

Concept - Santé oculaire

CRS Coopération internationale



Impressum

Conception graphique et impression:
graphic-print, Croix-Rouge Suisse

Wabern, Juin 2020

Photos page de couverture:
Dépistage oculaire en milieu scolaire près de Tamale, au Ghana
© Croix-Rouge Suisse, Remo Naegeli

Table des matières

1. Introduction	5
1.1 Portée et but	5
1.2 Cadre stratégique et institutionnel	5
2. Contexte	8
2.1 Portée globale et répartition par région	8
2.2 Causes, tendances et facteurs de risque concernant les déficiences visuelles et la cécité	9
2.3 Défis et opportunités	10
3. Objectifs	14
3.1 But	14
3.2 Résultats	14
4. Approche	17
4.1 Le modèle autonome	17
4.2 Le modèle intégré	17
4.3 Le modèle complémentaire	22
5. Coopération et coordination	24
5.1 Coopération au sein du Mouvement	24
5.2 Partenariats et réseaux stratégiques au-delà du Mouvement	24
6. Gestion de qualité	26
6.1 Pertinence et impact	26
6.2 Suivi, évaluation et recherche opérationnelle	26
6.3 Développement des capacités et gestion des connaissances	27
Annexes	28
Annexe 1: Principales causes des déficiences visuelles et de la cécité	28
Annexe 2: Modèle d'impact (domaine de la santé) de la CRS CI	30
Annexe 3: Aperçu des opportunités d'intervention en soins oculaires dans la ligne des priorités de santé thématique du département CI de la CRS	31
Bibliographie	32

Abréviations

AIPC	Agence internationale pour la prévention de la cécité
CI	Coopération internationale
CRS	Croix-Rouge suisse
EAH	Eau, assainissement et hygiène
FICR	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
ICTC	Coalition internationale pour la lutte contre le trachome
LRRD	Lier l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement
MNT	Maladie non transmissible
Mouvement	Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PDI	Personne déplacée interne
PSSBC	Premiers secours et santé à base communautaire
ARCE	Appréciation rapide de la cécité évitable
Société nationale	Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge

1. Introduction

1.1 Portée et but

«Des personnes saines dans des communautés résilientes» est l'objectif général du département Coopération internationale de la Croix-Rouge suisse (CRS). Pour l'atteindre, la CRS accompagne ses Sociétés nationales partenaires dans trois domaines: la santé, la gestion des risques de catastrophe et le développement des Sociétés nationales. La santé oculaire est l'une des sept priorités thématiques du domaine de la santé. La CRS considère la santé comme un droit humain et une ressource pour le développement économique et social et donc un élément clé de la résilience des communautés.

Dans le cadre de l'adoption de l'Agenda 2030 pour le développement durable, les États membres des Nations Unies ont pris l'engagement de ne laisser personne de côté. Aujourd'hui, une personne sur deux présente le risque de ne pas pouvoir accéder à des soins de santé de qualité. Cela est particulièrement vrai pour la santé oculaire: on estime qu'un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux soins oculaires de base. Le travail de la CRS dans la réduction de la cécité et des déficiences visuelles est particulièrement lié à l'ODD 3 (Bonne santé et bien-être) mais il a également un impact positif concernant l'ODD 1 (Pas de pauvreté), l'ODD 2 (Faim «zéro»), l'ODD 4 (Éducation de qualité), l'ODD 5 (Égalité entre les sexes) et l'ODD 17 (Partenariats pour la réalisation des objectifs).

Le Concept de la CRS sur la santé oculaire définit le cadre général de tous les projets de santé oculaire du département pour la Coopération internationale. Il décrit avec précision le contexte actuel de la santé oculaire dans le monde, les objectifs prioritaires de la CRS, les stratégies de mise en œuvre, les principes directeurs ainsi que les aspects de son approche en matière de coopération, de coordination et de gestion de la qualité. Il remplace le précédent Concept oculaire 2012.

1.2 Cadre stratégique et institutionnel

Croix-Rouge suisse

La santé oculaire est intégrée au cadre conceptuel du département CI de la CRS pour la santé (voir Fig. 1). Le cadre constitue une partie intégrante de la *Politique de santé* du département CI de la CRS qui est alignée sur la stratégie 2030 de la CRS.

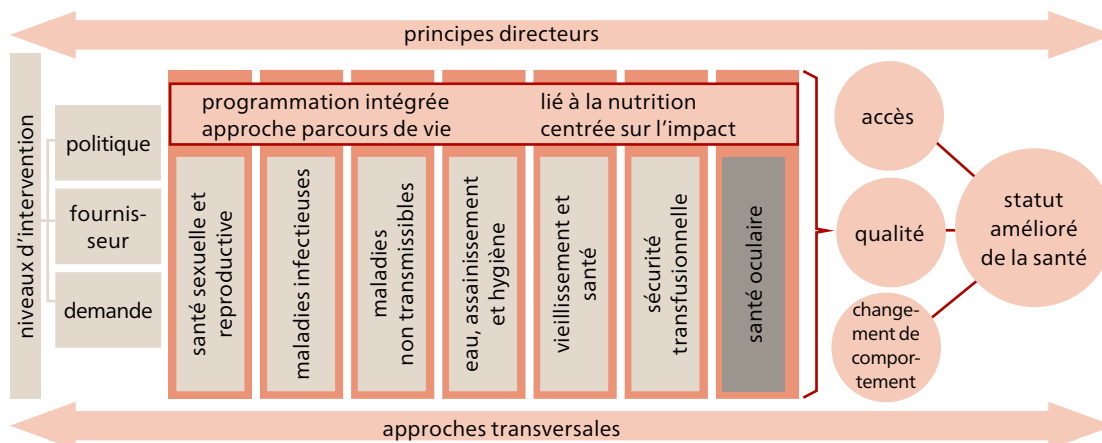


Figure 1: cadre conceptuel de la CI de la CRS en matière de santé

Les éléments constitutifs de tous les programmes de la CRS reposent sur une approche centrée sur la personne, des soins de santé intégrés, le renforcement des capacités des communautés, ainsi qu'un fort accent placé sur la prévention plutôt que sur le traitement. La CRS utilise une programmation intégrée – à travers laquelle sont associées les interventions liées à différentes priorités thématiques, y compris les mesures liées à la nutrition – et une approche incluant tout le parcours de vie pour renforcer l'impact des projets et des programmes. Les projets de la CRS prennent en compte à la fois le côté demande et le côté prestataires et visent à influencer les politiques sanitaires. En bâtissant des ponts entre les communautés et les prestataires de services de santé, en créant et en renforçant les liens entre les différentes parties prenantes, en renforçant les capacités et en équipant les systèmes de santé locaux, la CRS contribue à une meilleure performance des systèmes de santé de sorte que les services de santé locaux puissent fournir des soins de qualité accessibles et abordables. Pour promouvoir la santé et prévenir les maladies, les communautés, le gouvernement, la société civile et le secteur privé doivent travailler ensemble à encourager un style de vie sain parmi l'ensemble de la population. Dans tous ses projets, la CRS se base sur l'approche LRRD et prend en compte les questions de genre et de diversité (voir *Note d'orientation de la CRS*) et la sensibilité aux conflits (voir *Concept de la CRS sur la Sensibilité aux conflits*).

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

La politique de santé du département CI de la CRS s'aligne sur l'Objectif 2 de la *Stratégie 2030 de la FICR*, qui est de permettre que tout le monde mène une vie sûre et saine dans la dignité et a des possibilités de prospérer. Le *Cadre stratégique santé et soin* de la FICR reflète l'engagement de la FICR dans les soins de santé universelle en ce que a) il présente les priorités collectives et les modalités de programmation qui définissent le travail du réseau de la FICR en matière de santé et de soins; b) il illustre une voie d'engagement des Sociétés nationales vis-à-vis des autorités de santé publique dans leur rôle auxiliaire en matière de santé et de soins; et c) il relie le travail du réseau de la FICR dans la santé et les soins à l'agenda mondial des ODD. Puisque la santé oculaire ne figure pas encore comme composante spécifique des stratégies de santé de la FICR, la CRS en fera la promotion au sein du Mouvement (voir section 5.1, Coopération au sein du Mouvement).

Organisation Mondiale de la Santé

Le concept santé oculaire du département CI de la SRC s'aligne sur le *Rapport mondial 2019 de l'OMS sur la vision (World Report on Vision, WRV)*. Le rapport s'appuie sur les efforts concertés des 30 dernières années pour formuler cinq recommandations clés:

- a) Intégrer les soins oculaires à la Couverture sanitaire universelle (CSU);
- b) Mettre en œuvre des soins oculaires intégrés centrés sur la personne;
- c) Favoriser la recherche de haute qualité;
- d) Surveiller les tendances et évaluer les progrès;
- e) Accroître la prise de conscience, impliquer les personnes et les communautés et renforcer leurs capacités.

La proposition fondamentale du rapport est d'adopter et d'élargir une approche intégrée des soins oculaires, qui est définie par «des services qui sont gérés et fournis de sorte que les personnes reçoivent un continuum d'interventions de santé couvrant la promotion, la prévention, le traitement et la réhabilitation, pour aborder le spectre complet des affections oculaires en fonction de leurs besoins, coordonnés à travers les différents niveaux et lieux de soin à l'intérieur et au-delà du secteur de la santé et qui reconnaît les personnes comme des participantes et des bénéficiaires de ces services, tout le long de leur parcours de vie». Les quatre stratégies clés de mise en œuvre de cette approche sont:

- a) renforcer les capacités et impliquer les personnes et les communautés, c'est-à-dire fournir des opportunités, des compétences, des informations et des ressources;
- b) réorienter le modèle de soins, en priorisant les soins de santé primaire solides et les soins oculaires au niveau communautaire;
- c) coordonner les services intra et trans-sectoriels, c'est-à-dire coordonner les personnes, les programmes et les secteurs;
- d) créer un environnement stimulant, c'est-à-dire favoriser la gouvernance et le leadership, la force de travail et le système d'informations dans le domaine de la santé et l'intégration des soins oculaires aux plans stratégiques nationaux en matière de santé.

Dans le contexte de son Rapport mondial sur la Vision, l'OMS élabore un ensemble d'interventions de soins oculaires fournissant aux États membres un guide d'orientation technique facilitant l'intégration des soins oculaires dans le secteur de la santé et dans la Couverture sanitaire universelle. Ce kit devrait être disponible en début d'année 2021 (voir Feuille d'information du WRV).

S'appuyer sur l'expérience de la CRS

Depuis près de 30 ans, la CRS travaille dans de nombreux pays avec ses Sociétés nationales partenaires pour favoriser la santé oculaire et prévenir les déficiences visuelles et la cécité. En tant que membres de l'AIPC, la CRS et ses partenaires ont acquis une expérience considérable et une vaste expertise et sont reconnus comme partenaires importants et de valeur dans la promotion de la santé oculaire à l'échelle mondiale. *L'Évaluation globale externe 2017/2018* salue les projets de santé oculaire soutenus par la CRS pour leurs nombreux résultats, notamment pour le fait qu'ils comblent les lacunes dans la santé oculaire communautaire en mettant l'accent sur les groupes vulnérables et en œuvrant dans les zones géographiques mal desservies, pour le bon équilibre entre les aspects prophylactiques et curatifs; et pour l'intégration des projets de santé oculaire aux systèmes de santé. Le réseau de bénévoles a été identifié comme une base très solide. Le concept de santé oculaire s'appuie sur ces qualités clés et fournit des opportunités supplémentaires de participation et de positionnement stratégique de la CRS dans la santé oculaire.

2. Contexte

2.1 Portée globale et répartition par région

L'OMS estime qu'au moins 1 milliard de personnes souffrent de déficiences visuelles (modérées ou graves) ou de cécité évitables ou traitables (Rapport mondial 2019 sur la vision). Plus de 75% des déficiences visuelles sont évitables par des mesures de détection précoce, de prévention et des services plus solides de soins oculaires.

Les déficiences visuelles et les maladies oculaires liées à l'âge ont un effet négatif sur les opportunités économiques et d'éducation, réduisent la qualité de vie et accroissent le risque de décès. La perte de la vue génère une souffrance considérable pour les personnes affectées et leurs familles. L'étude de 2017 sur la Charge mondiale de morbidité (Global Burden of Disease) a classé la cécité et les déficiences visuelles comme troisième déficience majeure, avec 1,34 milliard de cas à travers le monde en 2017 (*Indicateurs de la santé dans le monde, 2018*).

La prévalence des déficiences visuelles varie considérablement selon les pays et les régions du fait des différences dans la pyramide des âges, du niveau de revenu, du lieu de résidence, du sous-groupe de population, de la répartition des services et du genre.

- Neuf personnes sur dix présentant une déficience visuelle vivent dans des pays à revenus faibles et intermédiaires. Le plus grand nombre de personnes aveugles et atteintes de déficience visuelle modérée à grave résident en Asie du Sud. Les personnes vivant en zone rurale présentent un risque supérieur de déficience visuelle et de cécité du fait de la rareté des services.
- La charge de la déficience visuelle est supérieure chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Par exemple, 86% des 36 millions de personnes aveugles et 80% des 216,6 millions de personnes atteintes de déficience visuelle modérée à grave à travers le monde ont plus de 50 ans. La prévalence de la cécité chez les adultes de plus de 50 ans est supérieure en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud, soit 5,1% en Afrique sub-saharienne occidentale et 4% en Asie du Sud. À l'opposé, la prévalence de la cécité est inférieure ou égale à 0,5% dans toutes les régions à revenus élevés (*Bourne et al 2017*).
- Les différences liées au genre dans la prévalence de la cécité et des déficiences visuelles persistent dans toutes les régions du monde et parmi tous les groupes d'âges. Sur les 36 millions de personnes non voyantes, 56% sont des femmes et les femmes présentent un risque supérieur de cécité par rapport aux hommes en ce qui concerne la dégénérescence maculaire, le trachome (*Cromwell et al., 2009*) ou la cataracte (*Lewallen et al., 2009*), particulièrement dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. En Afrique sub-saharienne, en Asie du Sud, en Asie de l'Est et dans le Pacifique, les filles sont moins susceptibles que les garçons d'être opérées d'une cataracte bilatérale, contrairement aux pays à revenus élevés (Seva 2018). Cette disparité liée au genre peut parfois être inversée dans certains environnements à revenus élevés.

2.2 Causes, tendances et facteurs de risque concernant les déficiences visuelles et la cécité

Les principales causes des déficiences visuelles sont la presbytie non corrigée, les erreurs de réfraction non corrigées, la cataracte, le glaucome, les opacités de la cornée, la rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le trachome¹. Ces affections sont décrites avec précision dans l'Annexe 1.

Les déficiences visuelles doivent être dès à présent reconnues comme un enjeu sanitaire mondial, car une augmentation considérable des besoins mondiaux en soins oculaires est prévue pour les décennies à venir. Selon *Bourne et al. (2017)*, le nombre de personnes aveugles à travers le monde devrait augmenter drastiquement d'environ 38,5 millions en 2020 à 114,6 millions en 2050, ce qui montre l'ampleur du défi. De même, le nombre de personnes affectées de déficiences visuelles modérées à graves fera plus que doubler, d'environ 237,1 millions en 2020 à 587,6 millions en 2050. Cette augmentation, qui provoquera une poussée de la demande mondiale en soins oculaires, peut être attribuée à deux facteurs principaux:

- **Croissance de la population et vieillissement:** le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus à travers le monde devrait grimper de 901 millions en 2015 à 1,4 milliard en 2030 (*UN DESA, 2019*). Le vieillissement de la population entraînera vraisemblablement un éventail de répercussions profondes sur les sociétés, y compris sur les systèmes de santé déjà sous tension, mais il constitue également le principal facteur de risque de nombreuses affections oculaires. Une augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus conduira à une augmentation de la **presbytie**, de la **cataracte**, du **glaucome** et de la **dégénérescence maculaire liée à l'âge**. Il est prévu que la prévalence globale, par exemple, de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, soit multipliée par 7 entre 2020 et 2040 (*Wong et al., 2014*). Avec une croissance de la population mondiale concentrée dans les pays les plus pauvres, il sera particulièrement difficile d'éviter l'aggravation ultérieure de la répartition déjà inégale du fardeau de la santé oculaire.
- **Changements dans le style de vie:** moins de temps passé en extérieur, plus de temps consacré à des activités impliquant la vision de près, régime alimentaire médiocre et taux d'urbanisation accrus ont contribué à une augmentation sensible de l'incidence et de la gravité de la **myopie**, particulièrement dans les pays asiatiques (*Community Eye Health Journal, 2019*). Il est probable que la prévalence mondiale de la myopie passe de 1,95 milliard de personnes en 2010 à presque 3,5 milliards en 2030 (*Holden et al., 2016*). Les changements de style de vie ont également contribué à une augmentation du nombre de personnes souffrant de diabète. Des études suggèrent que la prévalence de toute forme de rétinopathie chez des personnes présentant un diabète atteint jusqu'à 35 % (*Yau et al., 2012*). Si les tendances actuelles se poursuivent, le nombre de personnes souffrant de rétinopathie diabétique augmentera significativement: en 2010, sur un total de 32,4 millions de personnes non voyantes et de 191 millions de personnes malvoyantes, 0,8 million étaient non voyantes et 3,7 millions présentaient une déficience visuelle due à la **rétinopathie diabétique**, avec une croissance alarmante de 27 %

¹ La CRS emploie les catégories et les définitions de déficience visuelle et de cécité et d'affections oculaires menaçant la vue selon la *Classification internationale des maladies 11* (*International Classification of Diseases 11th Edition*).

et 64 % respectivement, s'étendant sur les deux décennies de 1990 à 2010 (*Leasher et al., 2016*). L'usage du tabac comme expression du style de vie devient également un problème dans la mesure où la prévalence de l'usage du tabac augmente dans la région méditerranéenne orientale et la région africaine. En 2019, 80 % des 1,1 milliard de fumeurs du monde vivaient dans des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires. Avec l'usage du tabac comme facteur de risque primaire modifiable pour la **dégénérescence maculaire liée à l'âge** et facteur de développement de la **cataracte**, les efforts visant son arrêt ont besoin d'être placés sur les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, spécialement dans la mesure où les campagnes de marketing de l'industrie du tabac ciblent désormais ces régions (*Lancet 2019*).

2.3 Défis et opportunités

Défis

Les tendances mondiales précédemment mentionnées peuvent conduire à une multiplication par trois de la cécité durant les 30 prochaines années. Ceci pose des défis supplémentaires en matière de demande et de fourniture de services de soins oculaires. Les défis liés à la fourniture de services de soins oculaires peuvent être résumés comme suit:

- La fourniture des services n'est pas équitable du fait de la pénurie et de la répartition inégale des ressources humaines en santé oculaire, spécialement des ophtalmologues et des optométristes.
- Les services de soins oculaires sont entravés par leur fragmentation et leur médiocre intégration aux systèmes de santé, dues par exemple au manque d'intégration des services de soins oculaires primaires proposés par les organisations non gouvernementales aux services de soins de santé primaire, à la coordination encore médiocre des acteurs de la santé oculaire dans de nombreux pays, aux faibles systèmes d'information de gestion de la santé, ou au développement inadéquat des ressources humaines destinées à la santé oculaire.
- La santé oculaire n'est souvent pas considérée par les gouvernements nationaux comme un enjeu prioritaire, malgré l'existence de programmes nationaux de contrôle de la cécité. Par conséquent, les services de soins oculaires sont gravement sous-développés et sous-dotés dans de nombreux pays, en matière de développement et de déploiement du personnel de santé oculaire et de disponibilité de l'équipement ophtalmologique essentiel et de médicaments de qualité abordables.
- Le manque de preuve – ou l'incapacité à exploiter celles qui existent – et l'ampleur inconnue des besoins réellement satisfaits freinent le développement de plans, de stratégies et de politiques nationales efficaces en santé oculaire (*Ramke et al., 2018*).

- La migration représente un double défi pour la santé oculaire: elle a des effets défavorables sur le personnel de la santé oculaire et elle conduit à une prévalence accrue de la perte de vision et des maladies oculaires non diagnostiquées menaçant la vue parmi les migrants, les déplacés internes et les réfugiés (*Buhrmann et al., 2011; Segui-Crespo et al., 2019; Bastawrous et al., 2016*). Avec une croissance dans les contextes plus fragiles de plusieurs pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, il est probable que le nombre de personnes dans l'incapacité d'accéder aux services de soins oculaires de base fasse un bond en avant.

Les défis liés à **la demande de services de soins oculaires** (utilisation des services) comprennent ce qui suit:

- Les enjeux d'accessibilité liée au genre, au coût perçu, au statut socio-économique, aux faibles connaissances en matière de santé oculaire, à l'infrastructure médiocre, au manque de transport et aux différentes formes d'incapacités (physique, auditive, ou intellectuelle).
- Les enjeux d'acceptabilité liée aux caractéristiques de la force de travail dans le secteur de la santé, au port de lunettes et à l'aspect esthétique, à la méfiance vis-à-vis de la qualité des services et à la crainte ou aux facteurs culturels concernant les services offerts de soins oculaires.
- Les facteurs d'accessibilité, comprenant les coûts directs et indirects, le niveau de revenu et le régime d'assurance maladie.

Opportunités

Tandis que la santé oculaire fait face à de nombreux défis critiques, elle présente également une plage complète d'opportunités et de développements à exploiter pour faire progresser la santé oculaire à l'échelle mondiale:

- VISION 2020: le droit à la vue, une initiative mondiale visant à éliminer la cécité évitable d'ici 2020, à intensifier les efforts mondiaux de plaidoyer et à renforcer les plans nationaux de soins oculaires. La publication du Rapport mondial de l'OMS sur la vision a aidé à consolider cette dynamique.
- L'AIPC met en relation les acteurs de la santé oculaire au niveau régional et mondial, fournit des outils et des ressources extrêmement utiles et fait la promotion de la santé oculaire à travers le monde. Conjointement au groupe des Nations Unies des Amis de la Vue, l'AIPC a négocié l'intégration de la santé oculaire à la Déclaration politique des Nations Unies sur la Couverture sanitaire universelle.
- Les stratégies efficaces de lutte contre les principales causes de la cécité évitable existent et certaines d'entre elles font partie de toutes les interventions de soins de santé les plus rentables et faisables (voir *Baltussen et al., 2012*).

- L’innovation est une marque de fabrique du secteur de la santé oculaire, qui a élaboré de nouveaux produits pharmacologiques et méthodes chirurgicales, de nouvelles formes de thérapie, de nouveaux logiciels de diagnostic/e-applications et de nouveaux systèmes de soutien à la décision clinique et de nouvelles aides visuelles et accru l’utilisation de l’intelligence artificielle dans les soins oculaires (par exemple pour la rétinopathie diabétique, voir *Gulshan et al., 2016*).
- Le vieillissement de la population et les épidémies mondiales de maladies non transmissibles ont donné plus de visibilité à la santé oculaire, à laquelle ils sont étroitement liés.
- L’OMS et d’autres acteurs clés reconnaissent maintenant le besoin en ressources humaines dans le secteur de la santé et le rôle des bénévoles et des agents de santé communautaires dans la santé des communautés.

Dans ce contexte, le Mouvement se trouve dans une excellente position pour contribuer à réduire les déficiences visuelles et la cécité. Son réseau mondial de bénévoles, le rôle des Sociétés nationales comme auxiliaires du gouvernement, la confiance que les communautés placent en lui, ses efforts à fournir des services complets et intégrés et l’accent qu’il place sur les groupes de population les plus vulnérables lui donnent un avantage comparatif qui lui permet d’aborder les défis liés à la santé oculaire et d’optimiser les opportunités à la fois au niveau mondial et d’une manière spécifique au contexte. À l’intérieur de la FICR et au plan international, la CRS recommande que la santé oculaire soit reconnue comme un enjeu mondial majeur de santé publique.

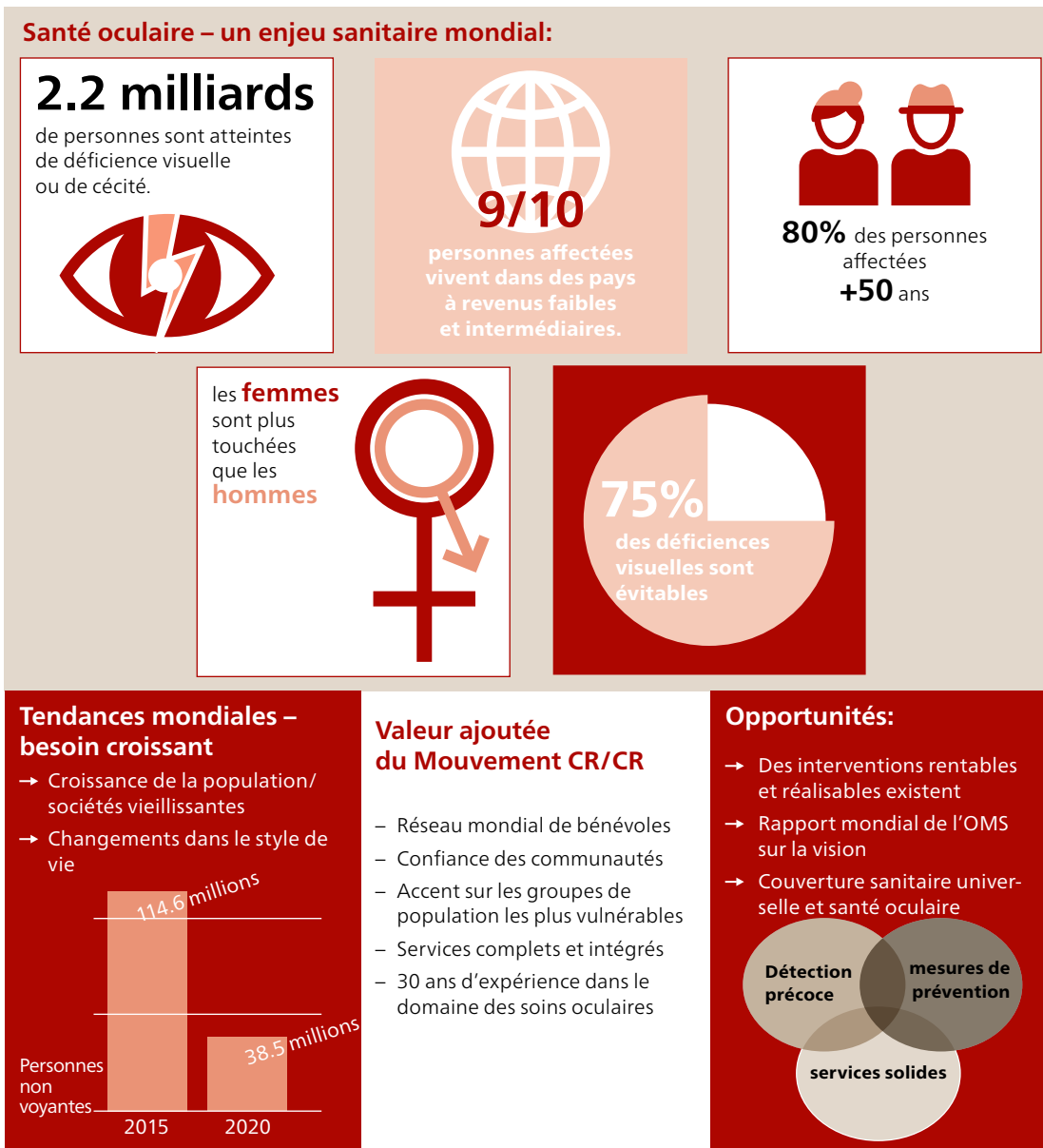


Figure 2: La valeur ajoutée du Mouvement dans le domaine de la santé oculaire

3. Objectifs

3.1 But

Le but principal de la CRS dans la santé oculaire est de contribuer à réduire la charge mondiale des déficiences visuelles et de la cécité évitable.

3.2 Résultats

Lorsqu'il s'agit de santé oculaire, la CRS vise à atteindre les trois résultats de santé interconnectés tels que définis dans son modèle d'impact du département CI (voir Annexe2): changements de comportement pratiqué, accès accru et qualité renforcée.

Changements de comportement pratiqué

Les modifications sociétales de style de vie sont des facteurs de risque clés du développement d'affections oculaires pouvant conduire à une augmentation massive du nombre de personnes présentant des déficiences visuelles. Les projets de santé oculaire de la CRS encouragent les comportements et styles de vie sains. La CRS et ses partenaires encouragent les groupes et les communautés vulnérables à agir sur les déterminants de la santé et à entretenir un environnement favorable à la prévention des maladies oculaires. En fonction du pays et du contexte, ils appliquent une diversité d'approches de promotion de la santé et d'éducation sanitaire au niveau de la communauté et au niveau individuel afin d'encourager l'adoption de comportements sains ayant un impact sur les affections oculaires et les déficiences visuelles.

Les campagnes de promotion de la santé visent à renforcer la prise de conscience de l'importance des examens oculaires réguliers et de recourir aux soins de santé oculaires. Elles sensibilisent les groupes vulnérables sur l'importance des comportements de protection, dont le port de lunettes de vue, le fait de passer du temps à l'extérieur, le maintien du visage propre et le port de lunettes de soleil.

En s'engageant dans des campagnes de sensibilisation, les Sociétés nationales partenaires de la CRS informent les groupes cibles des liens entre la santé oculaire et les autres thèmes de santé, dans la mesure où le changement de comportement dans d'autres domaines de la santé peut avoir un impact positif sur la santé oculaire. Cela s'applique en particulier aux relations entre le diabète et la rétinopathie diabétique; à la rougeole et à la carence en vitamine A en résultat d'une malnutrition chronique et de la cicatrisation cornéenne; et au trachome actif causé par l'insuffisance de propreté du visage et à d'autres problèmes liés à l'hygiène environnementale (voir section 4.2 Le modèle intégré).

Accès accru

Les projets de santé oculaire de la CRS visent à améliorer l'accès équitable aux soins de santé oculaire en travaillant sur l'interface entre la fourniture et la demande en services. Conjointement aux sociétés nationales et aux ministères clés, la CRS aide les systèmes locaux de santé à s'attaquer aux inégalités d'accès tout en abordant l'ensemble des trois dimensions de la Couverture sanitaire universelle (c'est-à-dire la population, les services et les coûts; voir le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*).

Dans le dialogue avec ses partenaires, spécialement avec les ministères de la santé, la CRS encourage l'intégration des soins oculaires primaires au système de santé publique, par exemple à travers la promotion de l'adaptation et de la mise en œuvre du Manuel de *formation en soins oculaires primaires* de l'OMS en 2018 qui vise à bâtir et à renforcer la capacité du personnel de santé à gérer les patients-es présentant des affections oculaires au niveau des installations sanitaires primaires dans la Région africaine de l'OMS. La mise en pratique du manuel élargira considérablement la disponibilité des services au niveau des soins primaires.

La CRS et ses Sociétés nationales partenaires renforcent le pouvoir des communautés à revendiquer leur droit à la santé. À travers la formation des bénévoles communautaires et locaux, elles renforcent la prévention, la détection précoce et le transfert des personnes présentant une perte de la vision ou un problème oculaire vers le niveau des soins primaires. Elles renforcent le transfert des patients es du niveau primaire jusqu'au niveau secondaire. En fonction des politiques nationales de délégation des tâches, elles peuvent prendre en considération le fait que les bénévoles des Sociétés nationales et/ou les agents de santé communautaires formés au plan local gèrent des maladies oculaires déterminées au sein de la communauté.

Pour améliorer l'accès aux services de soins oculaires, la CRS et ses partenaires soutiennent et lancent des initiatives qui visent à garantir que les coûts ne constituent pas un frein aux soins oculaires et n'entraînent pas de dépenses excessives, notamment par le biais de systèmes de financement orientés vers les personnes à faible niveau de revenu ou des modèles de financement de la santé novateurs spécifiques au contexte, comme les bons de chirurgie de la cataracte qui intègrent les besoins et contraintes financières des groupes de population les plus vulnérables (par exemple les femmes rurales âgées ou les personnes en situation de handicap).

Les femmes et les filles font face à de nombreuses barrières socio-économiques et culturelles lorsqu'il s'agit d'accéder de manière équitable aux services de soins oculaires (voir *Mganga, Lewallen et Courtwright, 2011*). En réponse, les interventions de soins oculaires soutenues par la CRS appliquent une approche sensible au genre lors de la conception et de la revue des programmes et lors du renforcement des capacités du personnel de soin oculaire de ses Sociétés nationales partenaires (voir *Kit d'outil sur l'équité des genres de l'AIPC, 2019*).

La CRS renforce les ressources humaines pour la santé oculaire en fournissant des opportunités de formation au personnel du Ministère de la Santé. En formant le personnel à la chirurgie du glaucome, aux nouvelles techniques de chirurgie de la cataracte et/ou au diagnostic et au traitement de la rétinopathie diabétique, elle rend disponible des services de soins oculaires qui répondent aux tendances actuelles dans le domaine des déficiences visuelles. La CRS s'engage également dans des mesures consistant à maintenir le personnel gouvernemental de santé oculaire, principalement pour les régions reculées et à s'assurer que les ressources précieuses sont bien coordonnées et que la répartition et la composition du personnel de soin oculaire sont alignées sur les besoins réels de la population.

En plus de renforcer les ressources humaines gouvernementales, dans des cas spécifiques, la CRS fournit de l'équipement, par exemple dans les unités de soins primaires soutenues par la CRS, afin d'améliorer le dépistage, le diagnostic et les possibilités de traitement. Elle planifie l'exploration de nouvelles technologies et d'outils numériques de santé qui peuvent être utilisés par les bénévoles et le personnel paramédical pour améliorer le dépistage, le diagnostic et le traitement précoce.

Outre leur engagement au niveau des installations de santé et dans les services communautaires mobiles, la CRS et ses Sociétés nationales partenaires travaillent également dans les écoles, effectuant un dépistage à grande échelle aux fins de détection précoce, de traitement des infections et d'orientation des cas plus compliqués vers les fournisseurs de services appropriés. La CRS encourage l'utilisation des *lignes directrices de la santé oculaire standard dans les écoles* de l'AIPC (2018) dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires.

Qualité améliorée

D'une part la fourniture de services de bonne qualité accroît la demande et améliore l'accès. D'autre part, des activités effectives de promotion de la santé conduisent à des changements de comportement. En gardant à l'esprit une approche de renforcement du système de santé, la CRS et ses partenaires se concentrent sur la fourniture de services de soins oculaires et sur les ressources humaines dans la santé oculaire. Les audits réguliers de la cataracte et d'autres audits cliniques sont conduits pour garantir que les services de soins oculaires donnent des résultats de bonne qualité. La CRS favorise l'adhésion aux protocoles de traitement standards. Conjointement à ses partenaires, elle s'engage dans la formation continue du personnel clinique et administratif en vue d'une fourniture de services de meilleure qualité.

De meilleures collecte et analyse des données et leur application effective sont fondamentales pour atteindre les objectifs en matière de vue et de santé pour chacun/e. Des systèmes d'informations de gestion de la santé bien établis et conviviaux renforcent la réflexion sur la qualité et constituent un prérequis à des services qui répondent aux besoins réels de la population. À cette fin, la CRS soutient des études ARCE, d'autres études basées sur la population et des évaluations des systèmes de santé oculaire au niveau national (*voir EHSA, 2012*). Celles-ci visent à améliorer l'efficacité des interventions de soins oculaires à travers de meilleures compréhension et intégration des soins oculaires au système de santé général et en posant la base requise à l'élaboration ou à la révision des plans stratégiques nationaux ou régionaux de santé oculaire.

4. Approche

La CRS prône la mise en place de services de soins oculaires centrés sur la personne, intégrés aux systèmes de santé et basés sur des soins de santé primaire solides. En partenariat avec les Sociétés nationales, elle contribue au renforcement des systèmes de santé et des liens entre les Sociétés nationales (dans leur rôle d'auxiliaires de l'État), les ministères pertinents et les autres parties prenantes du domaine de la santé oculaire. Conformément à son engagement, la CRS s'engage dans les soins oculaires aussi bien dans le contexte du développement que de celui des secours d'urgence (LRRD).

Afin d'atteindre les résultats planifiés et d'élargir l'impact et la portée de ses interventions en santé oculaire, la CRS applique trois différentes stratégies de mise en œuvre: le modèle «autonome», le modèle «intégré» et le modèle «complémentaire».

4.1 Le modèle autonome

Dans des pays spécifiques, la CRS continue de s'engager dans les projets de santé oculaire à long terme en se concentrant principalement sur la santé oculaire, en coopération avec la Société nationale et les autres partenaires clés tels que le Ministère de la santé. Dans de tels projets «autonomes», la CRS aide à favoriser le changement de comportement et à améliorer l'accès et la bonne qualité des services de soins oculaires sur la base d'une évaluation préliminaire des besoins.

La CRS s'engage également dans la collaboration trans-sectorielle chaque fois qu'elle semble prometteuse. Pour les programmes de pays dépourvus de composante en santé oculaire, la CRS explore les opportunités de s'engager dans des projets à long terme de santé oculaire sur la base des critères suivants:

- Besoins élevés en soins oculaires et facteurs limitant de manière importantes l'accès (par exemple sur la base d'une étude ARCE ou d'une autre étude auprès de la population);
- intérêt exprimé par la Société nationale concernée;
- engagement par le Ministère de la santé de mettre en action le Rapport mondial de l'OMS sur la vue;
- complémentarité avec le plan stratégique national pour la santé oculaire et avec d'autres fournisseurs de santé oculaire déjà présents dans le pays;
- apprentissage et échange avec les pays voisins travaillant dans la santé oculaire.

4.2 Le modèle intégré

Dans le domaine de la santé, la CRS a actuellement déterminé sept priorités distinctes (voir section 1.2, Cadre stratégique et institutionnel), dont l'une est la santé oculaire. La santé oculaire ne

constitue pas en soi un domaine thématique isolé mais présente plutôt de nombreuses interactions avec d'autres priorités thématiques. Associer la santé oculaire aux interventions sanitaires d'autres domaines thématiques peut avoir un grand impact avec relativement peu d'effort et de coût supplémentaires. Un aperçu des possibilités d'intervention est présenté à l'Annexe 3.

Dans les projets liés au vieillissement et à la santé

Tel que reconnu dans le *Rapport mondial de l'OMS sur le vieillissement et la santé*, la perte de la vue affecte des proportions extrêmement élevées de personnes âgées et représente la cause majeure d'incapacité liée à l'âge. Sans de solides systèmes de santé oculaire, le vieillissement de la population (voir section 2.2, Causes, tendances et facteurs de risque pour les déficiences visuelles et la cécité) peut alourdir la charge de la cécité et des déficiences visuelles évitables, particulièrement dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires.

La perte de la vue lors du vieillissement peut affecter de nombreuses façons la qualité de vie, notamment en augmentant le risque de dépression (*Fédération internationale sur le vieillissement, 2012*) et de comorbidité par des maladies chroniques (*van Nispen et al., 2009*). En fait, les patients-es de 65 ans et plus atteints de déficiences visuelles présentent une plage plus large de comorbidités physiques et mentales en matière de santé par rapport à ceux celles du même âge sans déficience visuelle. Cela a des implications importantes pour la pratique clinique et pour la conception de services intégrés permettant de satisfaire les besoins complexes des patients-es ayant des déficiences visuelles (par exemple en matière d'intégration du dépistage de la dépression et de l'audition aux services de soins oculaires, voir *Court et al., 2014*). La perte de la vue affecte également négativement la qualité de vie en ce qu'elle conduit à la perte de revenu et de productivité (*Polack, 2008*), perte d'indépendance pour les soins personnels (*Hassell, Lamoureux et Keefe, 2006*), réduction de l'activité et de la mobilité, réduction de l'espérance de vie (*Fong et al., 2013*) réduction de la capacité à accéder aux services de santé, réduction de l'interaction et participation sociales, et une probabilité accrue de douleurs et d'inconfort.

Une bonne vue signifie une meilleure qualité de vie et permet aux personnes âgées de continuer de jouer un rôle actif dans leurs communautés, allégeant la charge des soins pesant sur les familles, spécialement les femmes et les enfants. La perte de la vue n'est pas une partie inévitable du processus de vieillissement. Dans de nombreux cas, elle peut être évitée ou traitée. L'identification précoce et la prévention, le traitement et la réhabilitation des troubles de santé oculaire peuvent aider les personnes âgées à conserver leur vision, leur apportant la sécurité économique et leur permettant d'être socialement actives au fur et à mesure qu'elles vieillissent.

Les points d'action clés pour une meilleure intégration de la santé oculaire aux projets liés au vieillissement et à la santé comprennent:

- l'augmentation de la prise de conscience de la prévalence élevée et de l'impact significatif d'une faible vue parmi les personnes âgées et la démonstration de bonnes pratiques; elderly and showcasing best practice examples;

- la réalisation de programmes de promotion et de sensibilisation sur la santé oculaire par âge dans le contexte du vieillissement et de la santé et du maintien d'une bonne vision à un âge avancé, en s'appuyant sur des promoteurs pairs de la santé oculaire ou des «champions de la vue» et en intégrant les aspects de prévention, de détection précoce, de traitement et de réhabilitation de la perte de la vue;
- l'augmentation de la prise de conscience de l'importance de la prévention et de la gestion des Maladies non transmissibles chroniques qui prédisposent les patients-es à des problèmes de vision, en particulier le diabète;
- la facilitation de l'accès au dépistage et au traitement par l'intermédiaire, par exemple, de bénévoles formés ou de plateformes communautaires pour les personnes âgées et l'appui à des activités ophtalmologiques de terrain par des ophtalmologues formés;
- l'accent placé sur le traitement des cataractes et de la presbytie, qui sont particulièrement marquées chez les personnes âgées et qui peuvent être traitées par une chirurgie simple et peu coûteuse, respectivement la réfraction et la fourniture de lunettes;
- l'encouragement du soutien aux personnes âgées malvoyantes ou aveugles dont les affections oculaires ne peuvent pas être traitées mais dont les vies peuvent être facilitées d'une autre manière;
- l'incorporation du dépistage des troubles de la vue et d'autres interventions préventives de santé oculaire aux programmes de soins à domicile.

Dans les projets Maladies non transmissibles

Le diabète sucré est une menace émergente pour la santé publique et un facteur de risque associé à la cataracte. La rétinopathie diabétique est une cause majeure de cécité dans les cas mal gérés de diabète de longue durée. En 2010, elle a causé 1,9% des cas de déficience visuelle modérée ou grave et 2,6% des cas de cécité dans le monde (*Bourne et al., 2013*). Des études suggèrent que 35% des diabétiques développeront une certaine forme de rétinopathie et 7% développeront une rétinopathie menaçant la vue (*Yau et al., 2012*). La vaste majorité des patients-es qui développent une rétinopathie diabétique ne présentent aucun symptôme jusqu'à des stades très tardifs, moment auquel il peut être trop tard pour un traitement efficace. D'ici 2040, 70 millions de personnes à travers le monde présenteront un risque de perte de la vue dû à la rétinopathie diabétique. Selon le *Rapport baromètre de la rétinopathie diabétique* (2016), la Chine, l'Inde, l'Indonésie et le Bangladesh représentent 45% de la charge mondiale de la rétinopathie diabétique. En Afrique, 60% des personnes affectées de diabète resteront sans diagnostic et on prévoit une augmentation de 103% de la charge liée au diabète à l'horizon 2040.

Les points d'action clés pour prévenir les déficiences visuelles dues à la rétinopathie diabétique sont:

- augmenter la prise de conscience sur l'importance des examens oculaires réguliers parmi les personnes présentant un diabète en utilisant les kits d'outils existants (par exemple celui de l'*Association américaine des éducateurs du diabète*);

- favoriser des mesures simples sur le style de vie qui encouragent les personnes à consommer des aliments sains, être physiquement actives et éviter la prise de poids excessive, empêchant ou retardant ainsi l'apparition du diabète de type 2;
- s'engager dans des programmes de dépistage visant la détection précoce de la rétinopathie diabétique, c'est-à-dire les changements au niveau de la rétine;
- soutenir la gestion des facteurs de risque clés de la rétinopathie diabétique tels que l'hyperglycémie et l'hypertension, pour empêcher ou retarder l'apparition et la progression de la rétinopathie diabétique et favoriser les examens complets et réguliers des yeux dans la gestion du diabète, y compris l'acuité visuelle, la mesure de la pression intraoculaire et l'examen de la rétine et de la tête du nerf optique (voir *OMS, 2016*);
- former les professionnels de la santé sur l'importance des examens réguliers des yeux;
- encourager les renvois croisés et recommander la coopération et la coordination entre les personnes responsables de la gestion du diabète et celles concernées par la rétinopathie diabétique;
- faire usage de l'outil de l'OMS pour l'évaluation du diabète et de la rétinopathie diabétique (*TADDS*) dans les projets Maladies non transmissibles qui concernent le diabète. L'outil *TADDS* a été conçu pour l'évaluation par les pays de la gestion du diabète et de la rétinopathie diabétique et pour calibrer le niveau de coopération et de synergie entre ces deux branches des soins de santé. Il sert à effectuer des analyses de situation, définir des niveaux de fourniture des services et identifier les lacunes à combler.

Dans les projets EAH

EAH et la santé oculaire sont étroitement connectés du fait des liens existants entre l'hygiène de base et la santé oculaire et entre certaines maladies tropicales négligées et la santé oculaire. Les facteurs de risques environnementaux liés à l'hygiène, à l'assainissement et à l'accès à l'eau peuvent être d'importants facteurs de risques d'infections oculaires avec des effets menaçant potentiellement la vue tels que le trachome (la principale cause de déficience visuelle d'origine infectieuse), l'onchocercose (cécité des rivières), la conjonctivite et la loase (ver tropical de l'œil).

La stratégie SAFE de l'ICTC a contribué à une réduction massive de la prévalence du trachome mais il reste encore beaucoup à faire. 12,4 millions d'enfants à travers le monde sont infectés d'un trachome actif et 200 millions de personnes présentent un risque de cécité dû au trachome. Près de 50 % des personnes à risque vivent en Éthiopie, au Malawi et au Nigéria (voir *Atlas AIPC de la vue* et *Atlas du trachome*).

Les composantes F et E de la stratégie SAFE, c'est-à-dire propreté du visage (Facial cleanliness) et amélioration de l'environnement (Environmental improvement) (voir *ICTC, 2019*), sont des

composantes clés de la stratégie SAFE et abordent les conditions de transmission du trachome et d'autres maladies oculaires infectieuses. Leur mise en œuvre nécessite des partenariats solides avec les parties prenantes EAH pour améliorer l'accès aux infrastructures et à l'assainissement de l'environnement et un délai plus long pour permettre des changements comportementaux durables.

Les points d'action clés pour prendre en compte les affections oculaires liés à EAH comprennent

- l'engagement dans le contrôle du trachome au sein des projets EAH dans les pays affectés par le trachome par la coopération avec les autres fournisseurs de soins oculaires;
- la sensibilisation des groupes de populations vulnérables à l'importance de la propreté du visage et du lavage des mains pour une bonne santé oculaire;
- l'engagement dans la gestion communautaire de l'environnement (par exemple l'éradication des zones de reproduction des vecteurs) pour les affections oculaires spécifiques aux zones tropicales;
- l'exploration des possibilités de promotion de la sensibilisation aux affections oculaires infectieuses telles que le trachome, l'onchocercose et la conjonctivite dans les programmes de santé scolaire.

Dans les projets de santé sexuelle et reproductive

Les affections oculaires les plus courantes parmi les enfants sont la cicatrisation cornéenne (provenant principalement d'une carence en vitamine A et de la rougeole mais également de la conjonctivite néonatale), la rétinopathie des prématurés et la cataracte congénitale et du développement causée, par exemple, par un traumatisme et une infection intra-utérine (Rapport mondial de l'OMS sur la vue, 2019).

La carence en vitamine A demeure une cause significative de cécité évitable de l'enfance parmi les enfants de moins de cinq ans (voir section 2.2, Causes, tendances et facteurs de risque pour déficience visuelle et cécité). Selon l'OMS (2009), 37,8 % des enfants de moins de cinq ans en Afrique et 71,7 % en Asie présentent un risque de carence en vitamine A.

La conjonctivite néonatale (Ophthalmia neonatorum) est la plus courante chez les bébés nés de mères ayant des maladies sexuellement transmises (Kapoor, White et Vedula, 2016), dans la mesure où les yeux du bébé sont contaminés durant la naissance. L'infection se développe habituellement entre 2 et 14 jours après la naissance et constitue une urgence aiguë nécessitant le traitement et le transfert immédiat du fait du risque significatif de cécité.

La rétinopathie du prématuré est une cause potentiellement évitable de cécité irréversible qui peut survenir chez les enfants qui sont nés prématurés ou avec un faible poids à la naissance. La gestion médiocre de l'oxygène est un facteur de risque additionnel majeur. En outre, ce ne sont

pas tous les enfants prématurés qui sont (correctement) dépistés et certains bébés nécessitant un traitement ne sont pas identifiés.

Les points d'action clés pour aborder les affections oculaires liées à la santé sexuelle et reproductive comprennent:

- l'encouragement de l'immunisation contre la rougeole et du traitement avec une dose élevée de vitamine A pour les enfants présentant une rougeole;
- l'engagement dans l'éducation communautaire sur la nutrition saine pour un régime riche en vitamine A et une complémentation en vitamine A;
- l'encouragement et/ou la réalisation d'une formation communautaire simple sur la prévention de la conjonctivite néonatale pour les matrones, les sages-femmes, les mères, les agents communautaires de la santé et les bénévoles;
- le soutien à la prévention de la cicatrisation cornéenne due à la conjonctivite néonatale par le traitement avant la naissance des infections sexuellement transmises chez les deux parents et la prévention des infections post-accouchement du nouveau-né par la prophylaxie oculaire, ainsi que l'encouragement de l'utilisation des lignes directrices standard (voir *Lignes directrices 2004 de l'OMS pour la gestion des infections sexuellement transmises*);
- l'élévation du niveau de conscience des communautés sur le risque de rétinopathie chez les bébés prématurés en utilisant des *messages communautaires de santé oculaire* et l'encouragement de l'utilisation de mesures préventives, dont la réduction des naissances prématurées (voir *Medley et al., 2018*);
- l'encouragement d'une thérapie par oxygène sans risque, le curriculum «Aider les bébés à respirer» et l'intégration de la rétinopathie du prématuré dans les curricula de formation en santé pour le personnel de santé clé tel que les sages-femmes, les pédiatres et les ophtalmologues et la promotion des soins néonataux de qualité dans les installations de soins de santé en utilisant, par exemple, les *POINTS du système de soins*;
- la promotion et la réalisation de la formation communautaire simple sur les mesures préventives pour la détection précoce et le transfert rapide des nouveau-nés ou des enfants ayant une cataracte congénitale.

4.3 Le modèle complémentaire

Le troisième modèle de mise en œuvre s'applique aux situations dans lesquelles ni la CRS ni sa société nationale partenaire n'effectuent de mise en œuvre d'un projet, d'une intervention ou d'une activité liée à la santé oculaire mais travaillent plutôt avec d'autres fournisseurs de soins de santé oculaire et/ou des parties prenantes actives aux niveaux des soins de santé communautaire

et primaire, mais également secondaire ou tertiaire et même à un niveau régional et mondial dans le cas de plus vastes réseaux de santé oculaire. Ces différents modes de coopération peuvent être mis en œuvre autant dans la coopération au développement que dans les contextes d'urgence et/ou de post-urgence. Alors que ce dernier est un champ relativement nouveau pour la CRS concernant la santé oculaire, l'expérience récente a montré la nécessité et le potentiel d'agir en matière de santé oculaire selon une approche LRRD.

L'action complémentaire comprend:

- la mise en relation des bénévoles du Mouvement avec d'autres parties prenantes de la santé oculaire pour renforcer la portée des projets de santé oculaire ne faisant pas partie du Mouvement;
- la coopération sur une base bilatérale ou multilatérale avec les parties prenantes de la santé oculaire, la CRS agissant comme donneur, facilitateur et/ou conseiller technique;
- la collaboration avec les partenaires de la santé oculaire dans les situations de camp/personne déplacée interne/réfugié où les services basiques de soins de santé sont déjà en place afin de s'assurer, par exemple, de la détection précoce et du transfert rapide et/ou de la fourniture de dispositifs d'assistance;
- l'appui financier aux réseaux et organisations internationaux, par exemple aux plans de travail régionaux de l'AIPC, comme moyen d'accroître la collaboration régionale parmi les parties prenantes de la santé oculaire; la réalisation de lobbying pour l'intégration des soins oculaires aux plans stratégiques du secteur de la santé et donc à la planification et la budgétisation des services; l'encouragement du partage d'expériences et des connaissances au plan national et régional; et l'amélioration de la visibilité de la CRS et de ses partenaires;
- l'appui financier aux enquêtes basées sur la population (par exemple études ARCE) et aux travaux de recherche et les suggestions d'idées de recherche fournies au groupe de travail de recherche AIPC;
- la fourniture de bourses pour développer les ressources humaines dans la santé oculaire ou la mise en relation des agents de la santé oculaire avec les pourvoyeurs de bourses.

5. Coopération et coordination

5.1 Coopération au sein du Mouvement

Les Sociétés nationales sont les principaux partenaires de mise en œuvre de la CRS et servent de lien avec le ministère pertinent du gouvernement. La CRS stimule les efforts des Sociétés nationales à jouer un rôle important dans le secteur de la santé oculaire dans leurs pays respectifs à travers l'appui à la mise en œuvre du programme. Elle rend les Sociétés nationales conscientes de l'importance de la santé oculaire pour le bien-être, la santé en général, l'éducation et la capacité économique des personnes.

La CRS partage les expériences, les compétences, les ressources et les outils qu'elle a acquis et élaborés durant de nombreuses années de travail dans les soins oculaires avec d'autres partenaires du Mouvement, en particulier avec le Département de la santé et des soins de la FICR à Genève. Elle favorise et soutient l'intégration de la santé oculaire aux approches et aux outils de la FICR, par exemple eCBHFA, les soins au sein de la communauté et le vieillissement en bonne santé. La CRS joue un rôle clé dans la gestion des connaissances liées à la santé oculaire au sein du Mouvement, par exemple en facilitant la collaboration entre les partenaires du Mouvement et les parties prenantes clés de la santé oculaire telles que l'AIPC.

5.2 Partenariats et réseaux stratégiques au-delà du Mouvement

La CRS favorise une approche intersectorielle à la santé oculaire. À cette fin, elle s'engage, ou aide ses partenaires de mise en œuvre à s'engager, auprès des parties prenantes suivantes:

- **Les ministères et les autorités associés:** ceux-ci comprennent le Ministère de la santé et ses organes de coordination pour la santé oculaire et les autres ministères clés au niveau du pays et au niveau régional/fédéral. Au niveau national, la CRS et ses partenaires adhèrent aux politiques, stratégies et réglementations nationales en matière de santé oculaire et soutiennent sa création le cas échéant.
- **L'AIPC:** la CRS est un membre proactif de l'AIPC et fournit un appui spécifique aux stratégies, initiatives et plans de travail régionaux (voir section 4.3, Modèle complémentaire). Elle participe à la Journée mondiale de la vue et aux autres événements internationaux et nationaux qui augmentent la conscience du public sur la cécité et les déficiences visuelles comme préoccupations internationales majeures en matière de santé publique, influencent les gouvernements et les ministères à participer et à allouer des fonds pour les programmes nationaux de lutte contre la cécité et éduquent les publics cibles autour d'activités de prévention et des programmes sur la cécité d'une large plage de parties prenantes de la santé oculaire (voir Journée mondiale de la vue 2019).
- **Parties prenantes non gouvernementales internationales et nationales de la santé oculaire:** dans ses pays d'intervention, la CRS s'engage au niveau national et local et à l'intérieur de modalités de coopération multilatérale, avec des agences telles que *CBM*, *Orbis*,

Sightsavers, Seva Foundation, la Fred Hollows Foundation, le Brien Holden Vision Institute, Light for the World, One Sight, Operation Eyesight Universal, Vision Aid Overseas, Vision For A Nation, le Islamic Solidarity Fund for Development, Himalaya Cataract Project et le Lions Club International.

- **Groupes et institutions orientés sur la recherche et l'éducation:** ceux-ci comprennent le *Centre international pour la santé oculaire*.
- **Réseaux régionaux ou nationaux:** ceux-ci comprennent la Société Européenne d'Ophtalmologie Internationale (*ESIO*), la Société Africaine Francophone d'Ophtalmologie (*SAFO*) et le Ghana Eye Health Consortium.
- **Association dentaire suisse:** en Suisse, la CRS et l'*Association* collectent l'or dentaire. L'intégralité des recettes de la campagne «Vieil or pour redonner la vue» est investi dans les activités de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies oculaires de divers partenaires dans différents pays.

6. Gestion de qualité

6.1 Pertinence et impact

Du fait du vieillissement de la population et des modifications des styles de vie, la santé oculaire représente une préoccupation majeure et croissante de santé publique à l'échelle mondiale.

A travers différentes modalités de mise en œuvre, la CRS s'engage dans la programmation de la santé oculaire au sein de partenariats dynamiques et efficaces avec les Sociétés nationales et les autorités, aidant ainsi à réduire la charge des déficiences visuelles et de la cécité évitable. En se concentrant sur les groupes de populations les plus vulnérables, la CRS et ses partenaires favorisent un accès plus équitable aux services de soins oculaires, dans une optique de «ne laisser personne de côté».

Le *Manuel CI de la CRS* définit les règles en matière de gestion des projets, finances, approvisionnement, partenariats, gestion de la sécurité et des risques, communication et gestion des connaissances.

6.2 Suivi, évaluation et recherche opérationnelle

Tous les projets de santé oculaire de la CRS utilisent un cadre de suivi par rapport auquel les succès et les défis des projets sont mesurés et analysés. La CRS évalue régulièrement les projets de santé oculaire en utilisant des indicateurs standardisés provenant de la *Boîte à outils des indicateurs de santé* de la CRS. Les indicateurs sont liés à des chaînes de résultats prédéfinies et sont intégrés au modèle d'impact de la CRS et à ses trois résultats prévus (voir section 3.2, Résultats). La CRS favorise l'utilisation des indicateurs standard de soins de santé universels pour la santé oculaire, c'est-à-dire la Couverture chirurgicale cataracte efficace (eCSC) et la Couverture de correction d'erreur de réfraction efficace. Les indicateurs sont sensibles à la qualité et servent ainsi à suivre la qualité des soins conjointement à la couverture (*Ramke et al., 2017*). L'utilisation de l'indicateur eCSC est par exemple un moyen de mesurer l'accessibilité aux chirurgies de la cataracte et leur qualité. La CRS prend également en considération les dimensions de qualité autres que la compétence technique et l'efficacité, c'est-à-dire les droits et les relations utilisateur-fournisseur y compris l'attitude et le comportement du personnel, l'efficacité (rapport coût-bénéfice), les aspects temporels, la continuité (système de transfert fonctionnel), l'intégration, le caractère centré sur la personne, la biosécurité et la propreté et le confort.

La CRS soutient des évaluations régulières des projets et conduit la recherche opérationnelle lorsque des opportunités se présentent. Au vu de la rareté des services de santé et des recherches sur la mise en œuvre liées au domaine des soins oculaires ainsi que de la difficulté résultante dans la planification des programmes et des services de soins oculaires basés sur des preuves, investir dans la recherche opérationnelle peut être un moyen important de fournir des services de soins oculaires basés sur les besoins réels (*Ramke et al., 2015*). Lors de la conduite de recherches opérationnelles, la CRS teste et utilise des technologies innovantes telles que *Peek Retina*, pour capturer les images de la rétine sur des smartphones dans les zones reculées,

ou *Peek Acuity*, pour aider à dépister et à identifier les personnes ayant besoin d'examen supplémentaire. Elle utilise des outils tels que *BOOST* (Better Operative Outcomes Software Tool, Logiciel pour de meilleurs résultats opératoires; voir également *Congdon et al., 2013*), pour suivre les résultats chirurgicaux de la cataracte et le *TT Tracker*, pour suivre les patients-es suite à la chirurgie du trichiasis trachomateux. Elle prend également en compte et favorise, l'utilisation d'outils de diagnostic innovants, de faible coût, tels que *Arclight* (voir *Blaikie et al., 2016*), qui sont particulièrement adaptés aux contextes à revenus faibles et intermédiaires.

6.3 Développement des capacités et gestion des connaissances

La CRS améliore constamment ses capacités dans le secteur de la santé oculaire afin de sauvegarder les standards de haute qualité dans les projets de ce secteur. À cette fin, elle offre des opportunités de formation/e-apprentissage au personnel du Siège et sur le terrain sur des thèmes pertinents des soins oculaires. Elle permet également au personnel sélectionné clé des Sociétés nationales de renforcer leurs compétences dans les soins oculaires.

La CRS utilise toute une plage de moyens internes et externes pour favoriser l'échange de connaissances sur les meilleures pratiques et les leçons apprises. Au plan interne, sa plateforme thématique numérique, *IC Net Eye Health*, fournit au personnel du Siège et sur le terrain des ressources pour l'élaboration et la direction de projet, conjointement à l'accès à l'information sur différents sujets de santé oculaire provenant de newsletters et de journaux spécialisés. La communauté de pratique des soins oculaires de la CRS comprend un point focal en santé oculaire, des conseillers en santé, des coordinateurs de programme et du personnel de délégation et de projet basé sur le terrain. La communauté se rencontre régulièrement et anime une plateforme d'échange virtuelle sur l'*IC Net Eye Health*; elle soutient les visites d'échange par le personnel impliqué dans les projets de santé oculaire de la CRS afin de favoriser le partage des meilleures pratiques et l'apprentissage institutionnel. La CRS consulte les membres d'un groupe d'experts externes sur la santé oculaire et la communauté de pratique interne de la CRS lors de la mise en œuvre, de la direction et de l'évaluation des projets de soins oculaires.

La CRS et les membres du personnel partenaire participent à des conférences et à des événements internationaux clés, tels que le Conseil des membres de l'AIPC et l'Assemblée mondiale, pour présenter les meilleures pratiques de la CRS et apprendre des expériences des autres.

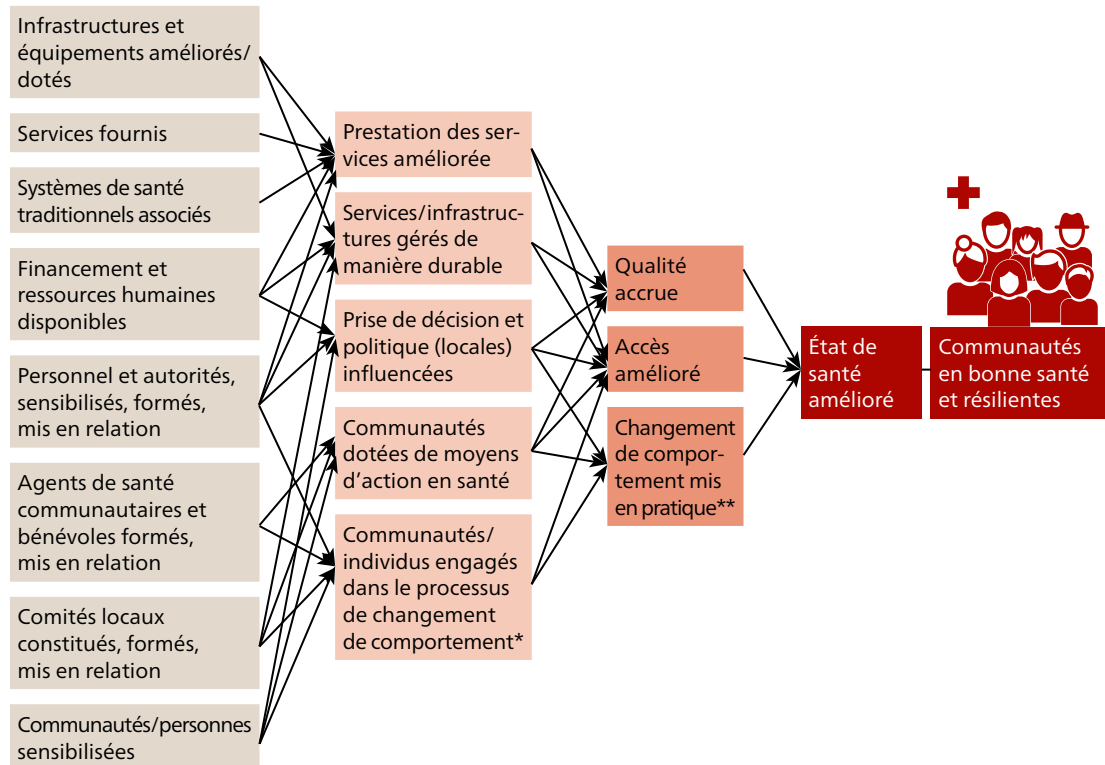
Annexes

Annexe 1: Principales causes des déficiences visuelles et de la cécité

Cataracte	Trouble au niveau du cristallin, conduisant à une vision de plus en plus floue	En 2010, sur 32,4 millions de personnes non voyantes et 191 millions de personnes présentant une déficience visuelle, 10,8 millions étaient non voyantes et 35,1 millions présentaient une déficience visuelle à cause de la cataracte (<i>Khairallah et al., 2015</i>). Avec une personne non voyante sur trois ayant perdu la vue à cause de la cataracte en 2010, le nombre de personnes ayant souffert d'un destin similaire en 2015 pourrait atteindre les 12 millions. Malgré des améliorations majeures en termes de réduction de la prévalence, la cataracte reste ainsi un enjeu prépondérant de santé publique.
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (LMDA)	Détérioration au niveau de la partie centrale de la rétine responsable de la vision précise, conduisant à des taches sombres, des ombres ou une distorsion de la vision centrale	La LMDA est la troisième cause la plus importante de déficience visuelle à travers le monde et la cause principale de cécité dans les pays à revenus élevés ayant des populations vieillissantes. La LMDA affecte plus de 10 millions de personnes dans le monde et est responsable de plus de 6 % de la cécité mondiale. Constituant l'une des premières causes de déficience visuelle dans la région Asie-Pacifique, Europe de l'Est, Australasie et Asie centrale (voir <i>Atlas de l'AIPC sur la vision</i>), la LMDA est un réel sujet de préoccupation.
Erreur de réfraction (non prise en charge)	Provoquée par une forme ou une longueur anormale du globe oculaire: la lumière n'est pas centrée sur la rétine, résultant en vision troublée	L'erreur de réfraction non prise en charge continue de représenter la cause principale de défaillance visuelle modérée à sévère. La prévalence mondiale de la myopie, par exemple, est plus élevée dans les pays à revenus les plus élevés de la région Asie-Pacifique (53,4 %) et de l'Asie de l'Est (51,6 %), où les pays à faibles revenus ou revenus intermédiaires deviennent plus urbanisés. Dans les zones urbaines fortement développées de pays tels que la République de Corée ou Taïwan, la myopie a atteint des proportions épidémiques, affectant jusqu'à 90 % des enfants scolarisés.
Non identifiée et autres		Les déficiences visuelles ont de nombreuses autres causes, telles que la rétinopathie du prématuré (détérioration de la rétine chez les bébés prématurés), le ptérygion (une croissance tissulaire qui peut recouvrir une partie de la cornée et affecter la vision), l'onchocercose (également connue comme «cécité des rivières», la seconde cause la plus connue de cécité due à une infection) ou les causes liées à des blessures qui conduisent à une déficience visuelle. En même temps, le nombre considérable de causes non identifiées met l'accent sur le besoin de combler les manques de données par une meilleure intégration de la santé oculaire aux systèmes d'informations nationaux de gestion de la santé et en renforçant la base de preuves à travers la collecte exhaustive de données sur la santé oculaire et dans la recherche opérationnelle en santé oculaire.
Opacité cornéenne	Groupe d'affections provoquant la scarification ou le trouble de la cornée	La scarification de la cornée provenant de la rougeole, de la carence en vitamine A (CVA) ou de la conjonctivite du nouveau-né affecte quatre millions de personnes à travers le monde et est particulièrement courante chez les enfants. La cécité liée à la rougeole et à la carence en vitamine A CVA a baissé mais des communautés se trouvent encore à risque, particulièrement en Afrique subsaharienne, où les programmes de CVA et de couverture d'immunisation contre la rougeole demeurent insuffisants.

Presbytie (non corrigée)	État oculaire qui affecte la vision de près dans le cadre du processus naturel de vieillissement	La presbytie non prise en charge est la cause la plus courante de déficience visuelle. Comme la presbytie se développe rarement avant l'âge de 40 ans, la majeure partie des 826 millions de personnes affectées dans le monde sont des personnes âgées (Rapport mondial sur la vision, 2019). La presbytie non corrigée a un impact profond sur la capacité des personnes à effectuer des tâches en vision de près. Le coût de la productivité perdue résultant de la presbytie non corrigée a été évalué à 14 milliards de dollars des États-Unis chaque année (Frick et al., 2015). La charge la plus grande est portée par les zones rurales des pays à faible niveau de ressources (Fricke et al., 2018), ce qui montre que le besoin non satisfait de correction de la presbytie est inégalement réparti.
Rétinopathie diabétique	Détérioration des vaisseaux sanguins de la rétine, qui fuient ou qui sont bouchés: la perte de la vue apparaît le plus souvent en résultat d'un gonflement de la partie centrale de la rétine, qui peut conduire à une déficience visuelle; des vaisseaux sanguins anormaux peuvent également se développer depuis la rétine, qui peuvent saigner ou provoquer la scarification de la rétine et la cécité	La rétinopathie diabétique est provoquée par le diabète sucré, qui devient une épidémie mondiale. Une personne sur trois souffrant de diabète présente un certain degré de rétinopathie diabétique et une sur 10 développera une forme de la maladie menaçant la vue. Actuellement trois millions de personnes présentent déjà une déficience visuelle due à la rétinopathie diabétique et 70 millions de personnes à travers le monde présenteront un risque de perte de vue provenant de rétinopathie diabétique d'ici 2040. La Chine, l'Inde, l'Indonésie et le Bangladesh représentent 45% de la charge mondiale de la rétinopathie diabétique (voir <i>Atlas sur la vue de l'AIPC</i>). En Afrique, deux tiers des personnes affectées de diabète restent sans diagnostic et ce continent fait face à l'augmentation la plus grande dans la charge de la maladie, c.-à-d. une valeur de 103 % prévue d'ici 2040. La vaste majorité des patients-es qui développent une rétinopathie diabétique ne présentent aucun symptôme jusqu'à des stades très avancés, moment auquel il peut être trop tard pour un traitement efficace.
Trachome	Provoqué par une infection bactérienne: après de nombreuses années d'infections répétées, les cils se tournent vers l'intérieur (appelé trichiasis), ce qui peut conduire à une scarification cornéenne et dans certains cas, à la cécité	Le trachome est la cause principale de défaillance visuelle d'origine infectieuse. Grâce à la stratégie <i>SAFE</i> soutenue par l'OMS et au plan stratégique mondial <i>ICTC 2011 (2020 INSight)</i> , neuf pays ont atteint les cibles d'élimination ces 10 dernières années. Le trachome reste néanmoins à éliminer dans des parties de 44 pays à travers le monde, avec 14 pays se partageant 80% de la charge du trachome. Les deux millions de personnes affectées de nos jours vivent en majeure partie dans des communautés ayant un accès inadéquat à l'eau, à l'assainissement et aux soins de santé, souvent dans des communautés rurales pauvres.

Annexe 2: Modèle d'impact (domaine de la santé) de la CRS CI



* «Engagé-e-s dans le changement de comportement»: les communautés/individus sont engagés dans les trois premières étapes du modèle de changement de comportement de la FICR, c.-à-d. du Savoir (1), de l'Approbation (2), et de l'Intention (3). Cela implique le travail sur les risques, les attitudes, les normes et les capacités selon l'analyse de la FICR des acteurs/non-acteurs (liés à l'approche RANAS)

** «Changement de comportement mis en pratique»: les communautés/individus ont atteint le quatrième stade, c.-à-d. la pratique, du modèle de changement de comportement de la FICR. Cela implique le travail sur l'Autorégulation selon le modèle RANAS

Liens:

1. Site eCBHFA de la FICR: <http://ifrc-ecbhfa.org/guides-and-tools/>
2. Modèle de changement de comportement de l'eCBHFA: <https://drive.google.com/file/d/1DhBQj5EDIKhwN9GmGMjKCykfBgKiayvb/view>
3. Analyses des acteurs/non-acteurs de l'eCBHFA: https://drive.google.com/file/d/1UzwZilfh9Kppfd5a7ZDdEA58LUcene_k/view
4. Approche RANAS: https://www.eawag.ch/fileadmin/Domain1/Abteilungen/ess/schwerpunkte/ehpsy/RANAS_Methodological_Fact_Sheets.pdf

Annexe 3: Aperçu des opportunités d'intervention en soins oculaires dans la ligne des priorités de santé thématique du département CI de la CRS

Priorité thématique	Opportunité 1	Opportunité 2	Opportunité 3
Projets Vieillessement et santé	Effectuer des programmes de promotion et de prise de conscience de la santé oculaire spécifique à l'âge sur le vieillissement en bonne santé et la bonne vision à l'âge avancé, en utilisant des promoteurs pairs de la santé oculaire ou des «champions de la vue» et comprenant la prévention de la perte de la vue, la détection précoce, le traitement et la réhabilitation	Intégrer le dépistage visuel et d'autres interventions préventives de santé oculaire aux programmes de soins à domicile	Augmenter la prise de conscience sur la prévention et la gestion des Maladies non transmissibles chroniques qui prédisposent les patient-e-s à des problèmes de vue, particulièrement le diabète
Projets Maladies non transmissibles	Favoriser des mesures simples sur le style de vie qui font le lien entre poids corporel de bonne santé, activité physique et régime sain qui sont efficaces pour prévenir ou retarder l'apparition du diabète de type 2	Former des professionnels de santé sur l'importance des examens réguliers des yeux	Favoriser l'examen complet des yeux dans la gestion du diabète, dont la mesure de l'acuité visuelle et de la pression intraoculaire
Projets Eau, assainissement et hygiène	Rendre les groupes de populations vulnérables conscients de l'importance de la propreté du visage et du lavage des mains pour une bonne santé oculaire	Explorer les opportunités de favoriser une plus grande prise de conscience des troubles oculaires infectieux tels que le trachome, l'onchocercose et la conjonctivite dans les programmes de santé des écoles	S'engager dans le contrôle du trachome au sein des projets Eau, assainissement et hygiène dans les pays touchés par le trachome en coopérant avec d'autres ONG actives en santé oculaire
Projets Santé sexuelle et reproductive	S'engager dans l'éducation sur une nutrition saine en lien avec un régime riche en vitamine A et une complémentation en vitamine A	Favoriser et/ou effectuer une formation communautaire simple sur la prévention de la conjonctivite néonatale pour les matrones, les sages-femmes-hommes, les mères, les agents de santé communautaires et les bénévoles	Favoriser et/ou effectuer une formation communautaire simple sur les mesures préventives de détection précoce et de transfert à temps des nouveau-nés ou des enfants présentant une cataracte congénitale

Bibliographie

- Baltussen R., Smith A. (2012) Cost effectiveness of strategies to combat vision and hearing loss in sub-Saharan Africa and South East Asia: mathematical modelling study. *British Medical Journal* 2012 Mar 2;344:e615. doi: 10.1136/bmj.e615
- Bastawrous A. et al (2016). Six-Year Incidence of Blindness and Visual Impairment in Kenya: The Nakuru Eye Disease Cohort Study; *Investigative Ophthalmology and Visual Science*. 2016 Nov; 57(14): 5974–5983. doi: 10.1167/iovs.16-19835
- Blaikie A., Sandford-Smith J., Tuteja S., Williams C. (2016). Arlight: a pocket ophthalmoscope for the 21st century. *British Medical Journal Online* 355:i6637 · December 2016
- Blanchet K.; Gilbert C.; Lindfield R.; Crook S. (2012). Eye Health Systems Assessment (EHSA): How To Connect Eye Care With The General Health System; London School of Hygiene and Tropical Medicine; International center for Eye Health; April 2012
- Bourne R. et al. (2013). Causes of vision loss worldwide, 1990-2010: a systematic analysis. *Lancet Global Health*. 2013 Dec;1(6):e339-49. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70113-X. Epub 2013 Nov 11. Review.
- Bourne R. et al. (2017). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet; Global Health*, Volume 5, issue 9: August 2017; DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30293-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30293-0)
- Buhrmann R. et al. (2011). Vision health: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. Guidelines for Immigrant Health. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH).
- Congdon N., Yan X., Lansingh V., Sisay A. (2013). Assessment of cataract surgical outcomes in settings where follow-up is poor: PRECOG, a multicentre observational study. *The Lancet Global Health* 1(1):e37-e45 · July 2013
- Court H.; McLean G.; Guthrie B.; Mercer S., Smit D. (2014). Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults: a cross-sectional study. *BMC Medicine* 2014, 12:181 <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-014-0181-7>
- Cromwell EA.; Courtright P.; King JD.; Rotondo LA.; Ngondi J.; Emerson PM (2009). The excess burden of trachomatous trichiasis in women: a systematic review and meta-analysis. *Transactions of the Royal Society of Tropical medicine and hygiene*; 2009 Oct;103(10):985-92. doi: 10.1016/j.trstmh.2009.03.012. Epub 2009 Apr 10.
- Diabetic Retinopathy Barometer (2016). The diabetic retinopathy barometer report global findings. ISBN: 978-0-9688407-2-6 <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/DR-Global-Report-1.pdf>; accessed on 4 May 2020.
- Fong CS., Mitchell P, Rochtchina E, Teber ET, Hong T, Wang JJ. (2013). Correction of visual impairment by cataract surgery and improved survival in older persons: the Blue Mountains Eye Study cohort. *Ophthalmology*. 2013 Sep;120(9):1720-7. doi: 10.1016/j.ophtha.2013.02.009. Epub 2013 May 9
- Frick KD, Joy SM, Wilson DA, Naidoo KS, Holden BA (2015). The Global Burden of Potential Productivity Loss from Uncorrected Presbyopia. *Ophthalmology*. 2015 Aug;122(8):1706-10.
- Fricke T. et al (2018). Global Prevalence of Presbyopia and Vision Impairment from Uncorrected Presbyopia: Systematic Review, Meta-analysis, and Modelling. *Ophthalmology*. 2018 Oct;125(10):1492-1499. doi: 10.1016/j.ophtha.2018.04.013. Epub 2018 May 9
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional and national incidence and prevalence, and years of life lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analyses for the Global Burden of Disease Study 2017; *The Lancet, Global Health Metrics*, Volume 392; Issue 10159; page 1789-1858, November 2018
- Gulshan V. et al. (2016). Development and Validation of a Deep Learning Algorithm for Detection of Diabetic Retinopathy in Retinal Fundus Photographs. *JAMA*. 2016 Dec 13;316(22):2402-2410. doi: 10.1001/jama.2016.17216
- Hassell JB.; Lamoureux EL.; Keefe JE. (2006). Impact of age related macular degeneration on quality of life. *British Journal of Ophthalmology*. 2006 May;90(5):593-6
- Holden B et al (2016). Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*. 2016 May;123(5):1036-42. doi: 10.1016/j.ophtha.2016.01.006. Epub 2016 Feb 11.
- IAPB (2018) Standard school eye health guidelines for low and middle-income countries IAPB School Eye Health Work Group. International Agency for the Prevention of Blindness February 2018
- IAPB Vision Atlas; <http://atlas.iapb.org/about-vision-atlas/> accessed on 4 May 2020.
- IAPB Trachoma Atlas; <https://www.trachomaatlas.org/>; accessed on 4 May 2020.
- IAPB World Sight Day 2019; <https://www.iapb.org/advocacy/world-sight-day/world-sight-day-2019/> accessed on 4 May 2020

- IFRC Strategy 2030; <https://future-rcrc.com/s2030-framing/>
- International Federation of Red Cross and Red Crescent IFRC (2019, forthcoming). IFRC's Health and Care Framework, IFRC Geneva.
- International Federation on Ageing (2012). The High Cost of low vision. The evidence on aging and the loss of sight. <https://ifa.ngo/wp-content/uploads/2013/02/The-High-Cost-of-Low-Vision-The-Evidence-on-Ageing-and-the-Loss-of-Sight.pdf>; accessed on 4 May 2020.
- Kapoor V.; White R.; Vedula S. (2016). Interventions for preventing ophthalmia neonatorum. Cochrane Database Systematic Review 2016 Sep; 2016(9): CD001862. Published online 2016 Sep 28. doi: 10.1002/14651858.CD001862.pub3
- Khariallah M et al. (2015). Number of People Blind or Visually Impaired by Cataract Worldwide and in World Regions, 1990 to 2010. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*. 2015 Oct;56(11):6762-9. doi: 10.1167/iovs.15-17201
- Leasher J.; et al. (2016) Global Estimates on the Number of People Blind or Visually Impaired by Diabetic Retinopathy: A Meta-analysis From 1990 to 2010. *Diabetes Care* 2016 Sep; 39(9): 1643-1649. <https://doi.org/10.2337/dc15-2171>, <https://care.diabetesjournals.org/content/39/9/1643>
- Lewellen S.; Mousa A.; Bassett A.; Courtright P. (2009) Cataract surgical coverage remains lower in women. *British Journal of Ophthalmology*; 2009 Mar;93(3):295-8. doi: 10.1136/bjo.2008.140301. Epub 2008 Dec 17
- Medley N.; Vogel J.; Care A., Alfirevic Z. (2018). Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Systematic Review - Overview Version* published: 14 November 2018; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012505.pub2>
- Polak S. (2008). Restoring sight: how cataract surgery improves the lives of older adults. *Community Eye Health*. 2008 Jun; 21(66): 24–25
- Ramke J., Palagi A., Zwi A.; Blignault I. (2015). Equity and Blindness: Closing Evidence Gaps to Support Universal Eye Health. *Ophthalmic Epidemiology* 22(5):297-307 · September 2015
- Ramke J., Zwi AB., Silva JC., Mwangi N., Rono H., Gichangi M., Qureshi MB., Gilbert CE. (2018). Evidence for national universal eye health plans. *Bulletin of the World Health Organisation*. 2018 Oct 1;96(10):695-704. doi: 10.2471/BLT.18.213686. Epub 2018 Aug
- Segui-Crespo M., Canto-Sancho N.; Reid A.; Martinez J.; Ronda-Perez E. (2019). Differences in Eye Health, Access to Eye Care Specialists and Use of Lenses among Immigrant and Native-Born Workers in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10 Apr 2019, 16(7); DOI: 10.3390/ijerph16071288 PMID: 30974863 PMCID: PMC6479319
- SEVA Canada (2017). Gender and blindness. Addressing inequity. A report by SEVA Canada Society, Vancouver. <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/Seva-booklet-10x7.5in-March-26.pdf>; accessed on 4 May 2020
- The International Coalition for Trachoma Control (ICTC) (2019). Transition planning for Facial cleanliness and Environmental improvement, March 2019 https://www.trachomacoalition.org/sites/default/files/content/resources/files/ICTC_TransitionPlanningF%2BE_041819_FLNALonline.pdf; accessed on 4 May 2020.
- van Nispen RM., de Boer MR, Hoeijmakers JG, Ringens PJ, van Rens GH (2009). Co-morbidity and visual acuity are risk factors for health-related quality of life decline: five-month follow-up EQ-5D data of visually impaired older patients. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2009 Feb 25;7:18. doi: 10.1186/1477-7525-7-18
- WHO (2009). Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005. WHO Global Database on Vitamin A Deficiency. Geneva, World Health Organization, 2009
- WHO (2010). The World Health Report: Health system financing: the path to Universal health Coverage. ISBN 978 92 4 156402 1; World Health Organization 2010
- WHO (2015). World Report on Aging and health. ISBN 978 92 4 156504 2; World Health Organisation 2015.
- WHO (2016). Global Report on Diabetes. ISBN 978 92 4 156525 7 (NLM classification: WK 810) © World Health Organization 2016
- WHO (2018). Primary Eye Care training Manual.-A course to strengthen the capacity of health personnel to manage eye patients at primary-level health facilities in the African Region". ISBN: 978-929023406-7 © World Health Organization 2018
- WHO (2019). World Report on Vision; ISBN 978-92-4-151657-0 © World Health Organization 2019
- Wong WL. et al (2014). Global prevalence of age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*. 2014 Feb;2(2):e106-16. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70145-1. Epub 2014 Jan 3
- Yau JW., et. al (2012). Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 2012 Mar;35(3):556-64. doi: 10.2337/dc11-1909. Epub 2012 F

Croix-Rouge suisse

Werkstrasse 18

Case Postale

CH-3084 Wabern

Téléphone +41 58 400 41 11

info@redcross.ch

www.redcross.ch



Post Finance

IBAN CH43 0900 0000 3000 4200 3

Croix-Rouge suisse

