

NOTE SUCCINCTE DE PRESENTATION TERRES D'OPHTALMO (TO)

I. L'ACTION HUMANITAIRE OPHTALMOLOGIQUE

L'Organisation Mondiale de la Santé a publié en 2013 un plan d'action mondial 2014-2019 pour la santé oculaire visant à réduire les déficiences visuelles évitables, en tant que problème majeur de santé publique ¹.

En 2010 près de 250 millions de personnes étaient atteintes de déficience visuelle dans le monde, dont 39 millions d'aveugles. L'OMS estime qu'en 2050 ce chiffre atteindra 115 millions.

Les conséquences de la déficience visuelle sont multiples. Toujours selon l'OMS ¹, les personnes atteintes de ces affections sont trois fois plus susceptibles d'être sans emploi, d'être impliquées dans une collision de véhicule à moteur ou encore de souffrir de dépression et d'anxiété.

Ainsi, des actions de soins et de traitement pour ces populations ont un impact sanitaire et potentiellement économique et social.

Au niveau mondial jusqu'à 80% des cas de déficience visuelle et de cécité chez l'adulte pourraient être évités ou traités.

La figure ci-dessous montre la concentration d'ophtalmologistes par million d'habitants dans le monde.

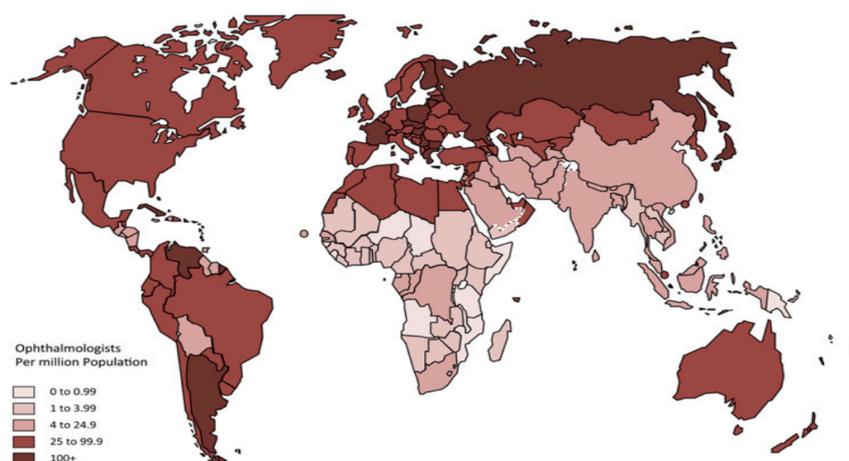


FIGURE 1 : NOMBRE D'OPHTALMOLOGISTES PAR MILLION D'HABITANTS ²

Les carences de professionnels dans les pays à faible revenu ont de graves conséquences sur les malades puisque 90% de la population atteinte de déficience visuelle vit dans des pays à faible revenu.

L'OMS estime que la cataracte était en 2010 la principale cause de cécité dans le monde, représentant à elle-seule 50% des cas.

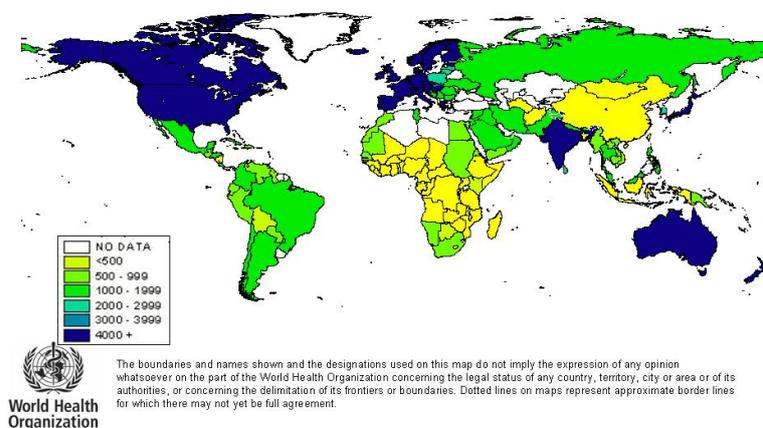


FIGURE 2 : TAUX DE CHIRURGIE DE CATARACTE ³

Les besoins mondiaux en chirurgie de cataracte sont très importants dans les pays du sud. Actuellement 20 millions de cataractes sont opérées chaque années pour un besoin estimé par l'International Council of Ophthalmology à 100 millions d'interventions par an.

La chirurgie de la cataracte et la correction des troubles de réfraction figurent parmi les interventions sanitaires les plus rentables avec un bon rapport cout/efficacité.

Schématiquement la chirurgie de cataracte peut être réalisée par deux techniques différentes. La technique dite de « Phacoémulsification » est une technique nécessitant du matériel couteux et donnant des résultats très reproductibles et éprouvés avec 50 ans de recul. L'autre technique dite « MSICS » (Manual Small Incision Cataract Surgery) décrite pour la première fois en 1999 par Ruit and al ⁴ est quand a elle peu couteuse. De récentes études cliniques ont montré des résultats et des taux de complication similaires entre ces deux techniques. ^{5, 6, 7, 8}

II. « TERRES D'OPHTALMO », le commencement

Face à ces besoins importants de prise en charge de personnes atteintes de déficience visuelle, Terres d'Ophtalmo et ses membres fondateurs souhaitent agir et proposer leurs services.

Terres d'Ophtalmo (TO) est une association loi 1901, créée à l'initiative d'un groupe de médecins ophtalmologues et de non médecins, bénévoles, ayant une expérience de l'action humanitaire ou simplement la volonté d'agir et de soutenir des actions en faveur des bénéficiaires.

L'objectif de TO est d'apporter des soins ophtalmologiques à des populations en situation d'isolement médical, mais également de pouvoir réaliser un partenariat de formation avec des membres du système de santé dans les pays d'intervention pour potentialiser et pérenniser notre action.

Nous agissons dans le respect des principes de l'action menée par l'OMS de lutte contre la cécité, du droit humanitaire et des droits de l'Homme.

Nous basons notre action médicale et chirurgicale sur la médecine fondée sur les preuves scientifiques (Evidence Based Medicine) afin de fournir des soins de qualité avec du matériel performant et des bénévoles rompus à l'ophtalmologie. Nous attachons une grande importance à la mise en œuvre d'interventions chirurgicales maîtrisées avec l'utilisation de matériel et de médicaments de qualité ne mettant pas en jeu la santé des patients. TO a à cœur de travailler à une prise en charge optimale dans le respect des coutumes et traditions locales.

Notre action de lutte contre la cécité se veut complémentaire des actions menées par les autorités sanitaires des pays dans lesquelles nous intervenons. Notre souhait est de travailler auprès d'elles afin de pouvoir orienter au mieux nos interventions en faveur des bénéficiaires, là où elles seront plus pertinentes et efficaces.

Mettre la qualité au cœur de nos actions, c'est également avoir le souci d'intervenir dans le cadre d'un partenariat clairement formalisé, équilibré et « gagnant-gagnant » avec les acteurs locaux.

III. NOTRE ACTION

1. Identification de partenariats et de sites d'interventions

TO souhaite trouver un pays d'intervention où les besoins en matière de chirurgie ophtalmologique sont importants et où il y a une pénurie d'ophtalmologistes. TO n'interviendra pas dans un pays sans avoir été retenu par un partenaire local légitime pour la mise en place de ses actions.

2. Le partenariat médico-chirurgical :

Ce que peut apporter TO :

- Du personnel qualifié et compétent pour réaliser la prise en charge de patients atteints de cécité ou de problèmes ophtalmiques, prise en charge allant de la consultation à l'opération si nécessaire (cataractes, pterygions, glaucomes, traumatismes, tumeurs)
- Des formations ou recyclages sur des techniques chirurgicales

- Des formations ou recyclages de personnel médical et para médical aux diagnostics et soins ophtalmiques de base (prise en charge des troubles réfractifs, infections et inflammations oculaires, glaucomes, traumatismes)
Ces actions de formations auraient pour objectif d'assurer une permanence et une continuité des soins en post opératoire mais également de permettre le recrutement des patients en consultation spécialisée ou en préopératoire pour la mission suivante.
- Du matériel de consultation et de chirurgie, des consommables médicaux et des médicaments (suivant nos disponibilités et besoins)

Ce que peuvent apporter nos partenaires locaux :

- L'appui de médecins connaissant le fonctionnement de la médecine locale et les moyens de mettre en place un réseau de patients sur place
- Orienter TO sur les sites d'interventions prioritaires, là où les besoins sont les plus importants et où les interventions de TO pourraient être les plus pertinentes
- La mise à disposition de locaux et de matériel (salle permettant l'installation de matériel de consultation, bloc opératoire) ainsi que de ressources humaines (aides soignants, brancardiers, infirmiers) pour la prise en charge des patients
- La connaissance du contexte et des problématiques locales afin de mieux orienter et potentialiser nos actions
- Certaines facilitations avec les autorités locales (visas, importation de consommable et matériel médical)

3. Modalités d'intervention et objectifs :

Nos actions seraient réalisées au moyen de missions de 4 personnes minimum : 2 chirurgiens, 1 infirmier et un orthoptiste. Ces missions se dérouleraient sur des périodes allant de 7 à 10 jours.

Les patients seraient reçus en consultation par une équipe constituée d'un chirurgien TO, d'un personnel paramédical TO et de personnel soignant local. Les patients orientés vers la chirurgie seraient pris en charge par un chirurgien TO accompagné de l'infirmier TO et des membres du personnel soignant local. Ces interventions ne pourraient être réalisées sans l'appui des structures et personnels médicaux locaux (aides-soignants, infirmiers, brancardiers, etc.).

Nous souhaiterions faire 4 à 5 missions par an par pays d'intervention.

4. Impact et objectifs :

Le potentiel de prise en charge d'une mission de 7 jours est de 560 patients (420 en consultation et 140 en chirurgie) :

- Consultation : un médecin et un orthoptiste de TO accompagnés d'un soignant local peuvent voire environ 60 patients par jour, soit 420 patients consultés en 7 jours.
Si la mission est composée d'un médecin supplémentaire de TO ce chiffre pourrait être doublé (840).
- Chirurgie : un chirurgien et un infirmier de bloc de TO accompagnés d'un chirurgien local peuvent opérer 20 patients par jour, soit 140 patients en 7 jours.

D'expérience les chirurgies les plus courantes sont la cataracte (80%), mais aussi les pterygions, glaucomes et énucléations.

- ⇒ Soit un total d'au moins 560 bénéficiaires par mission.
Si nous parvenons à faire 4 missions par an, TO pourrait ainsi contribuer à la prise en charge de 2 240 patients/an.

5. Recherche scientifique :

Nous souhaiterions également travailler en partenariat avec les institutions médicales étatiques à des projets de recherche et d'analyses statistiques pour contribuer à l'évaluation des motifs de consultations, des causes de déficience visuelle et de cécité afin d'améliorer la prise en charge et l'évaluation des besoins en soins ophtalmologiques.

IV. MOYENS NECESSAIRES POUR UNE MISSION DE 7 JOURS

1. Matériels

- ✓ Dispensaire/Hôpital:

L'hébergement des missions de TO au sein d'une infrastructure sanitaire locale disposant d'une salle de consultation et d'un bloc opératoire est un prérequis indispensable à la réalisation de nos interventions. Le coût de la prise en charge dépendra des tarifs pratiqués par la structure au sein de laquelle nous serions accueillis. Les bénévoles de la mission de TO travailleront à titre gratuit. TO pourra également apporter du matériel de consultation et de chirurgie pour la prise en charge des patients.

- ✓ Matériel de consultation :

Montures et verres d'essai, lampe à fente, lentilles d'examen, collyres, biomètre contact, autorefractometre.

- ✓ Matériel et consommables opératoires :

Microscope opératoire, kits de MSICS

- ✓ Autres moyens logistiques : transport et acheminement du matériel

2. Moyens humains :

- 2 chirurgiens internationaux TO
- 2 personnels paramédicaux internationaux TO
- 1 équipe locale composée de personnel médical et para-médical (suivant la disponibilité)

- 1 interlocuteur local permettant de faciliter la préparation, l'accueil et l'orientation de TO et de ses représentants dans le pays

3. Moyens financiers :

Les interventions de TO se feront à titre gratuit, l'association et ses bénévoles ne demanderont aucune contrepartie financière dans le cadre de ses missions.

Les frais de vie et de déplacement de l'équipe internationale seront à la charge des bénévoles.

TO cherchera à se procurer matériels médicaux et médicaments pour ses interventions auprès de partenaires en France afin de pouvoir appuyer ses missions.

TO trouvera également le moyen de prendre en charge les frais logistiques de ses interventions (transport du matériel médical...)

Le coût restant de prise en charge pour les patients (médicaments, facturation de la structure d'accueil...) reste une question centrale qu'il faudra prendre en compte au moment de l'étude de faisabilité de nos interventions sur le site de mission.

Références

1 <http://www.who.int/blindness/publications/publication/fr/>

2 Serge Resnikoff, William Felch, Tina-Marie Gauthier, Bruce Spivey. The number of ophthalmologists in practice and training worldwide: a growing gap despite more than 200 000 practitioners. *Br J Ophthalmol*. 2012 Jun;96(6):783-7

3 http://www.who.int/blindness/data_maps/cataract_surgery_rate/en/

4 Ruit S, Tabin GC, Nissman SA, et al. Low-cost high-volume extracapsular cataract extraction with posterior-chamber intraocular lens implantation in Nepal. *Ophthalmol*, 1999; 106(10):1887-92.

5 Ruit S, Tabin G, Chang D, et al. A prospective randomized clinical trial of phacoemulsification vs manual sutureless small-incision cataract surgery in Nepal. *Am J Ophthalmol*, 2007;143:32-8.

6 Khanna RC, Kaza S, Palamaner SSG, Sangwan VS. Comparative outcomes of manual small-incision cataract surgery and phacoemulsification performed by ophthalmology trainees in a tertiary eye care hospital in India: a retrospective cohort design. *BMJ Open*, 2012;2(5).

7 Gogate PM, Kulkarni SR, Krishnaiah S. Safety and efficacy of phacoemulsification compared with manual small-incision cataract surgery by a randomized controlled clinical trial: six-week results. *Ophthalmol*, 2005;112(5):869-74.

8 Riaz Y, de Silva SR, Evans JR. Manual small incision cataract surgery (MSICS) with posterior chamber intraocular lens versus phacoemulsification with posterior chamber intraocular lens for age-related cataract. *Cochrane Database Syst Rev*, 2103;10.