



Un suivi des résultats et des systèmes efficaces permettent à cet hôpital d'offrir à presque 50 000 personnes par an une chirurgie de la cataracte de haute qualité, dont le coût pour le patient est inférieur à 10 \$ US. **NÉPAL**

© ASTRID LECK CC BY-NC-SA

## Améliorer les services de cataracte : accessibilité, résultats et rendement



David Yorston



Fatima Kyari



John Buchan

Une approche équilibrée prenant en compte le nombre d'opérations, les résultats et les dépenses, ainsi que des partenariats solides, permettent de créer des services de cataracte centrés sur le patient et offrant à tous une meilleure santé oculaire.

Malgré un traitement très efficace et disponible à travers le monde depuis des décennies, la cataracte demeure la principale cause de cécité évitable. Il est totalement inacceptable qu'une maladie dont on peut guérir grâce à une opération sûre, rapide et peu coûteuse prive des millions de personnes de leur droit à la vue.

Les articles de ce numéro montrent que les avancées ne reposent pas uniquement sur de nouvelles techniques, de nouveaux médicaments ou de nouveaux équipements. Elles sont aussi le résultat d'un effort coordonné de tous les membres de l'équipe de soins oculaires pour fournir des services centrés sur le patient.

La lutte contre la déficience visuelle imputable à la cataracte comporte trois grands axes :

- **Le volume d'opérations**, ou le nombre d'opérations de la cataracte effectuées, généralement exprimé sous

forme de taux de chirurgie de la cataracte (nombre d'opérations de la cataracte par million d'habitants et par an).

- **Les résultats** des opérations de la cataracte, c'est-à-dire le pourcentage de patients ayant une bonne vision après une opération de la cataracte, et le taux de complications.
- **Les dépenses**, ou les frais qu'un service de soins oculaires doit engager pour effectuer une opération de la cataracte (ces frais ont une incidence sur le montant que les patients doivent payer).

L'amélioration des services de cataracte passe par la prise en compte de ces trois aspects. Une approche équilibrée qui prend en compte le volume chirurgical, les résultats et les dépenses permet d'obtenir des améliorations majeures dans ces trois domaines.

Suite à la page 2 >



## À propos de ce numéro

À l'échelle mondiale, la cataracte non opérée demeure la principale cause de cécité et de déficience visuelle modérée à grave ; elle affecte 94 millions de personnes. Pour faire face à ce problème urgent, nous devons coordonner nos efforts pour fournir des services centrés sur le patient, améliorer l'accès aux services de cataracte et améliorer les résultats visuels après l'opération.

## Sommaire

- 1 Améliorer les services de cataracte : accessibilité, résultats et rendement**  
David Yorston, Fatima Kyari et John Buchan
- 4 Améliorer les services de cataracte en recueillant l'avis des patients**  
Amos Kibata Githeko et Stephen Gichuhi
- 6 Mesurer les résultats de la chirurgie de la cataracte**  
John Buchan
- 7 Augmenter le nombre d'opérations de la cataracte : mon expérience à l'Hôpital Sabatia entre 2005 et 2011**  
Demissie Tadesse Bekele
- 8 Expansion d'un service de soins oculaires : l'exemple de Visualiza Eye Care System**  
Mariano Yee Melgar
- 10 Chirurgie de la cataracte à haut volume opératoire au Népal**  
Reena Yadav, Abhishek Roshan et Sanjay Kumar Singh
- 12 Améliorer les résultats de l'opération de la cataracte grâce à un processus d'amélioration de la qualité**  
Chandrashekharan Shivkumar, Haripriya Aravind et Ravindran D Ravilla
- 14 Réduire le coût par patient en augmentant le nombre d'opérations de la cataracte**  
Jonathan Malcolm et Ahmed Bako
- 16 Lutte contre les obstacles sexospécifiques à l'accès des femmes aux services de chirurgie de la cataracte : exemple d'intervention au Népal**  
Reeta Gurung et Radhika Upreti Oli
- 18 Augmenter la demande en chirurgie de la cataracte : leçons tirées d'un examen systématique**  
Stevens Bechange, Bhavisha Virendramumar et Elena Schmidt
- 19 Gestion des erreurs dans l'unité de soins oculaires**  
Larry Benjamin, David Yorston et John Buchan
- 21 Évaluations externes : renforcer la sécurité des patients dans les services de soins oculaires**  
Beth Barnes, Bernie Chang et Melanie Hingorani
- 23 Questions sur une image**
- 24 Messages-clés : améliorer les services de cataracte**

## Comment y parvenir ?

L'élément-clé, comme le montrent les articles de ce numéro, est le partenariat. Tout d'abord, il y a le partenariat avec les **patients**. Nous devons chercher à mieux comprendre ce qui est important pour les patients et nous assurer que la prise en charge de la cataracte que nous proposons est accessible et appropriée pour les utilisateurs de nos services. Essayez d'en savoir davantage sur les priorités de vos malades de la cataracte – leurs réponses pourraient vous surprendre. Par exemple, le City Hospital de Nairobi (voir article en page 4) fournissait déjà des services de grande qualité, mais ses responsables ont quand même demandé aux patients comment les services pouvaient être améliorés. L'enquête a montré que les patients souhaitaient disposer d'un numéro de téléphone à appeler au cas où ils auraient des inquiétudes, et que ceux d'entre eux qui trouvaient l'opération douloureuse étaient plus nombreux que prévu, ce qui a conduit l'hôpital à revoir sa politique d'anesthésie locale.

Le deuxième partenariat est celui avec la **communauté**. Vous trouverez dans ce numéro des exemples de collaboration avec la communauté. On peut inclure dans ce type de partenariat des actions communes pour promouvoir et mieux faire connaître le traitement de la cataracte, par exemple. Au niveau de la communauté, les partenaires peuvent être des organisations communautaires, des autorités locales, des entreprises, des médias, des organismes professionnels, des établissements d'enseignement et des patients satisfaits de leur opération de la cataracte. Les partenariats peuvent impliquer une collaboration dans la prestation de services ; ainsi, dans le cadre d'une stratégie avancée, on peut par exemple mettre en place une consultation de soins oculaires dans une école pendant le week-end. Les membres de la communauté peuvent également être formés à l'identification des patients présentant une cataracte et à leur suivi postopératoire. Plus la communauté locale est impliquée, plus les patients sont susceptibles de connaître les services et de faire confiance à leur prestataire local de soins oculaires. Pensez aux relations entre votre établissement de soins et la communauté locale. Y a-t-il des pistes de collaboration que vous n'avez pas explorées ? Existe-t-il des organisations locales fortes qui pourraient aider à promouvoir ou à fournir des services de prise en charge de la cataracte ? Qu'en est-il des modèles de partage des coûts tels que l'assurance maladie ?

Le troisième partenariat à prendre en compte est celui avec la **direction de l'hôpital**. Dans les hôpitaux et les établissements de soins oculaires, tant dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu, il faut trouver un équilibre entre la génération de revenus et la maîtrise des coûts exigés par les gestionnaires, d'une part, et l'étendue des services fournis par

Revue de  
**Santé Oculaire  
Communautaire**

VOLUME 20 • NUMÉRO 29 • 2023



INTERNATIONAL  
CENTRE FOR  
EYE HEALTH



**Rédactrice en chef pour l'édition anglaise de ce numéro**

Elmien Wolvaardt

**Rédacteur médical**

Victor Hu

**Conseillers pour ce numéro**

John Buchan

David Yorston

Fatima Kyari

**Rédactrice consultante pour l'édition française**

Paddy Ricard

**Comité de rédaction**

Simon Arunga (Ouganda)

João M Furtado (Brésil)

Clare Gilbert (Royaume-Uni)

Esmael Habtamu (Éthiopie)

Fatima Kyari (Nigeria)

Ciku Mathenge (Rwanda)

Nyawira Mwangi (Kenya)

GVS Murthy (Inde)

Heiko Philippin (Allemagne)

Thulsiraj Ravilla (Inde)

Serge Resnikoff (Suisse)

Jude Stern (Australie)

Sumrana Yasmin (Pakistan)

David Yorston (Royaume-Uni)

**Conseillers de rédaction**

Nick Astbury

John Buchan

Jenny Evans

Michelle Hennelly

Islay Mactaggart

Priya Marjoria

Daksha Patel

**Conseillers pour l'édition française**

Daniel Etya'ale

Pierre Huguet

Joseph Oye

Serge Resnikoff

Marcia Zondervan

**Assistante de rédaction**

Anita Shah

**Maquette**

Lance Bellers

**Impression**

Newman Thomson

**Publication en ligne**

Astrid Leck

**Correspondance et inscriptions pour les francophones**

Revue de Santé Oculaire

Communautaire,

International Centre

for Eye Health,

London School of Hygiene

and Tropical Medicine,

Keppel Street, London

WC1E 7HT, Royaume-Uni.

Courriel : [Anita.Shah@](mailto:Anita.Shah@Lshtm.ac.uk)

[Lshtm.ac.uk](mailto:Anita.Shah@Lshtm.ac.uk)

La *Revue de Santé Oculaire Communautaire* est publiée deux fois par an et **envoyée gratuitement aux abonnés des pays à faible ou moyen revenu**. Merci de bien vouloir faire parvenir votre nom, votre profession, votre adresse postale, votre numéro de téléphone et votre courriel à la *Revue de Santé Oculaire Communautaire*, à l'adresse ci-dessus.

les cliniciens, d'autre part. Cela peut parfois conduire à des conflits : en tant que professionnels de la santé, nous voulons fournir les meilleurs services possibles à tous ceux qui en ont besoin, quel qu'en soit le coût ; cependant, les gestionnaires ont la responsabilité d'équilibrer les comptes et de veiller à ce que l'établissement de soins dispose de suffisamment de ressources financières pour payer les salaires à la fin du mois. Si nous voulons traiter davantage de patients (améliorer le nombre d'opérations ou volume chirurgical) et obtenir les meilleurs résultats possibles (améliorer les résultats), nous devons admettre que cela impliquera des coûts supplémentaires (augmentation des dépenses) et nous aurons besoin que les responsables approuvent ces dépenses supplémentaires. Heureusement, tout le monde peut avoir satisfaction. Si le nombre d'opérations augmente, le coût unitaire par opération diminue. Ceci permet de dégager davantage de bénéfices qui pourront être réinvestis dans l'amélioration des services ou dans l'octroi de subventions à des patients qui, autrement, n'auraient pas les moyens de se faire opérer (voir article en page 14). L'augmentation des dépenses est donc tout à fait compatible avec le renforcement de la viabilité financière.

Le quatrième partenariat est celui avec le **personnel de santé oculaire**, soit l'équipe de soins oculaires. La ressource la plus précieuse d'un établissement de santé oculaire est son personnel, et nous devons garantir des politiques de ressources humaines équitables et transparentes selon lesquelles tous les membres du personnel remplissent leurs rôles de manière responsable et sont traités équitablement et sans favoritisme. Il faut du temps et des efforts pour construire ce type de partenariat fondé sur la confiance et la compréhension des besoins et des objectifs des gestionnaires, du personnel de soutien et des cliniciens, qui sont différents, mais complémentaires. Avez-vous déjà parlé à la réceptionniste de la clinique, ou à l'administrateur de l'hôpital, en dehors d'une réunion formelle sur le lieu de travail ? Si ce n'est pas le cas, il est peut-être temps de commencer à établir de tels partenariats.

Nous avons le devoir de lutter contre la déficience visuelle imputable à la cataracte, et ce numéro propose quelques pistes. Si nous gardons à l'esprit les messages essentiels du **partenariat** et de l'équilibre entre le **nombre d'opérations**, les **résultats** et les **dépenses**, alors nous atteindrons notre but.

## Couverture effective de la chirurgie de la cataracte : améliorer la qualité, le volume chirurgical et l'accès aux soins

Les gouvernements et les organisations internationales, notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), doivent pouvoir évaluer dans quelle mesure les services de santé oculaire parviennent à réduire la cécité évitable. Dans le passé, ils ne s'intéressaient qu'à la **quantité**, c'est-à-dire au nombre de personnes dans une population qui avaient subi une opération de la cataracte, et ils utilisaient la couverture de la chirurgie de la cataracte (CCC) comme indicateur.

Il s'agissait alors de comparer le nombre de personnes ayant subi une opération de la cataracte à celui des personnes qui avaient besoin de cette opération, et de l'exprimer en pourcentage. La CCC ne mesurait pas la qualité de la chirurgie, notamment l'acuité visuelle des patients après leur opération de la cataracte.

Pour s'assurer de mesurer aussi bien la **quantité** que la **qualité**, les ministères de la Santé, l'OMS et d'autres institutions souhaitent de plus en plus connaître la **couverture effective de la chirurgie de**

**la cataracte** (eCSC en anglais), c'est-à-dire le nombre de personnes ayant une bonne vision après une chirurgie de la cataracte, exprimé en pourcentage par rapport au nombre de personnes qui avaient besoin d'une opération de la cataracte (que ces personnes aient été opérées ou non).

En 2021, tous les pays membres de l'OMS ont convenu d'un nouvel objectif mondial : augmenter de 30 points la couverture effective de la chirurgie de la cataracte d'ici 2030<sup>1,2</sup>. Cet objectif fixe une nouvelle norme pour le résultat visuel de l'opération de la cataracte : une acuité visuelle (AV) avec correction optique existante supérieure ou égale à 5/10<sup>e</sup>. À noter que cette nouvelle norme est plus exigeante que la précédente<sup>1</sup>, qui était une AV avec correction optique existante supérieure ou égale à 3/10<sup>e</sup>.

L'amélioration de la couverture effective de la chirurgie de la cataracte exige que les unités de soins oculaires fournissent des services chirurgicaux de grande qualité – il est donc plus important que jamais de mesurer et communiquer les résultats de

la chirurgie de façon systématique. Il est également essentiel de savoir qui vient se faire opérer afin de pouvoir garantir un accès équitable pour tous, y compris les femmes et les personnes handicapées.

Une chirurgie de la cataracte centrée sur la personne, proposée à travers des services de proximité (en stratégie avancée) et intégrée dans les services de santé existants au niveau primaire (voir notre numéro précédent sur les soins oculaires primaires<sup>3</sup>) permettra également d'améliorer la sensibilisation et l'acceptation de la chirurgie par les patients, ainsi que l'accès physique aux services.

### Références

- Keel S, Muller A, Block S, et al. Keeping an eye on eye care: monitoring progress towards effective coverage. *Lancet Glob Health*. 2021; 9(10): e1460-4.
- World Health Organization. Global eye care targets endorsed by Member States at the 74th World Health Assembly. <https://bit.ly/eCSC>
- Revue de santé oculaire communautaire. Soins oculaires primaires : le fondement de l'accès universel à la santé oculaire. Volume 19 n° 28 (2022).

### Site Internet

Les anciens numéros de la Revue sont disponibles sur le site :

[www.revuesoc.com](http://www.revuesoc.com)

Le contenu peut être téléchargé sous format HTML ou sous format PDF.

### Copyright

Cette revue est publiée par le International Centre for Eye Health, à la London School of Hygiene and Tropical Hygiene, au Royaume-Uni.

Sauf indication contraire, les droits d'auteur des articles sont partagés entre les auteurs cités et *Community Eye Health Journal*. Les illustrateurs et photographes conservent les droits d'auteurs de chaque image ou illustration publiée dans la *Revue de Santé Oculaire Communautaire* et le *Community Eye Health Journal*.

Sauf indication contraire, le contenu de la présente revue est placé sous contrat de licence Creative Commons Attribution-Non commercial (CC BY-ND), qui autorise sans restrictions son utilisation, sa

distribution et sa reproduction sur quelque support que ce soit à des fins non commerciales, à condition de citer les détenteurs des droits d'auteurs.

ISSN 1993-7210

### Avis de non-responsabilité

Les auteurs sont seuls responsables de leurs articles et le contenu ne reflète pas nécessairement les opinions de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Même si toutes les précautions ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu de cette revue, la London School of Hygiene and Tropical Medicine ne peut se porter garante de l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

La mention des produits de certaines compagnies ou certains fabricants n'implique pas que ceux-ci soient agréés par la London School of Hygiene and Tropical Medicine ou que celle-ci recommande leur utilisation plutôt que celle d'autres produits de même nature qui ne sont pas cités dans cette revue.

La Revue est soutenue par :



Sightsavers



Fondation Théa

TIJSSSEN  
FOUNDATION