REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

UNIVERSITE DE LUBUMBASHI

FACULTE DE MEDECINE

UNITE D'EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE ET PATHOLOGIES TROPICALES - EPIT

---

# RESUME DU RAPPORT FINAL

# Evaluation intermédiaire du programme : " *L'Avenir en Vue 2017-2021" en République Démocratique du Congo et République du Rwanda.*

## Programme LPLM-DGD L'avenir en vue.

Responsable: Abdon Mukalay wa Mukalay

EPIT

*Janvier 2020*

*Tél. +243-(0)997026991, +243-(0)818229693, mukab77@gmail.com, Av Ndjamena, Nr 101, Lubumbashi, RDC*

# Table des matières

Table des matières ..... 2
Abréviations, Sigles, Acronymes ..... 3
1. Introduction ..... 5
2. But, Objectifs du Rapport final de l'évaluation intermédiaire ..... 10
3. Délivrables de l'évaluation intermédiaire ..... 11
4. Méthodologie de l'évaluation intermédiaire ..... 11
4.1. Analyse OCDE du programme ..... 12
4.2. Méthode de l'évaluation intermédiaire ..... 12
4.2.1. RDC ..... 12
4.2.2. Rwanda ..... 13
4.2.3. Organisation de la collecte des données ..... 13
4.3. Analyse de la contribution du projet et des données ..... 14
4.3.1. Analyse de la contribution du projet ..... 14
4.3.2. Analyse des données ..... 16
4.4. Limites des méthodes de cette évaluation ..... 16
4.5. Aspects éthiques ..... 16
5. Théories de changement du programme ..... 17
6. Ressources humaines de l'Equipe d'évaluation ..... 17
7. Conclusions et Recommandations de changements de stratégie, d'approche, de méthodologie, de gestion de projet, etc. pour la poursuite du programme et formulation des nouveaux programmes 18
7.1. Conclusions ..... 18
7.1.1. Conclusions RDC ..... 18
7.1.1.1. Axe 1 Conclusions ..... 18
7.1.1.2. Axe 2 Conclusions ..... 19
7.1.1.3. Axe 3 Conclusions ..... 19
7.1.1.4. Axe 4 Conclusions ..... 19
7.1.1.5. TdC Conclusions ..... 20
7.1.2. Conclusions Rwanda ..... 21
7.1.2.1. Axe 1 Conclusions ..... 21
7.1.2.2. Axe 2 Conclusions ..... 21
7.1.2.3. Axe 3 Conclusions ..... 21
7.1.2.4. Axe 4 Conclusions ..... 22
7.1.2.5. TdC Conclusions ..... 22
7.2. Recommandations ..... 23
7.2.1. Recommandations RDC ..... 23
7.2.2. Recommandations Rwanda ..... 25

## Abréviations, Sigles, Acronymes

| | |
|---|---|
| AC | Analyse de Contribution |
| AGIS | Administrateur Gestionnaire de l'Institution de Santé |
| ASC | Agent de Santé Communautaire |
| BCZS | Bureau central de zone de santé |
| CA | Conseil d'administration |
| CAC | Cellules d'Animation Communautaire |
| CAMELU | Centrale (d'achat et) d'Approvisionnement (et distribution) en Médicaments Essentiels de Lubumbashi |
| CBM | Christoffel-Blinden Mission |
| CEV | Communauté Ecclésiale Vivante |
| CFOAC | Centre (de formation) ophtalmologique d'Afrique Centrale |
| CHU | Centre Hospitalo-Universitaire |
| CODESA | Comité de Développement de Santé (Aire de Santé) |
| COP | Cliniques Ophtalmiques Partenaires |
| CPP | Comité Provincial de Pilotage du Système de Santé |
| CS | Centre de Santé |
| CSR | Centre de Santé de Référence |
| CSU | Couverture Sanitaire Universelle |
| DEP | Direction Etudes et Planification du Ministère de la santé (RDC) |
| DGD | Direction Générale de la Coopération au Développement / Royaume de Belgique |
| DHIS2 | District Health Information System (software) 2 |
| DPS | Division Provinciale de la Santé |
| DS | District de Santé |
| ECDPS | Equipe cadre de la DPS (Division Provinciale de la Santé) |
| ECZS | Equipe cadre de la ZS (Zone de Santé) |
| EPIT | Unité d'Epidémiologie Clinique et Pathologies tropicales |
| EPSP | Enseignement primaire, secondaire et professionnel |
| FBR | Financement basé sur les résultats (PBF= performance-based financing) |
| FCD | Focus Group Discussion |
| FOSA | Formation Sanitaire |
| HGR | Hôpital Général de Référence |
| HMIS | Health Management Information Systems |
| IFO | Infirmier Formé en Ophtalmologie |
| IT | Infirmier titulaire |
| KEU | Kabgayi Eye Unit |
| "KOIS" | bureau d'études privé appelé "KOIS" |
| LFTW | Light for the World (LPLM = Lumière pour le Monde) |
| LPLM | Lumière pour le Monde (LFTW= Light for the World) |
| MCZS | Médecin Chef de Zone de Santé |
| MD | Docteur en Médicine (Medicinæ doctor) |
| MDH | Médecin Directeur de l'Hôpital |

| | |
|---|---|
| MDS | Ministère de la Santé |
| OCDE | Organisation de Coopération et de Développement Economiques |
| ODD | Objectifs de Développement Durables |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PCA | Paquet complémentaire d'activités (2e ligne ou référence du système de santé) |
| PMA | Paquet minimum d'activités (1ère ligne du système de santé) |
| PNSOV | Programme National de Santé Oculaire et Visuelle |
| PS | Poste de Santé |
| RECO(S) | Relai(s) communautaire(s) |
| RDC | République Démocratique du Congo |
| RHIMS | Rwanda Health Information Management System |
| RP | Reconstitution de processus |
| S&E | Suivi et Evaluation |
| SNAME | Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels |
| SNIS | Système d'Information sanitaire |
| SRSS-2 | Stratégie de Renforcement du Système de Santé 2e version |
| TdC | Théorie de Changement |
| TSO | Technicien Supérieur Ophtalmologique |
| TWG | Technical Working Group |
| UNILU | Université de Lubumbashi |
| UO | Unités ophtalmologiques |
| ZS | Zone de santé |

# 1. Introduction

## La santé oculaire dans le Monde et en Afrique

Il est important de rappeler que la cécité et les déficiences visuelles ont un impact négatif important sur la qualité de vie et l'autonomie des personnes sur les plans économique, social et psychologique. Elles représentent un réel problème de santé publique mondial. Les limitations sociales expérimentées par les personnes avec une déficience visuelle et leurs familles, comme une participation limitée à la vie sociale, des opportunités moindres sur le marché du travail, la perte d'un statut social et du respect de soi n'ont pas de valeur monétaire mais ont une influence négative sur la qualité de vie. Les déficiences visuelles ont également un poids économique important pour l'ensemble de la société. Les coûts directs de réhabilitation et de traitements sont évidents mais il faut aussi prendre en compte les coûts indirects moins visibles comme la perte de productivité aussi bien de la personne souffrant d'une déficience visuelle que de la personne voyante ayant pour rôle de l'accompagner. Cela a un impact sur les revenus de la famille mais également sur l'économie de la communauté. Les investissements en faveur de la vision permettent de réaliser des économies dans d'autres domaines du système de santé et contribuent de manière générale au développement.

L'offre d'une éducation adaptée aux enfants et jeunes aveugles ou malvoyants vise un même impact positif sur la qualité de vie de ces personnes. A travers l'éducation adaptée à leurs besoins et possibilités, ils renforcent leur autonomie, leur confiance en soi et obtiennent ainsi les capacités et aptitudes nécessaires pour pouvoir contribuer à la société et à leur famille.

Malgré un demi-siècle d'efforts qui ont commencé par des activités organisées de lutte contre le trachome, le fardeau mondial de la cécité augmente de plus en plus en raison de la croissance démographique et du vieillissement.

L'OMS, via le plan global 2014-2019, a préconisé la santé oculaire universelle en accord avec la couverture sanitaire universelle (CSU), les ODD et l'approche des soins centrés sur la personne.

En 2015, l'OMS a estimé à 217 millions de personnes atteintes d'une déficience visuelle à travers le monde dont 36 millions aveugles[1]. Pourtant, 80% des ces déficiences visuelles, cécité comprise, sont évitables. En effet, deux affections constituent, à elles seules, les principales causes des déficiences visuelles: les vices de réfraction non corrigés ( 53,72% de cas) et la cataracte (24,05%). Elles affectent principalement les personnes des tranches d'âge supérieures à 50 ans dont 55% sont des femmes. Malheureusement, les pays à faibles revenus, dont les pays africains, portent le plus lourd fardeau de la malvoyance car ils comptent plus de 89% des personnes malvoyantes de la planète. En Afrique, il y a 4,8 millions d'aveugles et 16,6 millions de malvoyants[2].

C'est le cas pour la RDC où, en dépit d'absence des statistiques et ou d'études en cette matière, extrapolant les données de l'OMS, les experts estiment la prévalence de la cécité à 0,69% (l'une des plus élevées au monde) et celle de la malvoyance à 3, 89%; le nombre brut des malvoyants étant estimé à plus de 3 millions de personnes en 2015. Selon le fardeau mondial des maladies 2017, la

[1] R Flaxman Seth and et al, "Global Causes of Blindness and Distance Vision Impairment 1990–2020: A Systematic Review and Meta-Analysis," *Lancet Glob Health*, 2017, http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30393-5.

[2] WHO Regional Office for Africa, *Core Competencies for the Eye Health Workforce in the WHO African Region.*, ed. WHO Regional Office for Africa (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO) (Brazzaville, 2019).

cécité et la déficience visuelle constituent le 9e problème qui cause le plus d'handicaps en RDC[3]. Pourtant, les soins oculaires ne figurent pas parmi le PMA (Paquet Minimum d'Activités de santé) du niveau opérationnel ni le PCA (Paquet Complémentaire d'Activités de santé) du niveau de 1ère référence du système de santé.

Au Rwanda, la situation n'est guère luisante car, même si les soins oculaires ont connu des progrès considérables ces derniers temps par rapport aux années précédentes, cela n'empêche pas qu'il y ait encore beaucoup de problèmes à résoudre dans le domaine de la santé oculaire. Aujourd'hui, le système de gestion des données de la santé au Rwanda (RHIMS-Rwanda Health Information Management System) ne fournit pas de chiffres précis concernant les personnes affectées par des problèmes de déficience visuelle. Selon les estimations, on compte environ 105.000 personnes aveugles au Rwanda et 427.258 personnes malvoyantes[4], soit environ 23.310 personnes aveugles et 94.664 personnes malvoyantes pour une population estimée à 2.589.975 habitants[5] pour la Province du Sud.

De ce qui précède, la prévention de la perte de vision ou la restauration de la vision est devenue une des grandes priorités de santé publique. C'est ainsi que l'OMS et les organisations internationales non gouvernementales ont lancé, en 1999 à Genève, l'initiative « Vision 2020 : Droit à la vue»[6] qui est, au fait, une vaste coalition destinée à prévenir la cécité en soutenant la prestation des soins oculaires et visuels à travers le monde. Cette initiative mondiale visait donc l'élimination des principales causes de la cécité évitable à l'horizon 2020. Pour ce faire, il a été demandé aux pays membres de l'OMS de mettre en place des programmes nationaux de lutte contre la malvoyance et la cécité évitable et d'élaborer des politiques claires de cette lutte. Il a aussi été requis des pays riches à mobiliser des ressources nécessaires en faveur des pays pauvres pour l'éradication des causes de la malvoyance et la cécité évitable.

C'est dans ce contexte que, pour pouvoir adhérer à l'initiative « Vision 2020 : droit à la santé », la RDC a mis en place, en 2002, le « Programme National de Santé Oculaire et Vision », (PNSOV). Le programme est doté d'une politique de lutte contre la malvoyance et la cécité évitable assortie d'un plan stratégique de sa mise en œuvre. L'implémentation de ce plan a fait face à des défis multiples et ce dernier n'a pu avoir un impact réel sur la situation de santé oculaire du pays.

De son côté, le Rwanda, à travers le Ministère de la Santé, dispose d'un Technical Working Group (TWG) qui élabore les politiques, les protocoles et structures des soins de santé oculaire au niveau national[7].

---

[3] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), "Global Burden of Disease (GBD). Country Profiles (Democratic Republic of the Congo)," Seattle, WA: IHME, University of Washington., 2018, http://www.healthdata.org/democratic-republic-congo.

*4 La population totale du Rwanda s'évalue à 11.689.696 : Juillet 2012, CIA, 2013. L'OMS estime en général que 3,66 % de la population est malvoyante et que le taux de cécité en Afrique varie entre 0.6 et 1.2 %*

*5 Rwanda 4th Population and Housing Census, 2012, Ministry of Finance and Economic Planning National Institute of Statistics of Rwanda (NISR)*

*6 OMS IAPB, Vision 2020. The Right to Sight . Vision 2020. Le Droit à La Vue. Initiative Mondiale Pour l'élimination de La Cécité Évitable: Plan d'action 2006-2011, ed. OMS, 2008.*

*7 Binagwaho A et al. Improving eye care in Rwanda. Bulletin of the World Health Organisation · June 2015 DOI: 10.2471/BLT.14.143149*

## Lumière pour le Monde Belgique

Lumière pour le monde "LPLM"-Belgique est membre associatif de "Lumière Pour Le Monde International" (avant LPLM internationale était organisée en confédération, mais ceci n'est plus le cas depuis 2015). La mission de LPLM-Belgique, ONG belge, consiste à lutter contre la cécité évitable dans les pays défavorisés, rendre les soins oculaires accessibles à tout le monde, améliorer la qualité de vie des personnes aveugles et malvoyantes et de leurs familles, puis défendre leurs droits.

LPLM-Belgique[8] est particulièrement active en RD Cong où le gouvernement, à travers le PNSOV, lui a confié le soutien de la promotion de la santé oculaire dans les régions du sud du pays (de Ilebo à Kalemie).

Ayant été créée en 1996 comme succursale de l'ONG allemande Christoffel Blinden Mission (CBM), Lumière pour le Monde Belgique a acquis son autonomie en 2007 pour adhérer à la fédération internationale Lumière pour le Monde en 2008. Depuis lors, LPLM-Belgique est active en RDC, au Rwanda et en Tanzanie.

En RDC, dès sa sortie officielle en tant qu'ONG à part entière en 2007, LPLM-Belgique a initié quelques projets directs à travers des partenaires locaux. C'est ainsi qu'elle a dû installer un bureau dans ce pays à partir de 2010 en assignant à celui-ci la mission de développement des structures sanitaires de prise en charge holistique des problèmes de santé oculaire au sud du Congo.

Au Rwanda, où elle intervient depuis 2009, LPLM-Belgique agit, avec efficacité, à travers l'acteur local qu'est le Département Ophtalmologique de l'hôpital de district de Kabgayi (Kabgayi eye Unit) et CBM-Belgique.

## DGD/Royaume de Belgique

Depuis sa création en 2007, LPLM a mené toutes ses interventions dans les pays cibles avec des fonds propres et ce jusqu'en 2013 où elle décida de diversifier les sources de financement de ses activités pour garantir la pérennisation de celles-ci. Au rang de ces financements additionnels de ses activités, LPLM a recouru à ceux de la Direction Générale pour la Coopération au Développement du Royaume de Belgique (DGD belge).

C'est dans ce cadre qu'en RDC, cet organisme a obtenu deux fonds de la DGD pour co-financer le projet "Soutien à la récupération ou à l'optimisation de la vision chez les enfants de la Province du Katanga (2012-2014)" et celui de « Consolider la qualité et la durabilité des soins ophtalmologiques à Lubumbashi et à Likasi». Ce 2e projet a été mis en œuvre pendant deux ans (2015-2016) avec succès car les résultats ont contribué à la décision de cet organisme gouvernemental belge de cofinancer le programme 2017-2021, objet de la présente évaluation.

Au Rwanda, Lumière pour le Monde Belgique travaille depuis 2009 en partenariat avec le Diocèse Catholique de Kabgayi à travers un appui au Service d'Ophtalmologie.

La DGD avait financé un projet LPLM intitulé "Rendre la vue au Rwanda: Prévention et traitement des problèmes de vue, 2014-2016".

Avec son programme 2017-2021 au Rwanda, Lumière pour le Monde élargit son intervention dans toute la Province du Sud pour les soins oculaires. En partenariat avec Fracarita Belgium, le

[8] Light for the world, "Light for the World LFTW- Belgium. Lumière Pour Le Monde LPLM-Belgique," n.d., http://www.lightfortheworld.be.

programme vise aussi le renforcement des capacités pédagogiques spéciales pour les enfants aveugles et malvoyants.

## " Programme quinquennal LPLM-DGD : L'Avenir en Vue 2017-2021" en République Démocratique du Congo et au Rwanda

### Précepte concepteur

En dépit du lourd fardeau de la malvoyance/cécité que portent les pays africains, tel que évoqué ci-dessus, le système de santé de la plupart de ces pays ne comprend pas une composante devant faire face à ce problème de santé publique. Même si beaucoup d'entre eux ont mis en place des programmes nationaux de lutte contre la cécité évitable, les politiques conçues pour ces programmes étaient pour la plupart verticalisées et, de ce fait, plaçaient la santé oculaire en marge du système de santé. Cette situation a rendu difficile l'atteinte de l'objectif « Droit à la vue pour tous » assigné à l'initiative « Vision 2020 ». Consciente de la situation, l'OMS, dans son plan d'action 2009-2013, a exhorté les pays membres à intégrer la santé oculaire au sein du système de santé pour espérer s'approcher de l'objectif du droit à la vue pour tous.

Cet état des lieux ci-haut résumé est une vraie réalité pour la RDC et le Rwanda, même si ce dernier, en suivant le plan d'action 2009-2013, avait déjà amorcé le processus d'intégration des soins oculaires et visuels dans son système de santé.

C'est donc la volonté d'appuyer les pays cibles à intégrer la santé oculaire au sein de leurs systèmes nationaux pour espérer un accès universel aux soins oculaires qui a guidé la conception et l'élaboration du programme l'Avenir en vue 2017-2021 de LPLM-DGD.

### Objectifs du programme « L'Avenir en Vue 2017-2021 »

Pour chacun des deux pays cibles, le programme sous évaluation s'est assigné un objectif spécifique suivant.

***Pour la RDC :***

Le programme "L'Avenir en Vue 2017-2021" de LPLM-DGD s'est assigné comme objectif d'intégrer la santé oculaire dans 8 zones de santé au Sud du Congo par la formation de 246 membres du personnel des services de santé (dont au moins 40% de femmes) et y favoriser l'accès de la population aux soins oculaires et visuels complets de qualité en réalisant au moins 609.520 consultations spécialisées et 30.200 interventions chirurgicales ophtalmologiques.

***Pour le Rwanda :***

L'objectif du programme est de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins oculaires de qualité dans la Province du Sud du Rwanda et aussi améliorer l'éducation adaptée aux enfants aveugles au Rwanda pour qu'au moins :

- 212.000 personnes soient examinées et traitées de manière optimale, au minimum 19.800 personnes bénéficient de traitements chirurgicaux de qualité et la formation de 93 membres du personnel des différents services d'ophtalmologie (dont 50 % de femmes) ;
- 171 jeunes avec une déficience visuelle profonde et incapable de suivre un enseignement inclusif, reçoivent des soins orthopédagogiques de meilleure qualité dans l'Ecole Spéciale Nationale de Rwamagana pour enfants avec déficience visuelle.

### Acteurs de mise en œuvre du programme

Au Congo, le programme comporte comme acteurs de mise en œuvre.

1° Le Bureau RDC de LplM : qui est en charge de la coordination sur terrain des activités programme, puis assure l'assistance technique managériale et clinique auprès des autres acteurs.

2° Le Ministère de la santé et ses embranchements en provinces : qui assurent le leadership du processus d'intégration de la santé oculaire au sein du système de santé[9]

3° Les partenaires opérationnels agissant à travers leurs cliniques spécialisées : qui sont les acteurs de mise en œuvre des activités du projet tant en matière de prise en charge des cas que de formation des prestataires des zones de santé où doivent être intégrés les soins oculaires. Au nombre de 4, ces partenaires opérationnels sont :

- ✓ L'Archidiocèse de Lubumbashi à travers la Clinique ophtalmologique Sainte-Yvonne de Lubumbashi, dans le Haut-Katanga
- ✓ La Clinique ophtalmologique Mwangaza Asbl de Kolwezi dans le Lualaba
- ✓ La Congrégation des Sœurs de Saint-Joseph, Auxiliatrices de l'Eglise à travers la Clinique ophtalmologique Saint-Joseph de Likasi dans le Haut-Katanga
- ✓ Et la Clinique ophtalmologique Saint-Raphaël Asbl de Mbuji-Mayi.

Au Rwanda, hormis le fait qu'il n'y ait pas de Bureau LPLM, l'on a quasiment les mêmes catégories d'acteurs nationaux jouant les mêmes rôles à savoir :

1° Le Ministère de la santé et ses embranchements en province

2° Les acteurs de mise en œuvre qui sont :

- → Le Diocèse Catholique de Kabgayi agissant dans le programme à travers sa clinique spécialisée « Kabgayi Eye Unit » pour le volet santé oculaire.
- → Fracarita Belgium vzw pour le volet « Education » où cet acteur joue le rôle de coordination du programme de formation et d'amélioration de la qualité de l'éducation spéciale.
- → Home de la Vierge des Pauvres Gatagara, Groupe Scolaire de Rwamagana (HVP Rwamagana) qui est l'acteur de mise en œuvre des activités du volet « Education » du programme.

### Résultats du programme

Pour pouvoir atteindre les objectifs fixés ci-dessus dans les deux pays cibles du programme, les résultats successifs suivants sont attendus.

***En RDC,***

Résultat attendu 1 : Les capacités médicotechniques des cliniques ophtalmologiques partenaires sont renforcées.

Il s'agit ici d'assurer la formation, selon les modalités les plus adaptées possibles, des prestataires et des acteurs de mise en œuvre des activités du programme.

Résultat attendu 2 : Les cliniques partenaires dispensent des soins oculaires de qualité à la population avec un accent particulier aux plus démunis.

Dans le cadre de ce résultat attendu, les cliniques spécialisées, et puis les services oculaires des zones de santé, assurent la prise en charge des cas.

---

[9] Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire Recadré Pour La Période 2019-2022: Vers La Couverture Sanitaire Universelle*, ed. Ministère de la Santé Publique (Kinshasa, 2018).

Résultat attendu 3 : Un modèle d'organisation durable des soins oculaires est intégré au sein du système de santé national.

C'est ici où le programme appuie le processus d'intégration de la santé oculaire au sein du système de santé, une innovation pour la RDC.

***Au Rwanda,***

Résultat attendu 1 : Les capacités du Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de Kabgayi sont améliorées.

Il s'agit pour le programme, dans le cadre de ce résultat, de contribuer au renforcement des capacités institutionnelles de l'unité ophtalmologique de Kabgayi à travers la formation des prestataires mais aussi la mise en place d'un management efficace.

Résultat attendu 2 : Le service d'ophtalmologie de l'Hôpital de Kabgayi assure les services de qualité aux patients, y compris aux plus pauvres.

Comme pour la RDC, c'est dans le cadre de ce résultat que l'unité de santé oculaire de Kabgayi dispense des soins oculaires et visuels aux patients.

Résultat attendu 3 : Le service d'ophtalmologie de l'Hôpital de Kabgayi contribue à l'organisation durable des soins oculaires intégrés dans les systèmes des soins de santé nationaux.

Il s'agit ici du renforcement du système ayant déjà intégré la santé oculaire pour que celle-ci soit une composante réellement fonctionnelle au sein du système.

### Rapportage du programme

Pour un meilleur suivi de la mise en œuvre des activités du programme, les acteurs de santé ont mis en place les outils suivants:

- La planification annuelle des activités : Plan d'action opérationnelle.
- Rapportage semestriel : Qui évalue à mi-parcours les activités planifiées pour une année.
- Les rapports statistiques mensuels : outil, utile seulement pour le volet santé, qui rapporte le volume des soins dispensés à la population bénéficiaire du programme.

### Visites terrain du programme

Toujours dans le but du meilleur suivi de la mise en œuvre des activités du programme, LPLM, répondant du programme vis-à-vis de la DGD, organise au moins 2 voyages par an pour vérifier la véracité des différents rapports périodiques évoqués ci-haut du programme.

## 2. But, Objectifs du Rapport final de l'évaluation intermédiaire

L'objet de l'évaluation à mi-parcours portait sur le " Programme quinquennal LPLM-DGD : L'Avenir en Vue 2017-2021" en République Démocratique du Congo et au Rwanda. Le projet comprend sa méthodologie d'évaluation interne (monitoring et évaluation) et la supervision du bailleur (DGD). Notre évaluation ne va pas reprendre cette collecte ni cette analyse des données mais vérifiera la source et la fiabilité des données.

L'objectif global de cette évaluation intermédiaire était d'apprécier les résultats intermédiaires du programme et de formuler des recommandations pour la suite de la mise en œuvre du programme LPLM-DGD 2017-2021 en RDC et au Rwanda ainsi que des futurs programmes.

L'objectif spécifique de l'évaluation intermédiaire était :

- d'apprécier les différentes méthodologies utilisées dans le programme
- d'apprécier ces résultats et méthodologies en lien avec la théorie du changement associée à chaque objectif spécifique respectif
- de formuler des recommandations pour chaque axe stratégique et chaque théorie de changement du programme LPLM-DGD 2017-2021 en RDC et au Rwanda.

Nous souhaitons re-analyser de manière participative les deux Théories de changement de RDC et du Rwanda.

Le comité de pilotage de Lumière Pour le Monde, après avoir reçu le feedback de DGD, a décidé de supprimer le premier point des termes de référence initiaux de l'évaluation intermédiaire, c'est-à-dire le point « d'évaluer l'atteinte des résultats obtenus dans les 4 axes du programme en 2,5 années d'implémentation, d'évaluer l'apport de ces résultats à l'Objectif Spécifique concerné et de relever des éventuelles difficultés dans l'implémentation du programme ».

Concernant les critères d'évaluation : les critères sélectionnés sont clairs : Pertinence, Efficacité, Efficience, Durabilité. Au regard de l'objectif « aide à la décision » et d'amélioration de la stratégie d'intervention, la présente mission ciblera plus spécifiquement les critères Efficacité et Efficience.

Sur demande de la DGD, une analyse de « la Gestion des erreurs » fera aussi partie de la présente mission.

Le rapport de l'évaluation intermédiaire sera utilisé par les chargés des programmes de Lumière Pour Le Monde et les partenaires concernés du programme LPLM-DGD 2017-2021 pour effectuer des éventuelles corrections aux plans d'actions du programme LPLM-DGD 2017-2021 en RDC et au Rwanda.

Les leçons apprises et recommandations de l'évaluation seront aussi utiles pendant la formulation des nouveaux programmes de Lumière Pour Le Monde et d'autres organismes qui s'occupent du développement des soins oculaires en RDC, au Rwanda et en Afrique en générale.

## 3. Délivrables de l'évaluation intermédiaire

Après exploration de la documentation mise à disposition, l'on reconfirme les livrables suivants annoncés dans l'offre technique soumise par l'EPIT à savoir *(i) Le rapport de démarrage (d'inception) de la mission avec la matrice d'évaluation et les outils préliminaires de collection des données déjà soumis à LPLM, (ii) le rapport narratif de fin de la phase terrain déjà soumis avec le débriefing final à Kabgayi (25/10/2019, Rwanda) et Lubumbashi (12/11/2019, RDC), (iii) le Rapport final de la mission , (iv) Tableau des recommandations.*

## 4. Méthodologie de l'évaluation intermédiaire

La méthodologie utilisée est exposée dans les 3 points suivants concernant l'analyse OCDE, l'organisation concrète (méthodes, outils, sources) et l'analyse de la contribution par la participation communautaire.

## 4.1. Analyse OCDE du programme[10]

Ce programme LPLM-DGD belge étant un projet de développement, la présente mission a recouru aux critères OCDE pour son évaluation à mi-parcours (voir annexe 1 du Rapport final: matrice d'évaluation).

**Pertinence :** La mission devra évaluer l'adéquation entre le programme et son contexte.

**Efficacité :** Vérification de l'aptitude du programme à atteindre les objectifs fixés, à obtenir les résultats souhaités/attendus et à éviter les erreurs lors de la mise en œuvre des activités. Il ne faudra pas répéter les résultats connus via les rapports du programme et son suivi-évaluation.

**Efficience :** Il s'agira, pour la mission, d'apprécier la capacité du programme à obtenir le maximum possible de résultats attendus avec le minimum possible de moyens, de coûts, d'effort ou d'énergie.

**Impact** : Dans ses analyses, le Consultant devra évaluer quels sont les effets concrets du programme sur les conditions de vie des bénéficiaires. Nous tiendrons compte de la durée du projet pour produire cet impact éventuel. Ce critère n'est pas concerné dans cette évaluation.

**Durabilité :** Le Consultant devra aussi émettre des avis sur la probabilité de continuation des bénéfices résultant du programme après la fin de l'intervention.

Au delà de ces critères classiques de l'OCDE, la mission devra apprécier aussi la prise en compte de l'aspect **genre** et l'**environnement** par le programme conformément au désir du bailleur (DGD)[11].

## 4.2. Méthode de l'évaluation intermédiaire

Pour pouvoir réaliser cette mission, le Consultant a mené une étude mixte (quantitative et qualitative) avec une approche participative et des choix des cas critiques parmi les résultats du projet. Cette étude est basée sur les critères OCDE évoqués ci-dessus. Des questions spécifiques posées aux détenteurs d'enjeux ou informateurs-clés sont présentées en annexe 1 (matrice d'évaluation). Ensuite, nous avons identifié les sources appropriées pour répondre à ces questions et son outil de collecte de données. Ces sources comprenaient le niveau national ou international (Ministère national de la santé et ses programmes, partenaires nationaux ou internationaux comme CBM, LPLM), intermédiaire (Ministère provincial et Chef de division et ses collaborateurs, partenaires, LPLM), périphériques (Cliniques, Zone de santé ou Districts de santé) et communautaires (population, relais communautaires).

Les questionnaires ou fiches de collecte des données ont été élaborés (annexes), pré-testés puis adaptés à chaque pays ou projet.

Nous allons exploiter l'analyse du contexte, la participation des partenaires puis la triangulation des méthodes et données.

### 4.2.1. RDC

En RDC, la collecte des données du terrain est intervenue durant la période du 16/09/2019 au 12/11/2019. Le Consultant (équipe de deux ou trois personnes par Clinique) a mené son évaluation au niveau des Cliniques ophtalmologiques de la Province du Haut-Katanga. Cette investigation a eu lieu à la Clinique Sainte Yvonne à Lubumbashi et la ZS Sakania (BCZS Sakania et CSR Marie-

[10] "OCDE = 'Organisation de Coopération et de Développement Économiques.," accessed November 2, 2019, https://www.oecd.org/fr/lesessentiels/38119931.pdf.

[11] DGD Belgique, "La Coopération Belge Au Développement," accessed November 2, 2019, https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/dgd-fiche-presentation.pdf.

Auxiliatrice à Sakania) du 17-20/09/2019 et 14-15/10/2019. La Clinique Saint Joseph à Likasi, le BCZS Panda et l'HGR Kapolowe ont été visités du 30/09 au 4/10/2019.

Ensuite, le Consultant a évalué la Clinique Mwangaza à Kolwezi, le BCZS Kanzenze et l'HGR Kanzenze du 24 au 28/09/2019, dans la Province du Lualaba.

Enfin, le Consultant a fini sa mission, du 07 au 11/10/2019, avec la Clinique Saint Raphaël à Mbujimayi dans la Province du Kasaï-Oriental, la ZS Bonzola à Mbujimayi, l'HGR Miabi et le BCZS Miabi à Miabi.

Les focus group (hommes et femmes séparés) ont été menés à Sakania, Lubumbashi, Likasi, Kapolowe, Kolwezi, Kanzenze et Mbujimayi). Durant les focus group, nous avons recruté systématiquement, le cas échéant, un traducteur en langue locale ou une personne facilitatrice de la réunion. Les informateurs-clés interviewés comprenaient, sauf exception, un Médecin Directeur de l'Hôpital (MDH), un Administrateur Gestionnaire de l'Institution de Santé (AGIS), un Technicien Supérieur Ophtalmologique (TSO), un Infirmier Formé en Ophtalmologie (IFO), un responsable de la structure (CSR, HGR, ZS), un Médecin Chef de Zone de Santé (MCZS), la population (soignées ou non), la Division Provinciale de la Santé (DPS), le bureau de LPLM (en RDC, basé à Lubumbashi), le Programme National de Santé Oculaire et Visuel (PNSOV) et la Direction d'Etude et Planification (DEP) au niveau central du Ministère de la Santé (voir liste en annexe 3 du Rapport final.).

Un débriefing a d'abord été organisé dans chacune des trois Cliniques ophtalmologiques spécialisées (Ste Yvonne, St Joseph et Mwangaza) à la fin de la phase spécifique de collecte des données. Ensuite un autre débriefing final pour les activités LPLM en RDC a été organisé le 12/11/2019 au bureau de LPLM RDC à Lubumbashi en présence de tous les partenaires.

#### 4.2.2. Rwanda

Au Rwanda, la collecte des données du terrain est intervenue durant la période du 19 au 25/10/2019. Le Consultant (Chef de mission, Consultant national Rwandais, Superviseur EPIT) a mené son évaluation au niveau de la Clinique ophtalmologique de Kabgayi (Kabgayi Eye Unit = KEU), de l'Hôpital de Kabgayi, à Kabgayi, dans la Province du Sud.

Un focus group pour hommes et un autre pour femmes ont été réalisés à Kabgayi, Kabutare et Nyanza. Pour les focus group et certaines interviews, nous avons recruté une traductrice rwandaise résidente de Kabgayi et un expert-médecin rwandais facilitateur expérimenté en système de santé. Les informateurs-clés interviewés comprenaient le Médecin Directeur de KEU, une Administratrice Gestionnaire de KEU, un Technicien Supérieur Ophtalmologique (TSO) de l'unité ophtalmologique de l'Hôpital de Kabutare, un Médecin Directeur adjoint de l'Hôpital de Kabutare, l'unité ophtalmologique (Vision center) de l'Hôpital de Nyanza, la population (soignés ou non), les responsables du Ministère de la santé (Technical Working Group -TWG, etc.), le Président de l'Association des Ophtalmologistes du Rwanda à Kigali (voir liste en annexe 3 du Rapport final.).

Un débriefing final de la mission au Rwanda a été organisé le 25/10/2019 à la Clinique ophtalmologique KEU à Kabgayi en présence de tous les partenaires.

#### 4.2.3. Organisation de la collecte des données

Comme pour une étude qualitative, l'échantillonnage a privilégié la saturation des réponses, surtout en cas des focus groupe. A cause du temps et par souci d'approche participative, le choix des districts de santé à visiter a été fonction de sa pertinence face au projet, à l'accessibilité et la sécurité. Un district a été choisi de manière aléatoire par le Consultant parmi ceux qui répondaient à ces critères.

Pour obtenir les données nécessaires à l'analyse afin d'émettre des avis, nous avons recouru aux diverses techniques suivantes :

(i) revue documentaire : toute la documentation relative au secteur/domaine d'intervention du programme ; documentation relative au programme lui-même (document du programme, rapports périodiques, communications, rapports de missions, …)

(ii) discussion en groupe sur la théorie de changement

(iii) interview, avec questionnaire ou sans questionnaire, des acteurs-clés du programme, des personnes ressources, des bénéficiaires, …

(iv) focus groups avec les bénéficiaires (hommes et femmes, populations, Recos, 5 à 12 personnes) avec la méthode de classement participatif. Les participants répondent aux questions et puis classent les réponses par ordre.

(v) observation/visite de terrain dans les principaux sites de mise en œuvre des activités du programmes (cliniques spécialisées) mais aussi dans des sites secondaires tirés au sort (hôpitaux de district).

(vi) ateliers de restitution à chaud des observations sur terrain à l'intention des acteurs de mise en œuvre des activités.

Un dictaphone a été utilisé pour les interviews, après consentement de la (des) personne(s) interviewée(s). Les données enregistrées ont été saisies sur ordinateur par deux personnes différentes puis vérifiées par une 3e personne en cas de divergences. Durant l'évaluation, nous avons aussi pris des photos et noté certaines observations ou attitudes (relations, interactions, communications non verbales) utiles pour cette évaluation.

Dans chaque pays, la collecte des données a été assurée par le Chef de mission, un Consultant National et au moins un Superviseur du Consultant.

## 4.3. Analyse de la contribution du projet et des données

### 4.3.1. Analyse de la contribution du projet

L'essai d'évaluation de l'impact sera effectué de manière successive par les approches d'Analyse de Contribution -Classement participatif[12], AC (contribution analysis) et de Reconstitution de Processus - RP (Process trace) [13].

*ANALYSE DE CONTRIBUTION (AC)*

1) Elle part d'une TdC détaillée et très spécifique composée de chaîne de probabilités causales d'impact ayant des hypothèses. Voici une des questions posées: "Quels organismes, groupes ou individus contribuent à maintenir la santé des yeux dans votre communauté?" (voir annexe 12.2 (5) et annexe 12.4 du Rapport final)

2) Evaluer d'autres déterminants (ex. changements dans l'épidémiologie de la malvoyance; accès ou utilisation des formations de santé; impact d'autres interventions; etc. Le cas échéant, ils sont ajoutés à la TdC.

[12] Alastair Ager, Lindsay Stark, and Alina Potts, *Participative Ranking Methodology : A Brief Guide. Version 1.1*, ed. Columbia University Mailman School of Public Health, Version 1. (New York, 2010).

[13] B Befani and J Mayne, "Process Tracing and Contribution Analysis: A Combined Approach to Generative Causal Inference for Impact Evaluation," *IDS Bulletin* Volume 45, no. Number 6 (2014).

3) Rassembler les preuves existantes sur la TdC qui soutiennent (ou non) les résultats attendus, les liens de causalité et les hypothèses; exemple, dans des contextes similaires qui fournissent des preuves de la réduction de la cécité. Cela nous permettra d'évaluer les forces et les faiblesses de la TdC à la lumière des preuves disponibles et d'identifier les mécanismes de causalité et les hypothèses pour lesquelles les preuves sont faibles ou manquantes.

4) Recueillir de nouvelles preuves au cours des études de pays. Nous rechercherons en particulier de nouvelles informations sur les faiblesses identifiées et le manque de preuves pour étayer les mécanismes de causalité et nos hypothèses.

5) Réviser la TdC avec les résultats des études de pays et élaborer un texte explicatif décrivant la raison d'être de la contribution et la force des preuves.

Dans le cadre de l'analyse de la contribution, chaque étape de la chaîne causale de la TdC sera testée et les quatre critères d'inférence causale seront appliqués:

• la plausibilité. L'intervention est basée sur une théorie du changement raisonnée: la chaîne de résultats et les hypothèses sur lesquelles son intervention est censée fonctionner sont plausibles, saines, fondées sur les recherches et la littérature existantes et soutenues par les principales parties prenantes.

• Fidélité. Les activités de l'intervention ont été mises en œuvre comme indiqué dans la TdC.

• Une TdC vérifiée. La TdC est vérifiée par des preuves: la chaîne de résultats attendus s'est produite et les hypothèses de causalité sont conservées.

• Prise en compte d'autres facteurs d'influence. Le contexte et d'autres facteurs influençant l'intervention sont évalués et s'ils démontrent qu'ils n'ont pas apporté une contribution significative ou, le cas échéant, leur contribution relative est reconnue et incluse dans la TdC, dans le cadre d'un ensemble de causes plus large que la TdC prend en compte de manière fidèle.

Le processus est itératif. Il commence par une TdC qui est progressivement modifiée avec les informations obtenues par le biais d'analyses supplémentaires de documents, d'entretiens avec des informateurs clés, de discussions de groupe et d'observations directes lors de visites sur le terrain. Nous avons organiser des sessions de travail au niveau national avec les principales parties prenantes afin de présenter la TdC et recueillir des feedback.

*RECONSTITUTION DU PROCESSUS (RP)*

La RP est basée sur des observations s'appuyant sur la force des probabilités plutôt que sur des données quantitatives.

• Le critère du cerceau: idéalement, tous les mécanismes de causalité doivent réussir le «test du cerceau», qui maximise leur certitude de contribution à l'impact attendu. Par exemple, si les cliniques n'étaient pas approvisionnées en intrants, le projet ne «laissait pas passer le cerceau» d'avoir contribué à l'atteinte de l'objectif. La réussite du test est une condition nécessaire, mais insuffisante pour confirmer un lien de causalité.

• La preuve probante (test du pistolet fumant) vise à trouver des évidences uniques qui augmentent considérablement la confiance dans la contribution du facteur au résultat. Un mécanisme suffisant, mais pas nécessaire pour confirmer un lien de causalité. Cela nécessite un examen détaillé et approfondi des liens de causalité hypothétiques de la TdC au cours d'entretiens et d'observations sur le terrain. Par exemple, si le Projet LPLM est mis en évidence parmi les facteurs que les parties prenantes (bénéficiaires, leaders, agents de santé, populations) citent lorsqu'elles expliquent

l'amélioration des résultats pour la cécité, en particulier lorsqu'ils sont invités de manière à réduire la probabilité, qu'elles le mentionnent. Projet LPLM passe le test.

• Le test doublement décisif: est le test final à appliquer à la TdC dans son ensemble après sa correction avec les données collectées lors d'entretiens, de groupes de discussion et d'observation sur le terrain. Dans ce test, nous analysons la question suivante: Cette TdC est-elle la seule explication (la plus) plausible de l'impact? Il évalue la probabilité que la combinaison des mécanismes de causalité pertinents affichés dans la table des matières soit à la fois une condition nécessaire et suffisante pour expliquer l'impact. Confirmer la TdC par un test doublement décisif invalide les autres mécanismes de causalité potentiels.

Les tests et le perfectionnement progressifs du cadre de la TdC utilisant les procédures AC et RP seront appliqués à d'autres domaines d'impact, notamment l'égalité des sexes, la participation des communautés aux systèmes de santé ou la politique nationale en matière de soins de santé oculaire.

#### 4.3.2. Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées selon les méthodes classiques descriptives (tableau, graphiques/illustrations et statistiques de réduction). Les données qualitatives ont été analysées sur base des codes et sous-codes issus de la revue de littérature, des réponses aux questions posées ou de la théorie de changement.

Lors de l'analyse des résultats de cette évaluation, les données ont été vérifiées par comparaison et triangulation selon les sources (interview individuelle, focus group avec analyse de contribution, documents de mise en oeuvre du programme, observation du terrain). En cas de discordance, une validation a été effectuée pendant la restitution en groupe. Une autre vérification a été opérée lors de la lecture du draft du rapport par les partenaires (COP, LPLM) et le Comité de pilotage de l'évaluation de LPLM.

Ce rapport global suit le format du commanditaire, tout en gardant les spécificités importantes par pays ou clinique.

## 4.4. Limites des méthodes de cette évaluation

L'interprétation des résultats de cette évaluation à mi-parcours devrait tenir compte des limites potentielles suivantes. Cette étude, essentiellement qualitative, ne devrait pas extrapoler ses résultats au-delà du rayon géographique de l'échantillon ou des répondants. Ce travail a aussi été mené durant une période assez courte, de commun accord avec le bailleur de fonds. Signalons aussi la présence d'autres partenaires qui appuient ces formations sanitaires ou cliniques ophtalmologiques, comme le Gouvernement, certaines entreprises privées, Shalina Eye Clinic, CBM, One-Sight, etc.. Enfin, comme déjà signalé, l'impact de cette intervention est difficile à déterminer pour une aussi courte période de déroulement des activités, soit 2,5 ans avec ce programme Lplm qui a commencé en 2017. Néanmoins, la triangulation des données, les techniques adoptées, les débriefings effectués et les avis collectés des partenaires avisés sur le rapport provisoire peuvent compenser ces limites.

## 4.5. Aspects éthiques

Les autorisations des responsables pour effectuer cette évaluation ont être obtenues par écrit ou existent dans le cadre de ce projet LPLM-DGD ou du partenariat avec les différentes cliniques

ophtalmologiques. Un consentement écrit ou verbal a été sollicité et obtenu avant chaque interview, focus group ou observation afin de garantir l'anonymat, la bienfaisance et la confidentialité des données.

## 5. Théories de changement du programme

Le programme a conçu, pour chacun de ses deux objectifs spécifiques pays, une théorie de changement (TdC). Ces théories définissent des processus qui, s'ils sont implémentés intégralement, peuvent conduire à l'objectif ultime qui est de ne plus avoir de personne affectée par la cécité évitable dans l'aire d'intervention du programme.

Nous présentons dans ce rapport les résultats sur la discussion de ces théories de changement en fonction de la chaîne des résultats du cadre logique (intrants, processus, outputs, outcomes, impact) et des hypothèses d'association. [14]

La mission d'évaluation appréciera jusqu'à quel niveau les différents processus de cette théorie de changement ont été enclenchés et quel sera le pronostic pour le mi-parcours restant.

## 6. Ressources humaines de l'Equipe d'évaluation

Le Consultant a eu recours à l'équipe qu'il a proposée dans son offre technique, à savoir :

1° Chef de Mission : Professeur Dr Abdon Mukalay, Santé publique, MD (point focal pour LPLM, responsable de toutes les activités en RDC et au Rwanda)

2° Consultant Résident Congo : Mme Dr Mwanza Vinie, spécialiste en santé publique, MD (représentante pour les activités de RDC, adapte les outils, co-dirige la collecte des données, les analyses et le rapport, point focal pour les partenaires de RDC).

3° Consultant Résident Rwanda : Mr MUGABO Kayanda Calvin, spécialiste en santé publique (représentant pour les activités du Rwanda, adapte les outils, co-dirige la collecte des données, les analyses et le rapport, point focal pour les partenaires au Rwanda).

4° Superviseurs des consultants résidents

- Professeur Dr Ghislain Bisimwa, MD, MPH, PhD (analyse la méthodologie, participe à la collecte des données au Rwanda, critique les résultats et le rapport final avant son envoi à LPLM).

5° Conseillers/relecteurs

- Professeur Viviane Ngoie Maloba, Agrégée en ophtalmologie, MD (analyse la méthodologie, participe à la collecte des données à Lubumbashi, critique les résultats et le rapport final avant son envoi à LPLM)
- Mr Christian Ndua, Administrateur gestionnaire des institutions de santé (analyse la méthodologie, participe à la collecte des données à Kolwezi, critique les résultats et le rapport final avant son envoi à LPLM)
- Dr Berthe Tshikala Kosa, médecin, MD, MPH, (analyse la méthodologie, participe à la collecte des données à Likasi, Kolwezi et à Lubumbashi, puis critique les résultats et le rapport final avant son envoi à LPLM).

6° Autres expert et traducteurs en dialecte ou langue locale.

[14] P Rogers, *Théorie Du Changement, Note Méthodologique N° 2,* ed. Centre de recherche Innocenti (Florence, Italie, 2014).

# 7. Conclusions et Recommandations de changements de stratégie, d'approche, de méthodologie, de gestion de projet, etc. pour la poursuite du programme et formulation des nouveaux programmes

## 7.1. Conclusions

Selon les termes de référence de cette évaluation, nous synthétisons les résultats issus des questions principales en fonction des critères d'évaluation (« Pertinence, Efficacité, Efficience et Durabilité) proposés et selon les grands axes stratégiques du programme LPLM-DGD 2017-2021 en RDC et au Rwanda ainsi qu'une analyse des contributions de chaque axe vis-à-vis de la théorie de changement de chaque objectif spécifique.

### 7.1.1. Conclusions RDC

#### 7.1.1.1. Axe 1 Conclusions (Les capacités médicotechniques des COP sont renforcées)

Après triangulation des données, les différentes méthodologies utilisées pour renforcer les capacités des professionnels des structures bénéficiaires du programme ont été bien perçues et jugées pertinentes par rapport aux documents de RDC (PNSOV, SRSS-2), bailleur (DGD) et l'OMS. Si nécesaire, une enquête de satisfaction de la population peut être réalisée.

Tous les partenaires rencontrés ont reconnu que les capacités médico-techniques ont été renforcées avec satisfaction dans toutes les COP et unités ophtalmologiques. Mais, il serait souhaitable de renforcer la formation des médecins par une spécialisation diplômante en ophtalmologie et des paramédicaux en fonction des besoins et prévenir des démissions. Les formations de santé oculaire de l'ECDPS, l'ECZS, du CS, du Codesa et de la communauté n'ont pas encore commencé, à part quelques Recos.

Le renforcement de l'outil de production (équipements et matériels) et d'approvisionnement régulier en intrants (médicaments, verres, etc.) et l'appui des hiérarchies des cliniques devraient se poursuivre.

Le renforcement des capacités des responsables-gestionnaires devrait évoluer, surtout avec les logiciels de gestion prévus. La motivation du personnel et le bon choix des partenaires, individuels ou institutionnels, doit démeurer une priorité permanente.

Les répondants ont reconnu que les ressources du projet ont été utilisées au mieux et avec un bon management.

Interrogés sur la "durabilité" du projet, les répondants ont quasi unanimement reconnu qu'elle était bonne, avec une certaine participation de la population. Le projet fournit un effort pour que l'autonomie financière, au moins du fonctionnement, soit atteinte pour ces COP sociales, avec aussi l'aide de la population et des Recos.

Tout en souhaitant que le projet se prolonge, les répondants ont toutefois mentionné les obstacles suivants à cette pérennisation des actions: l'appui aux pauvres pour accéder aux soins oculaires, le coût non subsidié des actes, l'appui budgétaire de l'Etat, le circuit d'approvisionnement en intrants non encore suffisamment maîtrisé, les investissements (ex. équipements), les infrastructures (bâtiments), l'appui aux organes de gestion des FOSA, la formation diplômante du personnel pour garantir la qualité et l'attractivité des COP ou FOSA.

Les répondants ont salué l'encadrement reçu du bureau LPLM RDC et Belgique, tout en leur demandant de poursuivre et intensifier cet appui.

Malgré les bons résultats obtenus, le projet devrait rendre systématique pour tous les quatre axes du projet les actions suivantes: mobilisation sociale et santé communauataire, égalité de sexe, environnement.

#### 7.1.1.2. Axe 2 Conclusions (Renforcement de la qualité des prestations : « Un système et des procédures de gestion de qualité sont mis en place/fonctionnent au sein des COP »)

Les méthodes utilisées par LPLM et ses partenaires pour assister les bénéficiaires dans la mise en place du système et des procédures de gestion de qualité ont été pertinentes, efficientes, durables, très saluées et encouragées. Ce système comprend un appui à la production des outils de contrôle interne de qualité, un audit de prise en charge des cas basé sur 1) le dossier médical, 2) le critère de prise en charge des cas et 3) la méthodologie d'audit. Il devrait être renforcé et appliqué aussi à toutes les pathologies, non seulement pour la cataracte, le strabisme et le galucome. Les COP et unités ophtalmologiques devraient se doter aussi d'un plan écrit de gestion systématique des erreurs des soins et d'un contrôle par un organisme indépendant.

Les répondants ont tous ainsi placé, actuellement, au premier choix les FOSA de santé oculaire du Projet LPLM. Aux obstacles cités ci-haut à la durabilité du projet, les répondants ajoutent la motivation du personnel. Ainsi, certains répondants suggèrent la réalisation des études scientifiques à publier afin de contribuer au partage des leçons apprises.

#### 7.1.1.3. Axe 3 Conclusions (Les COP dispensent des soins oculaires et contribuent au recul de la malvoyance dans leurs provinces respectives)

Les appuis financiers et contribution logistique (équipements et matériels, médicaments et consommables) du projet pour la réalisation par les cliniques partenaires de la dispensation des soins oculaires et la contribution au recul de la malvoyance dans leurs provinces respectives ont été jugés pertinents, efficients, durables, bien perçus par la population et efficaces.

Par exemple, dans les villes, les cataractes matures ont quasi disparu, obligeant les cliniques à adopter des techniques opératoires appropriées aux autres cataractes et sensibiliser des malades lointains mais plus pauvres.

Le projet a instauré le Service social pour financer les soins des plus pauvres et teste à Lubumbashi la mutuelle des enseignants de l'EPSP. Or le nombre des pauvres est grand et augmente. Pour accroitre l'accessibilté aux soins de la population, la RDC devrait disposer, même partiellement, de la sécurité sociale ou la mutuelle de santé étatique pour tous.

Concernant les médicaments et intrants, il existe des petites ruptures de stock pour quelques intrants dans certaines unités ophtalmologiques périphériques mais pas dans les COP. Le projet LPLM ne sait pas être conforme au SNAME qui ne reconnaît pas la liste complète des médicaments de la santé oculaire. LPLM a créé son propre circuit, bon marché et rapide, d'approvisionnement en médicaments et intrants. Les livraisons des équipements ont commencé seulement maintenant suite aux problèmes logistiques.

Le projet devrait déjà initié un plan de désengagement pour assurer la durabilité de son action.

#### 7.1.1.4. Axe 4 Conclusions (Décentralisation des soins oculaires et appui au niveau national)

Dans ce projet,tous les répondants avisés ont reconnu que les méthodes de décentralisation des soins oculaires et d'appui au niveau national ont été pertinentes, efficaces, efficientes, durables et bien perçues par les répondants. Ces méthodes (missions d'échange d'expériences sur l'intégration des soins oculaires et l'appui aux structures des soins de santé) devraient être poursuivies. Toute la pyramide d'organisation du Ministère de la santé de RDC (Ministère de la Santé, PNSOV, DPS, ZS,

COP, HGR, CSR, CS, communauté) a participé plus ou moins à l'identification, la mise en oeuvre et l'évaluation de ce projet.

L'expérience pilote d'intégration de la santé oculaire dans le système ne concerne que les deux provinces du Haut-Katanga et Lualaba. Bien que l'intégration de la santé oculaire soit effective, les répondants ont souhaité que la couverture en unités ophtalmologiques puisse s'étendre partout en province et s'accélérer.

Deux DPS et beaucoup de ZS voudraient aussi que la collaboration soit plus accentuée. De plus, le ministère (ex. DPS) et LPLM devraient procéder à une évaluation classique du projet.

Des travaux d'extension sont planifiés ou en cours dans les COP Sainte Yvonne, Saint Joseph et Saint Raphaël afin de répondre aux nouvelles exigences de structure de niveau provincial en santé oculaire.

Un autre souhait des répondants consiste en l'intégration des données de la santé oculaire dans le logiciel web "DHIS2", l'accélération de la diffusion des documents normatifs de cette stratégie nationale et plus d'engagement du ministère (ex. DPS).

#### 7.1.1.5. TdC Conclusions (Analyse des contributions de chaque axe vis-à-vis de la TdC de chaque objectif spécifique)

La TdC n'a pas intégré totalement tous les quatre axes et toutes les méthodologies mais beaucoup de leurs éléments intéressants y apportent une valeur ajoutée. Nous allons résumer leurs contributions en tenant compte des critères «Pertinence, Efficacité, Efficience et Durabilité».

Les bonnes perceptions du programme et ses méthodes par la population contribueront à la baisse de la peur de se faire soigner dans les FOSA et favoriseront l'accès (culturel) aux soins; cet aspect est noté sur la TdC. Faudrait-il aussi y mentionner les autres barrières géographiques et financières?

Le cadre des méthodes de renforcement des capacités des acteurs existe dans la TdC mais n'est pas lié aux autres composantes.

La qualité des soins apparaît dans la TdC mais le système d'assurance qualité ne semble pas y être incorporé totalement. La TdC ne devrait-elle pas indiquer que les soins complets (curatifs, réadaptatifs, préventifs, promotionnels et palliatifs) de qualité de la santé oculaire sont pris en charge à tous les niveaux de la pyramide des soins?

Malgré sa présence dans la TdC, le volet santé oculaire du CS n'a pas encore démarré sur terrain. Par ailleurs, la santé oculaire n'est pas encore intégrée totalement au niveau communautaire selon la stratégie de santé communautaire.

Les organes de gestion du système de santé (Ministère, PNSOV, DPS, ZS, COGE, CODESA, CAC) à la population et leurs rôles (coordination, encadrement technique et managérial) ne figurent pas sur la TdC.

Aussi, la TdC ne montre pas l'utilité de la pertinence du projet à travers la conformité à la stratégie du ministère (PNSOV, à la SRSS-2), au bailleur DGD et à l'Initiative « Vision 2020 : Droit à la vue» de l'OMS. Peut-être, la mobilisation sociale devrait être incluse dans ce schéma de TdC.

En outre, ne doit-on pas observer sur la TdC la place des différentes ressources (humaines, équipements, médicaments/intrants, financières)?

Concernant les liens entre composantes, ne devrait-on pas créer, sur la Td,C un lien entre le cadre des méthodes de renforcement des capacités des acteurs et les autres composantes?

Parfois, il est indispensable d'indiquer le rôle d'analyse des données, leur rapportage et le suivi des indicateurs d'activités afin d'aider à la prise de décisions au bon moment.

Ce schéma de TdC ne paraît pas lié au cadre logique du projet, par exemple concernant les axes principaux ou résultats. Comme un cadre logique, une TdC devrait présenter les hypothèses entre les différentes composantes et indiquer l'évolution vers l'objectif général.

Peut-on ajouter les aspects genre, environnement et le bureau de LPLM dans la TdC?

En bref, il serait utile d'adapter cette TdC en présence de tous les détenteurs d'enjeux puis l'évaluer régulièrement au cours de la mise en oeuvre.

### 7.1.2. Conclusions Rwanda

#### 7.1.2.1. Axe 1 Conclusions (Les capacités médicotechniques des COP sont renforcées)

Les différentes méthodologies utilisées pour renforcer les capacités des professionnels des FOSA bénéficiaires du programme ont été bien perçues et jugées pertinentes par rapport à la stratégie nationale du pays, au bailleur (DGD) et à la population. Mais, il faudrait mener régulièrement une enquête de satisfaction des clients de KEU et des UO périphériques pour davantage d'objectivité.

Selon les répondants, le projet LPLM a assuré avec satisfaction son rôle de renforcement des capacités techniques médicales, paramédicales et managériales du personnel, y compris l'appui en infrastructures et équipements. Les formations du personnel (KEU, des districts et CS) et la digitalisation devraient se poursuivre et se renforcer.

Le retard dans l'acquisition des équipements, la création d'un centre de référence de diagnostics ophtalmologiques et le démarrage des activités génératrices des revenus devraient être améliorés.

Interrogés sur la "durabilité" du projet, les répondants ont reconnu qu'elle était bonne mais difficile et ont reconnu que les ressources du projet ont été utilisées au mieux.

Les répondants ont salué l'encadrement reçu du bureau LPLM Belgique, tout en leur demandant de poursuivre et intensifier cet appui.

Malgré les bons résultats obtenus, le projet devrait rendre systématiques, pour tous les quatre axes du projet, les actions suivantes: mobilisation sociale et santé communautaire, égalité de sexe, environnement

#### 7.1.2.2. Axe 2 Conclusions (Renforcement de la qualité des prestations : « Un système et des procédures de gestion de qualité sont mis en place/fonctionnent au sein des COP »)

Les méthodes utilisées par LPLM et ses partenaires pour assister les bénéficiaires dans la mise en place du système et des procédures de gestion de qualité ont été pertinentes, efficientes, durables, très saluées et encouragées.

Mais, les manuels de procédures, politiques et protocoles en ophtalomologie sont en cours d'élaboration et la gestion des erreurs des soins devrait être rendue systématique. La formation interne au KEU du personnel en rapport avec l'assurance qualité sur les procédures, les politiques et les protocoles est en cours.

#### 7.1.2.3. Axe 3 Conclusions (Les COP dispensent des soins oculaires et contribuent au recul de la malvoyance dans leurs provinces respectives)

Les appuis financiers et contribution logistique (équipements et matériels, médicaments et consommables) du projet pour la réalisation par les cliniques partenaires de la dispensation des soins oculaires et la contribution au recul de la malvoyance dans leurs provinces respectives ont été jugés pertinents, efficients, durables, bien perçus par la population et efficaces.

Cette action devrait être renforcée et étendue hors de cette province, à travers les hôpitaux provinciaux, les hôpitaux de dictrict, les CS et les relais communautaires (Recos).

Le problème de rupture de stock en médicaments se pose dans les autres hôpitaux dépendant du système national d'approvionnement, sauf à KEU car le projet LPLM donne les fonds pour acheter selon un circuit connu.

Selon certains responsables, la plus value de la présence de LPLM comprend la motivation du personnel, la digitalisation du système d'information sanitaire, les équipements/consommables et le renforcement des capacités du personnel.

Le projet devrait déjà initié un plan de désengagement pour assurer la durabilité de son action.

#### 7.1.2.4. Axe 4 Conclusions (Décentralisation des soins oculaires et appui au niveau national)

Dans ce projet, tous les répondants avisés ont reconnu que les méthodes de décentralisation des soins oculaires et d'appui au niveau national ont été pertinentes, efficaces, efficientes, durables et bien perçues par les répondants.

Les répondants concernés ont encouragé les formations réalisées, l'appui en équipement et l'approvisionnement des hôpitaux de District avec des instruments de petite chirurgie.

Les efforts pour augmenter l'accessibilité des soins oculaires via les équipes mobiles de chirurgie et le paiement du transport des patients pauvres devraient se poursuivre.

Les besoins suivants ont été formulés: recyclage ou briefing du personnel des hôpitaux de district afin qu'ils supervisent les CS, mieux intégrer les unités ophtalmologiques des hôpitaux de District, accélérer l'intégration ou la couverture dans CS (d'autres provinces), assurer la prise en charge des lunettes par la mutuelle de santé (au niveau du Gouvernement), adapter les PMA-et PCA de la santé oculaire.

Pour certains, que LPLM puisse aussi participer à ces réunions de la TWG afin d'aider davantage la population de tout le Rwanda

#### 7.1.2.5. TdC Conclusions (Analyse des contributions de chaque axe vis-à-vis de la TdC de chaque objectif spécifique)

La TdC proposée par le programme est intéressante. Mais ne serait-il pas mieux et utile de la présenter selon les domaines d'évaluation (OCDE) suivants: intrants, processus, extrants, résultats et impact?

Le cadre des méthodes de renforcement des capacités des acteurs existe dans la TdC mais n'est pas lié aux autres composantes.

La TdC ne devrait-elle pas indiquer que les soins complets (curatifs, réadaptatifs, préventifs, promotionnels et palliatifs) de qualité de la santé oculaire sont pris en charge à tous les niveaux de la pyramide des soins?

Par ailleurs, la santé oculaire n'est pas encore intégrée totalement au niveau communautaire selon la stratégie de santé communautaire. En outre, ne doit-on pas observer sur la TdC la place des différentes ressources (humaines, équipements, médicaments/intrants, financières)? Peut-on en outre ajouter les aspects genre, environnement et le bureau de LPLM dans la TdC?

En bref, il serait utile d'adapter cette TdC en présence de tous les détenteurs d'enjeux puis l'évaluer régulièrement au cours de la mise en oeuvre restante.

## 7.2. Recommandations

### 7.2.1. Recommandations RDC

**Table 1: Recommandations pour projet LPLM -RDC**

| RECOMMANDATIONS | DESTINATAIRES§ | <2022 | ≥2022 |
|---|---|---|---|
| Axe 1 | | | |
| Financer des formations diplômantes [médecins*, TSO, IFO, thérapeute visuel(le), optométriste, réfractioniste, opticien(ne)s, etc.] et sur le tas | LPLM, COP, Etat, MDS | X | X |
| Poursuivre l'appui à la gouvernance générale (planification, gestion, évaluation, logiciel de gestion*, gestion des ressources en médicaments, intrants, matériels, équipements, personnel, temps ) des COP, hiérarchies des COP, FOSA et organes des FOSA. | LPLM, COP, MDS | X | X |
| Maximiser les recettes (mutuelle de santé, service social, chambres privées, tarif par classe, etc.) | COP, LPLM, MDS, ETAT | X | X |
| Former les IT des CS* pour dépister et référer les cas à l'HGR, | LPLM, DPS, COP | X | X |
| Formation continue en santé oculaire pour ECDPS, ECZS, CS, CODESA | LPLM, COP, PNSOV, Etat | X | X |
| Créer de nouvelles formations diplômantes à l'UNILU, en RDC, etc. | LPLM, UNILU, PNSOV, MDS, Etat | | X |
| Axe 2 | | | |
| Développer une procédure systématique de gestion de la qualité des soins oculaires avec un contrôle interne de plus de pathologies et un contrôle externe par un indépendant au projet, partout et à tout moment*. Utiliser tous les outils de gestion, réduire le temps d'attente des malades en consultation, | LPLM, COP, MDS | X | X |
| Développer un plan de gestion systématique des erreurs des soins* | LPLM, COP, MDS | X | X |
| Mener une enquête de satisfaction des clients* et des études scientifiques | LPLM, COP, MDS | X | X |
| Réaliser la chirurgie de la chambre postérieure et ses équipements | LPLM, COP, MDS | | X |
| Axe 3: | | | |
| LPLM favorise l'appropriation par les COP et unités du circuit mondial d'approvisionnement en intrants oculaires et équipements/matériels. | LPLM, COP, MDS | X | X |
| Intégrer l'approvisionnement en médicaments et intrants de | MDS, PNSOV, | | X |

| RECOMMANDATIONS | DESTINATAIRES§ | <2022 | ≥2022 |
|---|---|---|---|
| santé oculaire dans le système d'approvisionnement du pays, avec PNSOV et le Ministère de la santé. | LPLM | | |
| Promotion de la Santé communautaire (CAC, Recos) et Mobilisation sociale | DPS, MDS, LPLM | X | X |
| Améliorer les infrastructures (bâtiments): COP Ste Yvonne, COP St Raphaël*, COP St Joseph*), augmenter les hospitalisations des malades | LPLM, Etat, MDS, DPS, COP | X | X |
| Renforcement de l'outil de production* (équipement, matériels) (COP St Joseph*, 2e échelon avec TSO, HGR Kapolowe*, CSR Marie-Axiliatrice à Sakania*) | LPLM, Etat, MDS, DPS, COP | X | X |
| Motiver le personnel*, assurer une autonomie financière de fonctionnement | LPLM, COP, Etat, MDS | X | X |
| Axe 4 | | | |
| Accélérer la décentralisation* (ex. CS, communauté) et l'intégration des activités prévues par le projet, avec des partenaires fiables et l'aspect social | LPLM, DPS, COP | X | X |
| Renforcer l'appui au système de santé [Ministère de la Santé, PNSOV, DPS, ZS, FOSA COP, HGR, CSR, CS, Communautaire]= intégration de la santé oculaire dans SNIS-DHIS2*, Mutuelle de santé des enseignants, missions d'échanges d'expérience, lobbying pour appui de l'Etat (payer agents et financer des investissements, développer la sécurité sociale pour tous, mutuelle étatique, diffuser la stratégie de santé oculaire, produire la politique de santé oculaire, SNAME inclut santé oculaire sur la liste des médicaments essentiels.) | LPLM, DPS, Etat, COP | X | X |
| Effectuer une évaluation conjointe du projet par le Ministère (DPS) | DPS, LPLM | X | X |
| Promouvoir une analyse systématique des aspets genre* et environment* | LPLM, COP | X | X |
| Développer un plan de fin projet LPLM* | LPLM, COP, DPS, MDS | X | |
| Encadrement du projet par le bureau LPLM (Kolwezi et Mbujimayi) * | LPLM, COP | X | X |
| **TdC** | | | |
| Reformuler cette TdC et l'utiliser lors de la mise en oeuvre du projet* | LPLM, COP, partenaires | X | X |

***Légende***: * important et urgent, § par ordre d'importance décroissante

### 7.2.2. Recommandations Rwanda

**Table 2: Recommandations pour projet LPLM -Rwanda**

| RECOMMANDATIONS | DESTINATAIRES§ | <2022 | ≥2022 |
|---|---|---|---|
| Axe 1 | | | |
| Financer des formations diplômantes [spécialisation des ophtalmologues*, TSO, IFO, thérapeute visuel(le), optométriste, réfractioniste, opticien(ne)s, etc.] | LPLM, COP, Etat, MDS | X | X |
| Poursuivre l'appui à la gouvernance générale (planification, gestion, évaluation, logiciel de gestion*, gestion des ressources humaines) des COP, FOSA et organes des FOSA. | LPLM, COP, MDS | X | X |
| Maximiser les recettes (mutuelle de santé, service social, chambres privées, etc.) | COP, LPLM, MDS, ETAT | X | X |
| Former les IT des CS* pour dépister et référer les cas à l'HGR, | LPLM, DPS, COP | X | X |
| Axe 2 | | | |
| Développer une procédure systématique de gestion de la qualité des soins oculaires avec un contrôle interne de plus de pathologies et un contrôle externe par un indépendant au projet, partout et à tout moment*. | LPLM, COP, MDS | X | X |
| Développer un plan de gestion systématique des erreurs des soins* | LPLM, COP, MDS | X | X |
| Mener une enquête de satisfaction des clients* et des études scientifiques | LPLM & COP, MDS | X | X |
| Finaliser les manuels de procédures, politiques et protocoles en ophtalomologie et la formation interne en rapport avec l'assurance qualité* | LPLM & COP, MDS | X | X |
| Axe 3: | | | |
| LPLM favorise l'appropriation par la KEU et les unités du circuit mondial d'approvisionnement en intrants oculaires et équipements/matériels. | LPLM, COP, MDS | X | X |
| Intégrer l'approvisionnement en médicaments et intrants de santé oculaire dans le système d'approvisionnement du pays | MDS, PNSOV, LPLM | | X |
| Promotion de la Santé communautaire (CAC, Recos) | DPS, MDS, LPLM | X | X |
| Cette action devrait être renforcée et étendue hors de cette province, à travers les hôpitaux provinciaux, les hôpitaux de dictrict, les CS et les relais communautaires (Recos). | DPS, MDS, LPLM, COP | X | X |
| Renforcement de l'outil de production* (équipement, matériels) | LPLM, Etat, MDS, DPS, COP | X | X |
| Motiver le personnel*, assurer une autonomie financière de | LPLM, COP, Etat, | X | X |

| RECOMMANDATIONS | DESTINATAIRES§ | <2022 | ≥2022 |
|---|---|---|---|
| fonctionnement | MDS | | |
| Axe 4 | | | |
| Accélérer la décentralisation* (ex. CS, communauté) et l'intégration des activités prévues par le projet, avec des partenaires fiables et l'aspect social | LPLM, DPS, COP | **X** | **X** |
| Renforcer l'appui au système de santé [Ministère de la Santé, TWG, KEU, FOSA Hôpitaux, CS, Communauté] | LPLM, DPS, Etat, COP | **X** | **X** |
| Promouvoir une analyse systématique des aspets genre* et environment* | LPLM, COP | **X** | **X** |
| Développer un plan de fin projet LPLM* | LPLM, COP, DPS, MDS | **X** | |
| Poursuivre les équipes mobiles de chirurgie et le paiement du transport des patients pauvres* | LPLM, COP, DPS, MDS | **X** | **X** |
| **TdC** | | | |
| Reformuler cette TdC et l'utiliser lors de la mise en oeuvre du projet* | LPLM, COP, partenaires | **X** | **X** |

***Légende***: * important et urgent, § par ordre d'importance décroissante

Abdon Mukalay