité comprise, au niveau national, due à : la cataracte, la rétinopathie diabétique, au glaucome, aux vices de réfraction non corrigés, aux maladies oculaires pédiatriques ou au trachome cécitant

| | |
|--|---|
| Justification | <p>Dans les pays à faible et à très faible revenu, en particulier en Afrique subsaharienne, les causes de cécité évitable sont : La cataracte, la rétinopathie diabétique, le glaucome, les vices de réfraction non corrigés, la cécité pédiatrique, et le trachome cécitant.^{1,4}</p> <p>Grâce aux connaissances et aux technologies actuelles, jusqu'à 80 % des cas de cécité dans le monde sont évitables et peuvent être traités. Des interventions d'un bon rapport coût/efficacité existent pour traiter les principales causes de cécité évitable. Déterminer les causes et l'ampleur de la cécité est nécessaire pour fixer des priorités, élaborer des stratégies ciblées et établir des coopérations et alliances internationales pour la prévention de la cécité.</p> |
| Définition | Prévalence régionale et nationale des déficiences visuelles ventilées par maladie. |
| Définition secondaire | Acuité visuelle inférieure à 6/18 pour le meilleur œil. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Nombre de personnes atteintes de déficiences visuelles au plan régional et national en raison de causes évitables, divisé par le total de la population du pays utilisé comme donnée de dénominateur (source: Données du Recensement de l'ONU), exprimé en pourcentage du nombre de cas pour 100 000 habitants. |
| Utilisation de l'indicateur | Suivi des tendances, relations publiques et activités de plaidoyer. |
| Limitations | Précision limitée. |
| Fréquence | À l'échelle nationale, au moins tous les cinq (5) ans. |

1.4 Nombre de districts du pays où le trachome cécitant est un problème de santé publique

| | |
|--|--|
| Justification | <p>Le trachome est provoqué par le <i>Chlamydia trachomatis</i>; il s'agit de l'une des maladies infectieuses cécitantes les plus courantes. La maladie active est plus fréquente chez les enfants qui sont le réservoir de l'infection, alors que la cécité, qui survient après des années de réinfections répétées, touche principalement les adultes. Le trachome est endémique dans 30 pays de la Région africaine de l'OMS et les rapports doivent être constamment mis à jour. Depuis 1997, date de création de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant (GET 2020), la collaboration intersectorielle n'a cessé de s'intensifier, et l'application de la stratégie CHANCE pour éliminer la maladie de se renforcer.⁵ La stratégie GET 2020 est appliquée au niveau mondial. Il s'agit d'un partenariat international, réunissant l'OMS, les coordinateurs nationaux, des organisations non gouvernementales, des donateurs et des experts internationaux, qui bénéficie de l'appui de l'industrie pharmaceutique. Le Secrétariat du GET 2020 est chargé de la lutte contre le trachome au sein du département de l'OMS chargé des maladies tropicales négligées. Le Secrétariat du GET 2020 de l'OMS coordonne également la rédaction de lignes directrices pour la validation de l'élimination du trachome cécitant, comme demandé par plusieurs États membres de l'OMS.</p> |
| Définition | Nombre de districts dans le pays (par catégorie) où le trachome cécitant est un problème de santé publique. |
| Définition secondaire | Nombre de districts endémiques pour le trachome, conformément à la définition de l'OMS. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu obtenu à partir d'enquêtes démographiques dans des régions endémiques ou des évaluations rapides de l'initiative GET2020. |
| Utilisation de l'indicateur | Afin de suivre l'élimination du trachome en tant que cause de cécité. |
| Limitations | Afin de suivre l'élimination du trachome en tant que cause de cécité. |
| Fréquence | Chaque année, en se basant sur l'Alliance GET 2020 ou tous les 3 ans dans les zones endémiques. |

1.5 Nombre de communautés où l'onchocercose est endémique, qui ont été recensées et stratifiées

| | |
|--|--|
| Justification | <p>L'onchocercose est une maladie provoquée par un parasite filaire nommé <i>Onchocerca volvulus</i> qui se transmet par la pique d'une similie (petite mouche noire). L'immense majorité des 37 millions de personnes infectées vit en Afrique occidentale, centrale et orientale, avec de plus petits foyers en Amérique latine et au Yémen. Actuellement, environ 300 000 personnes sont aveugles en raison de l'onchocercose. Les premières preuves empiriques de la faisabilité de l'élimination de l'onchocercose en Afrique grâce à l'ivermectine proviennent d'études réalisées dans trois foyers d'onchocercose au Sénégal et au Mali.</p> <p>Il sera nécessaire, pour chaque foyer d'endémie, d'évaluer les progrès accomplis vers l'élimination de la maladie; produire des données pour accompagner la prise de décision sur l'arrêt du traitement, et s'assurer qu'il n'y a pas de recrudescence de la transmission après la cessation du traitement.</p> |
| Définition | Nombre de communautés endémiques infectées par l'onchocercose ou à risque de l'être dans la Région. |
| Définition secondaire | Endémicité, telle que définie par le Programme africain de lutte contre l'Onchocercose (APOC), qui a adopté la technique baptisée «cartographie épidémiologique rapide de l'onchocercose» (REMO), qui fournit des données sur la répartition et la prévalence de l'onchocercose. L'intégration des données de la REMO dans un système d'information géographique (SIG) permet de délimiter les zones affichant différents niveaux d'endémicité. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu provenant des programmes de lutte contre l'onchocercose. |
| Utilisation de l'indicateur | Comme point de départ pour évaluer les progrès accomplis vers l'élimination. |
| Limitations | Les données ne sont pas disponibles dans certaines zones (par exemple les zones de conflit). |
| Fréquence | Annuelle |

- Indicateurs permettant de suivre la formulation et la mise en œuvre de politiques, de plans et de programmes nationaux intégrés de santé oculaire ainsi que les services de santé oculaire, conformément au cadre d'action de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé.

Ressources humaines pour la santé oculaire

2.1 Nombre d'ophtalmologistes exerçant au niveau national

| | |
|--|--|
| Justification | Les catégories de personnel lié aux soins de santé qui fournissent des soins oculaires à différents niveaux du système de soins de santé varient d'un pays à l'autre. Le personnel requis pour des soins oculaires complets comprend, non seulement le personnel de santé, mais aussi du personnel d'appui, tels que les agents de gestion et de technologie de l'information. L'Afrique demeure la Région nécessitant le plus de développement des ressources humaines, y compris pour les soins oculaires. Toutefois, les objectifs fixés pour l'Afrique sont, paradoxalement, inférieur à celui des autres régions : en raison des faibles effectifs du secteur de la santé en général, la réserve où puiser des stagiaires pour les soins oculaires est fort restreinte. Les ophtalmologistes sont les premiers prestataires de service qui offrent des interventions de soins oculaires médicales et chirurgicales. |
| Définition | Nombre d'ophtalmologistes par million d'habitants. |
| Définition secondaire | <p>Nombre de médecins ophtalmologistes agréés par les institutions nationales sur la base de critères d'agrément homologués par les autorités.</p> <p>Les ophtalmologistes sont des médecins formés en médecine ophtalmique et/ou chirurgie ophtalmique qui évaluent et traitent les maladies de l'œil.</p> |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu provenant des registres les plus récents et actualisés des organismes nationaux de réglementation et de professionnels, et des rapports des pays. |
| Utilisation de l'indicateur | Évaluer les effectifs de santé oculaire afin de formuler une stratégie de renforcement des capacités en vue de renforcer les systèmes de santé nationaux. |
| Limitations | Les chiffres ne donnent pas d'indications sur la performance. |
| Fréquence | Annuelle |

2.2 Nombre de personnel ophtalmologique auxiliaire (infirmier en ophtalmologie, opticien, orthoptiste, assistant ou technicien en ophtalmologie et optométrie, etc.) au niveau national

| | |
|--|---|
| Justification | Les soins ophtalmologiques sont assurés par les professionnels suivants : infirmier en ophtalmologie, orthoptiste, opticien-lunetier et ophtalmique, assistant ou technicien en ophtalmologie et en optométrie, et cadre moyen en soins ophtalmologiques. |
| Définition | Nombre de professionnels de santé oculaire auxiliaires par million d'habitants. |
| Définition secondaire | Cadres tels que définis par le pays. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu provenant du système d'information de gestion de la santé les plus récents et à jour, et des rapports des pays. |
| Utilisation de l'indicateur | Évaluer les effectifs de santé oculaire afin de formuler une stratégie de renforcement des capacités en vue de renforcer les systèmes de santé nationaux. |
| Limitations | Les chiffres ne donnent pas d'indications sur la performance. |
| Fréquence | Annuelle |

2.3 Nombre d'optométristes au niveau national

| | |
|--|--|
| Justification | Les catégories de soins de santé et le personnel y afférent qui assure les soins oculaires à différents niveaux du système de soins de santé, varient d'un pays à l'autre. Dans un nombre croissant de pays, les optométristes sont souvent le premier point de contact des personnes atteintes de maladies oculaires. Évaluer les effectifs de santé oculaire afin de formuler une stratégie de renforcement des capacités en vue de renforcer les systèmes de santé nationaux. |
| Définition | Nombre d'optométristes par million d'habitants. |
| Définition secondaire | Cadre tel que défini par le pays. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu provenant du système d'information de gestion de la santé les plus récents et à jour, et des rapports des pays. |
| Utilisation de l'indicateur | Évaluer les effectifs de santé oculaire afin de formuler une stratégie de renforcement des capacités en vue de renforcer les systèmes de santé nationaux. |
| Limitations | Les chiffres ne donnent pas d'indications sur la performance. |
| Fréquence | Annuelle |

Prestation de services

2.4 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées au cours de l'année précédente

| | |
|--|---|
| Justification | À l'échelle mondiale, la cataracte (opacification du cristallin) est la plus importante cause de cécité, et il a été démontré que la chirurgie de la cataracte est l'une des interventions de soins de santé qui a le meilleur rapport coût/efficacité ⁶ . La plupart des cataractes sont liées à l'âge et ne peuvent pas être évitées, mais la chirurgie de la cataracte et l'insertion d'une lentille intraoculaire sont des interventions très efficaces, débouchant sur une réadaptation visuelle quasi immédiate. Dans les centres oculaires bien gérés, il est possible de pratiquer un nombre élevé de chirurgies de qualité; un seul ophtalmologiste est en mesure de réaliser 1000 à 2000 opérations voire plus par an, dès lors qu'il dispose d'un appui adéquat en termes de personnel et d'infrastructures, que les patients sont désireux de se rendre dans les établissements de santé et que ces derniers sont accessibles. |
| Définition | Nombre d'opérations de la cataracte effectuées chaque année dans le pays. |
| Définition secondaire | Chirurgie de la cataracte. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu compilé à partir de données nationales et de district. |
| Utilisation de l'indicateur | Suivi des tendances, relations publiques et activités de plaidoyer. |
| Limitations | Rapports incomplets (par exemple, secteur privé). |
| Fréquence | Annuelle |

2.5 Taux de chirurgie de la cataracte au niveau national (nombre de chirurgies de la cataracte réalisées par million d'habitants)

| | |
|--|---|
| Justification | Le taux de chirurgie de la cataracte, c'est à dire le nombre d'opérations de la cataracte par million d'habitants et par an - est une mesure quantifiable de la prestation de services de chirurgie de la cataracte. Ce taux n'est significatif, toutefois, que lorsqu'il couvre toutes les opérations de la cataracte réalisées dans un pays, y compris celles du secteur privé et celles qui sont effectuées par les services avancés, et lorsque la taille et la structure d'âge de la population peuvent être définies. |
| Définition | Nombre d'opérations de la cataracte réalisées par million d'habitants et par an. |
| Définition secondaire | Chirurgie de la cataracte. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Les chiffres absolus des opérations de la cataracte et la population totale, par pays, ventilés (infranational). |
| Utilisation de l'indicateur | Identifier les pays nécessitant un renforcement des capacités, suivre les tendances des résultats et les activités de plaidoyer au niveau national. |
| Limitations | Rapports incomplets (par exemple, secteur privé). |
| Fréquence | Annuelle |

2.6 Couverture de la chirurgie de la cataracte au niveau national (proportion de personnes atteintes d'une cataracte unilatérale ou bilatérale ayant subi une intervention chirurgicale de la cataracte au cours de l'année précédente)

| | |
|--|--|
| Justification | La couverture de la chirurgie de la cataracte indique le nombre d'individus à qui on a diagnostiqué une cataracte unilatérale ou bilatérale causant une déficience visuelle, qui ont subi une chirurgie de la cataracte sur un œil ou les deux. En d'autres termes, le pourcentage de personnes admissibles pour une chirurgie et qui l'ont effectivement subie. Cet indicateur est utilisé pour évaluer la mesure dans laquelle les services de chirurgie de la cataracte répondent aux besoins. Les données sont obtenues à partir des enquêtes démographiques ou des évaluations rapides. |
| Définition | Proportion de la population à qui on a diagnostiqué une cataracte (unilatérale ou bilatérale) qui a subi une chirurgie à un œil ou les deux (au niveau de 3/60 et 6/18). |
| Définition secondaire | Pourcentage de la population admissible à une intervention chirurgicale et qui l'a effectivement subie. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Proportion (nombre de personnes opérées/nombre de personnes ayant reçu un diagnostic positif de la cataracte) obtenue à partir des estimations d'enquêtes démographiques et des données nationales sur les résultats de la cataracte. |
| Utilisation de l'indicateur | Évaluer dans quelle mesure les services de chirurgie de la cataracte répondent aux besoins du pays. |
| Limitations | Nécessite des études fondées sur la population, qui sont peu généralisables. |
| Fréquence | Annuelle |

2.7 Nombre de patients opérés de la cataracte dont l'acuité visuelle est supérieure à 6/18 pour l'œil opéré au cours de l'année précédente

| | |
|--|--|
| Justification | La cataracte (opacification du cristallin) est la cause de cécité la plus importante, et il a été démontré que la chirurgie de la cataracte fait partie des interventions médicales ayant le meilleur rapport coût/efficacité ⁶ . La plupart des cataractes sont liées à l'âge et ne peuvent pas être évitées, mais la chirurgie de la cataracte et l'insertion d'une lentille intraoculaire sont des interventions très efficaces, débouchant sur une réadaptation visuelle quasi immédiate. Dans les centres oculaires bien gérés, il est possible de pratiquer un très grand nombre de chirurgies de haute qualité. La qualité de l'intervention chirurgicale est essentielle pour rétablir la capacité visuelle et satisfaire le nombre de personnes sollicitant une intervention chirurgicale. |
| Définition | Nombre d'yeux opérés avec une acuité visuelle définitive supérieure à 6/18 avec ou sans lunettes. |
| Définition secondaire | Le nombre d'yeux opérés avec une amélioration objective de la capacité visuelle du patient. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu obtenu à partir de données nationales et de district sur les résultats de la cataracte. |
| Utilisation de l'indicateur | Évaluer le niveau de qualité des services de chirurgie de la cataracte. |
| Limitations | Rapports incomplets (par exemple, secteur privé). |
| Fréquence | Annuelle |

2.8 Nombre d'établissements de santé publique au niveau national qui distribuent des lunettes (verres) pour la prise en charge des vices de réfraction

| | |
|--|--|
| Justification | Les vices de réfraction (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) touchent les personnes de tous âges et de tous groupes ethniques, et sont la principale cause de déficiences visuelles ^{1,4} . Cependant, répondre aux besoins de toutes les personnes atteintes de vices de réfraction non corrigés demeure une tâche monumentale. Souvent les services de réfraction n'existent que dans le secteur privé. La mise en place de services de prescription et de distribution de lunettes dans le système public, permettraient d'améliorer l'accès et de rendre les lunettes plus abordables pour un plus grand nombre de patients. |
| Définition | Nombre de centres où les patients peuvent recevoir une paire de lunettes dans les hôpitaux publics à tous les niveaux. |
| Définition secondaire | Disponibilité de lunettes (verres) dans les établissements de santé publics. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu obtenu à partir de dossiers médicaux des hôpitaux et du ministère de la Santé. |
| Utilisation de l'indicateur | Évaluer la fourniture de services de réfraction. |
| Limitations | Disponibilité n'est pas synonyme d'abordabilité ou d'utilisation des services. |
| Fréquence | Annuelle |

2.9 Nombre de centres offrant des services d'ophtalmologie pédiatrique dans le pays

| | |
|--|--|
| Justification | <p>On estime qu'il existe 1,4 millions d'enfants aveugles dans le monde, dont 1 million en Asie et 300 000 en Afrique⁷. La prévalence est de 0,3/1000 pour les enfants âgés de 0 à 15 ans dans les pays à haut revenu tandis qu'elle est de 1,5/1000 pour les enfants des milieux les plus pauvres. Bien que le nombre d'enfants aveugles soit relativement bas, ces enfants vivront dans la cécité toute leur vie, ce qui fait une estimation de 75 millions d'années-cécité, (nombre d'aveugles × durée de vie), ce qui place cette affection en deuxième position après la cataracte. Les principales causes de cécité chez l'enfant ont évolué au fil du temps. Grâce aux programmes de survie de l'enfant (la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par exemple,) les cicatrices de la cornée dues à la rougeole et l'avitaminose A sont en baisse dans de nombreux pays en développement, alors que la prévalence due à la cataracte est en augmentation. Limitation des prestations de soins ophtalmologiques aux enfants notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de données sur la prévalence et les causes de cécité chez les enfants; • Manque de sensibilisation des parents et de la population au sujet des mesures de prévention et des programmes de réadaptation possibles; • Obstacles à l'accès aux services, y compris le manque de sensibilisation, la distance, le coût, les appréhensions et les demandes concurrentielles face à des ressources limitées au sein de la famille; • Pénurie de professionnels en soins oculaires pédiatriques et insuffisance des possibilités de formation en ophtalmologie pédiatrique dans la plupart des pays à faible revenu; • Fragmentation des services de soins oculaires pédiatriques dans de nombreux pays, de sorte que les enfants nécessitant les compétences d'un spécialiste sont pris en charge par des ophtalmologistes généralistes; et • Insuffisance de services d'enseignement spécialisé pour les enfants atteints d'une perte visuelle irréversible, en particulier dans les pays à faible revenu. |
| Définition | Nombre de centres de soins oculaires pour les enfants dans le pays. |
| Définition secondaire | Enfant : âgé de 0 à 15 ans. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu provenant de rapports nationaux et de données démographiques nationales. |
| Utilisation de l'indicateur | Vérifier l'existence de services pour le contrôle des causes évitables de cécité de l'enfant. |
| Limitations | N'indique pas toujours la couverture géographique. |
| Fréquence | Annuelle |

2.10 Nombre de centres fournissant un traitement au laser de la rétinopathie diabétique

| | |
|--|--|
| Justification | Le diabète sucré est associé au développement d'un certain nombre de complications. La rétinopathie diabétique pouvant entraîner une cécité en fait partie. Des soins appropriés et en temps opportun aux personnes atteintes de diabète peuvent réduire de manière significative la perte visuelle au fil du temps, améliorer la qualité de vie des patients et réduire le fardeau financier associé aux complications des déficiences visuelles. La photocoagulation au laser est une technique classique de traitement de la rétinopathie diabétique. En général, elle est recommandée aux patients à risque élevé de rétinopathie diabétique proliférante, atteints d'œdème maculaire cliniquement important, ou de néovascularisation de l'angle iridocornéen. ⁸ |
| Définition | Nombre de centres offrant des services de prise en charge de la rétinopathie diabétique par photocoagulation. |
| Définition secondaire | Nombre de centres qui ont effectué des photocoagulations au cours de la période sous revue. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu des centres disposant de services fonctionnels de traitement au laser de la rétinopathie diabétique, mentionnés dans les rapports nationaux. |
| Utilisation de l'indicateur | Mesurer la disponibilité et la couverture géographique. |
| Limitations | Ne mesure pas l'accès. |
| Fréquence | Annuelle |

2.11 Nombre de centres disposant d'un périmètre d'examen du champ visuel pour le glaucome qui fonctionne

| | |
|--|---|
| Justification | Le glaucome n'est pas une maladie isolée, il peut être considéré comme un groupe de maladies oculaires caractérisées par une atrophie du nerf optique (mise en évidence par une excavation pathologique de la papille optique), et une perte du champ visuel. Le glaucome primaire à angle ouvert est le type de glaucome le plus fréquent dans la Région africaine. Dans de nombreux pays africains, les services de soins oculaires manquent de matériel et d'expertise nécessaires pour diagnostiquer et prendre en charge le glaucome. L'examen du champ visuel permet de vérifier le fonctionnement du nerf optique et de détecter les premiers signes de déficience. L'examen du champ visuel est obligatoire afin de confirmer le diagnostic, mais il est aussi utile pour surveiller l'évolution de la maladie. |
| Définition | Nombre de centres offrant des examens du champ visuel pour le glaucome. |
| Définition secondaire | Établissements de santé dotés d'un appareil automatisé d'analyse du champ visuel qui FONCTIONNE. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu des centres où il existe des services disposants d'un périmètre d'analyse du champ visuel pour le glaucome qui fonctionne, mentionnés dans les rapports nationaux. |
| Utilisation de l'indicateur | Mesure indirecte de la qualité de la prise en charge du glaucome. |
| Limitations | Ne mesure pas l'accès et la qualité. |
| Fréquence | Annuelle |

2.12 Dans les pays d'endémie, **proportion des communautés endémiques** couvertes par la stratégie CHANCE

| | |
|--|--|
| Justification | <p>La 10^{ème} réunion de l'initiative GET2020⁹ a adopté des recommandations visant à faciliter la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les pays doivent développer leur plans stratégiques nationaux quinquennaux de lutte contre le trachome, en collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux, ce qui témoigne de leur engagement à mettre en œuvre la stratégie CHANCE (Résolution WHA 56.26);• L'OMS doit concevoir des méthodes et des outils pour évaluer le fardeau du trachome et permettre la validation de l'élimination de la maladie;• Les pays doivent s'atteler à accroître la couverture de toutes les composantes de la stratégie CHANCE au plus haut niveau possible;• Il convient de promouvoir une collaboration intersectorielle accrue au niveau national et du district pour assurer une mise en œuvre complète de tous les composantes de la stratégie CHANCE. |
| Définition | Proportion des communautés endémiques couvertes par la stratégie CHANCE. |
| Définition secondaire | Progrès réalisés vers l'élimination. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Nombre de communautés endémiques couvertes par la stratégie CHANCE /nombre total de communautés où le trachome est endémique dans le pays (Objectif annuel d'intervention/ Objectif final d'intervention - AIO/UIG) d'après les enquêtes démographiques menées dans les zones endémiques, ou une évaluation rapide. |
| Utilisation de l'indicateur | Évaluer la couverture et les progrès réalisés. |
| Limitations | Les ressources, le développement socioéconomique, les conditions environnementales. |
| Fréquence | Chaque année lors des réunions de l'initiative GET 2020 ou tous les trois (3) ans dans les zones endémiques. |

2.13 Dans les pays d'endémie, **couverture géographique par l'ivermectine** de l'ensemble de la zone

| | |
|--|--|
| Justification | Les mesures de lutte contre l'onchocercose exigent l'application de larvicides dans les sites de reproduction de la petite mouche noire, et le traitement des communautés endémiques par un microfilaricide, le Mectizan® (ivermectine). La distribution de Mectizan® a débuté en 1992 dans 19 pays africains. Des progrès ont été accomplis pour atteindre l'objectif de traitement ultime dans la plupart de ces pays. |
| Définition | Proportion de la population totale à risque recevant un traitement annuel de Mectizan® définissant la couverture géographique. |
| Définition secondaire | L'objectif de couverture géographique est de 100 %. |
| Méthodes de mesure et sources de données | <i>Proportion de la population totale à risque bénéficiant d'un traitement.</i> |
| Utilisation de l'indicateur | Évaluer la couverture et les progrès réalisés. |
| Limitations | Les ressources, le développement socioéconomique, les conditions environnementales. |
| Fréquence | Annuelle |

2.14 Dans les pays d'endémie, **taux de couverture thérapeutique par l'ivermectine** de l'ensemble de la population à risque élevé d'onchocercose

| | |
|--|--|
| Justification | Dans la lutte contre l'onchocercose à l'aide du traitement de masse par l'ivermectine, la couverture doit être régulièrement surveillée afin que les communautés où la couverture est faible ou insuffisante bénéficient d'interventions appropriées et en temps opportun. |
| Définition | Proportion de la population totale à risque recevant un traitement annuel de Mectizan® définie comme étant la couverture thérapeutique. |
| Définition secondaire | L'objectif de couverture thérapeutique pour l'Afrique (pays APOC) est de 65 %. |
| Méthodes de mesure et sources de données | <i>Proportion de la population totale à risque bénéficiant d'un traitement.</i> |
| Utilisation de l'indicateur | Évaluer la couverture et les progrès réalisés. |
| Limitations | Les ressources, le développement socioéconomique, les conditions environnementales. |
| Fréquence | Annuelle |

2.15 Les soins oculaires primaires sont-ils intégrés dans le programme de soins de santé primaires ?

| | |
|--|--|
| Justification | Les soins oculaires primaires ne peuvent être considérés comme une activité indépendante, ils doivent au contraire être intégrés dans les systèmes de soins de santé primaires existants et, idéalement, être gérés comme un programme national. |
| Définition | Nombre de pays dotés d'une politique nationale et de programmes d'intégration de la santé oculaire dans les réseaux de soins de santé primaires. |
| Définition secondaire | Les activités de soins de santé primaires nationaux englobent les soins oculaires primaires. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Réponse affirmative ou négative d'après les rapports annuels sur la santé. |
| Utilisation de l'indicateur | Recenser les pays nécessitant un renforcement des capacités et des campagnes de plaidoyer au niveau national. |
| Limitations | Ne mesure pas le niveau de mise en œuvre. |
| Fréquence | Annuelle |

2.16 Le programme national des agents de santé communautaire inclut-il la santé oculaire ?

| | |
|--|---|
| Justification | Les agents de santé communautaire constituent un lien essentiel entre les services de santé officiels et la population. Ils assurent des tâches de soutien logistique, administratif et de santé oculaire. Les fonctions logistiques comprennent notamment la coordination des calendriers de dépistage, les visites à domicile, et l'information régulière des patients sur les consultations ultérieures. Les agents de santé communautaire mettent également en place les sites de dépistage pour les équipes de services avancés avant leur arrivée; ils informent la population de l'heure et de l'emplacement des séances; ils s'occupent des modalités de transport pour les interventions de chirurgie et les soins post-opératoires. Les fonctions administratives comprennent le maintien des dossiers essentiels pour les consultations communautaires, les patients consultés et les dates de consultation. Les agents de santé communautaire doivent être en mesure de détecter les affections oculaires de base et de référer ces patients pour examen et diagnostic vers l'établissement de santé le plus proche ou l'équipe de services avancés en consultation au sein de la communauté. Les agents de santé communautaire font également de la pédagogie sur les notions d'hygiène de base appropriées. |
| Définition | Nombre de pays dotés de stratégies établies pour intégrer la santé oculaire dans leur programme d'agents de santé communautaire. |
| Définition secondaire | Les tâches des agents de santé communautaires incluent la promotion d'activités liées à la santé oculaire. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Réponse affirmative ou négative d'après les rapports annuels sur la santé. |
| Utilisation de l'indicateur | Recenser les pays nécessitant un renforcement des capacités et des campagnes de plaidoyer au niveau national. |
| Limitations | Ne mesure pas la mise en œuvre. |
| Fréquence | Annuelle |

Information sanitaire

2.17 Nombre de consultations de patients pour des maladies oculaires, par an, dans le pays

| | |
|--|---|
| Justification | Le terme «morbidité oculaire» couvre le spectre des maladies oculaires dont souffre une population donnée. La morbidité oculaire se définit comme un ensemble de maladies oculaires graves, selon l'individu (autrement dit, le patient est suffisamment préoccupé par son état de santé pour solliciter des soins médicaux) ou selon un professionnel (un professionnel de la santé oculaire estime que le patient doit bénéficier d'un avis médical). Il n'est pas possible de plaider en faveur de services de soins oculaires plus réactifs et plus efficaces en l'absence de données suffisantes. Il est urgent de déterminer le fardeau de morbidité oculaire et les habitudes de recherche de soins de santé associées à ces maladies dans des milieux à faibles ressources. De tels renseignements sont essentiels pour accompagner les processus décisionnels, l'évolution des soins et la planification de services qui répondent aux besoins de la population. |
| Définition | Nombre de patients atteints de problèmes oculaires consultés dans l'ensemble des établissements de santé. |
| Définition secondaire | Les patients qui se présentent dans un établissement de santé parce qu'ils souffrent d'un problème oculaire. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu de consultations pour des problèmes de santé oculaire , déduit des rapports nationaux établis à partir des registres des établissements de santé et du SIGS. |
| Utilisation de l'indicateur | Surveiller l'évolution de la morbidité des affections oculaires; et suivre les tendances en matière d'élargissement des prestations de service aux populations les moins desservies. |
| Limitations | Certains systèmes SIGS n'ont pas d'indicateur pour les affections oculaires. |
| Fréquence | Annuelle |

Financement de la santé

2.18 Existe-t-il des crédits budgétaires alloués à la santé oculaire au niveau du ministère de la Santé ?

| | |
|--|---|
| Justification | Dans certains pays, l'impact des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé sur l'allocation de nouvelles ressources pour la formulation et la mise en œuvre de plans de prévention de la cécité n'a pas été à la hauteur des attentes. Dans la plupart des pays, les interventions sont lentes et les progrès en matière de mise en œuvre adéquate des activités de prévention de la cécité sont limités. Les pouvoirs publics ont restreint, voire souvent réduit, les moyens alloués aux soins oculaires. En outre, globalement parlant, la prévention de la cécité n'est pas considérée comme une priorité en dépit des données factuelles prouvant que restaurer ou préserver la vue est une intervention de santé rentable. Les pouvoirs publics doivent être sensibilisés aux avantages de la prévention et du traitement de la cécité. |
| Définition | Le ministère de la Santé prévoit un budget pour la santé oculaire. |
| Définition secondaire | Appui à la mise en œuvre et au renforcement des activités de prévention des déficiences visuelles. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Réponse affirmative ou négative , avec commentaires. |
| Utilisation de l'indicateur | Marqueur de la durabilité. |
| Limitations | Le volume peut varier. |
| Fréquence | Annuelle |

Consommables et technologies

2.19 Nombre de médicaments destinés aux soins ophtalmologiques figurant dans la liste des médicaments essentiels

| | |
|--|---|
| Justification | Les médicaments essentiels, tels que définis par l'Organisation mondiale de la santé, sont «les médicaments permettant de répondre aux besoins de soins de santé de la majorité de la population; ils doivent donc être disponibles à tout moment, en quantité suffisante et dans les formes pharmaceutiques appropriées, à un prix abordable pour la population.» La formation des agents de soins de santé primaires doit prévoir un module sur les médicaments permettant de traiter les affections qu'ils sont susceptibles de rencontrer à ce niveau des soins de santé. L'intégration des médicaments ophtalmologiques dans la liste des médicaments essentiels est une première étape importante vers l'intégration des soins oculaires primaires dans les soins de santé primaires. |
| Définition | Les médicaments requis par les agents des soins oculaires primaires pour traiter les maladies oculaires à ce niveau du système de santé. |
| Définition secondaire | Gouttes antibiotiques et onguents essentiels, médicaments antiallergiques non-stéroïdiens, lubrifiants (c'est-à-dire gouttes ou gels ophtalmiques) tel que déterminé par les politiques nationales. |
| Méthodes de mesure et sources de données | <i>Dernière liste de médicaments, mise à jour et numérotée.</i> |
| Utilisation de l'indicateur | Améliorer les services de soins oculaires primaires. |
| Limitations | Ne reflète pas toujours la disponibilité. |
| Fréquence | Annuelle |

2.20 Taux d'implantation de lentille intraoculaire: Proportion de toutes les opérations de la cataracte réalisées avec implantation de lentille intraoculaire au cours de l'année précédente

| | |
|--|--|
| Justification | Il existe deux principales techniques chirurgicales d'extraction de la cataracte : L'extraction extra-capsulaire de la cataracte et la phacoémulsification. Implanter une lentille intraoculaire après extraction de la cataracte est le meilleur moyen de corriger l'aphakie (absence de cristallin), car elle élimine le besoin d'épaisses lunettes. La majorité des chirurgies de la cataracte pratiquées dans le monde consistent à insérer une lentille intraoculaire après extraction extra-capsulaire de la cataracte. Toutefois, la technique d'extraction intracapsulaire de la cataracte (EIC) reste pratiquée dans certains pays africains. Le faible nombre d'EIC pratiquées dans un pays peut constituer une mesure indirecte de la précarité des services de chirurgie de la cataracte. Le taux cible d'implantation de lentille intraoculaire doit être de 100 %. |
| Définition | Proportion de l'ensemble des opérations de la cataracte avec implantation de lentille intraoculaire. |
| Définition secondaire | Chirurgie de la cataracte avec lentilles intraoculaires. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Proportion déduite du nombre d'yeux opérés, en chiffres absolus , avec implantation de lentilles intraoculaires/ opérations de la cataracte. Données obtenues à partir de données nationales et de district sur les résultats de la cataracte. |
| Utilisation de l'indicateur | Mesure indirecte de la qualité. |
| Limitations | Rapports incomplets, par exemple secteur privé. |
| Fréquence | Annuelle |

Leadership et gouvernance

2.21 Le pays dispose-t-il **d'un coordinateur national/d'une personne focale en charge de la santé oculaire** ?

| | |
|--|---|
| Justification | Les États membres de l'OMS sont instamment priés de créer et de soutenir des mécanismes de coordination nationaux, tels que des postes de coordonnateur national pour la santé oculaire et la prévention de la cécité au sein des ministères de la Santé et d'autres institutions clé, le cas échéant. Le coordonnateur national des soins oculaires est également responsable de la mise en réseau et du suivi du programme. |
| Définition | Le poste de Coordonnateur national existe dans le pays. |
| Définition secondaire | Expert ophtalmologiste reconnu par le ministère de la Santé comme point focal du programme national de santé oculaire. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Réponse affirmative ou négative , et détails. |
| Utilisation de l'indicateur | Recenser les pays qui ont besoin de renforcer les activités de plaidoyer et d'appui au niveau national. |
| Limitations | Ne donne pas d'indications sur les performances. |
| Fréquence | Annuelle |

2.22 Existe-t-il un **programme national de prévention de la cécité/ plan de santé oculaire adopté** par le ministère de la Santé ?

| | |
|--|--|
| Justification | Les États membres de l'OMS sont instamment invités à établir des plans et programmes nationaux de santé oculaire et de prévention de la cécité. Les plans et programmes nationaux devront définir les objectifs nationaux; recenser les lacunes; élaborer des approches; et planifier les activités et les mécanismes d'évaluation pour prévenir la cécité et les déficiences visuelles. |
| Définition | Plan ou programme national établi dans le pays. |
| Définition secondaire | La santé oculaire est reconnue comme une priorité au niveau national. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Réponse affirmative ou négative , et détails. |
| Utilisation de l'indicateur | Recenser les pays qui ont besoin de renforcer les activités de plaidoyer et d'appui au niveau national. |
| Limitations | Ne donne pas d'indications sur les performances. |
| Fréquence | 3 à 5 ans |

2.23 Dans l'affirmative, **ce programme national de prévention de la cécité/plan de santé oculaire est-il mis en œuvre** au niveau national ?

| | |
|--|---|
| Justification | Les États membres de l'OMS sont instamment priés de mettre en œuvre les plans et programmes nationaux existants de santé oculaire et de prévention de la cécité. Les plans et programmes nationaux devront définir les objectifs nationaux; recenser les lacunes; élaborer des approches; et planifier les activités et les mécanismes d'évaluation pour prévenir la cécité et les déficiences visuelles. |
| Définition | Plan ou programme national mis en œuvre au niveau national, plus de 50 % des cibles ou activités au moins ont été réalisées. |
| Définition secondaire | La santé oculaire est reconnue comme une priorité au niveau national. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Réponse affirmative ou négative , et détails. |
| Utilisation de l'indicateur | Recenser les pays qui ont besoin de renforcer les activités de plaidoyer et d'appui au niveau national. |
| Limitations | Ne donne pas d'indications sur les performances. |
| Fréquence | 3 à 5 ans |

2.24 **Nombre de réunions** du comité de prévention de la cécité/de la santé oculaire, dirigées par le ministère de la Santé ou avec la participation d'un représentant de ce dernier et tenues l'année précédente

| | |
|--|--|
| Justification | Il est important de créer des comités nationaux et des programmes de promotion de la santé oculaire et de prévention de la cécité. Leur rôle est d'assurer la liaison avec les principaux partenaires nationaux et internationaux afin d'échanger des informations et de coordonner des activités telles que la mise en œuvre du Plan national de santé oculaire et de prévention de la cécité. La mise en place d'un comité national fonctionnel est une condition préalable à la formulation d'un programme national de santé oculaire/plan de prévention de la cécité ainsi qu'à sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation de façon régulière. Certains pays, particulièrement ceux qui présentent des structures de gestion au niveau fédéral ou décentralisé, ont créé des comités analogues au niveau infranational. |
| Définition | Les comités nationaux sont composés de représentants du ministère de la Santé; de professionnels des soins oculaires; de représentants des bureaux pays de l'OMS; d'organisations non gouvernementales; de la société civile et du secteur privé; ils planifient, octroient des ressources, mettent en œuvre et suivent les activités de manière coordonnée. |
| Définition secondaire | Tout groupe de travail technique, Comité national, Forum, tel que défini par chaque pays afin de superviser les activités liées à la santé oculaire dans le pays. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu du nombre de réunions que le comité organise par année civile tel que rapporté par le comité lui-même. |
| Utilisation de l'indicateur | Renforcer les campagnes de sensibilisation, la mobilisation de ressources, établir les priorités et intensifier la mise en œuvre et la couverture. |
| Limitations | Ne donne pas d'indication sur la volonté des partenaires de travailler ensemble; ou la disponibilité des ressources. |
| Fréquence | Examen périodique des comités actifs. |

2.25 Célébration de la Journée mondiale de la vue et mise en œuvre de cette journée par le ministère de la Santé ou d'autres administrations publiques

| | |
|--|--|
| Justification | Il est particulièrement important de célébrer la «Journée mondiale de la vue» (le deuxième jeudi d'octobre) afin de rehausser l'image, la pertinence et l'efficacité de la promotion de la santé oculaire auprès d'entités stratégiques, notamment les autorités publiques, les organismes de développement bilatéraux et multilatéraux, les professionnels des soins oculaires, les sociétés et autres donateurs potentiels, les médias et les organisations internationales non gouvernementales de développement. |
| Définition | Célébration nationale de la Journée mondiale de la vue (le deuxième jeudi d'octobre) afin de renforcer le plaidoyer et la sensibilisation autour de l'initiative VISION 2020. |
| Définition secondaire | Toute activité organisée à l'échelle nationale pour commémorer la Journée mondiale de la vue et mise en œuvre par les administrations publiques. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Réponse affirmative ou négative , description des activités. |
| Utilisation de l'indicateur | Recenser le nombre de pays qui célèbrent la Journée mondiale de la vue. |
| Limitations | L'efficacité réelle de la communication pourrait être limitée. |
| Fréquence | Annuelle |

3. Indicateurs permettant d'évaluer les relations multisectorielles et l'efficacité des partenariats pour renforcer la santé oculaire.

3.1 **Nombre de partenaires et alliances internationaux** soutenant les soins ophtalmologiques dans le pays

| | |
|--|--|
| Justification | <p>D'importants partenariats internationaux ont été forgés au cours de ces dix dernières années pour aider l'OMS à octroyer une assistance aux États membres afin de déployer des initiatives pour prévenir la cécité; c'est le cas de l'initiative «VISION 2020 : le droit à la vue». Les partenariats ont permis d'accomplir des progrès notables, surtout dans la lutte contre les causes infectieuses de la cécité. Ils ont également encouragé et appuyé la mobilisation des ressources à long terme, ce qui inclut des programmes de don (par exemple le «Programme de don Merck» pour l'ivermectine afin de lutter contre l'onchocercose, et la distribution d'azithromycine pour lutter contre le trachome dans le cadre d'un programme de don de Pfizer).</p> <p>Il est nécessaire d'effectuer une coordination et évaluation des activités menées par les partenaires internationaux afin que leurs démarches soient en phase avec les autres activités entreprises dans le domaine de la prévention de la cécité.</p> |
| Définition | Nombre et noms des partenaires internationaux soutenant les soins ophtalmologiques dans le pays. |
| Définition secondaire | Les OING, organismes de coopération internationale et donateurs bilatéraux. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Chiffre absolu tirés des rapports de pays, avec des détails. |
| Utilisation de l'indicateur | Coordination et recensement des pays nécessitant un soutien ainsi que des partenaires disponibles. |
| Limitations | L'appui n'est pas homogène. |
| Fréquence | Annuelle |

3.2 La stratégie ou le plan national de santé oculaire est-il en conformité avec le plan stratégique national de santé en vigueur ?

| | |
|--|--|
| Justification | L'expérience montre que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, formuler un plan national exhaustif accompagné de cibles et indicateurs clairement énoncés, définis dans le temps et mesurables, conduit à une amélioration notable de la prestation de services de soins de santé oculaire. Il est possible d'améliorer les services de soins oculaires dans les États membres si le plan de santé oculaire est intégré et exécuté via des interventions coordonnées dans le cadre d'une stratégie globale de promotion du système de soins de santé dans son ensemble. Les plans de santé oculaire devraient, le cas échéant être inclus dans le cadre élargi des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, et définir des interventions contribuant à l'éradication de la pauvreté. |
| Définition | Nombre de pays dont le plan de santé oculaire a été aligné ou intégré dans le Plan stratégique national de santé. |
| Définition secondaire | Les plans de la santé oculaire devraient être inclus dans les cadres élargis de lutte contre la maladie, en définissant des approches et interventions appropriées et intégrées. |
| Méthodes de mesure et sources de données | Réponse affirmative ou négative , et détails. |
| Utilisation de l'indicateur | Évaluer si la santé oculaire est associée aux cadres sanitaires, socioéconomiques et politiques élargis du pays. |
| Limitations | Difficile d'évaluer la réussite du plan. |
| Fréquence | Examen périodique des plans actuellement mis en œuvre. |

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Nouvelles estimations mondiales sur les déficiences visuelles : 2010 disponibles à <http://www.who.int/blindness/publications/globaldata/en/>
2. Santé oculaire universelle : plan d'action mondial 2014-2019, disponibles à http://www.who.int/blindness/AP2014_19_French.pdf
3. VISION2020: the Right to Sight. Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable : plan d'action 2006-2011, disponible à www.who.int/blindness/Vision2020_report.pdf
4. Organisation mondiale de la Santé. Causes de la cécité et des déficiences visuelles, disponible à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/fr/>
5. WHA51.11 Elimination mondiale du trachome cécitant. Dixième séance plénière, 16 mai 1998- Comité A, quatrième rapport, disponible à <http://www.who.int/blindness/causes/WHA51.11/fr/>
6. Baltussen R, Sylla M, Mariotti S. Cost-effectiveness of cataract surgery : a global and regional analysis. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé 2004;82:338-345.
7. Organisation mondiale de la Santé. Prévenir la cécité de l'enfant. Rapport d'une réunion scientifique OMS/IAPB. Genève, 2000. (WHO/PBL/00.77).
8. Organisation mondiale de la Santé. Prévention de la cécité due au diabète. Rapport d'une consultation de l'OMS, disponible en anglais à http://www.who.int/diabetes/publications/prevention_diabetes2006/en/.
9. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de la 10ème réunion du GET 2020. Progrès vers l'élimination mondiale du trachome cécitant. Genève, 2006.
10. Organisation mondiale de la Santé Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire Brazzaville : OMS; 2008.

Annexes

Annexe 1

DÉFINITION DES DÉFICIENCES VISUELLES, DE LA BASSE VISION ET DE LA CÉCITÉ

- **Les Déficiences Visuelles** incluent la basse vision et la cécité.
- **La Basse Vision** se définit comme une acuité visuelle inférieure à 6/18, mais supérieure ou égale à 3/60, pour le meilleur œil avec la meilleure correction possible (catégories 1 et 2 des déficiences visuelles de la CIM-10).
- **La Cécité** se définit comme une acuité visuelle inférieure à 3/60 ou une perte correspondante du champ visuel (de moins de 10° à partir du point de fixation) pour le meilleur œil avec la meilleure correction possible (catégories 3, 4 et 5 des déficiences visuelles de la CIM-10).

Pour la définition des déficiences visuelles de la basse vision et de la cécité, veuillez consulter :

Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 2016 (CIM-10) : H54

Annexe 2

DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES MALADIES OCULAIRES

Cataracte

Définition

La cataracte est une dégradation de la qualité optique du cristallin (CIM-10 H25-28).

Classification et codage

Les formes les plus courantes de cataracte sont :

- **La Cataracte Nucléaire (NUC)**, conduisant à une opacification graduelle du noyau cristallin;
- **La Cataracte Corticale (COR)**, où l'opacification se fait depuis le cortex périphérique vers le centre, souvent avec des opacités radiaires typiques.
- **La Cataracte Sous-Capsulaire Postérieure (SCP)**, donnant naissance à des opacités habituellement distinctes au niveau central ou paracentral de la capsule postérieure.

Pour de plus amples définitions et codage des formes susmentionnés, veuillez-vous référer au document :

WHO/PBL/01.81 - Système simplifié de codage de la cataracte.

Rétinopathie diabétique

Définition

La rétinopathie diabétique (RD) est la complication microvasculaire spécifique du diabète sucré (DM), une épidémie mondiale affichant une morbidité importante.

Classification et codage

Sans intervention appropriée la rétinopathie diabétique progresse de façon régulière d'un stade léger à grave.

Les principales phases de la RD sont :

- **La Rétinopathie Diabétique Non-Proliférante**, qui est le stade de début de la rétinopathie diabétique;
- **La Rétinopathie Diabétique Proliférante (RDP)** est un stade sévère de rétinopathie diabétique et représente la réponse angiogénique de la rétine à une ischémie étendue avec occlusion des capillaires.

L'Œdème Maculaire Diabétique est une complication importante qui doit être évaluée séparément des stades de rétinopathie car il peut être associé aux différents stades de rétinopathie diabétique et peut connaître une évolution indépendante.

Les stades de la rétinopathie diabétique peuvent être classés en se fondant sur la Classification internationale de la rétinopathie diabétique reprise au Tableau 1.

Tableau 1 : Classification Internationale de la rétinopathie diabétique (a) et de l'œdème maculaire diabétique (b)

(a) Classification Internationale de la rétinopathie diabétique

| Rétinopathie diabétique | Constatations lors de l'ophtalmoscopie après dilatation |
|--|---|
| Pas de rétinopathie apparente | Pas d'anomalies |
| RD non-proliférante minime | Seulement micro-anévrismes |
| Rétinopathie diabétique non-proliférante modérée | Pas seulement des microanévrismes mais moins que dans la RD sévère |
| RD non-proliférante sévère | Tout ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragies intrarétiniennes (>20 dans chaque quadrant); • Veines moniliformes manifestes (dans 2 quadrants); • Anomalies microvasculaires intrarétiniennes (dans 1 quadrant); • Et aucun signe de rétinopathie proliférante |
| RD proliférante | RD non-proliférante sévère et un ou plusieurs des signes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • néovascularisation • hémorragie prérétinienne/vitréenne |

(b) Classification Internationale de l'œdème maculaire diabétique

| Œdème maculaire diabétique | Constatations lors de l'ophtalmoscopie après dilatation |
|----------------------------|---|
| OMD absent | Pas d'épaississement rétinien ou exsudats durs au pôle postérieur |
| OMD présent | Épaississement rétinien ou exsudats durs au pôle postérieur |
| OMD minime | Épaississement rétinien ou exsudats durs au pôle postérieur mais en dehors du centre de la macula (diamètre de 1000 µm) |
| OMD modéré | Épaississement rétinien ou exsudats durs au centre de la macula mais pas au niveau de la fovéa |
| OMD sévère | Épaississement rétinien ou exsudats durs au centre de la macula |

Pour de plus amples précisions sur les définitions et la classification de la rétinopathie diabétique, veuillez consulter les **Lignes directives du conseil international d'ophtalmologie (ICO) pour les soins oculaires chez les diabétiques**, février 2014.

Glaucome

Définition

Le glaucome est une neuropathie optique causée par un groupe hétérogène d'affections oculaires et associée à des dommages structurels caractéristiques du nerf optique avec modifications typiques du champ visuel. L'augmentation de la pression intraoculaire (PIO) est l'un des principaux facteurs de risque pouvant contribuer aux dommages du nerf optique et aux anomalies du champ visuel, mais c'est un signe qui n'est pas toujours associé à la neuropathie optique.

Classification

Les formes les plus courantes de glaucome chez les adultes sont les suivantes :

- **Le Glaucome Primitif à Angle Ouvert**, qui est une neuropathie optique chronique progressive dans laquelle, en l'absence d'autres causes identifiables il existe des changements morphologiques caractéristiques du nerf optique et une perte des cellules ganglionnaires de la rétine et de leurs axones. Cette affection est associée à une ouverture de l'angle iridocornéen à l'examen gonioscopique.
- **Les Glaucomes Secondaires** constituent un groupe hétérogène d'affections, où l'élévation de la pression intraoculaire (PIO) est le principal facteur pathologique à l'origine des neuropathies optiques glaucomateuses. La plupart des formes de glaucome secondaire tels que les glaucomes uvéitiques ou traumatiques ont des pathomécanismes complexes, que ce soit pour le glaucome à angle ouvert ou fermé.
- **Le Glaucome Primitif à Angle Fermé** est une neuropathie optique glaucomateuse associée à une fermeture de l'angle irido-cornéen due à l'accolement à l'iris ou à la présence de synéchies, causés par de multiples mécanismes. La fermeture de l'angle irido-cornéen peut être associée ou non à une augmentation de la pression intraoculaire (PIO) ou à une neuropathie optique glaucomateuse, et se présenter sous une forme aiguë ou chronique.

Des formes secondaires de fermeture de l'angle irido-cornéen peuvent également se produire (syndrome irido-corneo endothélial, inflammation ou néovascularisation par exemple).

Pour de plus amples informations sur les définitions et la classification du glaucome, veuillez consulter :

European Glaucoma Society - Terminologie et lignes directrices pour le glaucome, 4e édition, juin 2014.

American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern - Primary Open-Angle Glaucoma Suspect, Oct 2010.

American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern - Primary Open-Angle Glaucoma, Oct 2010.

American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern - Primary Angle-Closure, Oct 2010.

Vices de réfraction

Définition

Le vice de réfraction (amétropies) est un trouble oculaire très courant qui survient lorsque des rayons lumineux parallèles entrant dans l'œil non-accommodant ne se focalisent pas sur la rétine. L'effet visuel est une vision floue, qui est parfois tellement grave qu'elle cause des déficiences visuelles.

Les vices de réfraction ne sont pas évitables, mais ils peuvent être diagnostiqués par un examen de la vue et traités avec des lunettes de correction, des lentilles cornéennes ou une chirurgie réfractive. S'ils sont corrigés à temps et par des professionnels des soins oculaires, ils n'entravent pas le développement complet d'une bonne fonction visuelle. La correction se présente sous différentes formes en fonction de l'anomalie, de l'âge, des besoins en termes de travail ou d'activités effectuées.

Les vices de réfraction non corrigés sont classées comme des défauts visuels résultant en une acuité visuelle inférieure à 6/18, avec ou sans correction.

Classification

Les quatre vices de réfraction les plus courants sont :

- **La Myopie**, qui est une aberration optique courante dans laquelle l'œil a trop de puissance optique et les rayons lumineux parallèles d'une image éloignée sont focalisés sur un point antérieur à la rétine.
- **L'hypermétropie** est aussi une aberration optique fréquente dans laquelle l'œil n'a pas assez de puissance optique et où les rayons lumineux lointains se projettent en arrière de la rétine avant de converger sur cette dernière.
- **L'astigmatisme** est une aberration optique qui se produit lorsque les rayons lumineux incidents ne convergent pas vers un point focal unique. L'astigmatisme de réfraction totale peut être divisée en astigmatisme cornéen (ou keratométrique), astigmatisme lenticulaires et astigmatisme rétinien. La plupart des astigmatismes sont d'origine cornéenne.

- **La Presbytie** est une affection qui se développe avec l'âge et se traduit par une accommodation insuffisante pour effectuer un travail de près chez un patient dont le vice de réfraction de la distance est entièrement corrigé.

On parle de vice de réfraction élevé pour un vice réfractif supérieur ou égal à six dioptries pour la myopie, supérieur ou égal à trois dioptries pour l'hypermétropie, et supérieur ou égal à trois dioptries pour l'astigmatisme régulier.

Pour de plus amples précisions sur les définitions et les procédures d'examen des vices de réfraction, veuillez consulter :

World Health Organization and National Institute of Health: Assessment of the prevalence of visual impairment attributable to refractive error or other causes in school children - Protocol and Manual of Procedures. Geneva, November 2007.

American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern - Refractive Errors and Refractive Surgery, Jul 2013.

Maladies oculaires pédiatriques

Définition

Les maladies oculaires pédiatriques constituent un groupe hétérogène d'affections oculaires touchant les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans et qui peuvent porter préjudice à la croissance et bon développement sanitaire du système oculaire et visuel.

Classification

Les problèmes oculaires de l'enfant englobent :

- **La Cataracte Congénitale**
- **Le Glaucome Congénital**
- **Le Rétinoblastome** qui est une tumeur maligne mortelle touchant la vision.
- **La Rétinopathie Des Prématurés** est le problème oculaire le plus fréquent chez les nourrissons prématurés; elle est inversement liée à l'âge gestationnel et au poids de naissance. Elle peut causer la cécité et des déficiences visuelles graves.
- **Le Strabisme** concerne tout désalignement binoculaire. Les deux types courants de strabisme sont l'ésotropie (dans le cas où les yeux convergent) et l'exotropie (quand l'orientation des deux yeux diverge).
- **L'amblyopie** est une anomalie du développement visuel caractérisée par une diminution de l'acuité visuelle la mieux corrigée dans un œil normal ou dans un œil présentant une anomalie structurelle et dont l'acuité visuelle n'est pas entièrement attribuable à l'anomalie structurelle de l'œil. L'amblyopie peut être unilatérale ou bilatérale. La moitié environ des amblyopies sont secondaires au strabisme (surtout l'ésotropie) tandis que l'autre moitié est due à

d'autres causes telles que les vices de réfraction élevés et anisométries (les vices de réfraction asymétrique), ou surviennent avec des problèmes oculaires structurels.

- **Les Vices de Réfraction** sont une cause fréquente de problèmes de vision chez les enfants. Les vices de réfraction importants sur le plan visuel sont l'hypermétropie, l'astigmatisme modéré à élevé, la myopie modérée à élevée, et les vices de réfraction asymétriques.
- **L'uvéïte** est une forme d'inflammation de l'œil qui peut être due à des maladies infectieuses ou à des causes inflammatoires, mais les causes spécifiques les plus fréquentes chez les enfants sont l'arthrite juvénile idiopathique et la rétinocoroïdite toxoplasmique.

Pour de plus amples précisions sur les définitions, classifications et procédures d'examen des maladies oculaires pédiatriques, veuillez consulter :

World Health Organization and National Institute of Health – Assessment of the prevalence of visual impairment attributable to refractive error or other causes in school children - Protocol and Manual of Procedures. Geneva, Nov 2007.

American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern – Paediatric Eye Evaluations, Sep 2012.