LES IMPLICATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA CÉCITÉ ET DE LA DÉFICIENCE VISUELLE

AUTEURS

Kovin S Naidoo: Brien Holden Vision Institute, division de la santé publique, Durban, Afrique du Sud; University of KwaZulu Natal (UKZN), Durban, Afrique du Sud

Brien Holden: Brien Holden Vision Institute, University of New South Wales (UNSW), Australie

RÉVISION DES PAIRS

Ron Fyfe: ex-président du comité de santé publique de WCO; représentant Asie Pacifique du comité de santé publique de WCO et membre du conseil de Vision 2020 Nouvelle-Zélande

CE CHAPITRE COMPREND UNE RÉVISION DE:

- L'économie de la santé
- Les objectifs économiques des soins de santé
- Les indicateurs des états de santé
- Les techniques d'évaluation économique
- Les coûts et les conséquences négatives de la cécité et de la déficience visuelle dans le monde
- Les liens importants entre la cécité et la pauvreté
- Les barrières et obstacles à l'utilisation des services de soins oculaires
- La cécité et la pauvreté

L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

L'économie de la santé applique directement les principes d'économie aux services de soins de santé tout en considérant que ces soins diffèrent des échanges de produits habituels. L'accent est mis sur les valeurs qui sous-tendent les services de soins de santé.

L'économie de la santé se préoccupe:

- du financement des systèmes de soins de santé
- de l'allocation des ressources dans un milieu où elles sont rares
- de l'équilibre entre les soins de santé privés et publiques pour une même nation
- de la relation entre la santé et les facteurs socio-économiques
- des alternatives au financement des soins de santé ainsi que des options les plus rentables pour ce financement

LES OBJECTIFS ÉCONOMIQUES DES SOINS DE SANTÉ OCULAIRE

Source: *Katzenellenbogen J, Joubert G and Kariem SA, 1997. Epidemiology: A Manual for South Africa, Oxford University Press, États-Unis*

EFFICIENCE

S'interroge à savoir comment les ressources sont utilisées dans les soins de santé. Ces ressources limitées sont-elles bien utilisées, de manière efficace et procurent-elles le meilleur rendement possible pour l'argent investi?

EFFICACITÉ

Les planificateurs des soins de santé évaluent les mesures d'efficacité afin de déterminer si les interventions médicales atteignent les objectifs prévus, alors que les économistes de la santé évaluent les mesures d'efficacité dans l'analyse de la rentabilité des coûts pour en évaluer l'efficience.

ÉQUITÉ

Ces objectifs visent la distribution équitable et juste des soins de santé dans la société. Elles évaluent également ce que ces soins apportent à la majorité de la population.

LES INDICATEURS DES ÉTATS DE SANTÉ

MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

Ce sont des indicateurs de la maladie, ex : les changements du niveau de glucose dans le sang et les journées de travail perdues.

ANNÉES DE VIE AJUSTÉES EN FONCTION DE LA QUALITÉ (QALYS – *QUALITY ADJUSTED LIFE YEARS*)

Dans cet indicateur économique, le nombre d'années de vie « sauvées » par une intervention médicale est ajusté en fonction de l'amplitude des niveaux de détresse et d'handicap résultants pour ces années. (Katzenellenbogen et al, 1997). Cet indicateur peut également être utilisé pour évaluer l'impact relatif de différentes interventions de santé quand celles-ci sont exprimées en termes du nombre de QALY qu'elles produisent: i.e. les avantages de se pencher sur les problèmes pouvant mener à la cécité chez les enfants sont accentués lorsqu'on considère le fait que les enfants vivent plus longtemps que les adultes, même s'il y a moins d'enfants atteints de cécité que d'adultes atteints de cataracte.

ANNÉES DE VIE AJUSTÉES EN FONCTION DU HANDICAP (DALYS – *DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS*)

Indice développé par la banque mondiale afin d'évaluer le fardeau de maladies (World Bank 1993).

C'est la mesure du nombre potentiel d'années de vie perdues en raison d'un handicap ou d'une mort à un âge donné. Même si cette mesure ressemble à QALY, elle inclue explicitement les types de maladie, elle se concentre exclusivement sur le handicap produit et elle est pondérée selon l'âge et la valeur productive attendue d'un individu (Katzenellenbogen et al, 1997).

LES TECHNIQUES D'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE

L'ANALYSE DES COÛTS MOINDRES

Une mesure interne au programme qui détermine si les objectifs du projet sont atteints avec un minimum de coûts.

RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ

C'est une mesure qui permet la comparaison entre les différentes interventions en termes de coûts et de bénéfices. Les coûts sont exprimés en termes monétaires et les bénéfices sont exprimés par des indices de mortalité, de morbidité ou autres. Les résultats sont exprimés sous forme de ratio, ex : coûts par opération de cataracte.

LES TECHNIQUES D'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE (SUITE)

RAPPORT COÛT-BÉNÉFICES

C'est une mesure monétaire qui vise à déterminer si les avantages d'un projet justifient les coûts de celui-ci.

L'ANALYSE COÛT-UTILITÉ

Cette analyse mesure l'utilité ou le résultat satisfaisant d'un projet ou d'une intervention et permet aussi la comparaison de différentes interventions dans le temps. Les résultats sont exprimés sous forme de coût par QALY. Par exemple, on pourrait conclure que le coût marginal par QALY en fournissant des médicaments pour le glaucome est de 2000$, alors qu'il est de 1000$ pour les chirurgies de glaucome.

LES COÛTS ET LES CONSÉQUENCES NÉGATIVES DE LA CÉCITÉ ET DE LA DÉFICIENCE VISUELLE DANS LE MONDE

La déficience visuelle est la septième plus grande cause d'handicap au monde, et en Australie, elle représente 2.7% de la perte du bien-être (Taylor et al, 2006). Cette déficience nuit au développement indépendant et sain des personnes âgées et est également associée à l'augmentation du nombre de risques de chutes (2x), à l'augmentation du risque de dépression (3x) et à l'augmentation des risques de fractures de la hanche (4x-8x). La diminution de l'acuité visuelle est associée à l'augmentation des risques des accidents en voiture, ce qui augmente la mortalité dans les 5 années suivant le diagnostic. Même avec une déficience visuelle modérée, le risque de décès est doublé. La prévalence de pertes visuelles triple avec chaque décennie supplémentaire après 40 ans. (voir Fig. 7.1).

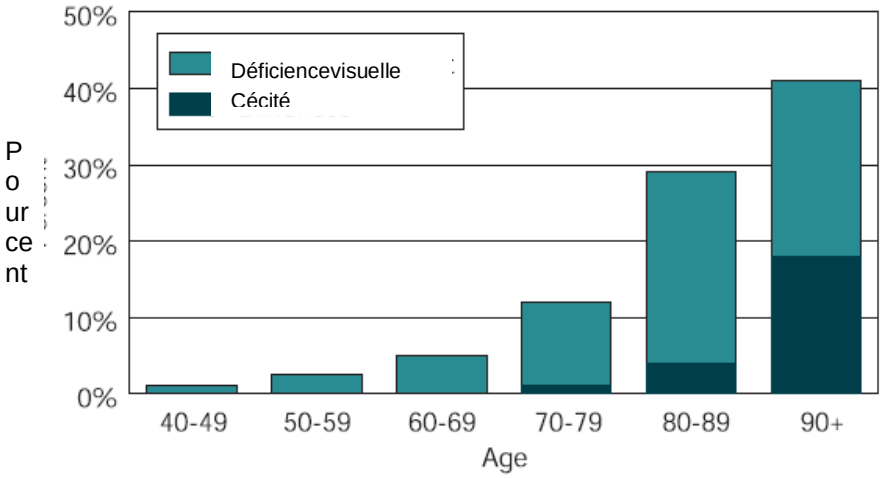

Figure 7-1: *Déficience visuelle et cécité en Australie (%Groupe d'âge) en 2004*
Source: *Eye Research Australia and Clear Insight, 2004*

En 2000, Frick et Foster (2003) ont estimé le coût mondial de la cécité et de la basse vision à un montant de 42 milliards de dollars US. Si la prévalence de la cécité et de la basse vision est diminuée, ce coût annuel sera augmenté à 110 milliards de dollars US d'ici l'an 2020.

Le trois-quarts des cas de cécité est évitable et la priorité devrait être mise sur la prévention et le traitement de la perte visuelle. Si l'initiative VISION 2020 est une réussite, le coût annuel total ne sera que de 57 milliards de dollars US d'ici 2020, ce qui équivaut à des économies mondiales de 223 milliards de dollars US entre les années 2000 et 2020.

En 2004, les déficiences visuelles en Australie ont couté environ 9.85 milliards de dollars AUD, ce qui est plus coûteux que les maladies coronariennes et cardiaques, le diabète, la dépression et les accidents vasculaires cérébraux. (Taylor, 2006). La part des coûts associée à la perte de bien-être représente 4.8 milliards de dollars AUD et coûts directs de santé, 1.8 milliards de dollars AUD. Les coûts indirects représentent 3.2 milliards et incluent les aides de basse vision, la perte de revenus, les taxes et les autres prestations d'aide sociale. Les cataractes étaient responsables de 18% des dépenses ainsi que des coûts directs les plus élevés. (voir Fig. 7-2).

LES COÛTS ET LES CONSÉQUENCES NÉGATIVES DE LA CÉCITÉ ET DE LA DÉFICIENCE VISUELLE DANS LE MONDE (SUITE)

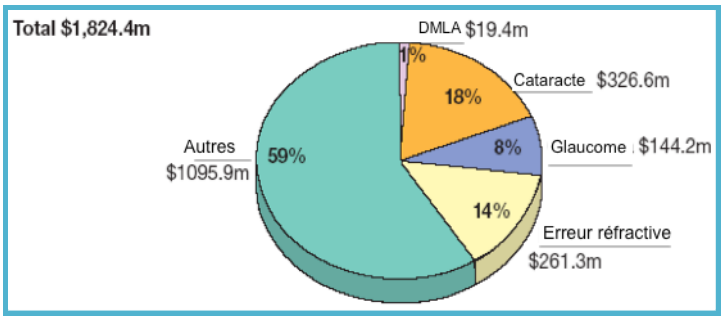

Figure 7-2: *Coût des pathologies oculaires en Australie (par cas) en 2004*
Source: *Eye Research Australia and Clear Insight, 2004*

Plusieurs interventions de soins oculaires sont simples et ont un bon rapport coût/efficacité. Même les pays développés comme l'Australie, ne peuvent se permettre les coûts de la cécité évitable.

LES LIENS IMPORTANTS ENTRE LA CÉCITÉ ET LA PAUVRETÉ

- 90% des gens souffrant de cécité vivent dans un pays en voie de développement. Au moins 6.7 millions d'entre eux résident en Inde, 6.9 millions en Chine et 7.3 millions en Afrique (World Health Organisation, 2012).
- La cécité est à la fois la cause et la conséquence de la pauvreté, et souvent, la cécité aggrave la pauvreté dans les pays en voie de développement. Les communautés supportent de plus hauts coûts et les familles perdent souvent un revenu vital lorsque l'un membre doit agir en tant que soignant.
- Les habitants des pays en voie de développement sont 5 à 10 fois plus à risque de souffrir de cécité que les gens résidant dans les pays industrialisés, comme l'Australie.
- Les gens atteints de cécité sont parmi les plus pauvres mondialement
- Les modèles économiques démontrent que la cécité et la basse vision coûtent à l'économie mondiale près de 56 milliards de dollars AUD en perte de productivité chaque année
- Le succès du programme de Vision 2020 sera responsable d'une économie mondiale de 290 milliards de dollars sur une période de 20 ans.
- Pour chaque dollar dépensé dans la prévention ou le traitement d'une perte visuelle, le retour sur l'investissement à l'intérieur du même pays sera quintuplé.

LECTURES

- Dandona and Dandona, 2006.**What is the global burden of visual impairment?** BioMed Central (BMC) Medicine 4(6):1-10.Disponible à: Source: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-4-6.pdf Consulté le 22 Août 2012
- McCarty et al, 2001.**Vision impairment predicts 5 year mortality.** British Journal of Ophthalmology 85:322-326.Source: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1723877
- Frick KD et Foster A, 2003.**The Magnitude and Cost of Global Blindness: An IncreasingProblem That Can Be Alleviated.**American Journal of Ophthalmology 135(4):471-476.Source: http://www.who.int/ncd/vision2020_actionplan/documents/frickfosterAJO1354712003.pdf
- Taylor et al, 2006.**The economic impact and cost of visual impairment in Australia.**British Journal of Ophthalmology 90(3): 272-275.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/90/3/272
- Taylor et al, 2007.**Costs of interventions for visual impairment.**American Journal of Ophthalmology 143(4):561-565.Source: http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0002-9394/PIIS0002939406012566.pdf
- Broman et al, 2002.**The Impact of Visual Impairment and Eye Disease on Vision-Related Quality of Life in a Mexican-American Population: Proyecto VER.**Investigative Ophthalmology and Visual Science 43(11):3393-3398.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/43/11/3393?ck=nck

LES BARRIÈRES ET OBSTACLES DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SOINS OCULAIRES

La disponibilité des services de soins oculaires ne garantit pas que les gens atteints de cécité ou de basse vision en feront usage, même si les services sont gratuits. Ceci s'applique plus précisément pour les gens vivant dans les régions les plus défavorisées. En fait, il est estimé que seulement le quart des gens dans le monde profitent des services de soins oculaires. De plus, la plupart du temps, les gens ayant reçu des soins de santé oculaire ne retournent pas à leur suivi pour le reste du traitement, comme pour une chirurgie de cataracte.

Ce faible taux de l'usage de ces services peut être le résultat d'une combinaison de plusieurs facteurs pratiques, sociaux, financiers et psychologiques. En planifiant les stratégies de prévention de la cécité et de la déficience visuelle, il est crucial d'identifier les barrières qui sont vécues dans les communautés afin de s'assurer de l'utilisation des services de soins oculaires et ultimement assurer le succès de stratégies d'intervention efficaces.

LES RAISONS POUR LESQUELLES LES GENS N'UTILISENT PAS DES SERVICES EXISTANTS

- Patients non-informés
- Services difficilement accessibles
- Acceptation des services
- Impression que la personne n'a pas besoin de soins
- Peur que le traitement puisse gâter leurs yeux
- Coûts directs de traitement
- Coûts du transport ou accès au transport
- Incapacité à se libérer de responsabilités familiales ou du travail
- Absence d'un accompagnateur
- Acceptation que la perte visuelle est due au ''karma'' ou au destin voulu par Dieu

La plupart de ces barrières sont présentes chez les personnes âgées, et plus particulièrement les femmes. Les services de soins oculaires sont plus souvent utilisés par les hommes vivant près de l'endroit ou ces services de traitement sont offerts. La promotion des services doit être sensible à ces barrières de genre. Aussi, les gens ayant un niveau littéraire plus élevé consultent plus fréquemment.

Il est important d'informer les gens sur les soins oculaires et des avantages des traitements comme la chirurgie de cataracte, plus spécifiquement chez les personnes âgées. Les professionnels des soins oculaires devraient avoir de la formation continue leur permettant de fournir des services culturellement appropriés pour les communautés dans lesquelles ils travaillent.

LECTURES

- Kovai et al, 2007. **Barriers to accessing eye care services among visually impaired populations in rural Andhra Pradesh, South India.** Indian Journal of Ophthalmology 55(5):365-371.Source: http://www.ijo.in/temp/IndianJOphthalmol555365_211906.pdf
- Lewallen S et Courtright P, 2006.**Increasing uptake of eye services by women.**Journal of Community Eye Health 19(60):59-60.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_19_60_059.pdf
- Donoghue M, 1999.**People who don't use eye services: 'making the invisible visible'.**Journal of CommunityEyeHealth 12(31):36-38.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_12_31_036.pdf
- Owsley et al, 2006.**Perceived Barriers to Care and Attitudes about Vision and Eye Care: Focus Groups with Older African Americans and Eye Care Providers.**Investigative Ophthalmology and Visual Science 47(7):2797-2802.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/47/7/2797
- Melese et al, 2004.**Indirect costs associated with accessing eye care services as a barrier to service use in Ethiopia.**Tropical Medicine and International Health 9(3):426-431.Source: http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-3156.2004.01205.x
- Muralikrishnan and Pradhan KB, 2003. **Equity in Eye Care Services.** Community Ophthalmology 1(1):15-17.Source: http://laico.org/v2020resource/files/equity.pdf

LA CÉCITÉ ET LA PAUVRETÉ

Tel qu'abordé plus tôt dans ce module, plusieurs causes de la cécité évitable sont directement reliées à la pauvreté : la malnutrition, l'inaccessibilité à de l'eau potable et à des installations hygiéniques, le niveau d'éducation et l'inaccessibilité aux soins de santé. Ce n'est pas une coïncidence que 90% des gens souffrant de déficience visuelle résident dans des régions à faibles revenus. D'un côté, la cécité peut être le résultat de la pauvreté, de l'autre, la déficience visuelle augmente aussi le risque de pauvreté : c'est un cercle vicieux.

La cécité et la déficience visuelle peuvent mener à des désavantages financiers pour les gens atteints, pour leur famille et pour toute la société en général. Les personnes plus pauvres sont souvent exclues des soins de santé primaire et d'éducation de base. La déficience visuelle peut entraîner une perte de productivité, donc un plus faible revenu, et cela mène souvent à la perte d'emploi. Si un des membres de la famille souffre d'une déficience visuelle, un autre membre de la famille doit généralement s'occuper de celui-ci, ce qui limite les opportunités d'emploi et diminue le revenu total potentiel de la famille. La responsabilité de prendre soin d'une personne handicapée retombe souvent sur des enfants d'âge scolaire, ce qui limite leurs propres opportunités d'éducation. Rétablir la vision de quelqu'un peut souvent leur permettre, à eux et à leurs aidants, de retourner au travail ou à l'école.

Les enfants atteints de déficience visuelle ont un accès limité à l'éducation, particulièrement dans les pays en voie de développement. Le niveau d'alphabétisation et la participation au milieu scolaire pour les filles souffrant d'une déficience visuelle est plus faible que pour les garçons dans la même situation.

La déficience visuelle entraîne également des dépenses directes en termes de traitements et d'aides spécifiques requises. En raison de l'augmentation des dépenses et de la réduction du revenu familial, les familles frappées par la déficience visuelle ont souvent moins d'argent de côté et de biens matériels et sont plus à risque de souffrir de la faim ou d'insécurité alimentaire.

Les interventions visant à traiter la cécité évitable sont essentielles et ont un bon rapport coût/efficacité. En fait, l'atteinte de sept des huit Objectifs du millénaire pour le développement de l'ONU dépend du succès de VISION 2020 : *The Right to Sight*.

LECTURES

- Dandona R et DandonaL, 2001.**Socioeconomic status and blindness.**British Journal of Ophthalmology 85:1484-1488.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/85/12/1484
- Holden B, 2007.**Blindness and poverty: a tragic combination.**Clinical and Experimental Optometry 90(6):401-403.Source: http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1444-0938.2007.00217.x
- Naidoo K.**Poverty and blindness in Africa.**Clinical and Experimental Optometry 90(6):415-421**.**Source: http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1444-0938.2007.00217.x
- Brotherhood of St Laurence, 2004.**Seeing clearly: Access to affordable eyecare for low-income Victorians.**Changing Pressures 13:1-12. Source: http://www.bsl.org.au/pdfs/Changing_Pressures_13_1.pdf
- Vision2020. 2010.**Blindness, Poverty and Development.**The Impact of VISION 2020 on the U.N. Millennium Development Goals. Source: http://www.icoph.org/dynamic/attachments/resources/iapb-mdgs.pdf
- Ho V et Schwab I, 2001. **Social economicdevelopment in the prevention of global blindness.**British Journal of Ophthalmology 85(6):653-657.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/85/6/653

LECTURES/ RÉFÉRENCES CHOISIES

- EyeResearchAustralia and Clear Insight, 2004.**The economic impact and cost of vision loss in Australia.**Disponible à: http://www.cera.org.au/uploads/CERA_clearinsight_overview.pdf Consulté le 22 août2012
- Frick KD and Foster A, 2003.**The Magnitude and Cost of Global Blindness: An IncreasingProblemthat Can Be Alleviated.**American Journal of Ophthalmology 135:471-476
- Katzenellenbogen J, Joubert G and Kariem SA, 1997.**Epidemiology: A Manual for South Africa.**OxfordUniversityPress,États-Unis
- Taylor et al, 2006.**The economic impact and cost of visualimpairment in Australia.**British Journal of Ophthalmology 90:272-275
- Organisation mondiale de la Santé, 2012.**Visual impairment and blindness.**WHO FactSheet No. 282. Disponible à: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/ Consulté 22 août 2012.