

Évaluation à mi-parcours Seeing is Believing – CBM

Rapport Final – Juin 2017

Teresa Cerveau

ABSTRACT

Évaluation à mi-parcours du projet Seeing is Believing en Côte d'Ivoire
Période : mars 2014 – mars 2017

Executive summary :

This report summarizes the findings of a mid-term evaluation of the Seeing is Believing project, implemented in Côte d'Ivoire since March 2014. This 4-year project funded by the Standard Chart Bank aims at reinforcing and scaling up the prevention of avoidable blindness in the country, by (i) improving the quality of surgical eye care, (ii) ensuring constant availability of essential consumables for cataract surgery, (iii) providing the necessary equipment for cataract surgery in 7 hospitals and (iv) improving access to surgical eye care through awareness and counselling.

Using a mix method qualitative/quantitative methodology, the mid-term evaluation scope focused on evaluating progress to date, relevance, effectiveness, efficiency and sustainability. While analysing the project effects on the national eye health system¹, the evaluation assessed the extent to which the programme is meeting its milestone targets and is on a trajectory that will lead to achieving its stated Goal, Purpose, and Objectives.

Key findings of the evaluation include:

Relevance: Overall, the project responds to the priorities set by the national eye health programme of Côte d'Ivoire and to the needs of the Ivoirian population. It aims at addressing a human resource gap in the regions, where there are no public health facilities delivering surgical eye care.

Effectiveness:

The project manages to address 4 out of 6 of the HSS (Health System Strengthening) building blocks: provision of eye health services, human resources capacity building, access to essential medical products and technologies, and supporting leadership and governance in eye care.

- **Eye Care service delivery:** Three years after the project was launched, 4 cataract surgery services have been set up and all 7 services are now fully equipped and operating. However, there is still a discrepancy between expected and achieved results. Although the number of consultations has increased significantly over the past 3 years, the progress is much slower in terms of the number of cataract surgeries. The organisation and the resources available are very different from one hospital to another and this has an impact on the service performance. The other barriers for a better performance are the price of the cataract surgery and socio-cultural factors. The partners do not address the aspect of quality assurance of care. The project could benefit from the development of tools to ensure standards of care and of a supportive supervision scheme. One of the consequences in the long run of the low number of surgeries would be the loss of surgery quality due to the lack of practice. This might also impact on the doctors' motivation to continue operating cataract cases.
- **Health service provision (prevention/promotion):** teams of 4 volunteers are deployed in 5 regions. Their intervention has opted for a

¹ Blanchet K et al. (2012) *Eye Health Systems Assessment (Ehsa): How to connect eye care with the general health system*, London School of Hygiene and Tropical Medicine & Sight Savers.

blanket coverage approach but it is not very efficient as few cataract cases are finally identified and referred to the eye care services. Counselling and referrals to the eye care services do not seem to have achieved the desired outcome, which is to increase the number of cataract surgeries. A more targeted approach would be more cost-effective.

- **Human resources for eye health:** The project addresses an important human resource gap (skills) and shortages (number of workers) in the regions. Before the project was launched, public health services in all 4 regions did not have eye surgery facilities. In terms of training, CHUs do not have enough patients that allow students to train their surgical skills. But the CHU Treichville has shown willingness to reduce the price of the surgery in order to recruit more patients and to become the centre of reference for eye surgery.
- **Eye Health Management Information System:** The project does not tackle this Health System Strengthening component specifically, a component that will need to be reinforced in the future. However, the RAAB study carried out in the context of the SiB project has provided valuable information to the National Programme and will support the programme in programmatic planning and advocacy work.
- **Medical Products, Vaccines And Technologies:** Ensuring the availability and the provision of consumables and equipment necessary for cataract surgery at a reduced cost is a core component of the project. It has allowed to decrease the price of the cataract surgery in all services (to the exception of CHU Cocody) and therefore to make it more accessible. Most of the eye care services are committed to get their supply of consumables from the Dabou resource centre. But, a part from San Pedro, the services still use the initial stock donated by CBM.
- **Health financing:** At this stage, the project does not have much effects on health financing. But many challenges faced by the project are linked to this critical component of the eye health system: the costs of consumables and the surgery, the recovery of service funds. A more in-depth economic evaluation would allow identifying the optimal cost of surgery and explore the opportunities to ensure the financing of eye care services.
- **Governance:** The project involves all 4 sets of actors necessary for a good health governance – state actors, eye care service providers, beneficiaries/general public and international actors – and should allow a strong advocacy work. At regional level, coordination mechanisms need to be strengthened as in some areas, each actor seems to be working in an isolated manner.

Efficiency:

The financial implementation rate is variable from one semester to another. At the 6th semester, rate was 85%. The most cost-efficient activity is the screening campaign. Though the financial implementation rate for the community awareness/sensitization is cost-efficient, the impacts on referrals and the surgery

rate are weak. According to projections², 18 additional months to the current project would be necessary to achieve the initially defined target of 14,000 cataract surgeries.

Sustainability:

The sustainability of the project will depend on the level of engagement of the current partners. Regarding the resource centre, most of the partners have clearly expressed their willingness to use the centre as the main provider of consumables. However on the long term, the private status of the centre might be problematic, as it cannot be integrated in the national supply mechanisms. There are also no perspectives of continuing the training in Dabou once the project is over. It will be important to develop an exit strategy with all the partners involved in the SiB project before the end of the project.

Social Changes:

Because of its high price, cataract surgery is still not accessible for the most vulnerable groups – especially older people, often retired, in rural areas, women and children. The free surgery campaigns allow the service to be accessible to them. Case studies have found that when done successfully, the surgery drastically changed the patient's life, giving back sights, hence autonomy.

Gender:

The community sensitization work reach more women than men, and women tend to go more to medical consultations than men. But when it comes to cataract surgery, still fewer women than men benefit from the surgical act. This can be explained to a large extent to social-cultural factors, and the social distribution of economic roles within the household.

The effects of the project on the supply side of the eye health care are quite significant: fully equipped and staffed services have been created and are now fully operational, and consumables have been provided to ensure no stock-outs. The effects on the demand side are less obvious. There are still important barriers that make the cataract surgery still not accessible to the most vulnerable groups, barriers that are mainly financial (the cost of the surgery act) and socio-cultural (linked to the fear of the surgery, to gender issues). Further advocacy – to reduce the costs – and sensitization – to overcome the socio-cultural barriers – are needed. If the project has managed to target the health and community systems, the social protection system could also be supported as to ensure a more equitable and universal access and availability to quality surgical eye care.

² These projections are merely extrapolations of currently available data. Uncertainties always exist when making predictions, as past trends do not always predict future trends.

Table des matières

Executive summary :	2
Table des matières.....	5
Acronymes.....	6
Liste des schémas :.....	7
Liste des tableaux :	7
I. Introduction	8
II. Méthodologie	9
A. Approche méthodologique.....	9
B. Outils de collecte de données.....	11
C. Déroulement de l'évaluation.....	12
D. Limites/contraintes:	12
III. Résultats	13
A. Analyse de la pertinence.....	13
B. Analyse de l'efficacité.....	16
1. <i>Prestation de services</i>	16
2. <i>Ressources Humaines</i>	29
3. <i>Système d'Information</i>	31
4. <i>Équipement et consommables médicaux</i>	31
5. <i>Système de financement</i>	33
6. <i>Gouvernance</i>	34
C. Analyse de l'efficacité.....	35
D. Durabilité/Viabilité.....	40
1. <i>Améliorer la qualité des soins</i>	40
2. <i>Assurer la disponibilité des consommables essentiels</i>	40
3. <i>Équiper 7 centres</i>	41
4. <i>L'accès à la chirurgie oculaire et la sensibilisation.</i>	41
E. Changement social	41
F. Genre.....	43
IV. Conclusion et Recommandations.....	47
RECOMMANDATIONS:.....	49
<i>Pour l'objectif 1: Amélioration de la qualité du personnel chirurgical</i>	49
<i>Pour l'objectif 2: Disponibilité de consommables essentiels t</i>	49
<i>Pour l'objectif 3: 7 centres équipés pour la chirurgie de la cataracte</i>	49
<i>Pour l'objectif 4 : L'accès à la chirurgie oculaire et la sensibilisation</i>	49
<i>Aspects transversaux :</i>	50
VI. Annexes.....	52
A. Le projet SiB et les blocs constitutifs du système de santé.....	52
B. Tableau des critères d'évaluation et indicateurs	55

Acronymes

ACS	Agent Communautaire de Santé
ARCE	Appréciation Rapide de la Cécité Evitable
CAP	Connaissances, Attitude et Pratiques
CBM	Christian Blind Mission
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COMBD	Centre d’Ophtalmologie Méthodiste Bartimée de Dabou
COPHCI	Confédération des Organisations de Personnes Handicapés de la Côte d’Ivoire
CRCI	Croix-Rouge de Côte d’Ivoire
DES	Diplôme Études Spécialisées
EEC	Extraction Extracapsulaire de la Cataracte
EHSA	Eye Health System Assessment
IEC	Information, Education et Communication
MSICS	Manual Small Incision Cataract Surgery
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PNSOLO	Programme National de Santé Oculaire et de Lutte contre l’Onchocercose
SCB	Standard Chartered Bank
SiB	Seeing is Believing
SOP	Standard Operating Procedures (Procédures normatives)
VAD	Visites à Domicile

Liste des schémas :

Figure 1 - Renforcement du système de santé, OMS (2009).....	10
Figure 3 - Nombre de consultations par sexe	17
Figure 4 - Nombre de consultations pour le 5ème et 6ème semestre.....	17
Figure 5 - Résultats atteints vs. escomptés pour les chirurgies de la cataracte ...	19
Figure 6 - Cas référés au service d'ophtalmologie au 5ème semestre	27
Figure 7 - Taux d'exécution budgétaire au cours des 6 semestres.....	36
Figure 8 - Part du budget attribué à chaque partenaire	36
Figure 9 - Taux d'exécution budgétaire par partenaires	37
Figure 10 - Taux d'exécution des activités, mars 2014 – mars 2017.....	37
Figure 11 - Taux d'exécution financière et d'activités, par groupe d'activités	38
Figure 12 - Projection du nombre de chirurgies de la cataracte (18 mois)	39
Figure 13 - Répartition par genre des consultations et des opérations	44
Figure 14 - Système de Santé Communautaire	47

Liste des tableaux :

Tableau 1 - Objectifs et Activités du projet SiB	8
Tableau 2 - Liste de personnes interviewées.....	11
Tableau 3 - Objectifs du Programme National de Lutte contre la Cécité	13
Tableau 4 - Nombre de chirurgies de la cataracte par semestre.....	18
Tableau 7 - Nombre de chirurgies par semaine, par région (6ème semestre).....	19
Tableau 8 - Grille d'observation des services d'ophtalmologie	20
Tableau 9 - Nombre de supervision par service d'ophtalmologie/région	25
Tableau 10 - Projection du nombre de chirurgies de la cataracte	39
Tableau 11 - Distribution par Genre de l'opération de la cataracte.....	44

I. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, on estime aujourd'hui à près de 285 millions le nombre de personnes qui souffrent de handicap visuel dans le monde, dont 39 millions d'aveugles. D'après les estimations, environ 80% de l'ensemble des déficiences visuelles dans le monde sont évitables ou curables, la cataracte étant l'une des causes principales (33%)³. En Côte d'Ivoire, le Programme National de Santé Oculaire et de Lutte contre l'Onchocercose (PNSOLO), estime dans son plan stratégique 2013-2016 que la prévalence de la cécité est à 1,5%. La prévalence de la cataracte est estimée à 0,8% (soit 160 000 cas).

Dans l'optique de réduire la prévalence de la déficience visuelle, la Standard Chartered Bank a mis en place en janvier 2014 un projet de santé oculaire « Seeing is Believing », projet de mise à échelle de la prévention de la cécité en Côte d'Ivoire mis en œuvre par CBM en partenariat avec le Programme National de Santé Oculaire et de Lutte contre l'Onchocercose, la Croix-Rouge de Côte d'Ivoire (CRCI), et la Confédération des Organisations de Personnes Handicapées de Côte d'Ivoire (COPHCI). L'objectif du projet est de renforcer le système de santé oculaire, et notamment le service de chirurgie de la cataracte, en (i) améliorant la qualité du personnel médical, (ii) en fournissant les équipements et les consommables nécessaires, (iii) en rendant 4 centres de niveau secondaire opérationnels et (iv) en menant des activités de promotion et de prévention.

Tableau 1 - Objectifs et Activités du projet SiB

No.	Objectifs	Activités
1	Amélioration de la qualité du personnel chirurgical en matière de soins oculaires dans 4 régions en 4 ans	- Formation de 22 ophtalmologues en chirurgie de cataracte - Chirurgiens qualifiés dans au moins 4 CHR
2	Disponibilité de consommables essentiels pour la chirurgie de la cataracte à coût réduit	- 1 centre ressource fonctionnel
3	7 centres équipés pour la chirurgie de la cataracte	- 4 CHR, 2 CHU et COMBD équipé pour effectuer 14,000 opérations - Équipement entretenu
4	L'accès à la chirurgie oculaire et la sensibilisation à la prévention de la cécité sont améliorés dans 4 régions	- 25 volontaires de la CRCI formés - Activités de sensibilisation pour au moins 1,5 millions de personnes - 20,000 personnes reçoivent des consultations - Services disponibles à des coûts abordables.

³ OMS (2013), Santé Oculaire Universelle – Plan d'Action 2014-2019

En vue d'apprécier objectivement l'état de la mise en œuvre du projet et le niveau d'atteinte des indicateurs dans le domaine de la santé oculaire, une évaluation à mi-parcours a été menée au cours des mois d'Avril et de Mai 2017 afin :

- d'examiner les changements induits et la progression vers la réalisation des objectifs et des résultats attendus, ainsi que la valeur ajoutée du projet 'Seeing is Believing'.
- et de mesurer les effets du projet sur le renforcement du système de santé oculaire
- et d'identifier des recommandations pour consolider les acquis et apporter des ajustements nécessaires en vue d'accélérer la réalisation des objectifs d'ici la fin du projet en Février 2018.

L'évaluation à mi-parcours propose donc de dresser un bilan des progrès réalisés, d'identifier les bonnes pratiques, les difficultés rencontrées, de tirer les enseignements et ainsi d'apporter des éléments de réflexion sur les modes d'intervention et les stratégies des partenaires engagés, ainsi que la cohérence des objectifs initialement définis. Ainsi, les recommandations de l'évaluation pourront contribuer à l'amélioration des pratiques et des compétences du projet pour plus d'impact.

II. Méthodologie

A. Approche méthodologique (cadre conceptuel)

La méthodologie d'évaluation a été formulée en fonction des directives et suggestions contenues dans les Termes de Références. Aussi, pour rester conforme aux exigences exprimées dans les Termes de Référence (questions clés de l'évaluation), la méthodologie suivante a été appliquée.

A la lecture des Termes de Référence et des documents cadres, le projet « Seeing is Believing » semble avoir adapté à la santé oculaire l'approche préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé pour le Renforcement du Système de Santé (RSS) qui est basé sur 6 piliers/fonctions fondamentaux que sont la gouvernance, les ressources humaine, l'information, le financement, les médicaments et les technologies, et les prestations de services.

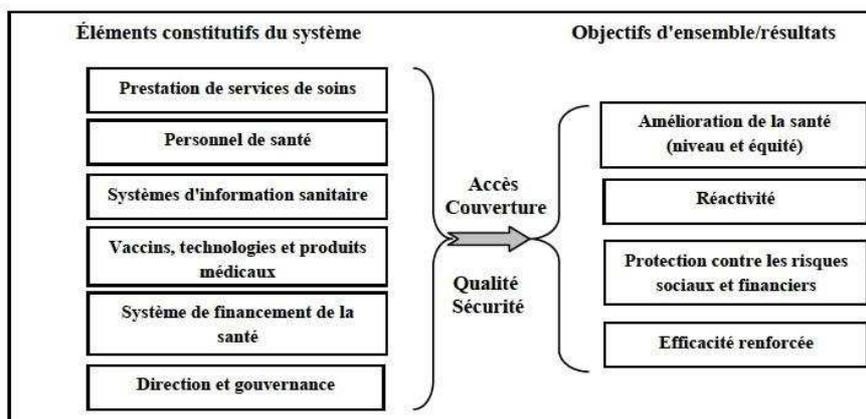
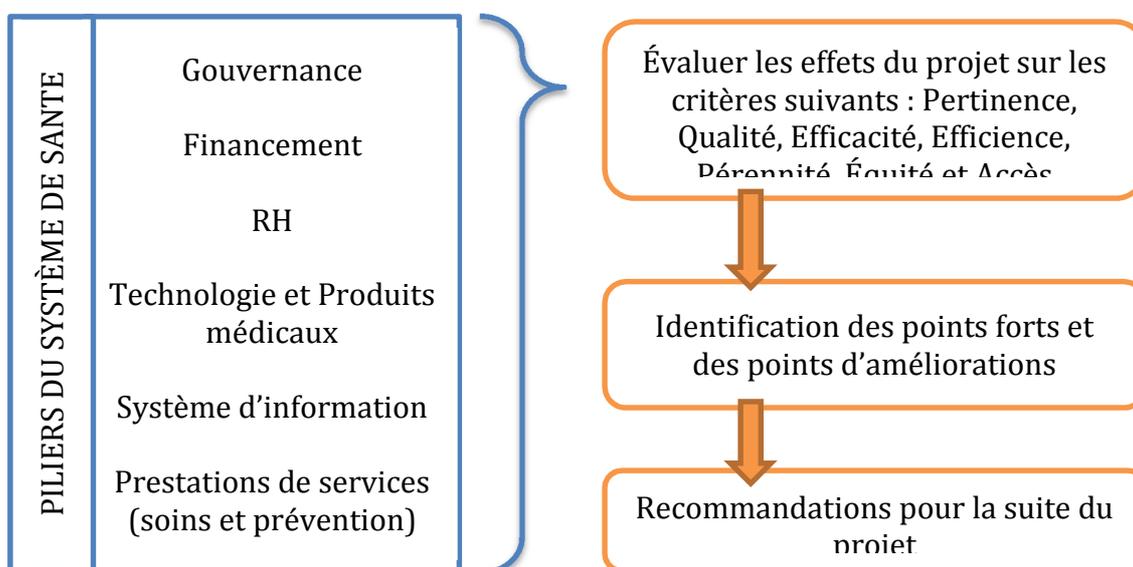


Figure 1 - Renforcement du système de santé, OMS (2009)⁴

L'évaluation tente donc d'analyser les services de santé proposés par le projet en intégrant ce cadre conceptuel et propose une sélection d'indicateurs SMART⁵, inspiré de l'EHS (Eye Health System Assessment)⁶. Les critères d'évaluation principaux (la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et la durabilité) sont déclinés en indicateurs spécifiques ayant une portée physique exploitable dans l'évaluation et facilement associables aux données accessibles sur le terrain. Les indicateurs EHS y sont également intégrés (voir annexe 1).

L'évaluation des activités et de leurs résultats permet d'analyser dans quelle mesure les objectifs du projet et de ses composantes ont été atteints (analyse des écarts).

Figure 2 - Approche méthodologique de l'évaluation à mi-parcours du projet SiB



⁴ de Savigny D, Taghreed A (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO.

⁵ Spécifique, Mesurable, Approprié, Réalisable, limité dans le Temps

⁶ Blanchet K et al. (2012) *Eye Health Systems Assessment (Ehsa): How to connect eye care with the general health system*, London School of Hygiene and Tropical Medicine & Sight Savers.

B. Outils de collecte de données

Pour répondre aux questions d'évaluation posées ci-dessus, une méthodologie mixte, c'est-à-dire qualitative et quantitative, a été utilisée pour la collecte et l'analyse des données :

i. Quantitative :

À travers l'analyse des données produites par le projet et son système de suivi et d'évaluation, et par les registres et rapports des centres/services sanitaires.

Ces données ont été analysées afin de mesurer et comparer les résultats escomptés et les résultats réels.

ii. Qualitative :

- Entretiens semi-directifs – avec les informateurs clefs :
 - o avec les partenaires opérationnels : PNSOLO, COMBD, CRCI, COPHCI
 - o avec des professionnels de santé ayant bénéficié des formations.
 - o avec les responsables des 7 centres hospitaliers
 - o avec des membres de la communauté
- Observations :
 - o Visite des services de santé et des centres de formation
 - o Participation aux séances de sensibilisation communautaire et de programmation radio
- Groupes de discussion avec différents publics: membres des communautés, volontaires de la Croix-Rouge et étudiants en DES d'ophtalmologie.
- 2 études de cas.

L'approche qualitative permet d'explorer les incidences provoquées par les différentes activités du projet, aspects qui ne sont pas capturés par les données quantitatives. Elle permet aussi d'analyser en profondeur les perspectives des répondants, ainsi que leurs expériences.

Tableau 2 - Liste de personnes interviewées

	Abidjan		Dabou		San Pedro		Abeng.		Yakro	
	EI*	DG	EI	DG	EI	DG	EI	DG	EI	DG
Partenaires opérationnels	3		1							
Professionnels de santé	2		2		2		1		1	
Étudiants/Médecins apprenants		4	1							
Volontaires de Croix-Rouge				4		4		4		2
Membres de Communauté					4	14			1	3
Sous-Total	5	4	4	4	6	18	1	4	2	5
TOTAL	53									

* EI = Entretien Individuel ; DG = Discussion de Groupe

C. Déroulement de l'évaluation

Le processus d'évaluation à mi-parcours est composé de trois phases distinctes suivantes:

Phase 1 – Revue documentaire:

Revue documentaire et analyse de données secondaires:

- Documents cadres sur la santé oculaire, dont les politiques et stratégies nationale de santé oculaire
- Documents relatifs au projet : proposition de projet, rapports d'activités et budgets
- Rapports des évaluations et d'études précédentes
- Données épidémiologiques sur la santé oculaire au niveau du pays

Phase 2 – Collecte et traitement des données:

Chaque entretien et discussion de focus groupes a été enregistré au dictaphone et retranscrit par la consultante. Les retranscriptions ont été traitées grâce à un programme de traitement de données qualitatives (DeDoose), afin de faciliter et systématiser l'analyse des données.

Phase 3 – Analyse des données:

Une analyse thématique a été utilisée pour interpréter le contenu des entretiens et des discussions de groupe. Puis la stratégie d'argumentation a procédé au croisement et au recoupement des informations suivant les trois registres obtenues par l'utilisation des questions clés selon les domaines d'activités : (i) constats des données qualitatives ou chiffrées, (ii) opinions et points de vue et (iii) interprétations et appréciations par la consultante en utilisant six critères d'évaluation : pertinence, efficience, efficacité, et durabilité.

La consultante a appliqué le principe de triangulation des données pendant la phase de l'analyse des données.

D. Limites/contraintes:

- Instabilités socio-politiques dans le pays qui ont eu des conséquences sur la planification des activités de l'évaluation : la semaine du 15 mai 2017, les mutins se sont manifestés dans plusieurs villes de la Côte d'Ivoire, dont Abidjan et Korhogo. La consultante n'a donc pas pu se rendre à Korhogo pour mener le travail de terrain. Le lundi 22 et mardi 23 mai 2017, des manifestations ont de nouveau eu lieu de manière sporadique dans le pays. Le séjour à Yamoussoukro a donc dû être reporté à la semaine suivante.
- Inconsistance des données de suivi et de rapportage: d'un rapport à un autre, la nature des données change (exemple : nombre de référencements effectifs par centre hospitalier et nombre de consultation par centre hospitalier). Il était donc difficile d'analyser la progression de certaines activités ou de comparer les performances des différences centres hospitaliers. La consultante a tenté d'exploiter au maximum les données disponibles et, si nécessaire, de les extrapoler afin de faciliter l'analyse.
- La durée de l'évaluation n'a pas permis de faire des groupes de discussion dans toutes les régions. Donc deux localités ont été sélectionnées pour mener des groupes de discussion : San Pedro et Yamoussoukro.

III. Résultats

A. Analyse de la pertinence

La pertinence s'entend par la mesure selon laquelle, les actions développées par le projet SiB correspondent aux attentes des partenaires et aux besoins du pays. L'analyse a utilisé les modalités suivantes : (i) la place du projet dans la politique de santé oculaire et (ii) l'appréciation des partenaires, c'est-à-dire la perception et l'adhésion au projet – par volet d'activités.

i. La place du projet dans la politique nationale de santé oculaire
Pour le PNSOLO, le projet répond à un réel besoin car l'étude ARCE a pu montrer une prévalence bien au-delà de ce qui était attendu (3.1% de prévalence de la cécité, selon le ARCE réalisé par SiB. 59% de ces cas causés par la cataracte). Pour l'ensemble des acteurs, le projet répond aussi au Programme National de Lutte contre la Cécité et aux besoins de la population:

- en fournissant les équipements et consommables nécessaires pour effectuer des chirurgies de la cataracte
- en formant et en affectant des ophtalmologues chirurgiens dans des zones où ce service n'existait pas ou plus, "*rendant ainsi la chirurgie de la cataracte plus accessible aux populations rurales*" (médecin), et où les seuls recours pour la santé oculaire étaient les centres ophtalmologiques privés, les campagnes organisées par des organisations caritatives et les tradi-practiciens.

Le projet répond aussi à l'objectif 2 du plan stratégique 2013-2016 du PNSOLO, qui est d'« améliorer l'offre des services de santé oculaire », et plus précisément il tente de répondre à Extrait 2.1 : "le taux de chirurgie de la cataracte est porté à 500 par million d'habitant d'ici 2015". En rétrospective, on peut noter que le projet a permis de contribuer à 6 activités sur 11 prévues dans le plan stratégique pour la lutte contre la cécité.

Tableau 3 - Tableau résumant les objectifs du Programme National de Lutte contre la Cécité (2013 - 2016) et contribution du projet SiB

"le taux de chirurgie de la cataracte est porté à 500 par million d'habitant d'ici 2015".	
Activités	Contribution du projet SiB au Plan National du PNSOLO
2.1.1. l'équipement en matériel de formation chirurgicale (2 Wet-lab par CHU) des services d'ophtalmologie des CHU de Cocody, Treichville, Yopougon et Bouaké	1 wetlab par CHU a été équipé à Treichville et à Cocody (contribution à hauteur de 25%).
2.1.2. l'équipement en unités de chirurgies de la cataracte de 9 CHR d'un service d'ophtalmologie.	4 CHR ont été équipé en unités de chirurgie de la cataracte (40%)

2.1.3. Organisation d'une session de formation continue annuelle à la chirurgie de la cataracte de 15 ophtalmologistes	11 ophtalmologues ont été formés à la chirurgie de la cataracte (73%).
2.1.7. Assurer l'approvisionnement 9 centres de chirurgie en Kit de cataracte	4 CHR ont été équipés en unités de chirurgie de la cataracte et ont reçu un stock de consommables (40%)
2.1.9. Organiser une campagne de chirurgie de la cataracte par an	3 campagnes de chirurgie ont été organisées au cours de ces 3 dernières années (100%).
2.1.10 Faire un Plaidoyer auprès du MSLS et des partenaires pour la réduction du Coût de la chirurgie de la cataracte	Appui au plaidoyer avec l'implication des partenaires CBM et COPHCI (en cours).

ii. L'appréciation des partenaires

De manière générale, il existe un consensus au sein des partenaires sur le fait que les activités soient pertinentes quant aux besoins de la population. Les partenaires s'accordent aussi sur le fait que le projet soit en adéquation avec les priorités de leur organisation/institution respective.

- Amélioration de la qualité du personnel chirurgical en matière de soins oculaires dans 4 régions sur 4 ans :

Les formations en chirurgie de la cataracte répondent à un manque de médecins spécialisés. Elles vont permettre d'accroître le nombre de chirurgiens ophtalmologues qui seront réaffectés dans le système national de santé. En ce qui concerne la stratégie de mise en œuvre de la formation, certains semblent cependant questionner le fait que la formation spécifique pour la chirurgie de la cataracte soit décentralisée à Dabou. Pour les étudiants, tout étudiant inscrit au Diplôme Supérieur d'ophtalmologie devrait pouvoir avoir accès à cette formation car « *tout chirurgien devrait pouvoir faire une chirurgie de la cataracte, ne devrait pas être une spécialité* » car « *la [chirurgie] de la cataracte est la plus basique pour un ophtalmologue chirurgien* », surtout si « *l'objectif est de lutter contre la cécité dans le pays* » (Étudiants de 3ème et 4ème année).

EEC versus MSICS

La décision stratégique prise en 2016 par le Comité de Pilotage d'inclure la Phaco A dans la formation des médecins est appréciée par la majeure partie des acteurs, et notamment par les médecins des CHR et les étudiants/médecins apprenants. En effet, ces derniers souhaitent en faire une priorité et généraliser cette pratique. Les arguments mentionnés pour la technique de Phaco A sont les suivantes : moins évasive, moins coûteuse requérant moins d'outils et facilitant la réhabilitation du patient. Alors que l'EEC est vu par certains comme archaïque, pas assez moderne, et ne « permet pas d'être au niveau des normes internationales ». La formation pour la Phaco A est cependant ressentie comme trop courte et le manque de supervision et de pratique rend les médecins – à part celui de San Pedro – moins confiant pour l'utiliser.

- Les consommables essentiels pour la chirurgie de la cataracte sont constamment disponibles à coût réduit dans les hôpitaux publics en Côte d'Ivoire

Les consommables sont une priorité pour le PNSOLO. L'approvisionnement des consommables a permis de ravitailler les 7 centres hospitaliers afin qu'ils puissent démarrer leur activité rapidement dès le service d'ophtalmologie installé. Mais les services dépendent aujourd'hui encore de la dotation initiale de consommables.

- 7 centres équipés de matériels ophtalmologiques pour la chirurgie de la cataracte

Malgré le long retard (18 mois) provoqué par des difficultés d'importation et de dédouanement, la dotation d'équipement est unanimement appréciée par tous les interlocuteurs, même si la qualité et le type de matériel choisi sont parfois remis en question (voir le chapitre B.4 sur l'Équipement et les Consommables). Elle permet de fournir le minimum requis pour un service ophtalmologique.

- L'accès à la chirurgie oculaire et la sensibilisation à la prévention de la cécité sont améliorés dans 4 régions.

La mobilisation communautaire et la sensibilisation par les radios peuvent être des stratégies efficaces pour atteindre le plus grand nombre et faire connaître un service qui est souvent ignoré par la population. La plupart des acteurs apprécie la publicité qu'apportent ces activités car les services de chirurgies de la cataracte sont nouveaux dans ces régions. La pertinence de la stratégie mise en place pour mobiliser les communautés paraît cependant moins évidente. La devise de la Croix-Rouge est d'apporter une aide humanitaire – en général gratuite – aux populations les plus démunies. Les membres des communautés eux-mêmes sont donc en attente d'un service gratuits quand ils voient des volontaires de la Croix-Rouge.

“Les gens sont habitués de voir la Croix Rouge dans les communautés, voir le côté humanité, aider les gens défavorisés. Mais je vais dans la population, puis je dis à la personne d'aller à l'hôpital. Mais la Croix Rouge, elle apporte quoi ? C'est seulement la chirurgie oculaire. On leur dit c'est 150-200,000. Alors quel est l'apport humanitaire ? On ne voit pas vraiment la portée de nos actions [...] Présentement on ne voit pas la différence”.

Volontaire

Pertinence :

- Dans l'ensemble, le projet est pertinent car il intervient dans un contexte où il existe une forte prévalence de la cécité causée par la cataracte et où les services pour répondre à ce problème sont quasiment inexistantes dans les régions. Ce projet est aussi en adéquation avec le Programme National de Lutte contre la Cécité et permet de contribuer à certains de ses objectifs.
- Les partenaires opérationnels du projet sont plutôt satisfaits et apprécient le projet car il est aussi en adéquation avec leurs priorités.
- L'approche de sensibilisation et de mobilisation communautaire est moins évidente pour la Croix-Rouge dont la mission est d'apporter une aide humanitaire – en général gratuite – aux populations les plus démunies.

B. Analyse de l'efficacité

L'efficacité est analysée en s'appuyant sur la « mesure dans laquelle les activités ont contribué à réaliser les résultats obtenus et les objectifs spécifiques ». Il s'agit d'analyser les activités par domaine de changement pour appréhender le degré de leurs incidences sur les réalisations (résultats) des partenaires et leurs contributions pour l'accomplissement des objectifs (analyse des écarts). Malgré les délais conséquents des 3 premiers semestres, le projet a dans l'ensemble réussi à rattraper son retard en terme d'implémentation des activités.

1. Prestation de services

a) De soins

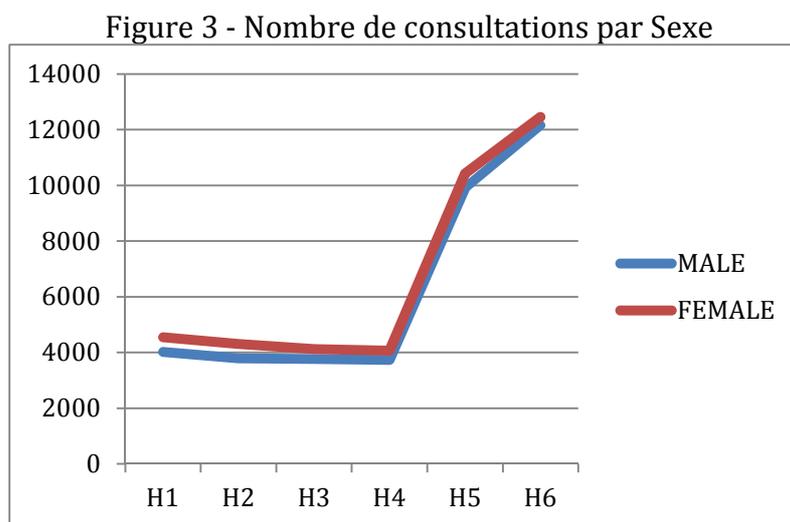
Aujourd'hui, 7 centres hospitaliers sont soutenus par le projet. Des services de chirurgie des yeux dans 4 CHR ont été créés et équipés, avec des médecins formés à la chirurgie de la cataracte placés dans chacun de ces services. Les médecins, ainsi que les équipements, sont arrivés à différents moments. Chaque service a donc un niveau d'activités différent.

- 2014 : Korhogo et San Pedro
- Avril 2016 : Yamoussoukro
- Octobre 2016 : Abengourou

Chaque service a reçu son stock de consommables qui leur permet d'effectuer jusqu'à une centaine de chirurgies de la cataracte. Pour le Directeur du CHR de San Pedro, le service de chirurgie oculaire est une vraie plus-value pour le CHR, car il amène un nombre conséquent de consultations, et améliore la réputation et la qualité de l'hôpital. Cela a donc permis la création de service dans les hôpitaux secondaires, dans des zones où cela n'existait pas (ou plus) dans le service public. Avant, les personnes allaient à Abidjan ou dans les pays voisins, comme le Mali, pour se faire opérer.

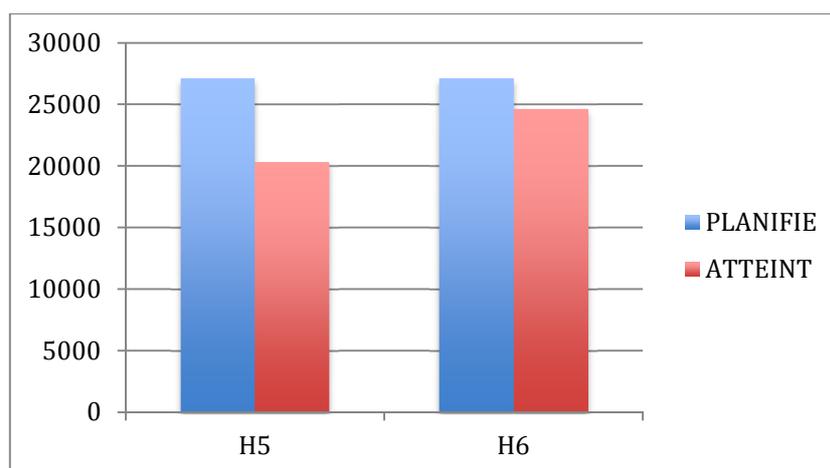
Les consultations

Le nombre de consultations est en progression depuis le début du projet, avec un pic d'augmentation au 4^{ème} semestre, ce qui doit correspondre à l'installation des équipements dans les services ophtalmologiques et aux campagnes de chirurgies de la cataracte. On peut supposer que ces campagnes et la mobilisation communautaire qui les accompagne a permis de faire connaître le service aux communautés.



Il n'y a pas d'objectifs fixés avant le 5^{ème} semestre pour les consultations. Pour les 5^{ème} et 6^{ème} semestres, les résultats sont en-dessous des résultats escomptés (17% en moyenne). L'observation sur le terrain a pu permettre de constater une fréquentation régulière des services dans les 4 régions.

Figure 4 - Nombre de consultations pour le 5^{ème} et 6^{ème} semestre, Résultats atteints par rapport aux résultats planifiés

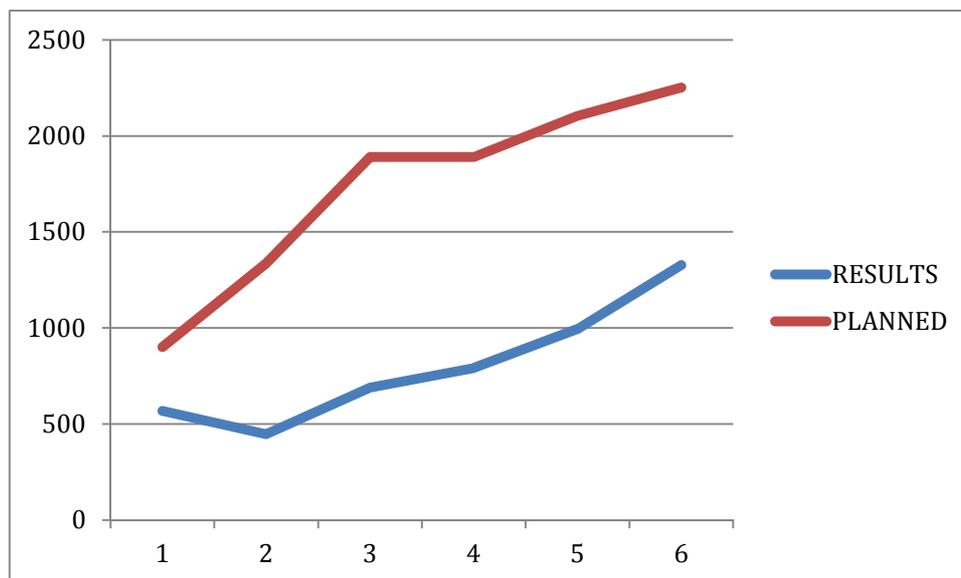


Les données pour chaque région (nombre de consultations par CHR) ne se retrouvent pas dans tous les rapports d'activités. Il est par conséquent difficile de mesurer les progrès réalisés par chaque service et de comparer leur performance.

La chirurgie de la cataracte

Si le nombre de consultation progresse de manière régulière, le nombre de chirurgies de la cataracte évolue plus lentement. Il n'atteint pas la moitié (43%) de l'objectif cumulé initialement défini pour le 6^{ème} semestre, qui est de 10,372 chirurgies⁷.

Tableau 4 - Nombre de chirurgies planifiées et accomplies de la cataracte par semestre

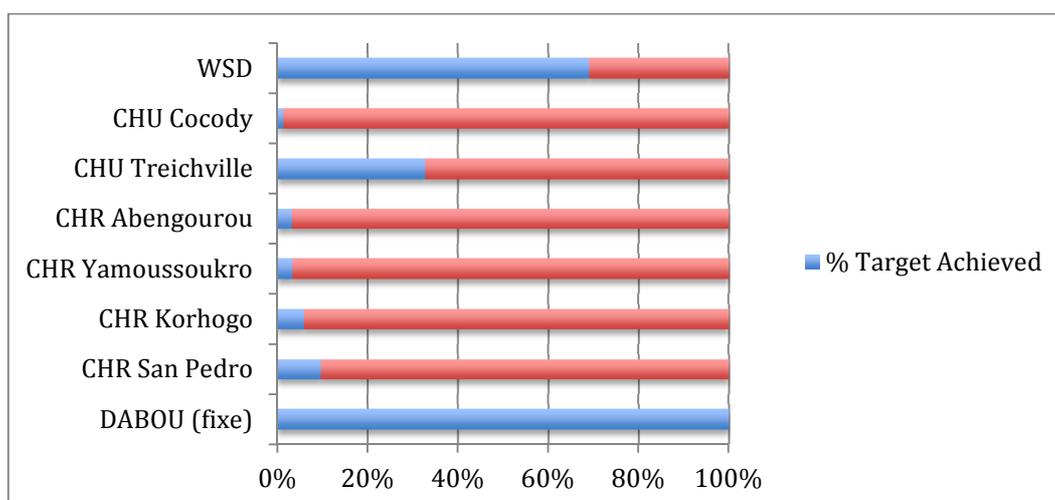


En moyenne, 6% des consultations aboutissent à une chirurgie de la cataracte. Le tableau ci-dessous montre une baisse constante de cette proportion au cours des 2 derniers semestres. Si le nombre de consultation connaît un pic d'augmentation au 5^{ème} semestre (39.5% de progression au cours des deux derniers semestres), le nombre de chirurgie ne suit pas la même tendance (29.6% à la même période). Il serait intéressant de comparer le nombre de chirurgies effectuées par rapport au nombre de cas de cataracte identifiés, mais le système de suivi ne saisit pas ces données actuellement.

⁷ Source : Appendix 7 - Output Progress, dans le rapport semestriel Oct. 2016 à Mars 2017

Tableau 5 - Ratio Chirurgie de la cataracte : Consultations

Figure 5 - Résultats atteints vs. escomptés pour les chirurgies de la cataracte, par service, sur 3 années



Selon les données des rapports d'activités du 5ème et 6ème semestres, les services des CHR auraient effectués en moyenne 1 à 2 opérations par semaine, alors qu'à Dabou, ils en auraient opéré un peu plus d'une trentaine (Tableau 7). Parmi les CHR, les services effectuent environ 1 opération de la cataracte par semaine.

Tableau 6 - Nombre de chirurgies effectuées par semaine, par région (données du 6ème semestre)

H6	# Chirurgies planifiées	# Chirurgies planifiées/semaine	#Chirurgies effectuées	#Chirurgies effectuées/semaine *
DABOU	500	19	903	34.7
CHR San Pedro	288	11	48	1.8
CHR Korhogo	288	11	37	1.4
CHR Yamoussoukro	288	11	11	0.4
CHR Abengourou	96	4	17	1.3
Total // Moyenne	1460	11	1016	7.9

*Données hors campagnes de chirurgies.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer une telle disparité entre les différents services :

Le facteur organisationnel :

Si les équipements et les consommables ont été équitablement distribués aux différents CHR et les autres unités hospitalières de Dabou et les CHU, les services sont organisés différemment, et dépendent des ressources disponibles dans

chaque centre hospitalier. Ces ressources varient de manière significative d'un centre à un autre.

Le centre de Dabou, établi depuis 2000 avec le soutien de CBM, est le centre hospitalier qui présente les meilleurs résultats. En effet, les résultats en terme de nombre de consultations et de nombre de chirurgies sont en moyenne 30 fois plus élevés que les autres services. Le tableau ci-dessous permet de comparer les différentes ressources des CHR et du COMBD, en terme d'infrastructure et de ressources humaines. Outre le fait que le centre de Dabou soit le plus ancien (il a été créé en 1998), le COMBD a aussi 2 fois plus de professionnels de santé au sein de son équipe que les CHR. De plus en terme de salles –de consultation et d'hospitalisation – ils sont aussi mieux fournis, ce qui leur permet de recevoir plus de patients et de les hospitaliser pendant 3 jours (un jour pour accueillir et préparer le patient, un jour pour opérer et un jour pour les soins post-opératoires). Le CHR d'Abengourou pourrait bientôt avoir ce même potentiel, car un accord a été passé avec la Direction de l'Hôpital pour ouvrir une salle d'hospitalisation (anciennement un magasin) avec 6 lits. En effet, pour ces 4 centres, ce détail n'est pas anodin car beaucoup de leurs patients viennent de loin, et notamment des zones rurales, et n'ont pas forcément d'option d'hébergement en ville.

L'organisation et la mobilisation de ses ressources fait que le COMBD est capable d'opérer 3 jours dans la semaine. Là où 5 personnes interviennent dans la chirurgie – et donc une organisation des ressources humaines qui permettent un « travail à la chaîne », il y en a 3 dans les CHR – le médecin passe plus de temps sur un même patient que dans le cas du COMBD. Donc, le temps de préparation, la mise en place des équipements, de la chirurgie en elle-même et la prise en charge post-opératoire prend davantage de temps dans les CHR. Avec les ressources qu'il dispose, un médecin dans un CHR peut prendre en charge au maximum 5 patients (de la préparation, l'anesthésie local à la chirurgie) dans la journée, alors qu'au COMBD, 10 patients peuvent se faire opérer dans la journée.

Dans les CHR, seuls 1 ou 2 jours sont consacrés à la chirurgie, ce qui est considéré par l'ensemble des médecins comme insuffisant pour prendre confiance et « se faire la main ». A Yamoussoukro, le médecin doit partager le bloc opératoire avec d'autres services. Il a donc réservé le bloc les samedis, ce qui lui permet aussi de recevoir un ophtalmologue chirurgien d'une clinique privée pour assurer une supervision – car il ne se sent pas encore à l'aise pour opérer seul. Pour San Pedro et Abengourou, ils pourraient opérer plus de 2 jours par semaine mais ils n'ont pas encore assez de patients.

Tableau 7 - Grille d'observation des services d'ophtalmologie

Critères	SP	YKR	ABG	DB
Local/Standards de qualité				
1. Salle Consultation	1	2	1	3
2. Salle d'attente	Oui (avec ORL)	Oui (avec ORL)	Oui	Oui
3. Chirurgie				

a. Local désigné exclusive à la chirurgie des yeux ?	Partiel	Non	Oui	Oui
b. Politique de l'hôpital sur le contrôle des infections ?				
i. Lieux de <i>scrubbing</i> et de stérilisation	Non	Oui	Oui	Oui
ii. Poster d'information/rappel	Non	Non	Non	Non
iii. Protocole de stérilisation des instruments	N/V	N/V	N/V	N/V
c. Nombre de jours dédiés à la chirurgie	2	1	2	3
4. Salle d'hospitalisation spécifique pour ophtalmo	Oui	Non	En cours	Oui
a. Nombre de lits	3	0	6	14
Matériels et équipement				
5. Lieux de stockage des consommable et médicaments	Non	Non	Non	Oui
a. États des stocks				
a. Rupture de stock	Non	Non	Non	Oui
b. Conditions de stockage (humidité, température, etc.)	Ok	Ok	Ok	OK
c. Inventaire : remplissage, mise à jour	N/D	N/D	N/D	Oui
Système d'information				
6. Archivage des dossiers	Oui	Oui	Oui	Oui
7. Remplissage des registres	Ordi	Manuel	Manuel	Inform.
Ressources Humaines				
8. Formation du personnel – clinique et non-clinique	Oui	Oui	Oui	Oui
9. Placement du personnel				
a. Médecins Ophtalmo	0	1	0	3*
b. Médecins Ophtalmo Chirurgien	1	1	1	2
c. Infirmier Spécialisé	2	2	1	2
d. Infirmier Généraliste	0	1	2	2
e. Aide-soignant	1	1	1	4
f. Agent de Salle/d'Hygiène	0.5	1	1	?
Qualité des soins				
10. Déroulement – accueil du patient	Ok	Ok	Ok	Ok
11. Checklist pré-opératoire	Oui	Oui	Oui	Oui
12. Interaction personnel de santé et patients (communication, attitude)	Ok	A revoir	Ok	Ok
13. Information reçue par le patient sur les procédures de chirurgies, les soins pré et post-opératoires	Non	En cours	Non	Oui
14. Soins post-opératoire et suivi du patient	Oui	Oui	Oui	Oui

**Médecins-apprenant qui assistent le médecin chirurgien lors des opérations et peuvent mener de manière autonome les consultations.*

Pour le cas de San Pedro, les infirmiers sont obligés d'aller faire des allers-retours entre le bâtiment principal du centre hospitalier et le bâtiment du service ophtalmologique pour stériliser les instruments car il n'y a pas d'autoclave dans le bâtiment où se trouve le service d'ophtalmologie. Selon le médecin, il lui est donc difficile d'opérer plus de 5 patients par jour car cela ne laisse pas le temps à la stérilisation entre chaque patient. La prise en charge de chaque patient prend donc à l'équipe entre 1h15 et 1h30.

Les médecins pourraient augmenter le nombre de patients mais il faut des objectifs réalistes qui permettent de prendre en compte les conditions logistiques et humaines de chaque service. A l'exception du cas de Yamoussoukro, ils pourraient opérer 10 patients dans la semaine. Mais, comme nous allons le voir, de nombreuses barrières persistent et empêchent d'avoir suffisamment de patients pour atteindre les objectifs fixés.

L'accès financier :

Les différents entretiens et discussions de groupe confirment sans équivoque les résultats de l'enquête ARCE – le coût de la chirurgie reste la principale barrière pour l'accès à la chirurgie et un facteur de démotivation pour les potentiels patients. Lors de la dernière visite du PNSOLO, le prix de la chirurgie avait été fixé dans une fourchette de 50,000 à 80,000 FCFA. Les 3 CHR exercent aujourd'hui le prix de 80,000 FCFA, ce qui inclut la chirurgie et les consommables (les CHR puisent encore dans les stocks de consommables fournis par CBM), en plus du prix de la consultation (1,500 FCFA). Les médicaments prescrits par le médecin sont à acheter par le patient.

Les 2 tiers de la population active en Côte d'Ivoire dispose d'un revenu moyen d'environ 65 000 FCFA par mois (soit 109 dollars)⁸ et 46% de la population vit sous le seuil de pauvreté nationale⁹. Lors des différents groupes de discussion avec les membres des communautés, le coût de la chirurgie avait été estimé représenter jusqu'à un an d'économie. Mais comme la cataracte touche surtout les personnes âgées, beaucoup de ces personnes n'ont aucun revenu. Les plus fortunés peuvent dépendre de leur progéniture pour financer l'opération. Pour ceux dont toute la famille est dans une situation de précarité socio-économique, les moyens financiers n'existent pas.

Moi, j'ai 14 enfants. Mais aucun ne veut financer l'opération car eux-mêmes ont des problèmes d'argent. Il y avait ce jour où je pouvais avoir la chirurgie gratuitement mais j'avais un problème avec ma tension et je n'ai pas pu me faire opérer. Alors, je ne sais pas. Pas d'argent.

Chauffeur à la retraite, San Pedro

Pour les femmes âgées, cela reste compliqué car elles dépendent de leur mari, et leur problème de santé – surtout si elles n'ont pas d'activités génératrices de revenu - n'est pas perçu comme prioritaire.

Dans les centres hospitaliers, il existe des services sociaux mais ils ne sont jamais utilisés par les acteurs, « car eux-mêmes [les services sociaux] n'ont pas de moyens ». L'appel aux services sociaux doit en théorie se faire en coordination avec la direction de l'hôpital. Mais pour éviter les démarches administratives, souvent longues et fastidieuses, les médecins préfèrent passer directement par direction de l'hôpital pour négocier le prix d'une consultation.

⁸ Source : Banque Mondiale (2015), <http://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2015/12/17/cote-divoire-making-growth-more-equitable-by-creating-good-jobs-for-all-ivoiriens>

⁹ Source : Banque Mondiale (2015), <http://donnees.banquemondiale.org/?locations=CI-XN>

Il existe d'ailleurs une incompréhension partagée parmi les volontaires et les membres de la communauté : si ces services sont soutenus pas une ONG, pourquoi restent-ils inabordables et pourquoi n'existe-il pas de « mécanisme pour les cas sociaux ».

CBM sont venus aider la Côte d'Ivoire. On vient vous aider. Mais on ne voit que les « entrants ». Quand ils fixent les objectifs pour 4 ans, ils peuvent au moins aider les gens. Puis l'Etat prend la suite.

Volontaire

L'autre conséquence est de voir partir les bénéficiaires vers des services, autres que ceux du système public. Dans les 3 régions, des campagnes de chirurgies de la cataracte sont régulièrement organisées par des missionnaires chrétiens. A Yamoussoukro, les opérations se font à 40,000 FCFA, ce qui inclut les consultations pré et post opératoire et un kit pour le patient (lunettes de soleil et médicaments nécessaires aux soins post-opératoires). D'ailleurs, lors d'une discussion de groupe, le prix juste pour une opération de la cataracte avait été évalué par les membres de la communauté à 40,000 FCFA, en référence à cette œuvre caritative. Les patients sont prêts à attendre 6 mois pour se faire opérer à moindre coût, comme le montre l'étude de cas ci-après.

Étude de cas – Paul

Paul est un maçon de 83 ans, à la retraite. Un volontaire de la Croix-Rouge l'a identifié lors d'une Visite à Domicile, et l'a référé au centre ophtalmologique du CHR. Le médecin a confirmé le diagnostic de cataracte. Comme il n'a pas les moyens financiers, c'est son fils, pasteur, qui a couvert les frais. Il a été opéré à 11h du soir. Le médecin ne pouvait pas reporter son opération car le bloc opératoire avait été réservé à l'avance. Après l'opération, le monsieur est rentré chez lui à vélo, à 9km du CHR. Il souffrait de douleurs à l'œil et est donc retourné au service d'ophtalmologique. Le médecin lui a prescrit des médicaments pour une valeur de 120,000 FCFA. Mais les médicaments n'y font rien. Découragé, il ne veut pas retourner au service car il n'a plus d'argent. Pourtant, il sait qu'il doit se faire opérer du 2^{ème} œil. Sa sœur lui parle d'une clinique dans un village voisin qui fait des campagnes de chirurgie à 40,000 FCFA. Elle-même s'est fait opérer là-bas. Il décide donc d'attendre 6 mois pour la prochaine campagne. Il a fini par faire opérer son 2^{ème} œil. Le montant qu'il a payé inclut un kit post-opératoire (lunettes de soleil et collyre) et une consultation de suivi.

Barrières socio-culturelles:

Comme l'ont montré l'étude ARCE et l'étude CAP, le recours aux tradi-praticiens, les *sedibe/cissé*, reste important. Cela a pu se vérifier lors des visites de terrain menées dans le cadre de cette évaluation. Les médecins ophtalmologues sont souvent confrontés à des patients soignés par des tradi-praticiens, dont les erreurs peuvent être irrémédiables. Ils sont souvent mentionnés comme le premiers recours en cas de problème d'œil ou si justement le malade perçoit le coût de la santé à l'hôpital comme trop élevé.

L'autre barrière est la peur, la peur que l'« œil se déchire » ou que l'opération « ne marche pas ». Souvent les personnes ignorent que l'œil peut s'opérer ou redoutent une telle procédure. D'où aussi le recours aussi au tradi-praticien ou aux « recettes de grand-mère », dont les méthodes à base d'herbes paraissent plus acceptables qu'une chirurgie. Des histoires de chirurgies de l'œil qui n'ont pas fonctionné contribue à alimenter une certaine peur. D'ailleurs chez les membres de la communauté et les volontaires, la mention de la peur est souvent associée à l'utilisation de la médecine traditionnelle.

Beaucoup de gens ont mal aux yeux. Comme ils ne voient pas, ils restent à la maison. Ils prennent des feuilles. Ils ne vont pas au dispensaire, ils ont peur. Ils ont peur qu'on leur dise de se faire opérer.

Agriculteur, qui a bénéficié d'une chirurgie de la cataracte

Assurance Qualité des Soins :

Selon le cadre conceptuel de l'OMS sur le renforcement du système de santé, l'un des critères pour la prestation des services est l'assurance qualité des soins, dont les indicateurs sont :

1. L'existence de politiques nationale pour la promotion de la qualité des soins :
Il existe un plan stratégique de lutte contre la cécité qui doit être renouvelé pour la période 2017-2020.
2. L'existence de standards qualité adaptés à la situation locale :
L'existence de standards documentés (ex : guides thérapeutiques, protocoles d'intervention, procédures normalisés – SOPs) n'a pas pu se vérifier sur le terrain ni dans la recherche documentaire. La présence d'outils de travail, tels que des aide-mémoires ou posters de rappel de certaines procédures n'a pas pu être vérifié non plus. Les protocoles, « on les apprend » ; « c'est pas écrit, mais on l'a dans la tête » mais « on s'adapte au contexte » et « chacun fait son chemin ».
3. L'existence d'une supervision clinique :
Il y a eu des visites de supervision dans toutes les régions sauf à Abengourou, (prévu pour Octobre prochain). Les missions de supervision sont organisées 2 ou 3 mois après l'installation du service de chirurgie d'ophtalmologie. L'objectif de ces visites est de vérifier l'organisation du service et la pratique des médecins. Cela relève donc plus d'une évaluation que d'une supervision formative. Or certains médecins, à part celui de San Pedro, ne se sentent pas encore à l'aise avec la chirurgie et/ou ressentent le besoin de gagner en confiance. Ils pourraient donc bénéficier d'une supervision formative régulière. Le médecin d'Abengourou, de sa propre initiative, a organisé des sessions régulières de supervision avec un médecin provenant d'une clinique privée.

Tableau 8 - Nombre de supervision par service d'ophtalmologie/région depuis le début du projet

CHR	# de visites	Effectué par :
San Pedro	2	PNSOLO et CHU Treichville Le Centre de Dabou
Abengourou	0 (1 prévu pour Octobre)	
Yamoussoukro	1	Le Centre de Dabou
Korhogo	1	PNSOLO et CHU Treichville

Efficacité – Prestation de services (soins):

- Trois ans après le lancement du projet, 4 services de chirurgies de la cataracte ont été créés dans les CHR et les 7 centres hospitaliers sont équipés.
- Les résultats en terme de nombre de consultations et de chirurgies sont toujours en-deçà des objectifs fixés. L'organisation et les ressources disponibles varient de manière significative d'un centre hospitalier à un autre, et cela impacte la performance des différents services.
- Les autres barrières qui empêchent une meilleure performance sont les barrières financières dues au coût encore trop élevé de la chirurgie de la cataracte, les barrières socio-culturelles.
- Des dispositifs pourraient permettre d'améliorer la qualité des soins, tels qu'une supervision clinique régulière et des standards qualité formalisés.
- L'une des conséquences à long terme du faible nombre de chirurgies de la cataracte serait la perte de qualité de la chirurgie en tant que telle car les médecins ne pratiquent pas assez. Cela contribuerait aussi à la démotivation de ces derniers. Certains médecins apprenants ont même mentionné que s'ils n'avaient pas les moyens d'opérer une fois affectée dans les services, ils n'y resteraient pas.

b) De promotion/prévention (sensibilisation)

Dans chaque région, il existe une équipe de 4 volontaires de la Croix-Rouge en charge de mener des activités de sensibilisation :

- Visite à Domicile avec identification des cas et référencement au service d'ophtalmologie
- Session d'éducation au niveau communautaire
- Des émissions dans des radios communautaires

Il est prévu dans le projet qu'ils fassent 8 visites par mois, donc 2 par semaines. L'équipe entière, donc les 4 volontaires, se déplace à chaque sortie et vise en général un village ou un quartier dans son intégralité : « Nous essayons de ne pas laisser un ménage de côté ». Les volontaires adoptent donc approche de

couverture totale (*blanket coverage*). En effet, d'après les données du 6^{ème} semestre, chaque équipe visite en moyenne 25 foyers par sortie.

La plupart des acteurs apprécient le travail de sensibilisation, et plus particulièrement la promotion qui est faite du centre hospitalier et de son service d'ophtalmologie. Ils font connaître les services d'ophtalmologie à une population qui en ignorait l'existence.

Les sessions d'éducation à la santé et les émissions radio se font en plusieurs langues, ce qui a priori augmenterait les chances d'atteindre le plus grand nombre de personne.

Comme il n'y a qu'une moto par équipe, ils font plusieurs allers retours pour ramener tous les volontaires au village (pour le cas de San Pedro et de Yamoussoukro) ou utilisent la moto privée d'un des volontaires (pour le cas d'Abengourou). Donc beaucoup de temps est perdu en transport. Les visites à domicile se déroulent surtout dans les zones urbaines et péri-urbaines. De plus, par manque de moyen de transport et à cause de l'état des routes, il est difficile pour les équipes de volontaires d'aller au-delà des zones urbaines et péri-urbaines, et d'avoir accès aux zones rurales.

[2]. L'accès est difficile.

[1]. Les voies ne sont pas bonnes, il n'y a pas de goudron. Donc on va où l'accès est facile.

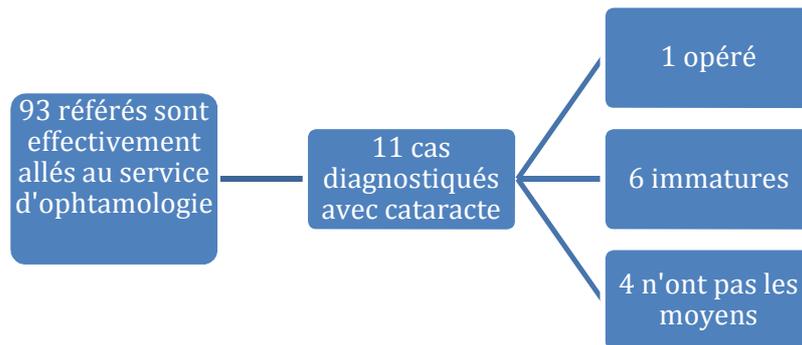
Volontaire

Référencements :

6% des personnes visitées par les volontaires de la Croix-Rouge aboutissent à un référencement. Et ces référencements représentent 8.8% des consultations des services d'ophtalmologie. Il est cependant important de souligner que ces données sont probablement sous-estimés car, comme nous allons le voir plus tard, les fiches ne sont pas toujours utilisées par les patients. De plus, les données de Suivi & Évaluation ne nous permettent pas de savoir combien de ces personnes finissent par recevoir une chirurgie de la cataracte.

Mais les données fournies par le service de San Pedro peuvent nous éclairer sur le sujet : de mars à juin 2016, seule une personne sur 93 référées a pu bénéficier d'une chirurgie de la cataracte.

Figure 6 - Cas référés au service d'ophtalmologie au 5ème semestre du projet (mars – septembre 2016)



Dans la même période, le médecin a conduit 128 consultations de cas de cataractes, dont 33 ont abouti à une chirurgie. Depuis, le service n'a plus reçu de référencement des volontaires. Comme le montre l'exemple ci-dessus, parmi les cas de référencement de la Croix-Rouge, peu sont en fait des cas de cataracte et pour ceux diagnostiqués comme tel, il existe encore des obstacles avant d'accéder la chirurgie. Les principaux obstacles mentionnés étant:

- Les moyens financiers : comme décrit dans le chapitre précédent, le coût de la chirurgie de la cataracte reste une barrière majeure. De plus, les fiches de référence reçues par les patients ne leur permettent pas d'avoir un coût réduit ou de passer en priorité. Les personnes perçoivent mal l'intérêt de ces fiches de références. Il y a donc un découragement chez les bénéficiaires qui finissent par ne plus utiliser les fiches de références ou voir même ne pas aller aux consultations.

[4]. Eux, ils se disent, comme c'est un projet, avec des fiches de référencement, donc ils pensent que c'est gratuit, qu'il va pouvoir consulter gratuitement par rapport à ceux qui viennent sans fiche.

[3]. C'est pour ça parfois ils laissent les fiches, car ils ne font pas de différence entre aller à la consultation avec ou sans fiche.

[2]. Ça sert à rien.

Volontaires, Groupe de discussion

- La distance : certains patients n'apparaissent pas à la consultation. Pour les populations en zone rurale ou semi-rurale, le transport et le manque d'opportunité de logement en ville peut être un obstacle.
- La peur : Le stress d'aller se faire opérer peut augmenter la tension. Chez les personnes âgées notamment, la tension est telle qu'il n'est pas possible de d'opérer.

La conséquence la plus notable du manque d'efficacité des référencement et du coût élevé de la cataracte est la frustration des volontaires, qui malgré cela continuent leurs activités de manière assidue. Il semble exister aussi une certaine frustration de la part des médecins qui reçoivent beaucoup de référencement de la part des volontaires mais dont peu sont 'exploitables'. Parfois le message de sensibilisation est mal compris par les patients ou mal véhiculé par le volontaire, comme le montre le cas d'une consultation observée pendant une visite : le patient

référé pensait avoir une cataracte mais le médecin a diagnostiqué un glaucome. Mais le patient était si persuadé que cela pouvait se guérir que le médecin a dû insister pour lui expliquer que toute affection de l'œil n'était pas une cataracte.

Messages de prévention et IEC (Information, Éducation et Communication) :

Il semble y avoir une incohérence entre les stratégies adoptées pour le volet de sensibilisation et les conclusions de l'étude CAP qui a été menée dans le cadre du projet SiB : cette étude a mis en évidence une certaine connaissance de la cataracte dans les communautés (>80%) et une attitude qui montre une volonté d'aller consulter à l'hôpital (à quasiment 90%). Les messages diffusés par les activités de sensibilisation (VAD, les séances de sensibilisation communautaire ou les émissions radio), sont basés sur les informations contenues dans le *flyer* et sont surtout axés sur ce qu'est la cataracte et sur la nécessité d'aller à l'hôpital. Les messages peuvent ainsi paraître répétitifs.

Les recours aux remèdes traditionnels restent un obstacle. Les messages de prévention diffusés par les équipes de volontaires condamnent les pratiques des médecins traditionnels et leur non-recours constitue l'un de leurs messages clés. Les volontaires travaillent aussi avec les images qu'il leur avait été fournies lors de leur formation. Un groupe de volontaires a admis qu'ils n'en utilisaient que 2 car les 3 autres fiches étaient trop techniques/scientifiques pour les membres de communautés.

Efficacité – Prestation de services (prévention/sensibilisation) :

- Les équipes de volontaires se mobilisent dans les communautés urbaines et péri-urbaines pour les sensibiliser sur la santé oculaires, faire des visites à domicile et assurer les référencement au service d'ophtalmologie. Les équipes aujourd'hui tentent de couvrir chaque foyer d'un village. Une stratégie de sensibilisation d'intervention plus ciblée permettrait d'optimiser le temps et les ressources disponibles par rapport à l'approche de « blanket coverage », qui est très efficace en cas d'épidémie, mais moins pour une maladie chronique comme la cataracte, dont les caractéristiques épidémiologiques sont connues.
- Une nouvelle organisation des équipes pourrait aussi permettre d'optimiser les ressources: 2 volontaires par sorties seraient plus efficient car souvent les séances de sensibilisation ne sont gérées que par une personne.
- Une approche plus participative et interactive est à préconiser pour que les messages soient mieux assimilés, notamment pendant les séances de sensibilisation et les émissions radio.

- Cela serait intéressant de davantage impliquer les tradi-praticiens dans les activités plutôt que de les condamner¹⁰.
- Davantage de collaboration avec le médecin serait à encourager. Par exemple : participation aux émissions radio et aux sessions de sensibilisation communautaire pour répondre aux questions plus techniques ; organisation conjointe de campagnes de « stratégie avancée ».
- Les référencement ne semblent pas être effectifs notamment à cause du coût de la chirurgie, trop élevé pour les populations les plus vulnérables.

2. Ressources Humaines

Au niveau du système de gestion des ressources humaines, le projet a permis de d'équilibrer le ratio Capitale:Régions, dans la mesure où tout n'est plus concentré sur Abidjan. Car peu d'ophtalmologues du service public, et encore moins de chirurgiens ophtalmologue, étaient postés en région.

Le projet apporte aussi une réelle plus-value en terme de formation des chirurgiens. Actuellement, 11 ont été formé et 4 ont été réaffectés dans les CHR. Quasiment tout le personnel paramédical qui accompagne le médecin ont pu bénéficier d'une formation spécialisée.

¹⁰ Exemples du Malawi et du Kenya :

Hubley, J, and C Gilbert. "Eye Health Promotion and the Prevention of Blindness in Developing Countries: Critical Issues." *The British Journal of Ophthalmology* 90.3 (2006): 279-284. *PMC*. Web. 19 June 2017.

Une partie des médecins ont émis le souhait d'être secondé par un autre chirurgien pour être plus productif. Aussi, certains pensent que cela serait une perte de ressources humaines d'affecter des personnes formées dans des CHR où un service de chirurgie oculaire n'est pas possible. Hors, aujourd'hui, peu de CHR sont équipés pour la chirurgie des yeux.

Éducation/Formation de futures ophtalmologues chirurgiens :

Aujourd'hui les formations se déroulent au centre de formation du COMBD. Les CHU de Treichville et de Cocody ont été inclus dans le projet pour renforcer le dispositif de formation chirurgicale des DES (Diplôme d'Études Spécialisées). Les médecins apprenants semblent être satisfaits de cette formation et ont le sentiment d'être bien encadré. Le matériel constamment disponible leur permet de s'entraîner régulièrement aux wet-labs.

La formation donne l'opportunité d'assister le médecin formateur dans les tâches quotidiennes – consultation et chirurgie – et l'après-midi de s'entraîner dans le wet-lab sous la supervision du médecin formant. La formation a changé plusieurs fois de formule pour être aujourd'hui de 6 mois : 4 mois sur la ECCE et 2 mois sur la Phaco A.

Du côté des étudiants en médecine, il semble exister une incompréhension de la délocalisation d'un module de formation de chirurgie de la cataracte à Dabou. Les 4 étudiants interviewés considèrent que tout étudiant en DES devrait être formé à la chirurgie de la cataracte et avoir l'opportunité de la pratiquer. Au CHU, ils apprennent la chirurgie en théorie mais comme peu de cas se présentent, ils n'ont pas souvent l'occasion de pratiquer sur de vrais patients. Les pratiques au wet-lab dépendent de la bonne volonté des étudiants. Comme ils ne sont pas toujours encadré au wet-lab, beaucoup se désiste et ne visite le wet-lab qu'occasionnellement (3 étudiants sur 4 ont répondu visiter le wet-lab à peine une fois par semaine).

Au CHU de Cocody, malgré le matériel fourni, il semble donc qu'il n'y ait pas encore les conditions nécessaire pour une formation spécifique à la chirurgie de la cataracte: ni pour encadrer les étudiants ni pour baisser les coûts de la chirurgie, ce qui rendrait le service plus accessible et permettrait de recruter plus de patients. Au CHU de Treichville, le coût de la cataracte a considérablement baissé et les locaux et les équipements pourraient permettre dans un moyen terme de réintégrer la formation au sein du CHU. Les étudiants préfèrent concevoir le centre de COMBD plutôt comme un stage pratique qu'une formation d'apprentissage à proprement parler.

Efficacité – Ressources Humaines

- Le projet permet de pallier à l'insuffisance en ressources humaines qualifiées pour traiter la cataracte dans les régions : en assurant la formation de chirurgiens ophtalmologues au sein du centre de Dabou, et en les affectant dans les régions où cette ressource n'existe pas.
- Du côté des CHU, si des équipements a été fourni, ils n'ont pas encore assez de patients pour perfectionner leur pratique. Mais du côté du CHU de Treichville, il semble y avoir une volonté pour renforcer la formation en chirurgie de la cataracte – et de l'œil en général.

3. Système d'Information

Les indicateurs liés à la santé oculaire ne sont pas intégrés dans le système national de gestion de l'information. Il est donc difficile d'avoir des données épidémiologiques sur les pathologies oculaires. Si le projet ne vise pas directement le système de gestion de l'information du système national de santé oculaire, l'enquête ARCE a amené une contribution au système de santé oculaire nationale. Elle permet de fournir des données qui permettront de communiquer avec les autorités sanitaires, d'élaborer plus précisément un plan d'action et d'appuyer les activités de plaidoyer. Pour le PNSOLO, le ARCE indique que les prévalences de la cécité et de la cataracte pourraient être plus élevées qu'initialement estimés dans le plan stratégique de lutte contre la cécité 2013-2016.

Au niveau du projet, les outils de suivi ne sont pas harmonisés. Les différents types de données ne se retrouvent forcément d'un semestre à un autre. Chez les partenaires, certains rentrent les données à la main dans un cahier, d'autres par ordinateur sur format Word. Ce qui rend la compilation et le traitement des données difficiles. Par contre, il existe un système d'archivage systématisé et centralisé du COMBD – un système qui avait été fourni par CBM – qui leur permet de faire le suivi des consultations, de l'inventaire et de la caisse.

Efficacité – Système d'Information:

- Le projet a pu fournir des données importantes au PNSOLO à travers l'enquête ARCE.
- Mais le système de gestion de l'information pour la santé oculaire reste à développer. En collaboration avec le Programme National, il faudrait créer des outils de suivi et de collecte de données qui puissent assurer tout le système de gestion de l'information : à partir du livre des registres jusqu'à une base de données centralisée. Cela permettrait d'apporter des données supplémentaires aux différents acteurs impliqués dans la programmation et dans le plaidoyer. Et à moyen terme, ces outils pourraient être intégrés dans le Système National de Gestion de l'Information.
- La création d'une enquête de base en début de projet aurait permis une évaluation ex – post.

4. Équipement et consommables médicaux

Le projet porte une attention particulière à cet élément du système de santé oculaire car deux de ses quatre objectifs spécifiques s'y rapportent :

1. Garantir la disponibilité à coût réduit des consommables nécessaires à la chirurgie de la cataracte dans les hôpitaux publics en Côte d'Ivoire.
2. Équiper 7 centres de santé avec du matériel ophtalmologique pour la chirurgie de la cataracte et la formation chirurgicale des DES.

Consommables :

Un centre de ressources au sein du COMBD a été mis en place en 2016. Les consommables du centre ressource sont en effet moins coûteux que par d'autres canaux d'approvisionnement. Un implant qui coûte dans les pharmacies privées de ville coûte 27,700 FCFA alors qu'au centre ressource il est à 3,500 FCFA, donc une réduction de plus de 80% du prix. Exemple :

	Pharmacie privée	Centre de Ressources
1 implant	27,700	3,500
1 couteau	17,000	2,500

Les consommables sont aussi une priorité pour une majeure partie des acteurs car de là dépend aussi le prix de la prestation de chirurgie de la cataracte. Comme les consommables nécessaires à la chirurgie de la cataracte ne sont pas inclus dans la liste des médicaments essentiels, les équipes des services d'ophtalmologie ne peuvent pas s'approvisionner au sein des Pharmacies de Santé Publique. Avant la création du centre de ressources, les services d'ophtalmologie faisaient appel à des laboratoires privés basés à Abidjan. Si les différents services dépendent encore aujourd'hui des dotations initiales, un accord a eu lieu entre le PNSOLO et les directions des CHR pour passer les futures commandes au centre de ressources du COMBD.

Le statut juridique du centre de ressource peut s'avérer problématique sur le long terme : étant un centre privé, il ne peut faire parti du système d'approvisionnement du système national de santé. Il peut actuellement pallier à manque de ressources en consommables mais sur le long terme, si les consommables rentrent dans la liste de médicaments et d'équipement essentiels du Ministère de la Santé, le statut privé du centre de ressources pourrait poser problème pour la viabilité de ce dispositif. Sur le court terme, il n'existe de toute façon pas d'autres options que de se fournir chez des agents privés. Le CHU de Cocody continue d'ailleurs à se fournir chez des laboratoires privés.

Les ruptures de stocks n'ont pas pu se vérifier puisque le taux de chirurgie reste faible et donc la consommation des consommables aussi.

Certains services mutualisent les consommables pour pouvoir réduire les coûts pour les patients les plus démunis. Sur la base des prix du centre de ressources, si les consommables sont mutualisés pour au moins 2 patients – ce qui est tout à fait possible si plusieurs patients se présente dans la journée – le kit de cataracte par patient pourrait ne pas dépasser les 30,000 FCFA – au lieu d'environ 58,000 FCFA si non mutualisé. Ce serait déjà un gain à gagner pour le patient et permettrait de rabaisser le coût global de la chirurgie et rendrait son prix plus compétitif par rapport aux autres prestataires de service (comme par exemple, 40,000 FCFA pour les camps de chirurgie du centre de santé de Kami). Une meilleure quantification et planification des consommables pourrait ainsi permettre de généraliser la mutualisation des consommables et, par conséquent, de réduire ainsi les coûts.

Équipement :

Les stocks de consommables et équipements attribués à chaque service sont appréciés par l'ensemble des acteurs et sont fonctionnels dans tous les services. Il semble cependant qu'une partie de ces acquisitions ne correspondent pas tout à fait aux besoins des services :

- Des appareils tels que les microscopes ne correspondent pas aux besoins de formation des CHU, comme les microscopes ophtalmologiques qui ne correspondent pas à un cadre de formation.(il manque un moniteur pour permettre la formation)
- La qualité de certains équipements, comme la boîte à cataracte, a été remise en question. Par exemple, : le couteau inclut dans la boîte s'use et se casse trop rapidement.

Efficacité – Consommables & Équipement:

- Le fait d'assurer les consommables et les équipements essentiels à la chirurgie de la cataracte est un point fort du projet. Il a permis de créer des services et de baisser le prix de la chirurgie de la cataracte.
- Pour s'assurer que les équipements et consommables soient en adéquation avec les besoins des équipes de professionnels de santé, davantage de coordination avec les partenaires concernés pour les achats d'équipement et de consommable est à préconiser, voir même laisser les partenaires choisir les équipements.
- . Cela peut se faire lors des réunions de projet ou organiser une session extraordinaire qui inclurait les médecins des CHR et des CHU.

5. Système de financement

Le projet ne travaille pas directement sur cet élément du système de santé oculaire. Mais deux des grands défis du projet sont très liés au système de financement : le coût de l'opération chirurgicale de la cataracte et par conséquent le coût des consommables nécessaires à la chirurgie. Des négociations ont eu lieu avec les directions des CHR pour permettre aux services d'ophtalmologie d'avoir leur propre compte et de pouvoir avoir une gestion financière autonome de leur service. Pour le cas de Yamoussoukro, il a été décidé que 40% des fonds générés par les activités des services d'ophtalmologies iraient au CHR et 60% pour le recouvrement de fonds du service. Il est donc aussi prévu que les bénéfices réalisés avec le stock initial de consommables puisse apporter les financements nécessaires pour l'acquisition de nouveaux consommables au sein de centre ressources du COMBD. Comme les services ont un important stock de consommable encore à leur disposition, il est trop tôt pour savoir si ce système de recouvrement de fonds sera effectif.

L'un des effets de la réduction du coût de la cataracte observé à San Pedro est la réduction, en réaction, du coût de l'opération dans la clinique privée de la ville : le prix de la chirurgie de la cataracte est passée de 200,000 à 150,000 FCFA. A long terme, sous l'effet de l'offre et de la demande, la chirurgie pourrait être accessible à un plus grand nombre.

Efficacité – Système de financement :

- Le projet présente à ce stade du projet peu d'effets sur le système de financement. Mais de nombreux défis au bon fonctionnement des activités sont liés à cet aspect du système de santé : le coût des consommables et le problème des recouvrements des fonds pour les services d'ophtalmologies.
- Une évaluation économique plus approfondie permettrait d'identifier le coût optimal de la chirurgie et les solutions de financement.

6. Gouvernance

Le projet rassemble les 4 groupes d'acteurs nécessaires à une bonne gouvernance – tel qu'il est défini dans le cadre conceptuel de renforcement du système de santé de l'OMS :

- Les acteurs gouvernementaux, représentés par le PNSOLO
- Les fournisseurs de services ophtalmologiques – qu'ils viennent du secteur privé et du secteur public, représentés par l'école d'ophtalmologie, le COMBD, et les CHR.
- La société civile qui doit représenter les bénéficiaires et le public en général : la COPHCI et la Croix-Rouge Côte d'Ivoire.
- Et les membres de la communauté internationale : CBM, Seeing is Believing/SCB.

Deux instances de coordination et de concertation ont été mises en place : le Comité de Pilotage et le Comité de Projet. Le fonctionnement des comités est régulier et constant. Il semble être utile aussi pour les activités de plaidoyer. Les conditions nécessaires sont donc rassemblées pour une bonne gouvernance du projet.

Dans l'application du projet au niveau local/régional, les problèmes de coordination et de communication entre les différents groupes d'acteurs reviennent souvent. Comme l'un des volontaires de la Croix-Rouge l'a fait remarquer, c'est une communication très verticale, et au niveau local l'information ne passe pas. Les CHR reçoivent l'information du PNSOLO et les Croix-Rouge locales reçoivent l'information de la Croix-Rouge nationale. Au niveau local, la coordination n'est pas assurée et peu d'échanges semblent exister entre ces 2 groupes d'acteurs, ce qui a pour résultats de créer de la confusion et de la frustration. Des plaintes se sont régulièrement exprimées sur le manque de visibilité des activités des uns et des autres : « on ne sait pas ce qu'ils font ». Aussi, les médecins sont rarement, voire jamais impliqués dans les séances de sensibilisation des volontaires, que ce soit à la radio ou dans les communautés. Dans une des régions, les volontaires ont fait venir un autre médecin dans leur émission radio. Des comités ou autres dispositifs qui permettraient de rassembler les différents acteurs au niveau locale n'existent pas, à part pour San Pedro. Dans 2 régions, il a été mentionné de comités locaux mais qui se sont réunis qu'une fois au plus.

Le jour, où c'était gratuit, on a pas eu cette information. Le docteur a fait 20 chirurgies gratuites, c'était demandé par CBM. Mais nous, on en voit plein sur le

terrain qui ont pas les moyens, qui n'ont rien. C'est CBM qui voit le PNSOLO, et nous c'est CBM qu'on voit. Donc c'est CBM qui doit nous le dire, et par eux qu'on doit avoir l'information. Nous, on est sur le terrain et on ne sait pas.

Volontaire

La Croix Rouge Abidjan est venu faire une formation [ici] mais je n'étais pas impliqué ni informé. Puis on me dit de coordonner mais je n'ai pas été associé à ces activités. Je ne sais pas de quoi il s'agit exactement. [...] Il faut une communication active. Là on ne communique que quand on attend les résultats. Pour les rapports.

Médecin

Cela résulte parfois en une réelle absence de liaison entre le CHR et les volontaires et pourraient en partie expliquer la faible performance des référencement.

De même, la COPHCI paraît isolée dans ses activités de plaidoyer et de sensibilisation. Les séances de sensibilisation se font avec l'aide de 2 médecins, mais qui ne sont pas les médecins impliqués dans le projet. Il n'existe pas d'action commune avec les autres partenaires du projet.

Efficacité – Gouvernance:

- L'initiative SiB réunit les acteurs et les conditions nécessaires pour une bonne gouvernance.
- Travailler sur un mode de communication qui soit aussi transversal et horizontal permettrait d'améliorer la coordination au niveau du projet, entre les différents partenaires. CBM pourrait « faire le pont », « construire des passerelle » entre les différents acteurs au niveau régional. « Comme c'est le patron de tous. Ça nous faciliterait ».
- De nombreux acteurs recommandent aussi une plus grande communication et une planification liée au projet. Des réunions de planification annuelle ou semestrielle avec l'ensemble des acteurs pourraient être organisé, et un plan d'action pourrait être élaboré et partagé entre tous.

C. Analyse de l'efficience (par activité)

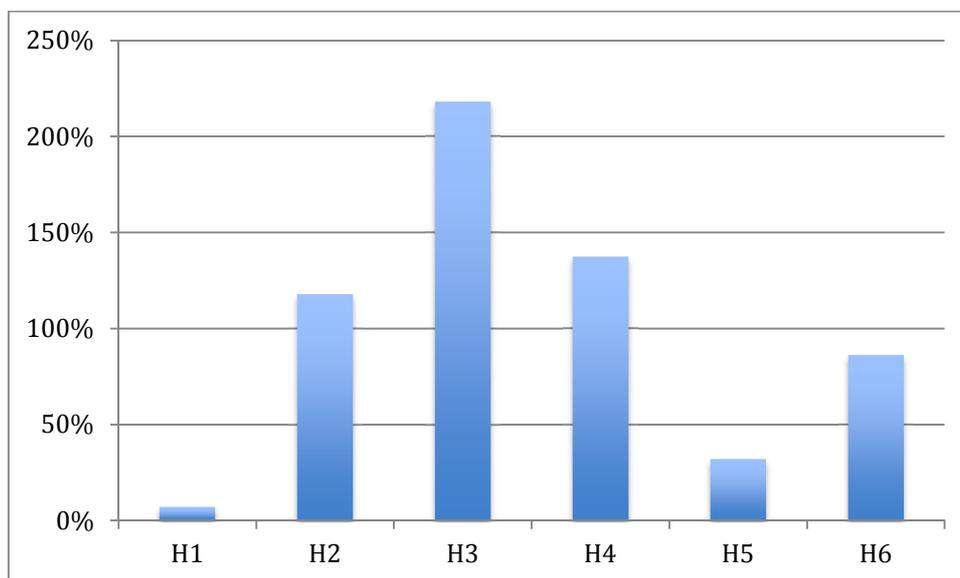
L'analyse de l'efficience visera à apprécier si une utilisation optimale a été faite des ressources humaines, financières et temps pour réaliser les activités envisagées selon les planifications opérationnelles.

Malgré les soucis de démarrage des 18 premiers mois, le projet a fini au cours de cette dernière année à maintenir un niveau convenable d'exécution des activités. Selon les rapports, au dernier semestre, toutes les activités étaient en cours ou achevée.

Dans l'ensemble, le projet est en sous-dépense mais à un niveau de consommation budgétaire acceptable au 6^{ème} semestre : 85% de taux d'exécution financière. Le taux des dépenses au cours des 6 premiers semestres des projets est très irrégulier, avec des dépenses bien au-delà du budget prévu pour trois semestres (H2, H3 et H4): un pic de plus de 200% de dépenses a été enregistré au 3^{ème}

semestre. Cela est expliqué par le fait que les équipements ont tardé à arriver au port et que de dépense de dédouanement n'avait pas été prévu. Malgré cela, une telle inconsistance reflète souvent une difficulté dans la planification budgétaire et programmatique.

Figure 7 - Évolution du taux d'exécution budgétaire au cours des 6 semestres.



Les graphiques ci-dessous montre le montant attribué à chaque partenaire pour mettre en œuvre leurs activités respectives (cela inclut les ressources logistiques, humaines, et organisationnelles) et leur taux d'exécution financière. Dans l'ensemble, cela montre une bonne participation et un niveau de consommation budgétaire acceptable. Seul la COPHCI n'atteint pas les 80% de taux d'exécution budgétaire. L'organisation a en effet plusieurs activités en retard : des réunions communautaires et la production et diffusion d'un film de sensibilisation.

Figure 8 - Part du budget attribué à chaque partenaire

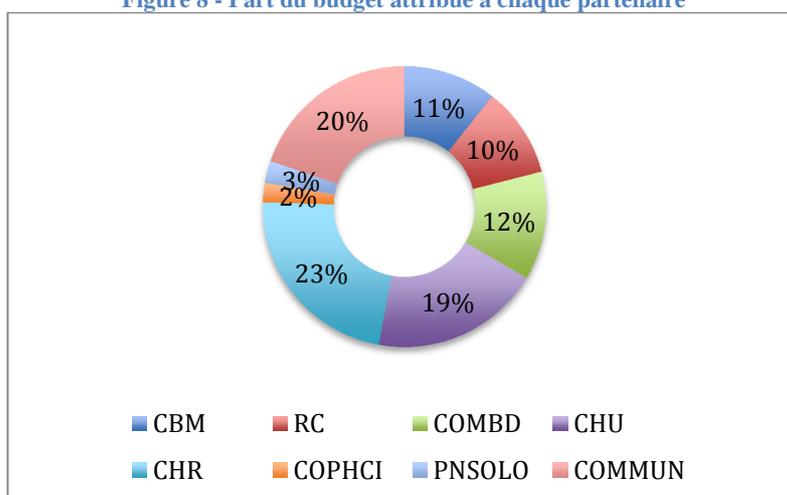
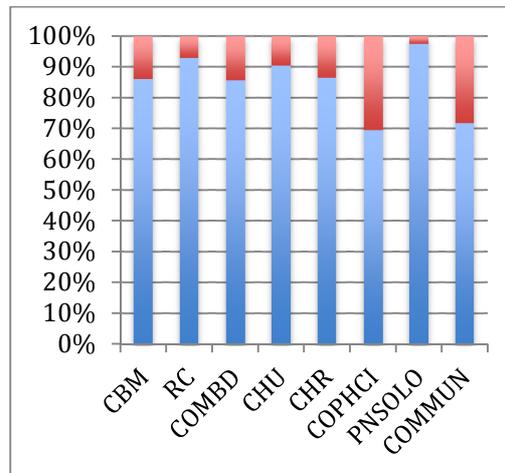
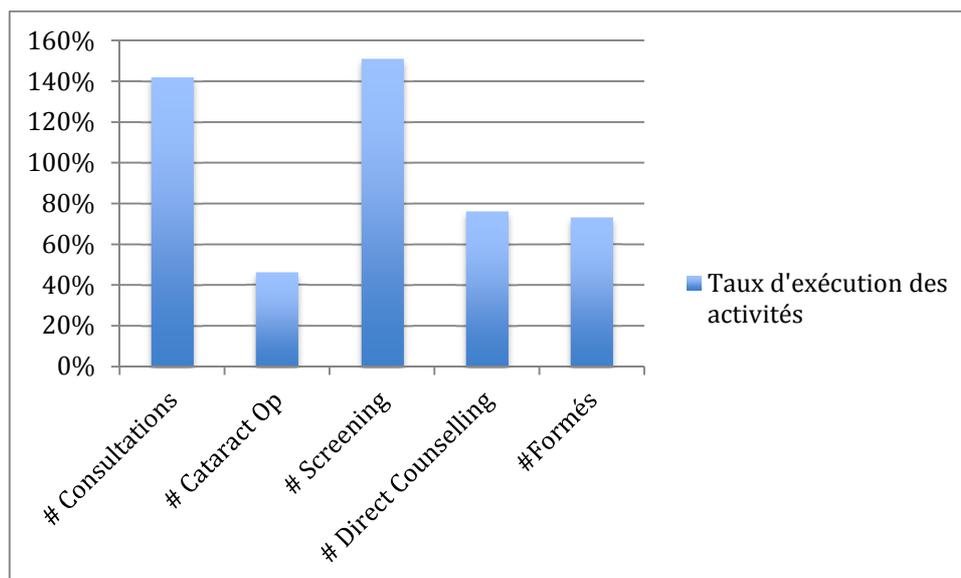


Figure 9 - Taux d'exécution budgétaire par partenaires à la fin du 6^{ème} semestre



Le graphique ci-dessous (Figure 9) montre une sélection d'indicateurs clés – cette sélection a été faite sur la base de leur constance à travers les différents rapports et sur leur pertinence quant aux objectifs du projet. On peut noter la bonne performance des *screenings*, qui se rapporte aux activités de camps de chirurgies. Vu l'investissement initial (USD19,740), on peut considérer cette activité rentable (USD7,25 par personne). A noter que les chiffres des dépenses réels de cette activité n'étaient pas disponibles au moment de l'écriture du rapport et par conséquent, ce constat reste à confirmer une fois les données de dépenses réelles disponibles.

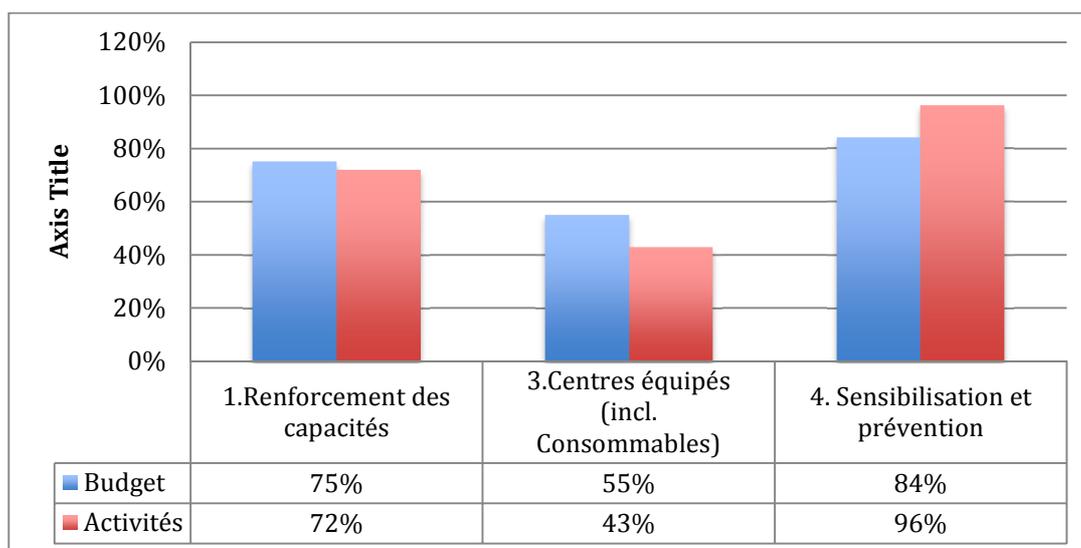
Figure 10 - Taux d'exécution des activités du projet SiB, mars 2014 – mars 2017



A contrario, signalons que deux indicateurs sont intimement liés: les activités de sensibilisation et le nombre de chirurgies réalisées. Comme stipulé dans le cadre

logique, l'un des indicateurs de résultats de l'objectif 4 (Accès à la chirurgie oculaire et la sensibilisation à la prévention de la cécité dans 4 régions) est l'augmentation du nombre de chirurgies. L'activité de sensibilisation de visites à domicile paraît efficiente, dans le sens où en effet les ressources sont bien plus que optimisés pour mener les activités de sensibilisation (Figure 10). Mais cela résulte en une faible contribution à l'augmentation du nombre d'opération de la cataracte. Donc, si l'on part du fait que l'efficience est l'optimisation des outils mis en œuvre pour parvenir à un résultat, alors, il peut être conclu à une efficience mitigée de la mise en œuvre des activités de sensibilisation dans le cadre des activités du projet.

Figure 11 - Taux d'exécution financière et d'activités, par groupe d'activités



Aujourd'hui, le budget a une sous-dépense de USD150,363 (15% de variation budgétaire). Le nombre de chirurgies effectués, indicateur clef de ce projet, est de 4510, soit 57% de moins que ce qui avait été initialement planifié (10,372 au 6^{ème} semestre, l'objectif final étant 14,000 chirurgies). Si l'on se base sur l'hypothèse que tous les services de chirurgies sont maintenant ouverts et bien équipés, ce qui devrait permettre une augmentation sensible du nombre de chirurgies, ce nombre pourrait atteindre environ 7874 à la fin du projet. Si les activités et les frais de fonctionnement maintiennent le niveau du 6^{ème} semestre, la sous-dépense de USD142,206 pourrait permettre d'étendre le projet d'un semestre supplémentaire et éventuellement d'atteindre au mieux 9,719 chirurgies de la cataracte. Selon ces mêmes projections, pour atteindre l'objectif fixé par le projet de 14,000, il faudrait une extension de 18 mois¹¹.

¹¹ Ces projections sont des extrapolations de données qui sont actuellement disponibles. De fortes incertitudes existent lorsque l'on fait des prévisions ; les tendances antérieures ne peuvent pas toujours prévoir les tendances futures avec certitude. En effet, les tendances peuvent être affectées par des facteurs externes, tels que l'économie, la démographie, la technologie. Dans ce cas-ci, les dépenses du système de santé peuvent aussi avoir un impact.

Figure 12 - Projection du nombre de chirurgies de la cataracte sur 3 semestres supplémentaires (18 mois)

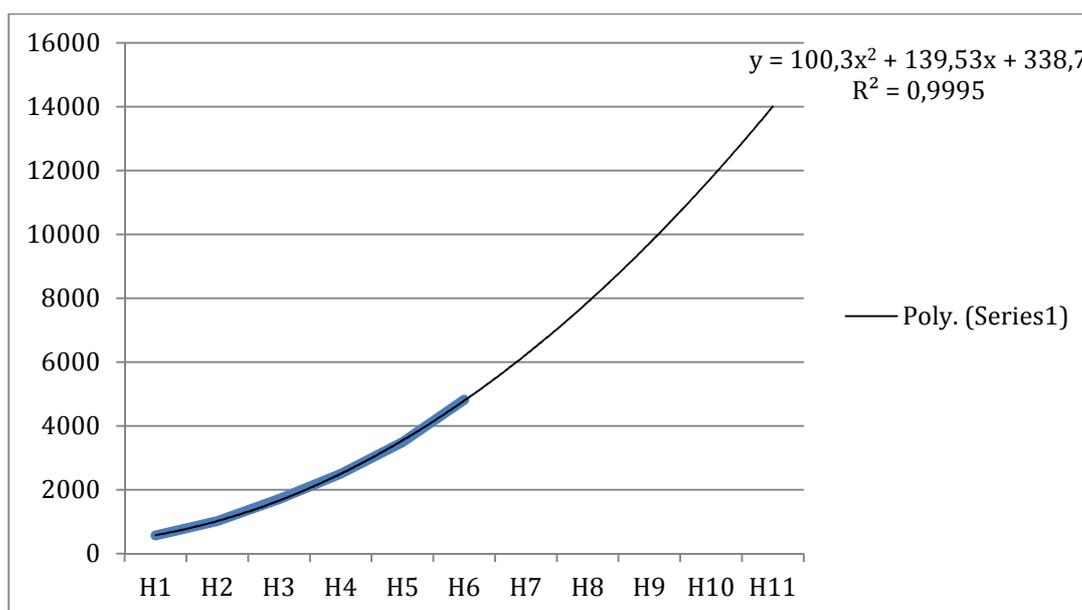


Tableau 9 - Projection du nombre accumulé de chirurgies de la cataracte avec 12 et 18 mois d'extension de projet sans coût supplémentaire

SEMESTRE	RESULTATS
H1	568
H2	1015
H3	1705
H4	2496
H5	3489
H6	4817
PROJECTION	
H7	6230
H8	7874
H9	9719
H10	11764
H11	14010

Efficience :

- Le taux d'exécution budgétaire est assez variable de semestre en semestre pour arriver à un taux à 85% au 6^{ème} semestre.
- Les activités les plus coût-efficaces sont les campagnes de chirurgies.
- Si le taux d'exécution budgétaire pour la sensibilisation est rentable par rapport aux activités réalisées, les retombées sur le taux de chirurgies de la cataracte sont encore faibles. S
- Selon les projections, si on suit le même niveau de progression d'activité, il faudrait 18 mois supplémentaires au projet pour arriver à l'objectif fixé de 14,000 chirurgies de la cataracte.

D. Durabilité/Viabilité

Par durabilité, nous entendons la continuation des bénéfices résultant d'une action de développement après la fin de l'intervention. Situation par laquelle les avantages nets sont susceptibles de résister aux risques. Nous tenterons donc d'analyser la probabilité d'obtenir des bénéfices sur le long terme et les risques par rapport aux 4 objectifs principaux.

1. Améliorer la qualité des soins offerts par le personnel en chirurgie de soins oculaires dans 6 régions sur 4 ans

11 personnes ont pu bénéficier de la formation du COMBD sur la chirurgie de la cataracte. Ces personnes seront réaffectés dans le système national de santé, dont une partie au CHU et une autre répartie dans les différents CHR. Il faut donc espérer un effet multiplicateur.

Le risque pour la durabilité de cette activité est que les financements pour prendre en charge les coûts des médecins apprenants au COMBD se terminent avec le projet. Pour l'instant, il n'existe pas d'autre plan de financement de la formation.

La solution serait éventuellement de préparer les CHU à reprendre le relais. Le CHU de Treichville semble disposé à renforcer ses activités de formation – des négociations avec la direction du CHU a été lancé pour permettre d'acquérir des consommables à moindre coût. Cela devrait permettre de davantage recruter des patients candidats pour une chirurgie de la cataracte. De plus, CBM a fournit des équipements qui pourront être rentabilisés sur la durée. Le projet de santé oculaire infantile pourrait permettre d'appuyer le volet de la formation, peut-être de manière plus globale en incluant chirurgie de l'enfant à la formation.

Outre la viabilité de la formation des chirurgiens ophtalmologues, il sera important de s'assurer que les nouveaux formés soient réaffectés dans des centres où il existe l'opportunité de mettre en place un bloc de chirurgie des yeux. Si tel n'est pas le cas, les médecins risquent de progressivement « perdre la main » et leur motivation, en attendant que d'autres services soient mis en place et équipés. Il vaut mieux faire des doublons dans les services où la chirurgie existe déjà – cela pourrait en même temps permettre d'augmenter la productivité de ces services.

2. Assurer la disponibilité constante en Côte d'Ivoire des consommables essentiels pour la chirurgie de la cataracte

Le centre de ressources existe mais les services ne s'y fournissent pas encore (à l'exception de San Pedro). Pour le moment, le principal client du centre de ressources reste le COMBD. Les CHR se sont tous engagés à s'approvisionner en consommables auprès de la COMBD, et le PNSOLO soutient cette démarche. Pour assurer sa viabilité, il faudra activer le mécanisme d'approvisionnement avant la fin du projet afin de les accompagner dans le processus et s'assurer que les CHR permettent un fonds de recouvrement des consommables.

3. Équiper 7 centres en matériel ophtalmologique pour la chirurgie de la cataracte

Si la performance est faible en terme de taux de chirurgie de la cataracte au niveau régional, les services sont néanmoins an place et fonctionnel – à l’exception du CHU Cocody. Le matériel, étant un investissement de long terme – si de bonne qualité et bien entretenu – pourra durer sur le long terme. La formation pourvue par le projet pour la maintenance des équipements devraient pallier à ce besoin.

4. L’accès à la chirurgie oculaire et la sensibilisation à la prévention de la cécité sont améliorés dans 4 régions.

Il est difficile de savoir aujourd’hui l’impact réel des sessions de sensibilisation sur les connaissances et les pratiques des populations cibles. Les activités de sensibilisation risquent de s’essouffler si des mesures ne sont pas prises pour redynamiser les activités. Dans le cas contraire, cela risquerait d’impacter la faible fréquentation des services de chirurgies oculaires. Les obstacles socio-culturels et financiers ont été mentionnés ci-dessus. Pour les obstacles socio-culturels, ils dépendent aussi de la bonne performance des services de chirurgies de la cataracte : plus il y aura de chirurgies, plus elles seront de qualité et accessibles, plus les membres des communautés délaisseront les recours traditionnels. Mais un réel travail d’analyse de coût et de plaidoyer auprès des autorités sanitaires reste nécessaire.

Viabilité :

- La viabilité dépendra de l’engagement des partenaires pour continuer les activités après la fin du projet. Cet engagement s’est exprimé par rapport au centre de ressources. Il faudrait que l’approvisionnement en consommables des CHR puisse commencer rapidement afin que le projet puisse accompagner ce processus pour la dernière année du projet.
- En ce qui concerne la formation sur la chirurgie de la cataracte, la durabilité est moins évidente.
- Il sera important de définir avec l’ensemble des acteurs une « stratégie de sortie » du projet afin de permettre aux partenaires de se préparer à la phase ‘post-projet’.

E. Changement social

Au niveau national, l’enquête ARCE a provoqué une prise de conscience à un niveau décisionnaire sur l’ampleur du problème de la cataracte. Le plan stratégique 2013-2016 du PNSOLO estimait une prévalence de la cécité au sein de la population totale de l’ordre de 1.5% dont 39% des cas serait causé par la cataracte. Alors que l’étude ARCE menée sur San Pedro estime une prévalence de l’ordre de 3.1% pour la population de 50 ans et plus, et la cause de la cataracte représentant 59,1%.

Au niveau communautaire, différents cas de figures ont été rencontrés lors des visites dans les communautés:

- **Ceux qui ont bénéficié de la chirurgie avec succès** (3 personnes – un agriculteur de 57 ans, une femme à la retraite de 70 ans et un homme retraité de 63 ans): 2 d'entre elles ont bénéficié des campagnes de chirurgies. Le dernier a pu bénéficier d'une chirurgie gratuite à l'hôpital. Pour ces personnes, le changement est radical. Elles ont vécu entre 1 et 3 ans avec leur problème de cataracte et vivaient au dépend de leur famille. Elles sont toute très satisfaites de leur chirurgie des yeux. Suite à la chirurgie, elles ont repris leurs activités régulières et gagné en autonomie. Ces personnes ont toutes les trois souligné l'acquisition d'un meilleur moral.
- **Ceux qui ont bénéficié d'une chirurgie de la cataracte mais qui n'a pas fonctionné** (2 personnes – une commerçante de 32 ans et un maçon retraité de 83 ans): pour ces personnes, leur mode de vie ne s'est pas amélioré et une perte de confiance vers le système de santé public s'est fait ressentir. L'un d'eux est le cas décrit plus haut: il a préféré attendre la campagne de chirurgie des missionnaires pendant un an au lieu de revenir au service d'ophtalmologie. Pour la femme, sa famille avait réussi à rassembler les fonds nécessaires pour aller revoir le médecin mais elle refuse catégoriquement d'y retourner. Elle a peur que ses yeux soient davantage « gâtés ».
- **Ceux qui n'ont pas pu bénéficier de la chirurgie** (3 personnes – 1 femme retraitée de 70 ans, un ancien routier retraité, et un garçon de 4 ans) : Les deux personnes retraitées avait été recrutées par les volontaires pour la campagne de chirurgie gratuite mais comme leur tension était trop haute, ils ne pouvaient être opérés pendant la campagne. Pas d'autres opportunités ou alternatives leur ont été proposées. Donc, n'ayant pas les moyens de payer la chirurgie, les personnes ont toutes deux décidés d'attendre la prochaine campagne gratuite (pas prévue dans la région pour la dernière année du projet). Le chauffeur retraité n'a pas essayé d'aller la consultation car il sait d'avance qu'il ne pourra pas la payer. Il n'a en effet aucun revenu. Depuis, leur situation socio-économique semble avoir stagné. Le dernier cas est un enfant. La mère l'avait emmené en consultation sous l'insistance des volontaires de la Croix-Rouge. Le médecin a en effet diagnostiqué une cataracte sur les 2 yeux. Mais la mère, qui travaille dans une tôlerie, n'a pas encore les moyens pour payer la chirurgie : cela représente 2 mois de salaires pour elle. Elle attend d'économiser suffisamment pour l'opération. Selon elle, l'enfant va à l'école mais du fait de son handicap, il a du mal à suivre les cours.

Les services CHR soutenus par le projet touche de peu les personnes en situation de vulnérabilité. Dans le pays, 46.5% de la population vit sous le seuil de la pauvreté, c'est-à-dire vivant avec moins de USD1,90 par personne et par jour (données Banque Mondiale 2015). Pour cette majeure partie de la population, la chirurgie de la cataracte reste inaccessible. Le projet ne touche pas non plus les zones rurales car les volontaires de la Croix-Rouge ont admis ne pas pouvoir

accéder à ces zones. Le champ d'intervention s'arrête donc aux zones urbaines, périurbaines et semi-rurales.

Comme le montre les cas ci-dessus, ceux qui n'ont pas les moyens, les plus vulnérables, sont prêts attendre les campagnes de chirurgie – car l'opération n'est pas une opération d'urgence. Parfois les services accordent une opération à moindre coût, gratuite ou à crédit, mais cela se fait au cas par cas.

Par contre, les cas décrits ci-dessus montrent aussi que les campagnes de chirurgies gratuites, ou quand le patient réussit à avoir un tarif préférentiel, ont un impact est considérable sur la personne et sa famille. Le cycle vicieux de l'exclusion s'arrête – ils peuvent reprendre leurs activités régulières et être moins un fardeau pour leur famille.

Selon l'étude ARCE, la prévalence de la cataracte est bien plus importante chez les personnes âgées de plus de 70 ans. Ce sont donc surtout des personnes à la retraite, sans revenu régulier, qui sont le plus touchées par la maladie. Beaucoup d'entre eux dépendent de leur progéniture pour le paiement de leur frais – comme le montre l'étude de cas ci-dessus. Mais il existe de nombreux cas qui ne peuvent pas dépendre de leurs enfants, notamment les femmes célibataires ou veuves.

Changement social :

- Du fait du coût de la cataracte encore élevé pour une bonne partie de la population, les services d'ophtalmologie des CHR restent encore inaccessible pour les groupes les plus vulnérables – notamment ceux les plus touchés par la maladie : personnes âgées à la retraite, et donc sans revenu, en milieu rural, les femmes et les enfants.
- Les campagnes de chirurgies gratuites permettent à ces populations d'avoir accès à ce service, et lorsque la chirurgie est menée avec succès, elle impacte considérablement et de manière positive la vie du patient, qui retrouve sa vue et par conséquent son autonomie

F. Genre

Comme le montre les données ci-dessous (Figure 12), les femmes sont plus nombreuses à consulter que les hommes. Mais il y a en moyenne 9,6% de différence quand il s'agit la prise en charge de la cataracte : les femmes sont moins nombreuses à bénéficier de la chirurgie de la cataracte que les hommes au cours des 3 premières années du projet (Tableau 7). Or l'étude ARCE montre que la prévalence de la cataracte est plus importante chez la femme que chez l'homme (3,3 contre 2,9).

Figure 13 - Répartition par genre des consultations et des opérations de la cataracte

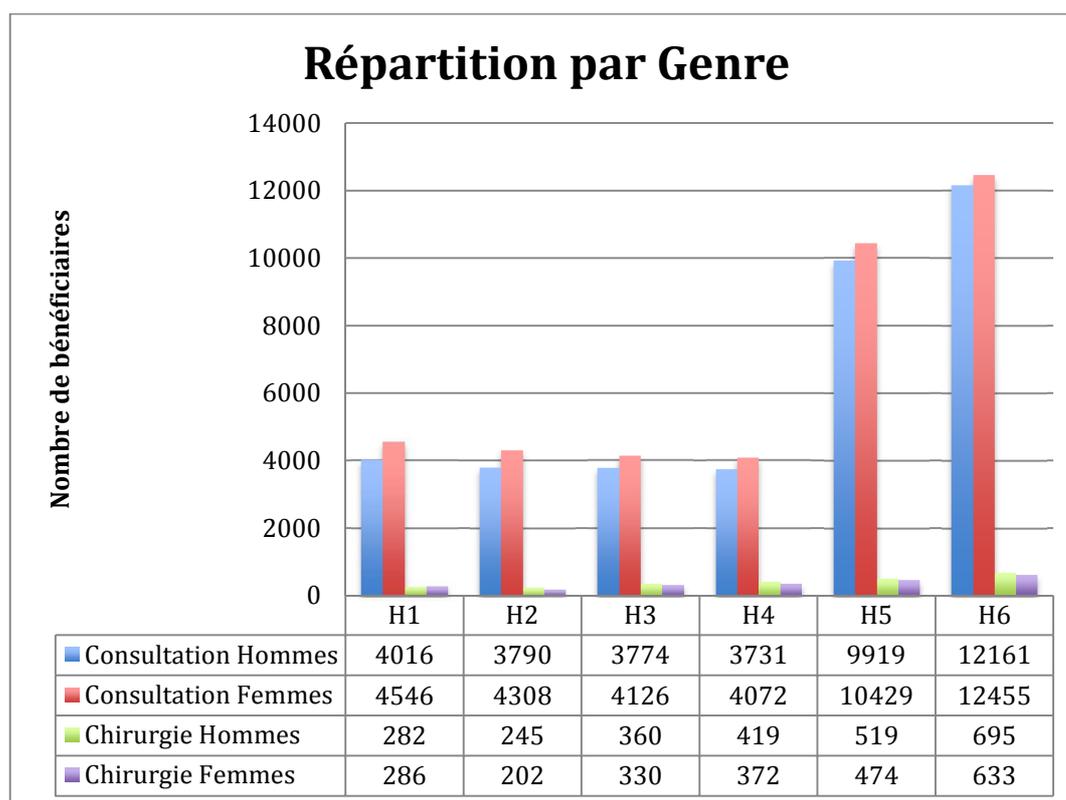


Tableau 10 - Distribution par Genre de l'opération de la cataracte, par semestre

# Opération Cataracte	MALE	FEMALE	Différence
H1	282	286	-1%
H2	245	202	19%
H3	360	330	9%
H4	419	372	12%
H5	519	474	9%
H6	695	633	10%

Cette différence de prise en charge entre les hommes et les femmes peut être influencée dans une large mesure par des facteurs socio-culturels, et une répartition socialement déterminée des rôles économiques dans les foyers. Pour les femmes en ménage, c'est les hommes – mari ou fils – qui décident des dépenses du foyer. Et comme la femme n'est pas responsable du revenu au foyer, sa santé n'est pas perçue comme une priorité.

C'est surtout à la politique de pouvoir d'achat. Au service, on a autant de femmes que d'hommes. Après c'est celui qui peut payer, et ici il est surtout masculin. [...] Beaucoup d'hommes se font opérer en premier. Les femmes n'ont pas les moyens de se prendre en charge. Elles sont plus isolées.

Médecin

[2] Les 'mamans' ne travaillent pas alors comment veux-tu ?

Pour la plupart des femmes, c'est le mari qui ramène le revenu à la maison. Pour les autres femmes, les maris sont décédés. Regardes, elle qui a perdu son mari, elle s'occupe en plus de son fils malade. [...]

[5] Les femmes dans la communauté. Elles n'ont pas d'argent. Elles demandent à leur mari mais il peut se fâcher. Il lui dit qu'il y a pas d'argent pour ça.

Femmes dans la communauté

Au niveau programmatique : il a été recommandé lors du dernier rapport d'activité du 6^{ème} semestre d'aborder les questions du genre. Or 21 volontaires sur 25 sont des hommes. Même si les volontaires paraissent bien intégrés dans les communautés, de nombreuses études¹² ont montré que dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, le genre des agents communautaires peut avoir un impact sur l'accès aux bénéficiaires femmes.

(De la même manière, il est intéressant de noter que chez les médecins et les apprenants médecins, les femmes sont largement sous-représentées).

Note sur d'autres groupes de populations vulnérables :

Les personnes en situation de handicap : certains services sont difficiles d'accès aux personnes en situation de handicap, et notamment celui d'Abengourou qui se trouve au premier étage. De plus, les personnes les plus touchées par la cataracte sont des personnes âgées et atteintes de cécité. L'accès est donc plus difficile pour eux. Il n'existe aucun dispositif (de design universel tel que rampe ou marquage au sol par exemple) pour aider les personnes handicapées, ni dans les services d'ophtalmologie, ni dans les centres hospitaliers de manière générale.

[3] Il y a des malades qui se plaignent que c'est à l'étage. On ne voit pas bien surtout quand on a la cataracte. On doit monter. [...]

[1] Et pour les vieux. Il y avait un vieux monsieur qui s'était fait opérer ailleurs mais son œil a été gâché. On fait le référencement, mais quand le monsieur a vu l'escalier, il n'y est même pas allé.

Volontaires

¹² Feldhaus, I. et al. (2015) 'Equally able, but unequally accepted: Gender differentials and experiences of community health volunteers promoting maternal, newborn, and child health in Morogoro Region, Tanzania', Int J Equity Health, 14, pp. 70.

McCollum et al. (2016) 'How equitable are community health worker programmes and which programme features influence equity of community health worker services? A systematic review' BMC Public Health, 16:419

Lehman U. et al. (2007) *Community Health Workers: What do we know about them?*, WHO: Geneva

Genre et autres groupes vulnérables :

- Si les femmes sont plus nombreuses à aller en consultation, elles le sont moins à bénéficier de la chirurgie de la cataracte. Cela serait largement influencé par des facteurs socio-culturels, et une répartition socialement déterminée des rôles économiques dans les foyers.
- Des efforts – notamment au niveau de l'accueil du patient – restent à faire pour les personnes en situation de handicap et les enfants.

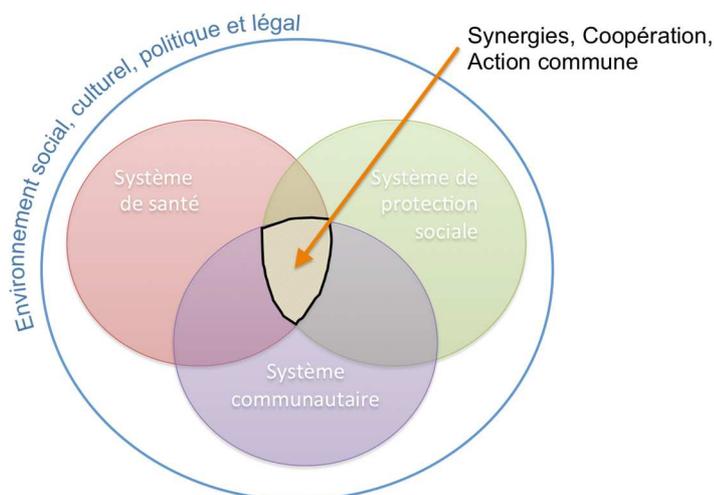
V. Conclusion et Recommandations

Le projet SiB a contribué à renforcer 4 des 6 blocs du système de santé oculaire dans le pays, comme le montre le tableau en annexe (Annexe A). Il a aussi permis de soutenir le PNSOLO et le Ministère de la Santé à répondre à certains des objectifs fixés dans son plan stratégique 2013-2016. Le projet a avec succès créé de nouveaux services ophtalmologiques, qui répondent à de réels besoins de santé. Les effets au niveau de l'offre de services sont loin d'être négligeables : des services de chirurgie de la cataracte aménagés existent aujourd'hui dans 4 régions, avec des équipements nécessaires à la chirurgie et un stock de consommables, ainsi que du personnel qualifié. Cela contribue à la qualité des soins que peuvent apporter les centres hospitaliers régionaux.

Les effets du projet sur la demande de service sont moins évidents. Les activités de sensibilisation ont réussi à mobiliser les communautés et à faire connaître les services. Cela a contribué à créer de la demande de services dans les communautés – alors qu'avant ils utilisaient surtout les tradi-praticiens. Mais l'offre reste encore inaccessible. Le nombre de chirurgies effectuées au sein de ces services augmente timidement. Alors que les services sont enfin en place et fonctionnels dans les 4 régions, on devrait voir au contraire un pic d'augmentation des consultations et des opérations chirurgicales. Or ce n'est pas le cas. Au cours de l'évaluation, plusieurs obstacles ont été identifiés :

- Le principal obstacle admis par tous est le coût de l'opération de la cataracte, le risque étant de démotiver les professionnels de santé et les acteurs communautaires, et de décourager les futurs bénéficiaires. Cela aurait un impact négatif sur la durabilité du projet. Outre le travail de plaidoyer pour réduire les coûts sur le long terme, il manque au projet des formules pour prendre en charge les personnes les plus vulnérables, des formules qui soient complémentaires et connectés au volet de renforcement du système de santé oculaires et au volet de sensibilisation communautaire du projet. Et ainsi encourager l'accès universel aux services de santé oculaire.

Figure 14 - Système de Santé Communautaire (inspiré du schéma développé par le Fonds Global de Lutte contre le HIV, TB et Malaria)



Des critères de vulnérabilité – ce qui impliquerait de définir des groupes prioritaires – pourraient être mis en place pour que des personnes puissent bénéficier de la chirurgie à un tarif préférentiel. Cela permettrait aussi de rendre les référencements plus productifs et rentables.

Les campagnes de chirurgies de la cataracte semblent être aussi coût-efficaces et permettent d'atteindre un plus grand nombre en peu de temps. Ces deux interventions permettraient non seulement d'accroître le nombre de chirurgie – et une opportunité pour les médecins de ne pas « perdre la main » - mais aussi de mettre à contribution les volontaires de la Croix-Rouge qui retrouveront leur utilité. De l'autre côté, la stratégie d'intervention pour le volet de sensibilisation communautaire peut être revue, car elle est plus adaptée à un contexte de crise épidémique. Une stratégie de promotion et de prévention de la santé plus ciblée serait mieux adaptée au contexte épidémiologique de la cataracte – car on connaît les caractéristiques des populations les plus touchées par la maladie – et serait ainsi plus productif et efficace.

La mise en œuvre de ces activités impliquerait donc de revoir le budget pour la dernière année du projet pour une réallocation des lignes budgétaires et une re-planification des activités.

Il faudrait aussi permettre à ceux qui ont assisté aux campagnes de chirurgie gratuite mais qui n'ont pas pu bénéficier de la chirurgie de la cataracte à cause d'une forte tension, de pouvoir revenir au service d'ophtalmologie pour bénéficier de la prestation.

- Liée au coût de la chirurgie de la cataracte est la viabilité du centre de ressources de Dabou. Ce centre permet de pallier à un manque dans le système de santé actuel pour l'approvisionnement des consommables. Le mécanisme d'approvisionnement des CHR doit être rapidement mis en place avant la fin du projet afin d'assurer la continuation de ce système à plus long terme, c'est-à-dire au-delà du projet.
- Le travail de plaidoyer doit continuer. Le ARCE a fourni des éléments qui ont pu informer la stratégie de plaidoyer du PNSOLO. Il serait intéressant de développer davantage de recherches opérationnelles pour appuyer les acteurs impliqués dans ces activités et ainsi apporter des évidences qui permettraient d'influencer les décideurs (*evidence-based policy*). Le système de suivi et d'évaluation du projet est à renforcer car il peut être source d'information et de données cruciales pour soutenir les activités de plaidoyer et de programmation.

Enfin, le projet a permis de rassembler différents groupes d'intérêt et donc d'aborder la problématique de la cataracte de manière globale et intégrée. Davantage de synergies entre les différentes équipes optimiseraient les ressources disponibles. Au niveau local/régional, du fait du manque de coordination et de communication, les différents acteurs finissent par travailler de manière isolée.

Les recommandations suivantes pourront apporter quelques éléments de réflexion et de solution pour pallier à certaines difficultés, tout en renforçant les effets positifs de ce projet.

RECOMMANDATIONS:

Pour l'objectif 1: Amélioration de la qualité du personnel chirurgical en matière de soins oculaires dans 4 régions en 4 ans.

- Faire une analyse/évaluation économique de la prise en charge de la cataracte pour déterminer un prix plus optimal et qui en même temps permettrait de trouver des solutions pour le recouvrement de fonds des services de santé oculaire.
- Planifier davantage de campagnes de chirurgies de la cataracte avec le budget de la dernière année (année 4 du projet, avril 2017 – mars 2019).
- Renforcer la qualité des soins en développant des protocoles de soins, guides thérapeutiques et/ou des SOPs adapté au contexte du système national de santé de la Côte d'Ivoire, et mettant en place des outils de suivi de résultats.
- Mettre en place un système de supervision clinique et formative régulière pour soutenir les chirurgiens ophtalmologues nouvellement affectés dans les services de CHR. Développer des outils de supervision (guide, check-list, aide-mémoire).
- Réaffecter nouveaux formés dans les services chirurgicaux existants, quitte à faire des doublons.

Pour l'objectif 2: Disponibilité de consommables essentiels pour la chirurgie de la cataracte à coût réduit

- Faire un exercice de quantification de consommables nécessaires à la chirurgie de la cataracte qui puisse permettre une planification détaillée et une mutualisation des ressources.
- Lancer le système d'approvisionnement rapidement pour garantir la pérennité et développer des outils de gestion des stocks qui permettent de faire le suivi.
- Fournir les conditions pour un meilleur stockage des consommables (armoire, formulaires pour l'inventaire, etc.)

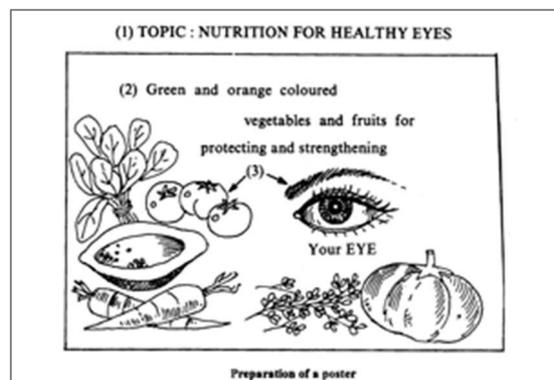
Pour l'objectif 3: 7 centres équipés pour la chirurgie de la cataracte

- Concerter partenaires pour l'acquisition de matériels médicaux afin de s'assurer que cela réponde à leurs besoins.

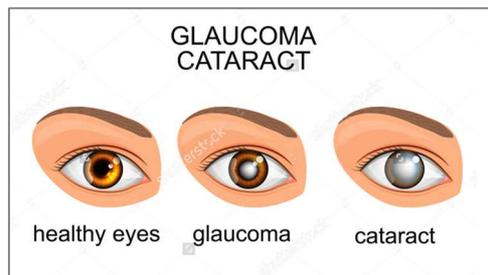
Pour l'objectif 4 : L'accès à la chirurgie oculaire et la sensibilisation à la prévention de la cécité sont améliorés dans 4 régions

- Revoir stratégie et de l'approche de la sensibilisation/mobilisation communautaire:
 - Plus participative et interactive:
 - En formant les volontaires à des techniques d'animation participative

- En créant des émissions radios où les auditeurs pourraient participer et poser des questions
- En incluant les tradi-praticiens dans les activités de sensibilisation et voire même dans les activités de référencement (voire exemples cités plus haut).
- Plus ciblée:
 - Pour les visites à domicile (*Active Case Finding*), identifier les groupes prioritaires (e.g. personnes âgées, enfants, femmes).
 - Développer du matériel IEC qui rendrait les sessions de sensibilisation plus interactive, des messages clés plus ciblés, et moins scientifiques (et donc accessible à un public plus large), qui permettraient de varier les sujets. Exemple de matériel IEC:



Source: 1 – Vision 2020 e-resources (<http://v2020eresource.org/home/newsletter/news92005>)



Source: 2 - Vikoria Kaban©

- Inclure les autres partenaires dans les activités de sensibilisation. Exemple: faire participer le médecin ophtalmologue aux sessions d'éducation à la santé, le faire intervenir aux émissions radio
- Réorganiser les équipes pour optimiser le temps et les équipements actuellement disponibles (par exemple : sortie par équipe de 2).

Aspects transversaux :

- Le système de gestion de l'information:

- Renforcer les systèmes de suivi du projet en développant des outils standardisés et harmonisés qui facilitera la collecte, le traitement et l'exploitation des données ; des livres de registres jusqu'à la base de données (e.g. EpiData, Pastel).
- Développer un système de surveillance avec les réseaux de volontaires en place ou avec les ACS.

- **Recherche :**
 - Développer d'autres recherches opérationnelles qui puissent alimenter et fournir des évidences aux actions de plaidoyer.
 - Développer des activités de recherche opérationnelle, dont une étude socio-culturelle sur la question de genre et son impact sur la prise en charge de la cataracte.
- **Coordination:**
 - Appuyer et faciliter la coordination au niveau régional – notamment entre communautés et CHR. Cela peut passer par des réunions mensuelles ou bimensuelles avec les acteurs sur place, faire une planification conjointe.
 - Renforcer les synergies entre les différents acteurs : au niveau national, organiser des sessions d'échanges d'expérience entre les différentes régions ; créer une page FB privée pour créer une plateforme qui puisse permettre aux différents partenaires d'échanger.
 - Définir avant la fin de la 4^{ème} année et avec l'ensemble des acteurs une « stratégie de sortie » du projet afin de permettre aux partenaires de se préparer à la phase 'post-projet'.

VII. Annexes

A. Le projet SiB et les blocs constitutifs du système de santé

Résultats	Indicateurs	Prestations de services		RH	Technologie et Produits médicaux	Système d'Information	Financement	Gouvernance
		Soins	Prévention					
1.1.	22 ophtalmologues formés en chirurgie de la cataracte à COMB Dabou et certains placés dans 4 CHR ; au moins 16 internes médecins en spécialité d'ophtalmologie en chirurgie de la cataracte dans 2 CHU.	Objectifs de formation atteints par les stagiaires						
1.2.	Chirurgiens qualifiés placés dans au moins 4 CHR.	Traitement chirurgical disponible dans 4 CHR						
2.1.	Le centre des ressources est fonctionnel	Locaux identifiés et disponibles						
2.2.	Consommables essentiels pour la chirurgie de la cataracte disponibles dans l'ensemble de la Côte d'Ivoire.	Les hôpitaux opérant de la cataracte ont un accès continu aux consommables essentiels						
3.1.	4 CHR, 2 CHU et COMB équipés de matériels ophtalmologiques appropriés pour effectuer au moins 14 000 opérations de la cataracte	Les CHU et COMB augmentent leur taux de chirurgie de la cataracte ; les CHR						

		débutent l'opération de la cataracte						
3.2.	Equipements d'ophtalmologie entretenus	Les équipements fonctionnent convenablement pour atteindre l'objectif chirurgical						
4.1.	25 volontaires de la Croix Rouge formés en détection des affections oculaires dans 5 régions d'ici la fin de l'année 2	5 séances de formation effectuées chacune formant 5 volontaires, ayant pour résultat 25 volontaires qualifiés						
4.2.	Activités de sensibilisation avec au moins 1,5 million de personnes dans 5 régions (Dabou, San Pédro, Yamoussoukro, Korhogo, Man)	Au moins une émission de publicité radiodiffusée par région par mois ; les familles d'au moins 660 villages visités ; au moins un programme TV par an ; mise en place continue de réseaux avec d'autres organisations communautaires ; plaidoyer						

		permanent auprès des autorités sanitaires locales							
4.3.	20 000 personnes reçoivent des consultations dans 5 régions au plus tard à la fin de l'année 4.	Les consultations ont comme conséquence au moins 14 000 cas de cataracte référés							
4.4.	Services disponibles à des coûts abordables	Réduction du coût des services							

B. Tableau des critères d'évaluation et indicateurs

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
Pertinence et Qualité				
Les méthodologies et stratégies du projet sont-elles en adéquation avec les priorités et les besoins des CHU? Avec les priorités des CHR? Du centre ressource de Dabou? Du COMBD? Des chirurgiens? Des patients ?		[Analyse pour chaque composante du projet]	Documents clefs: politique nationale de santé oculaire Entretiens	PNSOLO, Services de santé oculaire des CHR, CHU COMBD Responsable de centre ressources Chirurgiens et infirmiers CHR/CHU Bénéficiaires
Sont-elles en adéquation avec les protocoles et les politiques mis en place par le Ministère de la Santé ?				PNSOLO, Services de santé oculaire des CHR, CHU, COMBD
Sont-elles en adéquation avec les besoins de la population?		Le projet rend-il les SO plus accessible?	FGD Entretiens	Membres des communautés ASC COPHCI, PNSOLO
Efficacité				
Objectifs et résultats escomptés VS réalisés + Analyse des écarts			Documents projets/activités Registres des services SO	

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
Résultats imprévus + facteurs d'accomplissement ou de non-accomplissement				
Prestation de services de soins (dont les services de chirurgie, de sensibilisation et d'information, et de référencement)	Service hospitalier: Proportion de lit d'hôpital pour service oculaire		Observation des services SO Entretien	Services SO CHR, CHU, COMBD
	Accès, couverture et utilisation: taux de chirurgie de la cataracte (différence entre les différentes régions)		Registres des services SO	
	Effets: Prévalence de la cécité Erreur réfractive non-correctée		Données épi Registres	
	Disponibilité: Nb de service de santé avec services dédiés à la santé oculaire pour 10,000 % de SSP avec une infirmière formé en santé oculaire	Proportion couverte par le projet CBM		Données épi/MdS Entretiens

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
	<p>Accès et utilisation: % de personnes vivant à une distance standard d'un service de santé oculaire au niveau primaire Existence d'exemption ou de 'waiver' pour accéder les services de santé oculaire Proportion de chirurgie de la cataracte privé/public (voir aussi rural/urbain) Proportion d'hospitalisation dans le privé/public</p>	<p>Référencement - d'où viennent les patients? (% services internes, volontaires CR, autres?)</p>	<p>Entretiens Registres des services SO</p>	<p>Services SO des CHR, CHU. COMBD</p>
	<p>Accès financier (prix de la consultation et de l'opération de la chirurgie de la cataracte comparé au niveau de vie)</p>	<p>Comment les bénéficiaires financent la consultation et la chirurgie? Proportion par rapport à leur revenu</p>	<p>FGD Données nationales</p>	<p>Membre des communautés COPHCI</p>
	<p>Organisation: Disponibilité quotidienne des services de soin oculaire primaire Nb de programmes verticaux de santé oculaire</p>		<p>Entretiens</p>	<p>Services SO des CHR, CHU. COMBD PNSOLO, COPHCI</p>

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
	Assurance qualité Les services de SO suivent les politiques nationales de promotion de la qualité des soins Existence de standard qualité pour les SO adapté au niveau local Supervision clinique par le niveau secondaire et tertiaire	Inclure les outreach camps (qualité des soins, suivi des patients ?) Politiques « <i>Do no Harm</i> » ?	Observation des services SO Entretien	Service SO des CHR, CHU, COMBD
Personnel de santé (<i>formation incluse</i>),	Situation actuelle Nb de personnel par cadre en SO Progression ces dernières 5 années - et contribution de SiB Ratio cadres SO/population	Rétention du personnel formé		
	Distribution: Comparé aux standards de OMS/IAPB Désagrégé par cadre Désagrégé par niveau de service (1,2,3) Désagrégé par aire géographique (province, région, etc.) Comparaison rural/urbain Comparaison privé/rural		Données épi/MdS Documents projets/Activités	

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
	<p>Système de gestion RH Plan stratégique inclut les SO? Système de gestion des données inclut données sur les RH SO?</p>	<p>Que sont-devenus les formés par le projet SiB? Ceux qui ne sont pas intégrés dans le SNS, où sont-ils aujourd'hui? Comment se font les affectations des médecins? Infirmiers?</p>	<p>Documents clefs: politique nationale de santé oculaire Données épi/MdS Entretiens</p>	<p>Services SO des CHR, CHU, COMBD PNSOLO</p>
	<p>Politiques Existe-il des politiques RH pour SO et sont-elles appliquées? Les chirurgiens de la cataracte sont-ils reconnus par les autorités? Les optométristes?</p>		<p>Documents clefs: politiques nationales RH et SO</p>	
	<p>Éducation: La production/formation de nouveaux professionnels de la SO répond-elle aux besoins du système de santé? Le système de gouvernance existant permet-il de soutenir une formation en service pour les professionnels de SO? Ratio rural:urbain pour les formés, par genre et groupe ethnique</p>	<p>Plan de formation ? Système de formation continue/supervision de support? Existe-t-il un système d'évaluation des formations (e.g. pré-post test)</p>	<p>Entretiens Rapports de formation</p>	<p>Services SO des CHR, CHU, COMBD PNSOLO</p>

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
	Partenariat Accord formel de partenariat entre MdS et autres institutions de SO		Documents clefs	
	Leadership Adhésion à Vision 2020 par les autorités sanitaires?		Entretiens	Services SO des CHR, CHU, COMBD PNSOLO COPHCI
Système d'information (dont le suivi et l'évaluation),	Information Les rapports de surveillance épi reçu à différents niveaux du système de santé inclut information sur la SO?		Documents clefs Données épi/MdS	
	Indicateur SO inclut dans les indicateurs de base du SNS?	Dont taux de chirurgie de la cataracte par age et par genre		
	Ressources du Système d'Information Bailleurs impliqué dans le système de santé SO?			
	Source de données Disponibilité et accessibilité des données (sources) sur les SO?			
	Gestion des données % des districts/régions qui envoient leur rapport sur la SO			Documents projets/activités Observations

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
	% de services privés envoyant leur rapport sur la SO Les rapports nationaux inclut information sur la SO? Et les rapports des autres niveaux?			
	Divulgarion et utilisation Les données sont-elles utilisées pour planifier, budgéter les activités?	Les informations ont-elles été utilisées pour planifier et budgéter les activités de l'année qui vient de s'écouler?	Entretiens	Services SO des CHR, CHU, COMBD PNSOLO COPHCI
Équipement et de consommables médicaux (utilisation, entretien, gestion des stocks),	Indicateurs standard Dépense total pour les pharmaceutiques pour SO Dépense gouvernemental pour les pharmaceutiques SO Dépense privée pour les pharmaceutiques SO		Documents projets/activités	
	Politiques, Loi, Régulation Politiques Nationales sur les Médicaments Essentiels pour SO Les données collectées incluent-elles les produits SO?			
	Finances Proportion des dépenses annuels pour les médicaments SO dans le			

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
	budget MdS, bailleurs, et autres institutions			
		<p>Quel est l'état des consommables et équipement fourni par SiB?</p> <p>Il y a-t-il des ruptures de stocks? Si oui, pour quels types de produits? Pourquoi?</p> <p>Personnel formé à l'entretien? Qui et par qui? Où?</p>	<p>Observations</p> <p>Entretien</p> <p>Inventaires + liste des donations</p>	<p>Centre ressources, COMBD</p> <p>Services SO des CHR, CHU</p>
<i>système de financement</i>	% de dépense publique pour la santé oculaire	% couvert par le projet SiB	Entretiens	Services SO des CHR, CHU, COMBD PNSOLO
	% de dépense de l'hôpital pour le service oculaire			
	% de dépense pour services oculaires soutenu par coopération			
	% du budget pour les services décentralisés.			
% du budget pour <i>inpatient/outpatient</i>				
Existence de couverture des services oculaires? Liste des services couverts?				

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
	Revenu généré par les activités de santé oculaire			
	Coût des services oculaires non-publiques: privé, médecins traditionnels	Différence de pratiques, d'équipement ? Ration Revenus Privé/Public? Taux de conversion ?	Entretiens FGD	Services SO des CHR, CHU, COMBD PNSOLO COPHCI ASC, Membres des communautés
	Coût des activités <i>outreach</i> /campagnes		Entretiens Document projet/activités	COPHCI CRCI
	Différence de coût entre les différents services CHR/CHU		Entretiens Document projet/activités	Services SO des CHR, CHU, COMBD
gouvernance (dont les partenariats, la participation des acteurs clefs et les modes de coordination).	Inclusion des organisations de personnes handicapées? Ou associées à de maladies spécifiques?			
	Les organisation ont-elles la capacités et l'opportunité pour plaider pour une meilleure prise en charge (et plus accessible) de la cataracte? Quelles actions ont été engagées?		Entretiens	COPHCI, CRCI, PNSOLO

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
	Ont-elles la capacité et l'opportunité d'utiliser, d'analyser et informer le gouvernement sur les objectifs, le planning, le budget, les dépenses et les données liés à la santé oculaire et plus particulièrement sur la cataracte.			
	Est-ce que l'information inclut la qualité et le coût des services de santé oculaire? Quelles sont les informations sur le coût et la qualité?			
	Est-ce que les rapports des autorités sanitaires inclut information sur la santé oculaires? Quelles informations?			
	Existen-ils des évidences sur les résultats de programmes de santé oculaires? Ces informations sont-elles utilisées par les autorités sanitaires pour le programmation et les politiques de santé?		Entretiens	Services SO des CHR, CHU, COMBD PNSOLO COPHCI

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
	Les réglementations du MdS sont-elles appliquées à la santé oculaire? Lesquelles ne sont pas utilisées par la santé oculaires et pourquoi?			
Efficiences				
Quel est le rapport entre les coûts investis et le nombre de bénéficiaires?			Documents projet/activités	
Les activités sont-elles exécutées avec la qualité requise et avec le meilleur rapport coût/bénéfice, et en synergie avec des institutions menant des actions similaires?				
Le taux de rentabilité économique au moment de l'évaluation est-il comparable à celui qui avait été calculé lors de la mise en place du projet ?				
Durabilité				
Les stratégies mises en œuvre par les parties prenantes permettent-elles d'assurer la continuité des services ?			Entretiens	Services SO des CHR, CHU, COMBD PNSOLO COPHCI, CRCI

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS (EHSA)	Reformul./questions suppl.	SOURCE	AVEC QUI
Les activités du projet bénéficient-elles de l'engagement, de la participation et de l'appropriation des communautés locales, des organisations et des autorités sanitaires?			Entretiens FGD	Services SO des CHR, CHU, COMBD PNSOLO COPHCI, CRCI Membre des communautés
Existe-t-il une indication claire de l'engagement du gouvernement après la date de clôture du projet?			Entretiens	Services SO des CHR, CHU, COMBD PNSOLO COPHCI, CRCI
Changement Social				
Quel est le changement social le plus significatif pour chaque groupe d'acteurs ?			FGD	ASC, Membres des communautés
Equité				
Accès aux services des populations les plus vulnérables et ' <i>hard-to-reach</i> ', et plus particulièrement les femmes, les personnes handicapées, les enfants et les populations vivant dans les zones les plus éloignées		Accès aux formations pour les femmes : pourquoi peu de femmes formées ? Est-ce que cela motiverait les femmes à consulter ?	Documents projet/activités FGD Entretiens	ASC, Membres des communautés CHR/CHU/COMBD, PNSOLO
Quelles stratégies mises en place?			Entretiens	PNSOLO, COPHCI, CRCI