

INTERNATIONAL
CENTRE FOR
EYE HEALTHVISION
2020
THE RIGHT TO SIGHT

Volume 3 | Numéro 2 | Août 2006

ÉDITORIAL

Au-delà de VISION 2020 : mettre progressivement en place aujourd'hui les équipes de soins oculaires de demain

**Daniel Etya'ale**

Coordinateur de VISION 2020 pour l'Afrique, Programme de prévention de la cécité, Organisation mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, CH-1211, Genève 27, Suisse.

Introduction

Après le lancement de VISION 2020, une de nos premières tâches a été l'organisation d'ateliers nationaux de planification dans les différents pays d'Afrique, au point que d'ici à fin 2006, l'ensemble du continent aura été complètement couvert. À l'origine, nos objectifs étaient fort modestes et s'exprimaient essentiellement en termes de chiffres à améliorer, mais les ateliers successifs nous ont révélé des réalités bien plus complexes. Aujourd'hui, notre perception de ce qu'il faut aux pays pour relever les défis de VISION 2020 et en pérenniser les acquis a fondamentalement changé. Ainsi, cinq ans et plus de 40 ateliers plus tard, une évidence nous paraît incontournable : il faudra bien plus qu'une simple embellie des statistiques pour atteindre les objectifs de VISION 2020 en Afrique. En effet, les lacunes actuelles, les faibles résultats et l'impact limité des activités en cours ne s'expliquent pas seulement par le peu de ressources disponibles ; ils s'expliquent aussi et surtout par la quasi-inexistence, dans la plupart des pays, de véritables structures et politiques de soins oculaires permettant de rationaliser et de soutenir ces activités. D'où l'urgence d'une réflexion plus globale sur les véritables enjeux de VISION 2020, qui s'intéressera certes à tous les dysfonctionnements actuels dans la prestation des soins oculaires en Afrique, mais s'attachera plus encore à en comprendre et à en corriger les

causes structurelles sous-jacentes. Cet éditorial veut suggérer quelques axes de réflexion prioritaires, notamment concernant le développement des ressources humaines.

Quels personnels pour réussir VISION 2020 ?

Il n'existe pas de réponse claire à cette question pour le moment. Toutefois, l'OMS a esquissé une sorte d'équipe minimum réunissant l'essentiel des compétences nécessaires à la réussite de VISION 2020 dans les pays les moins nantis. Une telle « équipe type » comprendrait des ophtalmologistes, des infirmiers ou des techniciens spécialisés en ophtalmologie, des réfractonistes/optométristes, des techniciens en basse vision, des agents de santé communautaires ou leur équivalent, des techniciens en maintenance et, pour coordonner tout cela, des administrateurs/gestionnaires des services d'ophtalmologie et des programmes de lutte contre la cécité.

L'analyse situationnelle a cependant montré que dans la plupart des pays ces « équipes types » n'existent pas encore. Leur composition se limite souvent à quelques ophtalmologistes et infirmiers spécialisés en ophtalmologie ; pour certains secteurs prioritaires, comme la basse



Zul Mukhtay/Sightsavers

vision, il n'existe souvent pas un seul technicien dans tout le pays. La situation est bien plus préoccupante encore dans les pays francophones d'Afrique (subsaharienne), où les besoins sont en général plus importants et les déséquilibres plus frappants. Ainsi, au manque d'ophtalmologistes s'ajoutent souvent une pénurie criante de techniciens et d'infirmiers spécialisés en ophtalmologie et une absence quasi-totale (notamment dans le secteur public) d'autres personnels essentiels de soutien. Il existe encore aujourd'hui de nombreux pays où il y a davantage d'ophtalmologistes que d'infirmiers spécialisés en ophtalmologie, dont plusieurs formés sur le tas ! Quand on sait qu'il faut en principe au moins deux infirmiers spécialisés par ophtalmologiste, on imagine facilement les conséquences néfastes de cette situation : des ophtalmologistes souvent « encombrés » de tâches secondaires qui pourraient être

Suite de l'éditorial à la page 26 ►

DANS CE NUMÉRO ...

- | | | |
|--|--|--|
| <p>ÉDITORIAL</p> <p>25 Au-delà de VISION 2020 : mettre progressivement en place aujourd'hui les équipes de soins oculaires de demain
Daniel Etya'ale</p> <p>ARTICLES</p> <p>27 VISION 2020 au niveau du district
Colin Cook et Babar Qureshi</p> <p>30 Le programme de soins oculaires de la province du Sud-Ouest au Cameroun
Joseph Enyegue Oye</p> | <p>32 Préparation du budget pour un programme de district VISION 2020
Paul Courtright, Joseph Banzi et Susan Lewallen</p> <p>34 La gestion des ressources humaines dans le cadre de VISION 2020
Kayode Odusote</p> <p>36 Renforcer l'équipe de soins oculaires pour avoir un impact au niveau du district
Hannah Faal</p> <p>38 Motiver le personnel et encourager son développement
Helen Roberts</p> | <p>41 Rapprocher les professionnels de la santé et les communautés
Sally Hartley</p> <p>43 Sortir de la clinique : les différents types de stratégies avancées
Daniel Etya'ale</p> <p>FICHE TECHNIQUE</p> <p>46 Réparation des instruments d'ophtalmologie dans les centres de santé isolés
Sam Powdrill</p> <p>48 ANNONCES</p> |
|--|--|--|



Cette revue est produite en collaboration avec
l'Organisation mondiale de la Santé

Volume 3 | Numéro 2 | Août 2006

Rédactrice en chef

Victoria Francis

Comité de rédaction

Professeur Allen Foster

Dr Clare Gilbert

Dr Murray McGavin

Dr Ian Murdoch

Dr Daksha Patel

Dr Richard Wormald

Dr David Yorston

Conseillers

Dr Liz Barnett (Enseignement et Apprentissage)

Catherine Cross (Infrastructure et Technologie)

Sue Stevens (Soins oculaires et Ressources
pédagogiques)

Consultants pour l'édition française

Dr A. D. Négrel et toute l'équipe
de l'Organisation pour la prévention
de la cécité (OPC)



Traduction

Dr Paddy Ricard

Administration

Marcia Zondervan (Coordination de l'édition française)

Anita Shah (Secrétaire de rédaction)

Bureau de la rédaction

Revue de Santé Oculaire Communautaire

International Centre for Eye Health

London School of Hygiene and Tropical Medicine,

Keppel Street, London WC1E 7HT, Royaume-Uni.

Tél : +44 207 612 7964/72

Fax : +44 207 958 8317

Courriel : Anita.Shah@Lshhtm.ac.uk

Service de renseignements

Sue Stevens

Courriel : Sue.Stevens@Lshhtm.ac.uk

Tél : +44 207 958 8168

Imprimé par Newman Thomson

Publication en ligne (www.jceh.co.uk)

Sally Parsley

Courriel : admin@jceh.co.uk

La Revue de Santé Oculaire Communautaire est
publiée deux fois par an et **envoyée gratuitement
aux abonnés des pays en développement.**

Merci de bien vouloir faire parvenir votre nom, votre
profession et votre adresse postale à la Revue de
Santé Oculaire Communautaire, à l'adresse ci-dessus.

Site Internet

Les anciens numéros de la Revue sont disponibles
sur le site :

www.jceh.co.uk

Le contenu peut être téléchargé sous format HTML ou sous
format PDF.

© International Centre for Eye Health, London, UK. Les articles peuvent
être photocopiés, reproduits ou traduits, à condition de ne pas être
utilisés à des fins commerciales ou d'enrichissement personnel. Merci
de bien vouloir citer l(es) auteur(s) ainsi que la Revue de Santé Oculaire
Communautaire.

ISSN 0953-6833

Cette revue est produite en collaboration avec l'Organisation mondiale de
la Santé. Les auteurs sont seuls responsables de leurs articles et le
contenu ne reflète pas nécessairement la politique de l'Organisation
mondiale de la Santé. L'Organisation mondiale de la Santé ne peut se
porter garante de l'exactitude des informations contenues dans cette
publication et ne peut en aucun cas être tenue responsable des
dommages éventuels résultant de son utilisation. La mention des produits
de certaines compagnies ou certains fabricants n'implique pas que ceux-ci
soient agréés par l'Organisation mondiale de la Santé ou que celle-ci
recommande leur utilisation plutôt que celle d'autres produits de même
nature qui ne sont pas cités dans cette revue.

ÉDITORIAL Suite

confiées aux infirmiers, des listes d'attente en
chirurgie de la cataracte de plusieurs mois et un
accès aux soins oculaires toujours fort limité pour
ceux qui en ont le plus grand besoin.

À cette pénurie quantitative et qualitative, il
faut ajouter la forte concentration des ophtal-
mologistes (et des rares personnels de soutien)
dans la capitale. Ici encore, cette tendance est
plus marquée dans les pays francophones. Son
inévitabilité conséquence est que des régions
entières sont desservies, au mieux, par les
structures des ONG éventuelles et, au pire, par
quelques rares infirmiers spécialisés souvent
abandonnés à eux-mêmes. Dans de
nombreuses régions, même ce minimum
n'existe pas.

Personnel, structures et politiques des soins oculaires : des problèmes liés

Il apparaît clairement qu'on ne peut pas
aborder la question du personnel sous le seul
aspect des besoins quantitatifs, en faisant
abstraction du reste, comme cela a souvent
été le cas. La preuve en est qu'en Afrique
subsaharienne, près d'un tiers des pays ont
atteint ou dépassé les minima recommandés
par l'OMS pour les pays moins nantis (deux
ophtalmologistes par million d'habitants), mais
n'ont pas encore pour autant amélioré le
volume ou la couverture géographique de leurs
prestations. Comment sortir de ce cercle
vicieux ? Peut-on même s'en sortir ? Une
réponse formelle à cette question n'est peut-
être possible qu'à travers une recherche opéra-
tionnelle bien menée. En attendant, il est
urgent qu'on commence enfin à s'intéresser
aux deux autres volets importants, longtemps
négligés, de toute stratégie de développement
des ressources humaines : les structures et les
politiques de soins oculaires dans chaque pays.

Très peu de pays ont à ce jour mis en place
une politique claire et cohérente de dévelop-
pement des ressources humaines : une
politique basée sur une évaluation des besoins
par région en nombre et en type de person-
nels ; qui définit clairement les modalités de
recrutement, de déploiement et de rétention
du personnel ; et enfin, qui définit les mesures
spéciales pour encourager le personnel à
travailler dans les régions pauvres et à y rester
un minimum de temps.

Sur le plan des structures de soins, à
l'exception de l'Afrique du Sud et de certains
pays du Maghreb, le gros du personnel national
travaille dans des structures étatiques. Ces
structures sont souvent les seules à avoir une
plus grande couverture nationale, tout au
moins sur le plan des infrastructures. Malheureusement, leurs infrastructures et
leurs équipements sont le plus souvent
vétustes et peu fonctionnels, rendant l'exécu-
tion même des actes les plus élémentaires
difficile, voire impossible, et constituant une
source importante et permanente de démotiva-
tion pour le personnel. Ces structures souffrent
aussi de pénuries chroniques (jusqu'à neuf
mois par an dans certains cas) en médica-
ments et autres consommables essentiels,
avec comme principale conséquence le caractè-
re aléatoire des prestations des soins
dispensés et, surtout, leur influence négative
sur la fréquentation de ces structures.

L'autre principal acteur dans les prestations
de soins « grand public » est le groupe de struc-

tures appuyées par les ONG et autres missions
caritatives. Elles constituent présentement la
« cheville ouvrière » des prestations en santé
oculaire, aussi bien au niveau curatif que
préventif, contribuant par exemple jusqu'à 80 %
dans la prise en charge de la chirurgie de la
cataracte dans de nombreux cas. De telles
performances seraient d'un apport beaucoup
plus considérable encore si ces structures
avaient la même « envergure territoriale » que
celles du gouvernement. Tel n'est hélas pas le
cas car, en réalité, ces résultats sont souvent
obtenus par un nombre limité de centres de
soins oculaires. Si on ajoute à cela le fait que
l'ensemble des prestations actuelles (tous
partenaires confondus) ne couvre à peine que
20-25 % des besoins, on comprend mieux
pourquoi il est urgent de réhabiliter et de
renforcer les structures de l'État. Même si les
ONG avaient la possibilité aujourd'hui de
doubler leur capacité actuelle, il resterait
encore à couvrir au moins 50 % des besoins et
les objectifs de VISION 2020 seraient toujours
loin d'être atteints. Mais il y a plus important
encore. VISION 2020 n'est pas seulement des
objectifs minimaux à atteindre, c'est aussi, à
beaucoup d'égards, un partenariat exemplaire.
Or le succès d'un partenariat est d'abord et
avant tout le succès de chacun des ses
membres. Au niveau des pays, les seuls qui
semblent réussir pour le moment sont les ONG
et leurs partenaires. Si les structures étatiques
ne sont pas renforcées, si rien n'est fait pour
qu'elles aussi réussissent, il y a fort à parier
qu'un tel partenariat ne résistera pas longtemps
à l'épreuve du temps. L'enjeu est donc de taille.
Fort heureusement l'ensemble des partenaires
de VISION 2020 en sont conscients, si l'on en
juge par les recommandations très pertinentes
élaborées à ce sujet au cours de deux récentes
consultations tenues à Addis Abéba en juillet
2005 et à Accra en février 2006.

Repenser complètement la formation du personnel de soins oculaires

Au regard des défis à relever pour réussir
VISION 2020 en Afrique, l'apport des centres de
formation existants reste, dans l'ensemble, large-
ment inadéquat. Il existe plusieurs raisons à cela.

Il y a d'abord le caractère incomplet et fort
limité de l'offre : les seules filières de formation
existantes sont celles des ophtalmologistes et
des techniciens spécialisés en ophtalmologie et
la plupart des centres fonctionnent en dessous
de leurs capacités réelles (par ex. deux ophtal-
mologistes par an dans des pays qui en utilise-
raient facilement dix fois plus !). Quant aux filières
de formation des autres membres de l'équipe
type évoquée plus haut (p. 25), les rares centres
de formation existants sont tous anglophones.

Il y a ensuite l'inadéquation entre, d'une part,
les programmes de formation (certains ont très
peu changé depuis plusieurs années) souvent
plus théoriques que pratiques et, d'autre part,
les défis à relever sur le terrain. Ceci s'explique
largement par le fait que la grande majorité des
programmes et des modalités de formation
actuelles sur le continent reste calquée sur le
modèle occidental classique : attentiste, centré
à l'hôpital et pour lequel le malade n'existe que
lorsqu'il traverse le seuil de l'hôpital ou de la
clinique. Or un tel système marche bien dans les
pays industrialisés, parce qu'il existe dans ces
pays des structures de soins et du personnel

ophtalmique en nombre suffisant et sur l'ensemble du territoire. Le même système devient catastrophique lorsque, comme en Afrique, l'accès aux soins oculaires dépasse rarement les 30 % et les seules structures existantes sont concentrées dans la capitale. En même temps, les formations en ophtalmologie de santé publique, qui pourraient en grande partie combler ces lacunes et donner une dimension communautaire à la formation, restent encore plutôt l'exception que la règle. Une autre lacune importante des programmes de formation actuels est le manque de préparation des praticiens pour les tâches et fonctions « non cliniques » qu'ils devront assumer une fois sur le terrain. Ailleurs, notamment dans les pays industrialisés, la plupart des ophtalmologistes n'ont à se préoccuper que de leur malade. Dans beaucoup de pays d'Afrique, au contraire, un jeune médecin ophtalmologiste peut être nommé chef d'un service provincial d'ophtalmologie deux mois après sa sortie de l'école. Il doit alors assumer la gestion administrative et financière de son service ainsi que de son personnel, alors que sa formation ne l'a préparé (et encore !) qu'à la prise en charge des malades, et il lui faudra quelques mois pour apprendre sur le tas les préliminaires de l'administration.

D'où l'urgence d'inclure des modules de formation en gestion et en administration dans le cursus de tout ophtalmologiste ou infirmier devant travailler en Afrique. De même, parce que les ophtalmologistes ne sont actuellement formés que pour prendre en charge les patients qui viennent jusqu'à eux, il faudrait dès que possible commencer à les former à se préoccuper aussi de ceux, bien plus nombreux et souvent plus nécessaires, qui ne viendront peut-être jamais jusqu'à eux. On pourrait déjà, en attendant l'avènement de ces nouveaux cursus mieux adaptés à notre contexte, introduire des modules complémentaires dans ces domaines – en commençant, peut-être, par les proposer à ceux qui arrivent actuellement en fin de formation.

Conclusion

Les défis à relever pour atteindre les objectifs de VISION 2020 en Afrique sont multiples. Ils requièrent des mesures adaptées, prenant en compte l'ensemble des contraintes et problèmes identifiés, en particulier ceux liés aux structures et aux politiques de soins oculaires. Plus tôt les structures pérennes seront en place dans chaque pays et plus rapidement se fera la mise en œuvre de VISION 2020. Mais la réussite de VISION 2020 passera aussi par la formation d'un nouveau type d'ophtalmologiste « 5 ou 6 étoiles », qui sera tout à la fois un excellent clinicien, chirurgien et chercheur, mais également formateur, administrateur et gestionnaire, communicateur, et enfin étudiant à vie ! Un ophtalmologiste qui évoluera au sein d'une équipe de soins oculaires complète, dans laquelle les tâches seront clairement réparties et avec laquelle il (elle) se sentira responsable de la santé oculaire de l'ensemble de la communauté.

Vu sous cet angle, VISION 2020 apparaît à la fois comme un programme avec des objectifs à atteindre à court, à moyen et à long terme, mais aussi comme une opportunité unique pour commencer à construire, dès aujourd'hui, l'ophtalmologie de demain, bien au-delà de 2020. Le défi est énorme, mais certainement à notre portée. Le plus difficile, pour certains d'entre nous, sera sans doute de nous réinventer.



PROGRAMME DE DISTRICT

VISION 2020 au niveau du district



Colin Cook

Ophtalmologiste CBMI, Grootte Schuur Hospital VISION 2020 Project, Cape Town, Afrique du Sud.

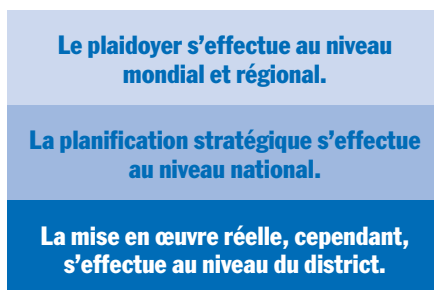


Babar Qureshi

Directeur, Academics and Research, Pakistan Institute of Community Ophthalmology (PICO), PO Box 125, GPO, Peshawar, Pakistan.

Contexte de VISION 2020 au niveau du district

Comme le dit un proverbe africain : « Comment manger un éléphant ? – Lentement, une bouchée après l'autre, avec l'aide de ses amis ». Nous pouvons appliquer cette sage leçon à VISION 2020 : « Comment résoudre le problème apparemment insurmontable de la cécité dans le monde ? – Une étape après l'autre, en découpant ce problème en morceaux faciles à digérer et en travaillant tous ensemble en équipe ».



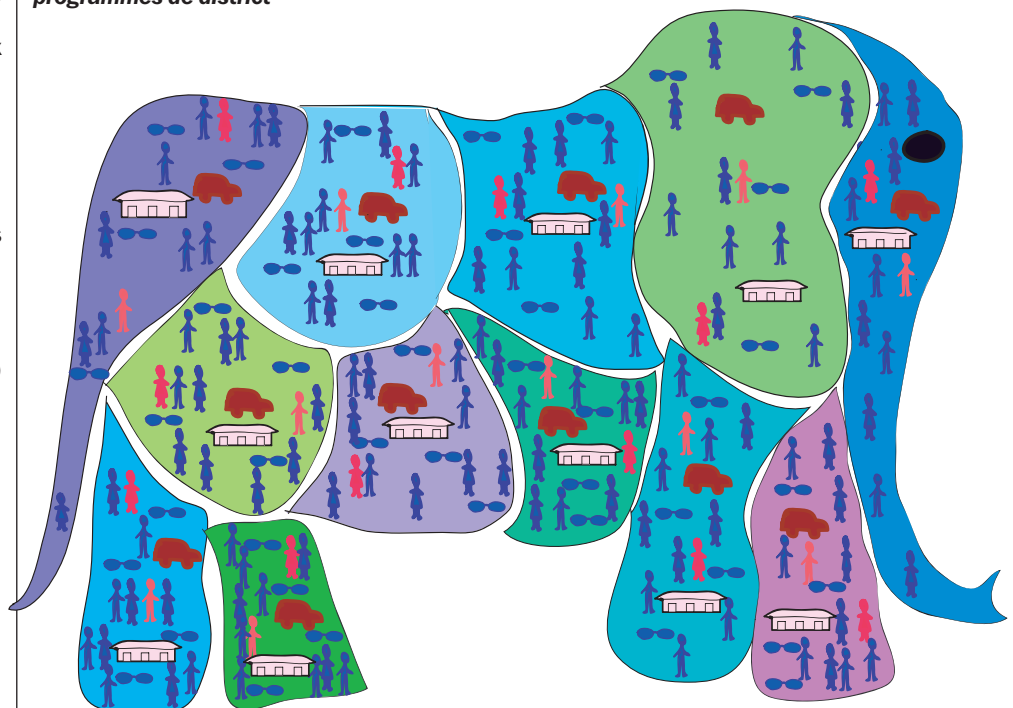
On recommande que chaque programme de district VISION 2020 soit une unité de mise en œuvre correspondant à environ un million de personnes (500 000 à 2 millions). Cette unité administrative d'environ un million de personnes peut être désignée par des noms différents selon les pays : sous-district, district, région, province, etc. Par « programme de district VISION 2020 », nous entendons cette unité de mise en œuvre, quel que soit le nom qu'on lui donne. Elle représente un « morceau de l'éléphant ». Dans un pays de 40 millions d'habitants, il ne faut pas planifier un programme national unique pour réussir VISION 2020, mais 40 programmes de district séparés qui, tous ensemble, formeront le programme national (Figure 1).

Que comporte un programme VISION 2020 au niveau du district ?

Les programmes de district VISION 2020 sont développés comme des plans opérationnels annuels et doivent s'intégrer

Suite à la page 28 ➤

Figure 1. Le programme national VISION 2020 doit être constitué de plusieurs programmes de district



LÉGENDE



Ophtalmologistes/Chirurgiens de la cataracte

Infirmiers spécialisés/Techniciens supérieurs en ophtalmologie



Optométristes/Opticiens



Services de gestion



Service de chirurgie oculaire au sein de l'hôpital de district

Illustration : Victoria Francis