

MINISTERE D'ETAT CHARGE DE  
L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

---

DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI  
N°..... Année 1994-1995

**UTILISATION DU TRAITEMENT  
CHIRURGICAL DE LA CATARACTE  
AU CENTRE YEELLEN DE SIKASSO  
(MALI)  
THESE**

Présentée et soutenue publiquement le:.....

devant

L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par

Mr Aguisa Mahamane MAIGA

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

( DIPLOME D'ETAT )

Jury:

PRESIDENT: Professeur Alou BA

MEMBRES: Docteur Tieman DIARRA

Docteur Jean François SCHEMANN

Docteur Moussa Ag ELMOUCHTAHIDE

DIRECTEUR DE THESE: Docteur Serge RESNIKOFF

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1994-1995

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR  
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR  
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCE AGREGE  
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE  
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumatologie.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Aliou Djibril Ag MOHAMED	O.R.L
Mme Fatou Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Service de Réanimation
Mr Gassim DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE  
Mr Abdoulaye K.DIALLO  
Mr Mamadou TRAORE  
Mr Filifing SISSOKO  
Mr Tiéman COULIBALY  
Mme TRAORE J.THOMAS

Ortho.Traumatologie  
Anesthésie-Réanimation  
Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Ortho.Traumatologie  
Ophtalmologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Nouhoum ONGOIBA  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Sadio YENA

Anatomie & Chirurgie Générale  
Ortho.Traumatologie  
Chirurgie Générale

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE  
Mr Siné BAYO  
Mr Gaoussou KANOUTE  
Mr Yéya T.TOURE  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie  
Anatomie-Path.Histoembryologie  
Chimie analytique  
Biologie  
Biologie Chef de D.E.R.  
Chimie Organique

#### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie  
Immunologie

#### 3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Yénimégué A.DEMBELE  
Mr Massa SANOGO  
Mr Bakary M.CISSE  
Mr Abdrahamane S.MAIGA

Chimie Organique  
Chimie Analytique  
Biochimie  
Parasitologie

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sekou F.M.TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr N'yenigue Simon KOITA  
Mr Abdrahamane TOUNKARA  
Mr Flabou BOUGLOUDOGO  
Mr Amadou TOURE  
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie,Biologie Animale  
Chimie organique  
Biochimie  
Bactériologie  
Histoembryologie  
Bactériologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Eric PICHARD	Médecine Interne

### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

### 3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leptologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie

### 3. ASSISTANTS

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

## D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

### 3. MAITRE DE CONFERENCE

Mr Soukassoum HADJARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie



#### PERSONNEL D' ENCADREMENT ( STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P.DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I.CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur P.BOBIN	I.MARCHOUX
Docteur A.DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

#### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr M.CISSE	HYDRLOGIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

# **DEDICACES**

## **DEDICACES:**

### **Je dédie cette thèse:**

- A toutes les personnes victimes de la cataracte.
  - A tous ceux qui sont dans l'attente de se faire opérer.
  - A tous ceux qui m'ont aidé de loin et de près pour l'élaboration de cette thèse.
- Trouvez ici toute ma reconnaissance.

**- A mon père:**

Vous avez été pour moi un modèle de courage. Grâce à cette qualité, vous m'avez toujours encouragé et soutenu dans mes études.

Ce travail est le couronnement de vos efforts et sacrifices de père toujours à notre écoute.

**- A la mémoire de ma mère:**

J'ai été privé de votre affection depuis mon enfance.

Aujourd'hui vous êtes pas là pour partager avec nous ce moment de bonheur.

Chère mère que la terre vous soit légère. Dans votre repos éternel nous avons toujours besoins de vos bénédictions.

**- A mon oncle Ahmadou H. MAIGA:**

Grâce à l'éducation rigoureuse que vous m'avez donné, vous avez su guider mes pas dans la vie.

Vous nous avez donné le sens de travail bien fait et l'amour de la profession que j'ai décidé d'exercer en me mettant au service des autres.

Que ce travail soit le témoignage de mon indéfectible affection.

**- A la mémoire de mon oncle Issouf H. MAIGA:**

J'ai voulu que tu soit là aujourd'hui pour partager avec nous la joie de ce jour tant attendu. Mais la mort t'a prématurément arraché à notre affection.

Que ton âme repose en paix.

**- A mes tantes et oncles:**

Une liste nominative serait longue. Ce travail est l'aboutissement de plusieurs années d'éducation.

Votre soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut.

Soyez assuré de mon profond respect.

**Aux Membres du Jury**

# REMERCIEMENTS

## REMERCIEMENTS

**- A toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail.**

**- A la famille du Docteur Moussa Ag ELMOUCHTAHIDE à Sikasso.**

Pour l'accueil fraternel dont j'ai fait l'objet lors de mon séjour à Sikasso.

Toute ma reconnaissance.

**- A mes maître de l'ENMP:**

Pour l'enseignement et l'initiation vous avez donné.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

**- A tout le personnel du centre Yeelen de Sikasso.**

Soyez assuré de ma gratitude et mon profond respect.

**- A tout le personnel de l'IOTA:**

**Notamment aux Docteurs:**

François Guillemot De LINIERS;

François PEYRAMAURE;

Pierre HUGUET;

Mme TRAORE Jeannette THOMAS;

Mme N'DIAYE Fatoumata N'DIAYE;

Médecin Commandant Abdoulaye DIALLO;

**- A monsieur Hannes HEINIMAN et le Docteur Samuel STRESS à la Croix Rouge Suisse:**

J'ai bénéficié de votre appui financier sans lequel le travail serait difficile.

Trouvez ici mes remerciements les plus sincères.

**- A mes frères et soeurs et à tous les membres de ma famille de Gao et Hombori:**

En témoignage de l'affection qui nous a toujours uni sous le toit paternel.

Je voudrais que vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard.

Ce travail est aussi le votre.

**- A mes cousines et cousins:**

Profond attachement.

**- A la famille KEITA à Darsalam:**

Notamment:

Arkia TOURE, Kalil KEITA, Assetou DIARRA et Arkia KEITA.

Je vous suis reconnaissant recevez au fond de mon coeur tous mes remerciements.

Soyez assuré de mon profond attachement.

**- A Monsieur Cheickna DIARISSO et sa famille:**

Toute ma reconnaissance.

**- A mademoiselle Kadia Léa DIARRA:**

Ta présence à mes cotés pendant les moments difficiles, de ton soutien tant moral que matériel et tes nombreux sacrifices consenti mon permis de venir à bout de ce travail.

Qu'il soit le témoignage de notre amour.

**- A monsieur Oumar KONE: Président de la Croix Rouge Malienne.**

Votre sympathie et votre constante disponibilité nous ont permis de mener à bien ce travail.

Veillez trouver ici notre considération et nos vifs remerciements.

**- A monsieur Mamadou SY: Délégué Fédéral des Sociétés de Croix Rouge et Croissant Rouge à Bamako.**

Vos qualités humaines et votre respect dans le travail nous ont beaucoup impressionnés.

Trouvez ici l'expression de mon profond respect.

**- A tout le personnel de la Direction Régionale de la Santé de Sikasso:**

Notamment aux Docteurs:

Robert CAZAL;

Boubacar DICKO;

Pour l'apport en documentation qui nous a été très utile pour la finalisation de ce travail.

Soyez assuré de ma profonde gratitude.

**- Aux enquêteurs Mohamed Lamine BORE, Harouna SANOGO et Mamadou TANGARA:**

Pour la réalisation de l'enquête sur le terrain.

Recevez mes vifs remerciements.

**- A tous mes amis et leurs familles:**

Ahmed Ag MOHAMED;

Moustaphe GAREL;

Sidi Mohamed MAIGA;

Aboubeukr YANA;

Almeimoun Ag ALMOUSTAPHA;

Almoustaphe DIA' LO;

Cheickna NIONO;

Mamadou DIAKITE;

## **Professeur Alou BA**

C'est un grand honneur pour de vous avoir comme Président dans mon jury.

Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation médicale et les efforts que vous entreprendrez dans ce sens.

Nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines.

Votre générosité qui nous servira d'exemple.

Veillez-trouver dans ce travail le signe de ma profonde gratitude.

Abdoulaye SANGARE;  
Abdramane SOUMAGUEL;  
Amadou ali TOURE  
Toute ma reconnaissance.

**- A Tonton TIMBINE: Surveillant Général à l'IOTA:**

Pour sa constante disponibilité.

**- A Nouhoum TIMBINE: Documentaliste à l'IOTA:**

Pour la mise en forme et la finalisation de ce document.

**- Au personnel de la bibliothèque de l'ENMP:**

Pour leur entière disponibilité.

**- A mes condisciples:**

En souvenir de longues et dures années d'études;

**- A toute la promotion de 1986 - 1993:**

Je vous souhaite tous bonne carrière professionnelle et une réussite sociale.

**- A tout le personnel du service psychiatrique de Point G.**

Professeur Baba KOUMARE;  
Docteur Evelyne Miquel GARCIA;  
Docteur Bacoroba COULIBALY;  
Docteur Antandou TELLY.

Acceptez mes sincères remerciements pour l'expérience professionnelle que j'ai acquise par votre enseignement pratique.

**- Aux médecins CES en ophtalmologie IOTAS:**

Soyez assurés de ma gratitude et mon profond respect.

**Docteur Tiéman DIARRA**

J'ai eu l'honneur et le grand plaisir de bénéficier votre assistance durant la réalisation de cette thèse.

Nous apprécions en vous la disponibilité et l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour nous permettre de mener ce travail.

Vos qualités humaines et votre respect dans le travail nous ont impressionné.  
Nous sommes très honorés par votre présence parmi les membres de notre jury pour juger ce travail.

Veillez-trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements.

**Docteur Jean François SCHEMANN**

J'ai eu l'honneur de bénéficier dès votre arrivée, de votre assistance pour la finalisation de cette thèse.

Votre sympathie et votre simplicité nous ont beaucoup impressionnés.

Votre présence pour juger ce modeste travail nous fait grand honneur.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici, l'expression de notre profond respect et de nos vifs remerciements.

## **Docteur Moussa Ag ELMOUCHTAHIDE**

C'est un grand honneur pour moi de vous avoir parmi mon jury.

Nous ne pouvons vous exprimer en ces quelques lignes les sentiments que nous éprouvons à votre égard.

Votre rigueur et respect dans le travail nous ont beaucoup impressionnés.

Vous avez toujours été disponible à nos sollicitations malgré vos multiples préoccupations.

Permettez nous de vous exprimer notre profond respect et notre déférente gratitude.

**Docteur Serge RESNIKOFF**

**Directeur de l'IOTA:**

Vous nous avez confié ce travail.

Je ne saurais vous remercier sans votre permission.

Je ne trouverais certainement pas la formule pour vous exprimer ma reconnaissance et mon entière gratitude pour votre soutien tout au long de ce travail.

Votre aimabilité, votre disponibilité à nos multiples sollicitations malgré vos occupations, l'intérêt que vous portez à la recherche, font de vous un directeur remarquable.

Veillez accepter ici, modestement l'expression de mon admiration pour vous.

Que ce travail soit pour vous le gage de ma reconnaissance, de mon amical et respectueux dévouement et le début d'une longue collaboration.

# SOMMAIRE

	<b>Page</b>
I/ INTRODUCTION	1
II/ CONTEXTE DE L'ETUDE	5
1- Données générales	6
2- Situation sanitaire	8
3- Le Centre Yeelen de Sikasso	10
III/ REVUE DE LA LITTERATURE	12
1- Ampleur des pertes de vision dans le monde et en Afrique	13
2- Impact socio-économique de la cataracte	16
3- Utilisation et accessibilité des services de santé	17
4- Facteurs socio-démographiques et utilisation des services de santé	19
5- Facteurs organisationnels et utilisation des services de santé	20
6- Recours aux soins et itinéraire thérapeutique	20
7- Dépenses de santé	22
8- Synthèse	24
IV/ CADRE D'ANALYSE: Hypothèses de recherche	26
VI/ METHODOLOGIE	32
1- Définitions opérationnelles des variables	32
2- Echantillonnage	34
3- Collecte des données	35
4- Technique d'analyse	35
5- Critique des données	36
VII/ RESULTATS	38
1- Etude descriptive	39
1-1- Les opérés de la cataracte	39
1-2- Les non opérés de la cataracte	52
2- Etude comparative des deux groupes	69
VIII/ SYNTHESE	99
1- Commentaires et Discussion	100
2- Conclusion	104
3- Recommandations	106
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	108
ANNEXES	117

## LISTE DES ABREVIATIONS

**DRSP:** Direction régionale de la Santé Publique:

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé:

**F. CFA:** Monnaie des Etats Francophones d'Afrique:

**CMDT:** Compagnie Malienne de Développement Textile:

**INPS:** Institut National de Prévoyance Sociale:

**DDL:** Degré De Liberté

**Nbre Pers. Obs.:** Nombre de personnes observées:

**OFCP:** Organisation Française de Prévention contre la Cécité:

**GOM:** Groupe Ophtalmologique Mobile:

**IOTA:** Institut d'Ophtalmologie Tropicale Africaine:

**ONG:** Organisation Non Gouvernementale

# INTRODUCTION

# I/ INTRODUCTION

La cataracte généralement définie comme une opacité du cristallin, est une cause majeure de baisse d'acuité visuelle et de cécité dans le monde. Cette affection que l'on connaît depuis les temps les plus reculés, a été citée comme l'une des principales causes de cécité par la vingt huitième assemblée mondiale de la santé en 1975 ((46).

La cataracte est responsable de près de la moitié des cas de cécité et est particulièrement fréquente dans les pays en voie de développement. Le fait est qu'il existe déjà un total de 17 millions de cas de cécité due à la cataracte.

L'Afrique compte à elle seule plus de 6 millions d'aveugles dont environ 50% ont perdu la vue à la suite d'une cataracte (43) (53) (61).

Au Mali la cataracte est la cause de 40% des cécités et à Sikasso elle représente 32% des causes de cécité (21) (43).

Dans l'état actuel des connaissances, il n'existe aucun moyen réellement efficace pour prévenir la cataracte et son évolution vers la cécité. Toute fois, cette affection se prête un traitement chirurgical qui, associé à une correction de l'anomalie optique qui s'en suit, permet au patient de recouvrer la vue.

Au Mali, l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale Africaine (IOTA) il offre des prestations en matière de soins oculaires spécialisés, en particulier la chirurgie de la cataracte. Cet Institut assure aussi la formation des personnels qualifiés surtout les opérateurs de cataracte.

Dans la région de Sikasso, le Centre "Yeelen" est le seul centre de référence qui dispense les soins oculaires spécialisés. Ce centre offre des prestations en matière de chirurgie de la cataracte depuis 1981.

Ainsi de 1981 à 1990, 1167 cas de cataracte ont été diagnostiqués dont seulement 38% ont été opérés, 8% ont été traités par les guérisseurs et 54% ont été perdus de vue.

Au cours de l'année 1991, 168 personnes atteintes de cataracte se sont présentées spontanément au centre "Yeelen" de Sikasso et ont été consultées. Sur ces 168 personnes, 23 personnes seulement ont été opérées soit 13% seulement des

### 3

consultants (56). Ces données montrent qu'une très grande partie des personnes qui consultent au centre "Yeelen" pour cataracte ne sont pas opérées.

Eu égard à cette sous utilisation de la chirurgie de la cataracte au niveau du centre "Yeelen" de Sikasso, nous posons les questions suivantes:

- Comment et dans quelles circonstances la décision d'utiliser la consultation ophtalmologique et le traitement chirurgical de la cataracte sont-elles prises ?

- Pourquoi moins du 1/3 seulement des patients qui font recours au centre "Yeelen" accepte t-il le traitement chirurgical ?

- Enfin, quelles sont les barrières expliquant une sous utilisation de la chirurgie de la cataracte au niveau du centre "Yeelen" de Sikasso ?

Il nous a paru très intéressant de répondre à ces questions à travers les objectifs suivants :

- Identifier les déterminants de prise de décision et l'utilisation de la consultation ophtalmologique et de la chirurgie de la cataracte par les patients qui sont atteints de cataracte.

- Déterminer les principales barrières et contraintes entravant l'utilisation de la chirurgie de la cataracte par les patients qui consultent au centre "Yeelen" de Sikasso. L'objectif final vise à l'identification des moyens susceptibles d'améliorer le recours et l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte au niveau du centre "Yeelen" de Sikasso.

L'utilisation des services de santé est un phénomène multidimensionnel faisant intervenir plusieurs facteurs ayant entre eux des inter-relations multiples et complexe (ANDERSEN et NEWMAN) (4), (ANDERSEN) (5), (KOHN et WHITE) (39).

Tenant compte du caractère très opérationnel que nous voulons donner à notre travail d'une part et d'autre part la difficulté d'agir sur les facteurs socio-culturels, nous nous intéresserons seulement à trois des cinq approches proposées par Mc KINLAY (41) pour comprendre l'utilisation des services de santé :

**1- L'approche économique :**

Part du postulat que la propension d'une personne à utiliser les services de santé dépend de sa capacité à s'acheter ces services et la disponibilité de ces services. La qualité des services consommés est déterminée par les caractéristiques de la demande et de l'offre de services.

**2- L'approche socio-psycho-démographique :**

Les caractéristiques individuelles des personnes (socio-démographique, psychologique, attitude et connaissance) sont des facteurs prédisposant à utiliser ou non les services de santé.

Ces caractéristiques sont des prédicateurs attendus du comportement des usagers.

**3- L'approche organisationnelle:**

Les attributs de services, les caractéristique des fournisseurs de services et la perception que les usagers en ont, sont des éléments influençant l'utilisation des services de santé

En dehors de ces trois approches, il y a l'approche géographique et l'approche socio-culturelle.

Nous nous intéresserons donc d'une part aux attributs et aux caractéristiques des prestataires de services du centre " Yeelen", et d'autres part aux caractéristiques socio-démographiques et aux attitudes des patients face au personnel du centre et face a la chirurgie de la cataracte.

Nous ne ferons qu'une ébauche de l'approche socio-culturelle non pas parce qu'elle n'est pas justifiée, mais parce qu'elle exige des investigations plus poussées que ne peut permettre notre étude qui se veut exploratoire

# CONTEXTE DE L'ETUDE

# II/ CONTEXTE DE L'ETUDE

## 1°) DONNEES GENERALES

La région de Sikasso est la 3<sup>e</sup> région administrative du Mali. Elle est située au sud du territoire national avec une superficie de 76.480 kilomètre carré et une population de 1.310.810 habitants dont près de la moitié a moins de 15 ans.

Elle s'étend exclusivement en zone que humide entre les isohyètes 750 mm au Nord et 1400 mm au Sud, ceci fait d'elle une zone privilégiée dans un pays semi-désertique à cause des fortes précipitations qui donnent lieu à d'énormes possibilités agricoles et pastorales. La région de Sikasso est subdivisée en 7 cercles, 39 arrondissements et 1720 villages.

Le recensement général de la population de l'habitat en 1987 révèle les éléments suivants:

- La fécondité et la natalité sont très élevées même si une baisse de la fécondité observée en milieu urbain. Notons que seulement 15% de la population vivent dans les villes.

- L'espérance de vie est de 46 ans pour les hommes et 47 ans pour les femmes. La vie économique est largement dominée par le secteur primaire où l'agriculture occupe près de 80% de la population active.

Sikasso est la région la plus favorisée du point de vue climatique, ce qui donne à ses habitants un pouvoir d'achat meilleur à ce qui des habitants des autres régions.

Le taux de scolarisation n'est que 3,7%. Malgré les activités intenses de l'alphabétisation fonctionnelle, environ 80% de la population ne savent ni lire ni écrire.

Il faut signaler la présence d'organisme d'encadrement tel que la Compagnie Malienne

de Développement Textile (CMDT) qui assure la vulgarisation des techniques de culture. Pour cela, elle joue un rôle d'éducation, de formation et d'information des paysans au niveau des associations villageoises à travers des programmes d'alphabétisations.

Le cercle de Sikasso est le chef lieu de région, il compte 9 arrondissements 462 villages et une commune. La commune compte 11 quartiers avec une population totale de

73 050 habitants.

**Tableau n°1: Quartier de la commune de Sikasso et leurs populations résidentes:**

QUARTIERS	POPULATION TOTALE
- Fama	2 472
- Bougoula ville	2 474
- Médine	5 638
- Hamdallaye	7 939
- Mancourani	11 347
- Kaboïla 1	2 543
- Kaboïla 2	5 201
- Wayerma	13 602
- Sanoubougou 1	12 113
- Sanoubougou 2	6 507
- Bougoula Hameau	3 214
Total	73 050

## 2°) SITUATION SANITAIRE

### a) Situation épidémiologique:

Les maladies les plus fréquentes dans la région sont: (21)

- Maladies diarrhéiques
- Paludisme
- Tétanos
- Rougeole
- Pneumopathie
- Poliomyélite
- Lèpre
- Tuberculose
- Les ankylostomiasés
- Onchocercose, trypanosomiase humaine
- SIDA
- Maladies cécitantes: onchocercose (38,8%), cataracte (32%), trachome (12%), glaucome (4,5%), traumatisme (1,9), autres(12%), (21).

### b) Administration sanitaire

Elle est de type pyramidale et se subdivise en:

- Direction régionale de la santé publique(DRSP)
- Direction régionale des affaires sociales (DRAS)
- Direction régionale de l'hygiène publique et l'assainissement (DRHPA).

Au niveau des cercles et des arrondissements, les structures sont intégrées au centre de santé des cercles (CSC) et d'arrondissement (CSA).

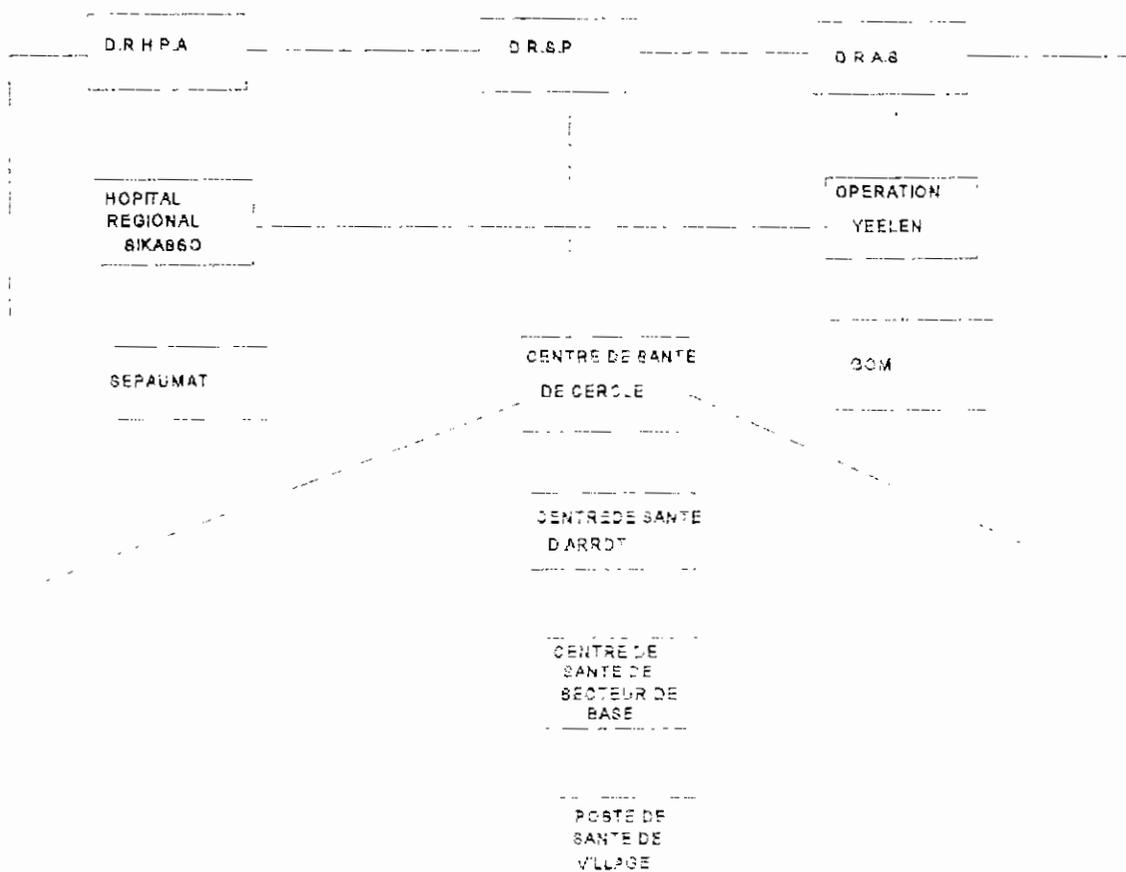
Au delà de l'arrondissement, ce sont les structures de base:

- Les dispensaires ruraux
- Maternités rurales
- Poste de santé des villages

Chaque centre de santé est supervisé par un comité de gestion.

L'organigramme de la santé est représenté par le tableau n°2.

Tableau n°2: Organigramme de l'administration régionale de la santé:

**LEGENDE:**

D.R.S.P. : Direction Régionale de la Santé Publique

D.R.A.S. : Direction Régionale des Affaires Sociales

D.R.H.P.A. : Direction Régionale de l'Hygiène Publique et de l'Assainissement

GOM : Groupe Ophtalmologique Mobile

SEPAUMAT: Service d'Entretien du Parc Automobile et du Matériel

### 3°) LE CENTRE YEELLEN DE SIKASSO

Le centre "Yeelen" est la seule infrastructure dans la région en ce qui concerne les soins spécialisés oculaires.

#### **a) Historique:**

Le centre "Yeelen" de Sikasso est l'un parmi les centres lancés au Mali à partir de l'opération Yeelen en 1981 (Yeelen = lumière en bambara), à la signature de la convention de l'organisation française de prévention contre la cécité (OFCP) avec le ministère de la santé publique et des affaires sociales du Mali.

A sa création, l'opération Yeelen avait mis en place et équipé des centres régionaux à vocation médico-chirurgicale et des groupes ophtalmologiques mobiles (GOM).

Les GOM se rendaient en brousse, dispensaient des soins oculaires primaires, regroupaient les cas compliqués et chirurgicaux et les dirigeaient vers les centres fixes. Pour les cas plus complexes, ils sont évacués à l'IOTA. Les équipes mobiles étaient le souvent composé d'un chauffeur et d'un infirmier.

Mais l'opération "Yeelen" a pris fin en décembre 1985, dès les GOM sont devenus inopérants.

Le centre "Yeelen" avec l'appui des ONG et de la croix rouge Suisse fut restructuré et continu de dispenser les soins oculaires de la région.

#### **b) Activités du centre "Yeelen":**

Au centre "Yeelen", les activités sont les suivantes:

- Les consultations: ont lieu tous les jours et sont tenues par le médecin chef du centre et les infirmiers.

- La chirurgie: effectuée également par le médecin chef et pour les cas simples par les infirmiers.

- Les sorties: consistaient en des séances d'éducation pour la santé. Elles ont été stoppées pour des raisons financières.

Rappelons qu'au cours de l'année 1993, deux antennes furent ouvertes dont l'une à Koutiala et l'autre à Bougouni dans le but de décentraliser la chirurgie.

**c) Problème de fonctionnement:**

Signalons que le local du centre ne correspond pas aux normes d'une clinique ophtalmologique . Le local est très exigu et vieux. De même le centre présente les contraintes suivantes:

- Difficultés d'approvisionnement en produits consommables et matériels spécialisés .
- Coût élevé de l' équipement .
- Insuffisance du personnel: un médecin spécialiste en ophtalmologie, deux infirmiers, deux agents de la croix rouge
- Le centre ne dispose pas de ressources matérielles suffisantes pour ses activités. Aussi a t-il des difficultés à mobiliser la clientèle notamment pour certaines prestations en particulière la chirurgie de la cataracte.

**REVUE DE LA  
LITTERATURE**

# III/ REVUE DE LA LITTÉRATURE

## 1°) AMPLEUR DES PERTES DE VISION DANS LE MONDE ET EN AFRIQUE :

### 1-1- Importance de la cataracte dans le monde :

Selon l'OMS (51), on estime qu'en 1987 ,il y avait sur terre 27-35 millions de personnes frappées de cécité totale, c'est à dire ayant une acuité visuelle inférieure à 1/20.

A l'échelle planétaire ,la cataracte est de loin la cause la plus fréquente de perte de vision ,environ 50% de toutes les cécités lui sont dues(51).

Ainsi plus de 13 millions de personnes seraient en attente de se faire opérer (51). A cet lot s'ajouteraient des millions d'autres qui se trouveraient au stade de précécité. Le tableau n°3 reflète l'importance du nombre d'aveugles par cataracte et le pourcentage des arriérés de cataracte dans le monde et par continent.

**Tableau n°3: Importance de la cataracte dans le monde:****Rapport d'une consultation de l'OMS: Genève 3-7 Décembre 1990****(WHO/PBL/91-1)**

CONTINENT	POPULATION (a)		AVEUGLE PAR CATARACTE (ESTIMATION) (b)	ARRIERE MONDIAL (%)
	1 990	%		
Afrique	645 276	12,3	2 949 000	12,6
Amérique Latine	451 072	8,6	677 000	5
Amérique du Nord	275 325	5,3	55 000	0,4
Asie	3 057 648	58,1	9 737 000	71,3
Europe	498 592	9,5	100 000	0,7
Océanie	26 467	0,5	9 000	0,006
Ex. URSS	291 822	5,6	120 000	0,9
Total	5 246 202	100	13 647 000	100

**(a) = nombre d'habitant en millions****(b) = estimation conservatrice****1-2- Importance de la cécité par cataracte en Afrique:**

L' Afrique compte à elle seule plus de 6 millions dont environ 50% ont perdu la vue à la suite d'une cataracte (55-43-61).

On ne possède pas de statistiques exhaustives sur la prévalence de la cataracte en Afrique(61). Cependant si l'on se fonde sur les données dans plusieurs pays en voie de développement ,on constate que la cataracte occupe une place importante parmi les causes de cécités ( Tableau n°4 ).

**Tableau n°4: Importance de la cataracte dans certains pays en développement**

Source thèse médecine 1991 (42)

PAYS	TAUX
Egypte	32%
Kenya	36%
Zimbabwe	40%
Mali	40%
Tchad	44%
Togo	44,21%
Botswana	45%
Thaïlande	45,6%
Tunisie	52%
Gambie	55%
Afrique du Sud	55%
Bengladesh	60%
Pakistan	60%

Il ressort de ces données que la cataracte en Afrique comme partout dans les pays en développement représente la première cause de cécité et constitue un important problème.

L'incidence de la cataracte est généralement estimée à un million de nouveaux cas par an pour une population de 500 millions d'habitants soit deux cas pour 1000 habitants (61).

En ce qui concerne l'âge de survenue de la cataracte, la cataracte sénile survient généralement après la cinquantaine. Mais des enquêtes ont prouvé que la cataracte peut survenir à partir de 40 ans parfois même avant cet âge. Il a été constaté également que la fréquence de la pathologie augmente avec l'âge. On estime que 50% des personnes dans la soixantaine et près de 100% après 80 ans

ont une opacité du cristallin (52) .

Dans une étude sur l' épidémiologie de la cécité au Niger , ZAKARY.S (68) en 1990, a constaté que 8,4% des sujets de 21à 40 ans présentaient une cataracte contre 63,2% des sujets de 41à 60 ans .

En 1986 , BORE (8) dans une étude sur la prévalence et l' étiologie des handicaps visuels en zone rurale a constaté que 0,2 % des sujets de 30 à 49 ans présentaient une cataracte contre 10,2% des sujets de 50 ans et plus . Par contre YATTASSAYE (67) pour une étude similaire a trouvé 2,1% et 20,6% pour les mêmes tranches d'âges.

Toutes ces études ont montré qu' il ne semble pas avoir de différences significatives liées aux sexes .

## **2°) IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE DE LA CATARACTE :**

En Afrique la survenue précoce de la cataracte ( période de pleine activité et de responsabilité ) pose des problèmes économiques et sociaux graves , le non voyant étant le plus souvent inactif à la charge de la communauté .

La cécité par cataracte se traduit par une perte de la productivité pour le malade et son entourage , une détérioration de la qualité de vie individuelle et du bien être familial (51) .

Dans les pays en développement , les aveugles souffrent d' une d' une mortalité nettement accrue et la cataracte représente un début anticipé évoluant plus rapidement vers la cécité (51).

Des données récentes provenant d'Arabie Saudite, d'Inde et de Kenya montrent que 10% des sujets de groupe d'âge de 40 à 50 ans souffrent d'une perte importante de la vue due à la cataracte et que 1% à 3% sont aveugles (51). De tels pourcentages ne sont retrouvés qu'après 70 ans dans les populations européennes ou nord américaine.

THYLEFORS (62) explique la charge socio-économique que représente l'aveugle "L'

aveugle ne peut pas travailler et pourtant il continue à manger et à besoin d'un enfant pour le conduire". Ceci explique que l'aveugle fera toujours recours à une tierce personne quelqu'ait été son niveau social avant l'apparition de la cécité.

### **3°) UTILISATION ET ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SANTE:**

Beaucoup d'études ont été réalisées sur l'utilisation des services de santé. Selon plusieurs auteurs l'utilisation résulte de la rencontre entre le patient qui fait une demande de soins et un professionnel qui lui en fournit ( DONABEDIAN ) (28), (ANDERSEN et NEWMAN ) (4),( ANDERSEN ) (5).

Dans les pays en développement, le réseau d'interaction entre les variables dans l'utilisation est plus complexe que dans les pays développés du fait de l'existence de systèmes médicaux pluralistes et d'alternatives thérapeutiques diversifiées (KROEGER) (40), (HADDAD et FOURNIER) (37).

Selon ANDERSEN ET NEWMAN (4), l'utilisation est déterminée par une interaction entre les facteurs de prédisposition, les facteurs de besoins et les facteurs de réalisation.

L'accessibilité est définie par un ensemble de facteur se situant entre la capacité de produire des services et le niveau actuel de production ou de consommation de services, de ce fait l'accessibilité est une caractéristique de la ressource (DONABEDIAN) (28).

Pour STEWART (60) l'accessibilité implique une fourniture continue et organisée des services qui sont géographiquement, financièrement culturellement et fonctionnellement faciles à utiliser pour chaque individu de la communauté. Elle définit trois types d'accessibilités:

- Accessibilité financière;
- Accessibilité spacio-temporale;
- Accessibilité psychologique.

Tandis que DONABEDIAN (28) identifie deux types d'accessibilité:

- Accessibilité socio-organisationnelle;

- Accessibilité géographique.

Les typologies ne sont pas différentes dans leurs détails.

Plusieurs auteurs sont d'accord pour dire que dans l'accessibilité, les barrières non financières sont aussi, si non plus importantes que les barrières financières.

PENCHANKY et THOMAS (54) ont identifié cinq dimensions à l'accessibilité des services de santé:

**a-** La disponibilité met en relation le volume et les types de services de santé offerts avec les types de services dont les utilisateurs ont besoin ou souhaitent en utiliser. Il s'agit d'une mise en relation des services disponibles et des services souhaités.

**b-** L'accessibilité géographique se définissant par la relation entre le lieu où sont livrés les services et le lieu où habite l'utilisateur en tenant compte du transport, du temps de voyage, de la distance et les coûts associés.

**c-** L'accessibilité organisationnelle: s'observe à travers la relation entre la manière avec laquelle les services sont organisés pour l'utilisateur (heure d'ouverture, temps d'attente, accueil, temps de service...) et la capacité des utilisateurs à s'adapter à ces facteurs et enfin la perception qu'ils ont de leur appropriation.

**d-** L'accessibilité économique: met en relation le coût des services et le revenu des utilisateurs, leurs capacités de payer ou de l'existence d'une couverture d'assurance.

**e-** Accessibilité liée à l'adéquation des perceptions mettant en relation la perception qu'ont les utilisateurs, des attitudes et pratiques des producteurs de service et leurs actuelles caractéristiques et pratiques (réaction des utilisateurs face aux attitudes et pratiques des producteurs de services).

Notre étude concernera les dimensions organisationnelles, économiques de l'accessibilité et l'accessibilité liée à l'adéquation entre les perceptions des utilisateurs et celles des producteurs de la consultation ophtalmologique de la chirurgie de la cataracte.

## **4°) FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTE:**

L'observation qu'une proportion importante des visites effectuées au niveau d'une clinique est faite par les clients n'habitant pas à proximité d'elle, indique l'importance des facteurs autres que la distance (DONABEDIAN)(28)

Le revenu familial, la race / ethnie, le niveau d'éducation, l'âge, la structure familiale, la classe sociale et les attributs individuels (attitudes et connaissances, psychologiques) sont le plus souvent décrits comme caractéristiques socio-démographiques (DONABEDIAN)(28)

La pauvreté, le niveau d'éducation et la familiarisation avec le système de santé ou une combinaison de ces facteurs agissent plus significativement sur l'utilisation des soins que les manifestations des différences culturelles entre les producteurs et utilisateurs des services (CURRY)(18)

ABASIEKONG(1) montre que la décision d'utilisation des services de santé revient exclusivement à la famille toute entière. Les attributs individuels sont classés par certains auteurs (CURRY)(18) comme caractéristiques personnelles et par d'autres (JOYCE et al)(38) comme des barrières internes.

Selon CURRY(18) parmi les facteurs de la non utilisation des soins prénataux, les facteurs émotionnels prennent une place prépondérante. Ces facteurs sont entre autre le déni, la dépression, la peur, le manque de support social et les problèmes familiaux.

## **5°) FACTEURS ORGANISATIONNELS ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTE:**

Ces facteurs sont décrits par DONABEDIAN(28) comme étant des attributs des ressources. La disponibilité des soins, les pratiques institutionnelles (horaires, temps d'attente, ordre de service, communication médecin / patient, accueil ) et la localisation spatiale sont autant de facteurs qui constituent des barrières à l'utilisation des soins ( DONABEDIAN et ROSENFELD )(29)

L'absence de communication entre le personnel de santé et le patient et / ou la mauvaise coordination des services peuvent aussi constituer une source de non utilisation ( CURRY ) ( 18 ).

## **6°) RECOURS AUX SOINS ET ITINERAIRE THERAPEUTIQUE:**

Beaucoup d'études ont été faites sur le recours aux soins et l'itinéraire thérapeutique des utilisateurs des services de santé. Mais nous nous limiterons à la revue de quelques études faites au Mali et dans certains pays africains.

L'attitude d'une population face aux problèmes, notamment ceux de la santé dépend de ses caractéristiques socio-économiques, culturelles, sanitaires... Certaines de ces caractéristiques ont une influence sur le type de recours et le type de soins y afférents.

Des études faites en 1991 par S. TRAORE ( 64 ), T. DIARRA et B. D. DIAKITE ( 24 ), T. DIARRA ( 23 ) respectivement sur les recours aux soins et leurs déterminants, la consommation médicale, représentations et itinéraires thérapeutiques ont montré que 54 à 55% des personnes enquêtées ont eu recours à l'automédication, 36 % à la médecine moderne et 3% à la médecine traditionnelle lors de leurs premiers

recours aux soins.

Par contre en seconde étape, le taux de recours à l'automédication diminue au profit des autres, celui de recours à la médecine traditionnelle augmente de 3 à 12% et celui de la médecine moderne augmente seulement de 36 à 39%.

De ces travaux, il ressort que:

-Généralement la population de Bankoni a en première étape à l'automédication

-La population a généralement recours à la médecine moderne en seconde étape.

Il semblerait aussi apparaître lors d'une troisième étape, une certaine convergence vers la médecine moderne quelque soit le chemin suivi au départ par le malade.

S. TINTA ( 63 ), dans une étude sur la fréquentation des centres de santé de Bandiagara a montré qu'en cas de maladie, l'itinéraire normal commence par l'automédication et se poursuit ( quand la situation ne s'améliore pas ) par la consultation de spécialistes traditionnels et / ou de la santé moderne. Ainsi le taux de recours à l'automédication, aux spécialistes traditionnels, et aux services modernes ont été estimés respectivement à 50,7%, 16,1% et 19,4%.

J. VAUGELADE ( 65 ) dans son étude sur la consommation médicale et itinéraire thérapeutique en milieu rural au Burkina Faso, a montré que dans les zones rurales où existe un centre de santé primaire ( C.S.P ), 42% des malades ont recours à la médecine traditionnelle, 37% à la médecine moderne. Par contre, dans les zones où existe un dispensaire le taux de recours est de 35% pour la médecine traditionnelle et 44% à la médecine moderne.

L'étude faite par C. COPPO et A. KEITA à Bandiagara va dans le même sens (69).

Ces études font ressortir trois types de recours: l'automédication, recours à la médecine traditionnelle, et le recours à la médecine moderne. Il est clair que cette façon de regrouper les différents recours en étape et type de soins ne reflète pas toute la réalité et la complexité des recours. Elle prend pas en compte les recours

simultanés à deux ou plusieurs types de soins. Mais elle permet mieux de comprendre les grandes lignes du comportement de la population en cas de maladie.

## **7°) LES DEPENSES DE SANTE:**

Plusieurs études ont été faites au Mali. En 1990 une étude sur les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni ( 25 ) a fait une répartition des dépenses de santé en cinq postes ( consultation, médicament, analyse de laboratoire, transport et hospitalisation ) tout en distinguant les types de soins et les modes de paiement dans chaque cas.

Le tableau n°5 donne la structure des dépenses annuelles moyennes de santé par ménage dans le quartier de Bankoni ( Ref. 25 ) .

**Tableau n°5: Structure des dépenses annuelles de santé par ménage dans le quartier de Bankoni : (en F CFA)**

Source INRSP 1991 (25)

	ESPECES	NATURE	TOTAL
<b>CONSULTATION</b>			
Moderne	270	16	286
Traditionnelle	85	57	142
<b>MEDICAMENTS</b>			
Moderne	4 801	56	4 857
Traditionnel	210	6	216
<b>HOSPITALISATION</b>	226	0	226
<b>ANALYSES</b>	234	0	234
<b>TRANSPORT</b>	325	0	325
<b>TOTAL</b>	6 151	134	6 285

La dépense annuelle moyenne de santé par ménage est de 6.285 FCFA soit 1047 FCFA par personne dans le quartier de Bankoni . La taille moyenne d'un ménage est de six personnes (25 ).

Cette a montré que les dépenses de santé sont d'une importance négligeable par rapport à l'ensemble des dépenses de ménage: 1,16% des dépenses totales (25 ).

Une enquête de la direction nationale de la statistique et de l'informatique (D.N.S.I) sur les dépenses des ménages urbains ( 26 ) a montré que la santé constitue le

dernier poste des dépenses. Différentes études réalisées abondent dans le même sens. Ainsi la part des dépenses de santé dans le budget du ménage représente seulement 4% ( du revenu ) dans les familles des travailleurs de l'enseignement et de la culture du district de Bamako (11 ), moins de 4% ( du revenu) à Dioila et Didieni, à peine 5% à Kangaba (10).

Selon FERRANTI (33), la population est peut être psychologiquement mal préparée à dépenser directement pour sa santé. Certains en effet disent que les impôts, les taxes et les multiples cotisations que perçoit le gouvernement doivent lui permettre de financer les dépenses de la santé. Avant l'indépendance, ils voyaient dans ces dépenses de l'Etat une contre partie des sommes qui lui étaient versées. Le désengagement actuel de l'Etat est très mal apprécié. On l'accuse de ne pas faire son devoir vis à vis des citoyens. Certains gouvernements proclament encore que la gratuité d'accès aux services de santé est un droit fondamental pour les citoyens.

S. COULIBALY (17) dans une étude sur l'accessibilité financière au centre socio-sanitaire de cercle de Bougouni (SSSCB) a remarqué, qu'il existe une résistance au paiement directe des frais d'actes par les usagers. En consultation par exemple 59% des personnes enquêtées ont affirmé que le prix est très élevé (200 FCFA). La même étude a montré que 34% de ceux qui prennent leurs soins au SSSCB manquent de moyens financiers, 67% ont eu à renoncer à voir le médecin ou l'infirmier par manque de moyens financiers pour payer la consultation et les médicaments.

## **8°) SYNTHÈSE:**

La revue de la littérature permet de noter une différence dans les déterminants de l'utilisation des services de santé selon qu'il s'agisse de pays en développement ou industrialisés du fait de l'imbrication et de la complexité des systèmes et sous systèmes médicaux qui caractérisent les pays en développement.

En regard à ce qui est décrit dans la littérature, il ressort deux types de facteurs intervenant dans les recours et l'utilisation des soins de santé:

- Les facteurs liés à l'utilisation pouvant être d'ordre individuel ou social.
- Les facteurs relatifs à l'organisation des soins de santé.

Tenant compte des caractéristiques organisationnelles, les facteurs individuels permettent à chaque utilisateur d'évaluer l'utilité des soins offerts par le centre de santé, sa capacité à les utiliser et leur acceptabilité.

Parmi les caractéristiques individuelles: l'âge, le statut professionnel, le niveau d'éducation, le support social et les facteurs de besoins (malade) sont décrits comme principaux déterminants de l'utilisation ou non des soins de santé. En ce qui concernent les facteurs organisationnels, nous avons noté l'accueil, le temps de service d'attente et les coûts des prestations de service.

Ainsi dans le cadre de notre étude, nous cherchons à mettre en exergue les facteurs d'accessibilité relatifs à l'organisation des consultations ophtalmologiques, au traitement chirurgical de la cataracte et aux utilisateurs.

# **CADRE D'ANALYSE:**

**HYPOTHESES DE RECHERCHE**

## IV CADRE D'ANALYSE

Les premières recherches sur l'utilisation des services de santé dans les pays en développement mettaient l'accent sur les composantes culturelles et les moyens de limiter les effets des barrières culturelles. Plus tard l'anthropologie médicale a adopté une perspective globale et les comportements de santé dans l'utilisation ont été modélisés selon des perspectives disciplinaires diverses (HADDAD et FOURNIER) (37).

La revue de la littérature a montré que l'accessibilité est un phénomène très complexe ne se limitant pas seulement aux barrières financières et géographiques. L'établissement de relation entre les caractéristiques socio-démographiques des personnes atteintes de cataracte, les attitudes de comportement, le niveau d'accessibilité et d'utilisation de la chirurgie de la cataracte, va constituer notre cadre d'analyse.

Les variables déterminantes de l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte ont des effets qu'on peut difficilement mesurer à cause de la présence des interactions témoignant de la complexité du phénomène. De ce fait le comportement des malades ne se modèle qu'à la suite d'une mise en relation de plusieurs variables.

KROEGER (40) sépare les modèles de processus et modèles de déterminants. Les modèles de processus mettent l'accent sur les séquences décisionnelles des individus tandis que les modèles de déterminants mettent l'emphase sur les facteurs associés aux choix des individus et les variables prédictrices des décisions et des comportements d'utilisation.

Notre étude fait une différence entre le concept d'accessibilité aux prestations de services du centre "Yeelen" et la variable traitement chirurgical de la cataracte. Cette dernière se résume à l'utilisation de la chirurgie par les personnes atteintes de la cataracte, tandis que l'accessibilité constitue un phénomène multidimensionnel qui met en jeu les attributs propres à l'organisation des consultations ophtalmologiques et des producteurs de services.

**CARACTERISTIQUES SOCIO-  
DEMOGRAPHIQUES**

- 1- Age
- 2- Sexe
- 3- Ethnie
- 4- Scolarisation
- 5- Religion
- 6- Statut professionnel

**PROCESSUS DE RECOURS AUX  
SOINS OCULAIRES**

- 1- Itinéraire thérapeutique
- 2- Décision de recours au centre "yeuxien"

**ATTITUDES ET COMPORTEMENTS**

- 1- Accueil
- 2- Attitude par rapport à la chirurgie
- 3- Attitude vis à vis du personnel
- 4- Coût
- 5- Convenance du délai d'axe pour l'opération

**ACCESSIBILITE**

- Géographique
- Culturelle
- Economique
- Organisationnel

Non utilisation de la  
chirurgie de la cataracte

Utilisation de la  
chirurgie de la cataracte

**UTILISATION DU TRAITEMENT  
CHIRURGICAL DE LA CATARACTE**

**CADRE D'ANALYSE**

A travers la revue des études réalisées sur l'utilisation des services de santé, nous pensons que ce cadre d'analyse est pertinent.

Pour FELDER (32) l'accès aux soins médicaux doit être analysé comme une interaction de deux jeux de caractéristiques: celles d'un individu ou de sa famille fait la demande et les caractéristiques relatives au système de soins. Toutes les deux sont influencées par les politiques de santé. Les dimensions de l'accessibilité sont vues comme des facteurs caractérisant la satisfaction du patient et s'interposent entre les deux jeux de facteurs et l'utilisation.

Dans son étude sur les facteurs affectant l'utilisation des soins de santé, DUTTON (30) décrit l'utilisation comme produit de l'interaction des caractéristiques des utilisateurs et celles des producteurs et systèmes de soins. Mais de cette interaction naissent aussi des incompatibilités ou barrières.

Quant à notre étude, elle retient comme variable dépendante la chirurgie de la cataracte qui se définit par l'extraction du cristallin opacifié. L'utilisation de cette chirurgie dépend d'un certains nombre de facteurs individuels, sociaux et organisationnels. Ainsi à travers une étude descriptive, puis comparative de nos données, nous chercherons à mettre en exergue le rôle des caractéristiques individuelles, sociales et organisationnelles sur l'utilisation de la chirurgie de la cataracte à travers les deux hypothèses suivantes.

## **HYPOTHESES DE RECHERCHE:**

### **Hypothèse explicative des barrières à l'utilisation de la chirurgie de la cataracte :**

Le fait de ne pas utiliser la chirurgie de la cataracte serait déterminé par les caractéristiques individuelles des personnes atteintes de la cataracte et la perception qu'elles ont du personnel du centre et de la chirurgie elle-même.

Le mauvais accueil, la méfiance vis à vis du personnel du centre, la peur de la chirurgie, le coût de la chirurgie, empêcheraient l'utilisation de la chirurgie de la cataracte.

Les personnes non scolarisées, les personnes ayant un certain statut professionnel, auraient tendance à ne pas utiliser la chirurgie de la cataracte.

### **hypothèse explicative de l'utilisation de la chirurgie de la cataracte:**

L'utilisation de la chirurgie par les personnes atteintes de la cataracte serait influencée d'une part par leur satisfaction par rapport à l'accueil, la confiance en la médecine moderne et au personnel du centre et d'autre part par leurs caractéristiques individuelles.

L'échec de l'automédication ou du traitement traditionnel favoriserait le recours à la chirurgie de la cataracte.

Les personnes scolarisées, les personnes ayant un certain statut professionnel auraient plus tendance à utiliser la chirurgie de la cataracte.

# METHODOLOGIE

# V/ METHODOLOGIE:

Pour approcher notre problématique, nous avons choisi de mener une étude mettant en relation l'utilisation et la non utilisation du traitement chirurgical de la cataracte avec un ensemble de variables relative aux caractéristiques socio-démographiques des patients, aux attitudes et à l'organisation des consultations ophtalmologiques et de la chirurgie de la cataracte.

## 1°) DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES VARIABLES:

Pour les besoins de notre étude les termes et variantes suivants ont été définis de manière opérationnelle.

- **Utilisation de la chirurgie de la cataracte:** Elle concerne toutes les personnes qui ont eut recours à la chirurgie pour traiter leurs cataractes au niveau du centre Yeelen de Sikasso.

- **Non utilisation de la chirurgie de la cataracte:** Elle concerne les personnes qui ont été consultées au centre Yeelen de Sikasso pour cataracte mais qui ne sont pas fait opérées. Notons que qu'ici on retrouve trois catégories de personnes:

Celles qui sont restées avec leur cataracte, celles qui se sont fait traitées chez les guérisseurs, et les personnes qui se sont fait opérées dans d'autres centres.

- **Automédication:** Est déterminée par la prise de médicaments pharmaceutiques ou traditionnels sans avoir au préalable consulté un agent de la santé ou un tradipraticien.

- **Médecine traditionnelle:** Résume les prestations de service offert par un tradipraticien. C'est l'ensemble des pratiques culturelles visant à soigner les maladies des yeux.

- **Attitude vis à vis du personnel:** C'est la perception que les patients ont

des agents du centre; mais surtout la nature de la relation qui s'est établie ou développée entre les utilisateurs et le personnel. Ces relations peuvent se traduire par la confiance, la méfiance ou la peur à l'endroit du personnel.

- **Attitude face à la chirurgie:** C'est la perception que les patients ont de la chirurgie comme seule alternative au traitement de la cataracte, c'est à dire le comportement qu'adopte le patient devant l'indication du traitement chirurgical. Ce comportement peut se manifester par la peur, le refus ou l'acceptation de ce traitement.

- **Accueil:** englobe l'ensemble des aspects entourant l'entrée des malades dans les services ophtalmologiques. Il s'agit de la mise à la disposition des personnes de places assises, de l'information dont elles ont besoins, lors du service, la gentillesse et la diligence du personnel. L'accueil est essentiellement mesuré par la perception que les malades ont du personnel et leur satisfaction du déroulement de la consultation.

- **Délai d'attente:** est déterminé par le temps qui s'écoule depuis la première visite jusqu'au jour de l'intervention chirurgical.

- **Coût:** Englobe l'ensemble des dépenses faites par le patient pour se traiter; c'est à dire le coût l'opération chirurgical et l'achat des médicaments.

- **Niveau scolaire:** Se définit par le nombre d'années passées à l'école.

- **L'âge:** Est déterminé par le nombre d'années écoulées depuis la naissance.

Signalons que pour la majorité des cas, les années sont comptées en saison de pluies que la personne a vu s'écoulé.

- **Statut professionnel:** Est mesuré par la profession principale de la personne. Les différents types de statut professionnel que nous avons retenus:

Retraité: regroupe toutes les personnes qui sont en retraite au moment de l'enquête.

Paysan: regroupe tous ceux qui menent une activité principale relative à la pêche, la chasse, l'agriculture, l'élevage, la forge.

Ménagère: regroupe toutes les personnes de sexe féminin qui n'exercent pas une profession.

Salarié: sont ceux qui reçoivent une rémunération mensuelle provenant de

l'employeur.

Commerçant: regroupe tous ceux qui menent une activité commerciale leur rapportant des revenus monétaires.

Autres: regroupe tous ceux qui menent une activité en dehors des activités sus citées.

## **2°) ECHANTILLONNAGE:**

L'étude a porté sur des personnes habitants dans la commune de Sikasso et répondant aux critères suivants:

- Avoir consulté au centre Yeelen de Sikasso pour cataracte.
- Avoir eu la chirurgie comme indication au traitement de sa cataracte.
- Etre opéré ou non de la cataracte au centre Yeelen de Sikasso.

Ne disposant d'aucune base de tirage au niveau des quartiers de la commune, nous avons choisi un échantillonnage par choix raisonné et nous l'avons structuré de la façon suivante:

- 50 personnes opérées de la cataracte.
- 100 personnes non opérées de la cataracte mais ayant consulté au centre pour cataracte.

Ces personnes ont été tirées à partir des registres de consultation de 1991 à 1993 avec leurs adresses complètes. Il s'agit d'un échantillonnage dont le but est de constituer un sous ensemble de la population cible qui reproduise le plus possible les caractéristiques de cette dernière. Notons qu'au niveau d'une concession, toutes les personnes répondant aux critères doivent être enquêtées même si elles ne figuraient pas parmi celles déjà tirées.

Ainsi notre enquête nous a permis de disposer d'un effectif global de 156 personnes dont 52 personnes opérées et 104 personnes non opérées. Cet effectif est supérieur à l'effectif de 150 personnes que nous nous sommes fixés. L'enquête a duré un mois (du 1er Mai au 30 Mai 1994). Le calendrier d'exécution des activités est présenté en annexe 4.

### **3°) COLLECTE DES DONNEES:**

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire ( Annexes 1 et 2 ). Le questionnaire est constitué de trois parties:

La première partie concerne les caractéristiques socio-démographiques, la deuxième partie concerne les données relatives au processus de prise de décision de recours aux soins et enfin la troisième partie est relative aux caractéristiques organisationnelles des consultations ophtalmologiques (comportement et attitude vis à vis des prestations et du personnel).

L'enquête a été administrée par des enquêteurs qui ont été formés suivant un guide d'enquêteur ( Annexe 3 ) élaboré à cet effet. La formation des enquêteurs a duré deux jours (rappelant que ces enquêteurs ont déjà une expérience dans ce genre d'enquête). La formation a été assurée par nous même et le directeur régional de la statistique.

Les données ont été recueillies par l'entrevue direct avec les personnes choisies et en langue bambara.

Un pré-test a lieu sur le terrain sur un effectif de 15 personnes (5 personnes opérées et 10 personnes non opérés) et a précédé l'utilisation à grande échelle du questionnaire. Il a permis d'adapter la formulation de certaines questions. Le pré-test a surtout permis de révéler les problèmes de validité entourant la réponse à certaines questions comme l'accueil, l'attitude qu'inspire les professionnels de la santé oculaire aux personnes atteintes de la cataracte.

En fait pour être accepté par les personnes, les enquêteurs sont obligés de décliner leur identité et d'expliquer l'objectif de l'enquête pour se faire distinguer des agents de la fiscalité et mériter la confiance des personnes qu'ils doivent interroger.

### **4°) TECHNIQUE D'ANALYSE:**

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel EPI INFO.

Nous avons procédé à une analyse descriptive détaillée des différents tableaux puis à une analyse comparative des tableaux identiques aux deux groupes. Ces deux types d'analyse ont permis l'identification des variables les plus significatives dans

l'utilisation de la chirurgie.

## **5°) CRITIQUE DES DONNEES:**

Dans cette partie nous discuterons de la qualité de la collecte et de la validité de la recherche.

La qualité de la collecte des données peut se résumer partiellement du moins par le taux de réponse des personnes enquêtées et des questions. Le pourcentage des questions non répondues est nul malgré les difficultés liées aux réponses à certaines questions impliquant la notion de temps ou qui demandent les renseignements sur les coûts. Or toutes les personnes sélectionnées dans notre échantillon ont été effectivement enquêtées.

Cependant il faut noter la possibilité de biais résultant d'imprécision quant aux dates, âges et dépenses effectuées qui sont des erreurs fréquentes particulièrement quand on recule plus loin dans le temps et que les personnes sont par conséquent plus âgées au moment de l'enquête.

Ces problèmes sont liés à la mémoire des enquêtés. Pour minimiser ces biais, un effort important a été fourni en se servant au besoin d'un calendrier lunaire et des saisons de pluies.

Notre étude étant une étude qualitative, la taille de l'échantillon bien que restreinte, permet de nous assurer que les variations observées ne sont pas aléatoires.

Nous pouvons définir la validité comme la capacité d'un instrument à mesurer le phénomène étudié ; c'est à dire l'adéquation entre les variables retenues et les concepts théoriques à mesurer. L'évaluation de la qualité de l'instrument de mesure passe par la validité de contenu.

La validité de contenu consiste à juger de la capacité de l'instrument à mesurer toutes les facettes du phénomène à l'étude.

Nous n'avons pas rencontré de problèmes liés à la compréhension des questions par les enquêtés. Aussi des dispositions ont été prises lors de la formation pour

éviter tout biais lié à la compréhension des questions. C'est pourquoi dans notre étude, les questions ont été traduites en langue nationale et convenablement bien administrées.

La validité externe est celle par laquelle on réussit à extrapoler les résultats d'une étude à d'autres groupes où le phénomène étudié existe. Mais il y a problème de validité externe compte tenu de la taille de l'échantillon, des spécificités de la population étudiée, et de la manière dont les consultations sont organisées au centre "Yeelen" de Sikasso.

Il s'agit ici d'une étude de cas dans une communauté desservie par un centre de santé ophtalmologique: le Centre Yeelen de Sikasso.

# RESULTATS

# VI/ RESULTATS:

## 1- ETUDE DESCRIPTIVE:

### 1-1- LES OPERES DE LA CATARACTE:

Rappelons que ces personnes sont au nombre de 52 et elles ont été toutes opérées au centre "Yeelen" de Sikasso.

#### 1-1-1- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES:

Parmi les 52 personnes opérées, 67,3% sont de sexe masculin et 32,7% sont de sexe féminin (Tableau n°7). L'âge des enquêtés est de 61ans avec une dispersion allant de 23 à 83ans (Tableau n°8). Le tableau n°10 montre que 52,9%des enquêtés(27pers.) appartiennent à l'ethnie sénoufo/minianka, 17,3% des enquêtés sont de l'ethnie peulh, ensuite les bambara et les malinkés viennent avec un pourcentage de 9,6% chacun.

En ce qui concerne la scolarisation, on note que seulement 28,8% des enquêtés sont scolarisés(15 pers.), contre 71,2% des enquêtés non scolarisés(37 pers.).

Parmi les 15 personnes scolarisées, 40% avaient fréquenté le secondaire, 26,7% avaient fréquenté le second cycle et 33,3% le premier cycle (Tableau n°9).

Le tableau n°11 montre que les ménagères représentent 30,8% des enquêtés (16 pers.), contre 26,9%(14 pers.) et 17,3%(9 pers.) respectivement pour les paysans et les retraités.

**Tableau n°7: Répartition selon le sexe des 52 personnes opérées:**

Sexe	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Masculin	35	67,3
Féminin	17	32,7
Total	52	100

**Tableau n°8: Répartition selon l'âge des 52 personnes opérées:**

Age	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
20- 35ans	3	5,8
36-50 ans	8	14,4
51-60 ans	15	28,8
61-70 ans	8	15,4
71-80 ans	13	25
81-90 ans	5	9,6
Total	52	100

**Tableau n°9: Répartition des 52 personnes opérées selon le niveau scolaire**

Scolarisés	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
- OUI	15	28,8
- NON	37	71,2
Total	52	100
Niveau Scolaire		
- Premier cycle	5	33,3
- Second cycle	4	26,7
- Secondaire	6	40
Total	15	100

**Tableau n° 10: Répartition selon l'ethnie des 52 personnes opérées:**

Ethnie	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Senoufo-Minianka	27	51,9
Bambara	5	9,6
Malinké	5	9,6
Peulh	9	17,3
Sarakolé	2	3,8
Autres	4	7,7
Total	52	100

**Tableau n°11: Répartition selon la profession des 52 personnes opérées:**

Profession	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Retraité	9	17,3
Paysan	14	26,9
Ménagère	16	30,8
Salarié	1	1,9
Commerçant	4	7,7
Autres	8	15,4
Total	52	100

1-1-2- PROCESSUS DE PRISE DE DECISION DE RECOURS AUX SOINS:

**a°) Prise de décision de recours à la consultation et à la chirurgie:**

Parmi les 52 personnes opérées qui ont été enquêtées, 38,5%(20 pers.) ont affirmé qu'elles avaient pris elles même la décision d'aller en consultation au centre "Yeelen", 38,5% aussi ont déclaré que la décision vient d'un parent. Par contre on note que 5,8% et 13,5% des enquêtés ont affirmé avoir eu recours à la consultation ophtalmologique suite respectivement aux conseils d'un opéré de la cataracte et d'un agent de la santé(Tableau n°12).

En ce qui concerne le recours au traitement chirurgical de la cataracte, 57,7% des enquêtés que la décision d'utiliser la chirurgie vient d'eux même, 25% et 11,5% des enquêtés ont déclaré qu'ils ont été amenés à utiliser la chirurgie suite respectivement aux conseils d'un parent et d'un agent de la santé(Tableau n°12). Le tableau n°12 montre la répartition des 52opérés selon la prise de décision de recours à la consultation et à la chirurgie de la cataracte.

**Tableau n°12: Répartition selon la prise de décision de recours à la consultation et à la chirurgie au centre Yeelen de Sikasso:**

Prise de décision de recours aux soins	Nbre Pers. Obs.		Pourcentage	
	Consultation	Chirurgie	Consultation (%)	Chirurgie (%)
Moi même	20	30	38,5	57,7
Un ami	2	1	3,8	1,9
Un parent	20	13	38,5	25
Personne déjà opérée	1	2	5,8	3,8
Agent de la santé	7	6	13,5	11,5
Total	52	52	100	100

**b°) Déterminants de recours au centre "Yeelen":**

Le tableau n°13 montre les raisons pour lesquelles les 52 opérés ont fait recours au centre "Yeelen" de Sikasso. Ainsi, 53,8% des enquêtés ont avancé comme raison de leur recours au centre, la confiance à la médecine moderne. Par contre, 32,7% des enquêtés ont eu recours au centre à la suite de l'aggravation de leurs yeux, et 13,5% des opérés à la suite de l'échec des traitements antérieurs (Automédication et traitement traditionnel).

**Tableau n°13: Déterminant de recours au centre Yeelen des 52 personnes opérées**

Déterminant	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Echec des traitements antérieurs	7	13,5
Aggravation de la maladie	17	32,7
Confiance à la médecine moderne	28	53,8
Total	52	100

**1-1-3- RECOURS AUX SOINS ET ITINERAIRE THERAPEUTIQUE:**

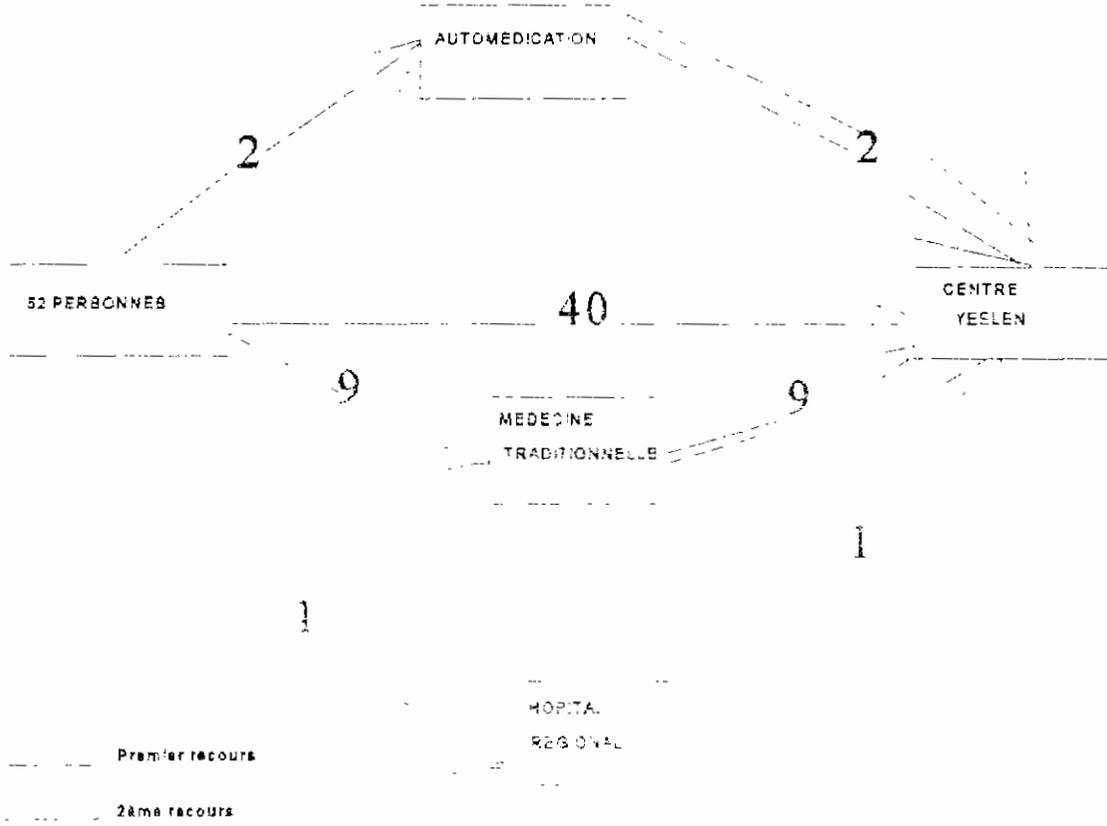
L'itinéraire thérapeutique peut se définir comme la succession des recours aux soins du début jusqu'à la fin de la maladie.

Ainsi sur les 52 personnes opérées, 76,9% (40 pers.) ont fait recours à premier lieu au centre Yeelen de Sikasso. Par contre 17,3%, 3,8% et 1,9% ont eu recours en premier lieu respectivement à la médecine traditionnelle, à l'automédication et l'hôpital régional avant de se diriger en définitive vers le centre (tableau n°14). Le tableau n°15 illustre l'itinéraire suivi par les 52 personnes opérées.

**Tableau n°14: Répartition des 52 personnes opérées selon le premier recours:**

Premier recours	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Centre Yeelen	40	76,9
Médecine traditionnelle	9	17,3
Auto médication	2	3,9
Hôpital régional	1	1,9
Total	52	100

Tableau n° 15: Arbre de l'itinéraire de recours aux soins des 52 personnes opérées:



1-1-4- COMPORTEMENTS ET ATTITUDE VIS A VIS DU  
PERSONNEL ET L'ORGANISATION DU CENTRE

**a°) Attitude face à la chirurgie:**

Ce sous chapitre porte sur l'opinion des 52 personnes opérées en ce qui concerne l'efficacité du traitement chirurgical et leur satisfaction par rapport à ce traitement. Ainsi sur les 52 opérés, 51,9% (27 pers.) elles pensent que la chirurgie est très efficace pour le traitement de la cataracte, 40,4% (21 pers.) avaient déclaré qu'il est efficace. Par contre 3,8% des opérés ont déclaré que ce traitement est peu efficace (tableau n°16).

En ce qui concerne la satisfaction des 52 opérés par rapport à l'opération de la cataracte, 94,2% (49 pers.) ont déclaré être satisfaits de l'opération de leur cataracte et 5,8% (3 pers.) ont affirmé être non satisfaits du traitement chirurgical de leur cataracte (tableau n°17).

Parmi les 49 personnes qui ont déclaré, être satisfaites de leur opération, 87,8% (43 pers.) ont déclaré que leur vision s'est améliorée de plus après l'opération et 12,2% (6 pers.) avaient affirmé que l'opération de leur cataracte leur a permis de s'occuper seuls de leurs affaires.

Parmi les trois personnes qui avaient affirmé être non satisfaites de l'opération, 66,7% ont déclaré que l'opération n'a pas amélioré leur vue et 1,1% déclarent que l'opération a diminué leur vision.

**Tableau n°16: Opinion des 52 personnes opérées sur l'efficacité du traitement chirurgical de la cataracte:**

Efficacité de la chirurgie	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Très efficace	27	51,9
Efficace	21	40,4
Peu efficace	2	3,8
Pas efficace	2	3,8
Total	52	100

**Tableau n°17: Répartition selon la satisfaction des 52 personnes opérées:**

Satisfait	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
OUI	49	94,2
NON	3	5,8
Total	52	100

**b°) Attitude vis-à- vis de l'organisation des consultations et du personnel:**

Le personnel chargé des consultations ophtalmologiques, est qualifié de très accueillant par 61,5% des opérés enquêtés, d'accueillant par 38,5% des enquêtés (tableau n°19).

Par ailleurs 96,2% des enquêtés ont manifesté une confiance aux agents du centre, 3,8% des enquêtés ont déclaré se méfier du personnel et 1,9% affichent une peur vis à vis du personnel du centre. Le tableau n°18 montre la répartition des 52 opérés selon leur attitude vis à vis du personnel .

**Tableau n° 18: attitude des 52 personnes opérées vis-à-vis du personnel du centre:**

Attitude	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Confiance	50	96,2
Méfiance	1	1,9
Peur	1	1,9
Total	52	100

**Tableau n°19: Appréciation de l'accueil par les 52 personnes opérées:**

Accueil	Nbre Pers.Obs.	%
Très accueillant	32	61,5
Accueillant	20	38,5
Pas accueillant	0	0
Total	52	100

Signalons que 96,2% des opérés enquêtés ont été consulté le premier jour de leur arrivée au centre. Par contre 3,8% des enquêtés n'ont pas été consulté le premier jour pour non paiement de ticket de consultation.

Chaque personne a consacré à moyenne 80 minutes pour une visite avec un écart-type de 111 minutes. Le délai entre la première visite et l'intervention chirurgicale est de 11 jours en moyenne avec une dispersion allant de 1 à 90 jours et un écart - type de 18 jours.

A cet effet, 76,9% des opérés enquêtés (40 pers.) ont déclaré que le délai entre la consultation et l'opération était raisonnable, 21,2% des enquêtés ont estimé que le délai était court et 1,9% des enquêtés se sont plaint de la durée trop longue du délai (tableau n°20).

**Tableau n°20: Opinion des 52 personnes opérées sur le délai d'attente pour l'intervention:**

Délai d'attente	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Très long	1	1,9
Raisnable	40	76,9
Court	11	21,2
Total	52	100

Les patients ont payé en moyenne 17 925 F CFA pour le traitement chirurgical de la cataracte avec un écart - type de 11360 F CFA. Rappelons qu'au niveau du centre Yeelen le coût de l'acte chirurgical sur un oeil plus l'hospitalisation s'élève à 8 000 F CFA. Le tableau n°21 montre la répartition des dépenses effectuées par les 52 opérés enquêtés.

**Tableau n°21: Répartition selon les dépenses effectuées par les 52 personnes opérées:**

Dépenses (en F CFA)	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Soins gratuits	2	3,8
3 000-10 000	10	19,2
11 000- 18 000	25	48,3
19 000-26 000	10	19,2
27 000-34 000	1	1,9
35 000-42 000	2	3,8
43 000-60 000	2	3,8
Total	52	100

Ce tableau montre que 2 personnes ont reçu gratuitement les soins.

Ainsi sur les 50 personnes qui ont effectivement payé le coût des prestations, 8% ont déclaré que le coût est élevé, 32% ont déclaré que le coût est moyen et 60% ont estimé que le coût est peu élevé (tableau n°22).

**Tableau n°22: Appréciation du coût par les 50 personnes opérées ayant effectivement dépensées une somme pour leurs traitements:**

Coût	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Très élevé	4	8
Moyen	16	32
Peu élevé	30	60
Total	50	100

Notons que parmi les 52 personnes opérées, 84,7% (43 pers.) ont affirmé n'avoir eu aucune déception dans expérience de recours au centre Yeelen. Par contre 9,6% ont déclaré qu'elles ont été déçues par l'inefficacité des soins reçus, 3,8% ont affirmé qu'elles ont été déçues par le comportement du personnel à leur égard (tableau n°23).

**Tableau n°23: Motifs de déceptions des 52 personnes opérées au centre Yeelen:**

Motifs de déception	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Comportement du personnel	2	3,8
Inefficacité des soins reçus	6	11,5
Coût élevé des prestations	1	1,9
Aucune déception	43	82,5
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Le tableau n°24 faisant une répartition de l'appréciation des opérés dans leur recours au centre, montre que sur les 52 personnes enquêtées, 30,8% ont apprécié la disponibilité du personnel, 67,3% ont apprécié l'efficacité des soins reçus. Par contre 1,9% ont déclaré qu'elles n'avaient rien apprécié dans leur expérience de recours au centre Yeelen.

**Tableau n°24: Faits appréciés par les 52 personnes opérées dans leur expérience de recours aux soins:**

Faits appréciés	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Disponibilité du personnel	16	30,8
Efficacité des soins reçus	35	67,3
Rien	1	1,9
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

1-1-5- L'OPERE ET LA CIRCULATION DE L'INFORMATION:

Dans ce chapitre nous voulons faire ressortir le rôle des utilisateurs de la chirurgie de la cataracte dans l'information et la sensibilisation sur la chirurgie de la cataracte dans leurs communautés.

Sur les 52 opérés enquêtés, 57,7%(30 pers.) ont déclaré, qu'ils avaient déjà conseillé à une autre personne de recourir à la chirurgie de la cataracte. Par contre 42,3% des enquêtés (22 pers.) ont affirmé, qu'ils n'avaient jamais conseillé une personne de recourir à cette chirurgie (Tableau n°25).

**Tableau n°25: Répartition selon le conseil donné à une tierce personne de recourir à la chirurgie:**

Ont conseillé	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
OUI	30	57,7
NON	22	42,3
Total	52	100

Le tableau n°26 montre que sur les 30 personnes qui avaient conseillé à d'autres personnes de faire recours à la chirurgie, 86,7% ont affirmé que les personnes conseillées avaient suivi leurs conseils. Par contre, 3,3% ont déclaré que ces personnes n'ont pas suivi leurs conseils et 10% ne savent pas si leurs conseils ont été suivis ou non.

**Tableau n°26: Répartition selon le suivi de conseil:**

Suivi de conseil	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
OUI	26	86,7
NON	1	3,3
Ne sait pas	3	10
Total	30	100

### 1-2- LES NON OPERES DE LA CATARACTE:

Rappelons que les personnes enquêtées dans cette tranche sont au nombre de 104; elles ont été toutes consultées au centre "Yeelen" de Sikasso. Toutes les 104 personnes ont reçu comme indication au traitement de leur cataracte la chirurgie; mais elles ne sont plus revenues au centre pour subir l'opération de la cataracte.

#### 1-2-1- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES:

Parmi les 104 personnes enquêtées, 69,2% (72 pers.) sont de sexe masculin et 30,8%(32 pers.) sont de sexe féminin (Tableau n°27).

L'âge moyen des enquêtés est de 67ans avec une dispersion allant de 20 à 88ans(Tableau n°28)

**Tableau n°27: Répartition selon le sexe des 104 personnes non opérées**

Sexe	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Masculin	72	69,2
Féminin	32	30,8
Total	104	100

**Tableau n°28: Répartition selon l'âge des 104 personnes non opérées**

Age	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
20-35 ans	2	1,9
36-50 ans	6	5,8
51-60 ans	24	23,1
61-70 ans	34	32,7
71-80 ans	27	25,9
81-90 ans	11	10,6
Total	104	100

Le tableau n°29 montre que 66,3% des enquêtés sont de l'ethnie sénoufo/minianka, 11,5% des enquêtés sont des bambara, 10,6% sont des peulhs, ensuite viennent les malinkés(3,8% des enquêtés) et les sarakolés(2,9% des enquêtés)

**Tableau n°29: Répartition selon l'ethnie des 104 personnes non opérées**

Ethnie	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Sénoufo-Minianka	69	66,3
Bambara	12	11,5
Malinké	4	3,8
Peulh	11	10,6
Sarakolé	3	2,9
Autres	5	4,8
Total	104	100

En ce qui concerne la scolarisation, le tableau n°30 révèle que 81,7% des enquêtés sont non scolarisés et 18,3% des enquêtés sont scolarisés.

**Tableau n°30: Répartition selon la scolarisation des 104 personnes non opérées**

Scolarisation	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
OUI	19	18,3
NON	85	81,7
Niveau scolaire		
Premier cycle	8	42,1
Second cycle	3	15,8
Secondaire	5	26,3
Supérieur	2	10,5
Universitaire	1	5,3
Total	19	100

La répartition des 104 personnes enquêtées selon le statut professionnel (Tableau n°31) montre que 28,8% des enquêtés ont le statut de ménagère comme profession, les paysans représentent 26% des enquêtés, les retraités 24% et les commerçant 13,5% des enquêtés.

**Tableau n° 31: Répartition selon la profession des 104 personnes non opérées**

Profession	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Retraité	25	24
Paysan	27	26
Ménagère	30	28,8
Salarié	2	1,9
Commerçant	14	13,5
Autres	6	5,8
Total	104	100

Signalons que toutes les 104 personnes enquêtées déclarent pratiquer l'islam comme religion.

#### 1-2-2- PROCESSUS DE LA PRISE DE DECISION DE RECOURIR AUX SOINS:

Parmi les 104 personnes enquêtées, 36,5% (38 pers.) ont affirmé être allées d'elles même consulter au centre "Yeelen". Par contre 35,6% des enquêtés ont consulté en ophtalmologie à la suite des conseils d'un agent de la santé, 18,3% et 7,7% des enquêtés ont été aidés dans leur décision de recourir au centre, respectivement par un parent et un opéré. Le tableau n°32 montre la répartition des 104 personnes enquêtées selon l'initiative de prise de décision de recours au centre.

**Tableau n°32: Initiative de la prise de décision de consulter au centre par les 104 personnes non opérées:**

Prise de décision	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Moi même	38	36,5
Un ami	2	1,9
Un parent	19	18,3
Une personne opérée	8	7,7
Un agent de la santé	37	35,6
Total	104	100

1-2-3- RECOURS AUX SOINS ET ITINERAIRE THERAPEUTIQUE:

**a°) Le premier recours:**

La majorité des personnes enquêtées ont eu recours en première étape au centre "Yeelen" de Sikasso: 64,4% des enquêtés.

Par contre 27,9% et 5,8% des enquêtés ont eu recours en première étape respectivement à l'automédication et à la médecine traditionnelle. Le tableau n°33 montre la répartition des 104 personnes selon le premier recours.

**Tableau n°33: Répartition des 104 personnes non opérées selon le premier recours:**

Premier recours	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Centre Yeelen de Sikasso	67	64,4
Automédication	29	27,9
Médecine traditionnelle	6	5,8
Hôpital régional	2	1,9
Total	104	100

**b°) Les différents recours après passage au centre:**

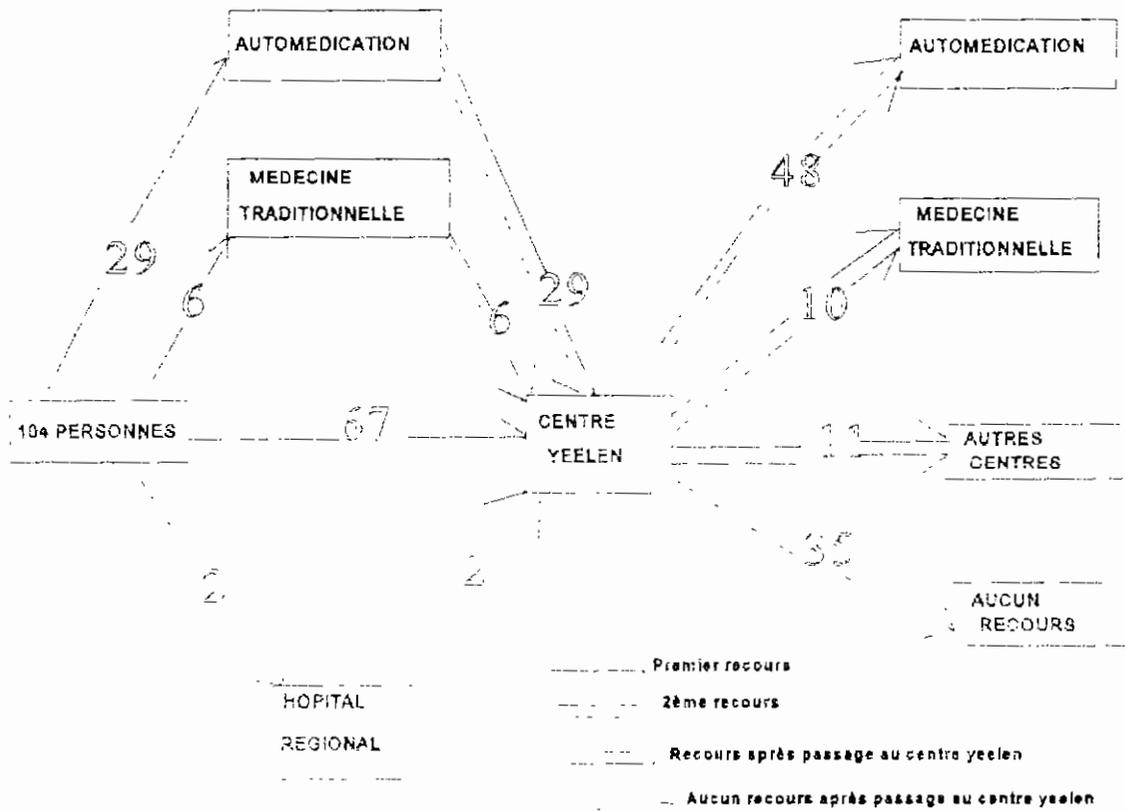
Après le passage des 104 personnes au centre "Yeelen" de Sikasso, 33,7% sont restées sans aucun autre recours et 66,3%(69 pers.) ont suivi d'autres itinéraires thérapeutiques(Tableau n°34).

Parmi ces 69 personnes, 48 personnes(42,6% des 104 pers.) ont recours à l'automédication, 10 personnes(9,6% des 104 pers.) ont eu recours à la médecine traditionnelle et 11 personnes se sont fait opérées dans d'autres centres. Le tableau n°35 montre l'itinéraire thérapeutique suivi par les 104 personnes.

**Tableau n°34: Les différents recours des 104 personnes non opérées après leur passage au centre Yeelen de Sikasso**

Recours après passage au centre Yeelen	Nbre Pers. Obs.	pourcentage
Automédication	48	46,2
Médecine traditionnelle	10	9,6
IOTA	5	4,8
Centre Yeelen de San	2	1,9
Centre Yeelen de Ségou	2	1,9
Hôpital régional	2	1,9
Aucun autre recours	35	33,7
Total	104	100

Tableau n°35: Arbre itinéraire suivi par les 104 personnes:



Signalons que sur les 35 personnes qui n'ont eu recours à aucun autre traitement après leur passage au centre Yeelen de Sikasso, 57,1% (20 pers.) avancent comme raison le manque de moyen financier, 22,9% (8 pers.) ont affirmé qu'elles préfèrent rester avec leur maladie pour raison de vieillesse et 14,3% (5 pers.) déclarent qu'elles s'en remettent à Dieu. Le tableau n°36 montre le motif de non recours aux soins oculaires des 35 personnes après leur passage au centre.

**Tableau n°36: Motif de non recours aux soins oculaires des 35 personnes après leur passage au centre Yeelen de Sikasso**

Motif	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Préfère rester avec sa maladie (pour raison de vieillesse)	8	22,9
Manque de moyen financier	20	57,1
S'en remet à Dieu	5	14,3
Fait de n'avoir reçu aucun traitement au centre	2	5,7
Total	35	100

**c°) Les déterminants de recours au centre "Yeelen".**

Ici nous faisons une description des raisons qui ont poussé les 104 personnes à avoir recours au centre Yeelen. Ainsi 37,5% des personnes enquêtées ont affirmé avoir eu recours au centre Yeelen à la suite de l'aggravation de la maladie de leurs yeux (baisse totale de la vision), 18,3% des enquêtées ont déclaré avoir eu recours au centre à la suite de l'échec des traitements antérieurs (automédication et traitement traditionnel). Le tableau n°37 montre la répartition des 104 personnes selon les motifs qui les ont amenés à avoir recours au centre Yeelen.

**Tableau n°37: Déterminants de recours au centre Yeelen de Sikasso par les 104 personnes enquêtées:**

Déterminants de recours au centre	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Echec des traitements antérieurs	19	18,3
Aggravation de la maladie	39	37,5
Confiance à la médecine moderne	36	34,6
Douleur aux yeux	6	5,8
Visite recommandée par une tierce personne	4	3,8
Total	104	100

1-2-4- ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS A VIS DU  
PERSONNEL ET L'ORGANISATION DU CENTRE:

**a°) Attitude face à la chirurgie:**

Rappelons que toutes les 104 personnes ont eu la chirurgie comme indication au traitement de leur cataracte au niveau du centre Yeelen.

Ainsi sur les 104 personnes enquêtées, 79,9% (81 pers.) ont reconnu qu'on leur a prescrit de se faire opérer de leur cataracte.

Par contre (19 pers.) ont déclaré que seul un traitement médical leur a été proposé et 3,8% ont affirmé qu'aucun traitement ne leur a été proposé au centre.

Le tableau n°38 montre la répartition des 104 personnes selon le traitement qu'elles affirment, leur avoir été proposé.

**Tableau n°38: Répartition selon la proposition de traitement que le malade pense lui être proposé lors de la visite au centre Yeelen de Sikasso (en réalité la chirurgie à été proposée à toutes les 104 personnes)**

Traitement proposé	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Traitement chirurgical	81	77,9
Traitement médical	19	18,3
Aucun traitement	4	3,8
Total	104	100

Signalons que 79 personnes (76% des 104 personnes enquêtées) ont affirmé qu'elles ont été programmées pour l'opération de la cataracte et 25 personnes (24% des 104 personnes) ont déclaré qu'elles n'ont pas été programmées.

Parmi les 79 personnes qui ont affirmé qu'elles ont été programmées pour l'opération, 50,6% ont déclaré qu'elles ne sont plus retournées au centre parcequ'elles avaient peur de la chirurgie, 34,2% ont estimé que le coût des prestations était très élevé et 6,3% ont avancé comme raison la non convenance du délai qui leur a été fixé pour l'opération. Le tableau n°39 montre les raisons avancées par les 79 personnes programmées pour leur non utilisation de la chirurgie.

**Tableau n°39: Raisons avancées pour leur non utilisation de la chirurgie par les 79 personnes programmées:**

Raisons	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Peur de la chirurgie	40	50,6
Coût élevé de la prestation	27	34,2
Non convenable du délai fixé pour la chirurgie	5	6,3
Échec de l'anesthésie	4	5,1
Manque d'aide dans les travaux ménagés	2	2,5
Désagrément causé par l'atropine	1	1,3
Total	79	100

Concernant les 25 personnes non programmées, 80% ont déclaré qu'un rendez vous ne leur avait pas été fixé, 12% ont affirmé qu'elles ne savaient pas que le docteur leur avait dit de revenir et 8% ont refusé le traitement chirurgical. Le tableau n°40 montre les raisons pour lesquelles les 25 personnes ne sont plus retournées au centre.

**Tableau n°40: Raison pour lesquelles les 25 autres personnes ne sont plus retournées au centre:**

Raisons	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Rendez-vous non fixé	20	80
Message non compris	3	12
Refus du traitement	2	8
Total	25	100

Signalons qu'à la question "pensez-vous que la chirurgie est le traitement adéquat de la cataracte ?" posée aux 104 personnes 45,2% (47 pers.) ont répondu que la chirurgie est le traitement adéquat de la cataracte. En contre 49% des enquêtés ont déclaré que la chirurgie n'est pas le traitement adéquat de la cataracte et 5,8% ont affirmé n'avoir aucune opinion sur ce sujet (tableau n° 41).

**Tableau n°41: Réponse à la question: Pensez-vous que la chirurgie est le traitement adéquat de la cataracte ?**

Chirurgie = traitement adéquat de la cataracte	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
OUI	47	45,2
NON	51	49
Ne sait pas	6	5,8
Total	104	100

Quant à la question "êtes-vous pour ou contre le traitement chirurgical de la cataracte?" posée aux 104 personnes, 52,9% des enquêtés ont déclaré qu'elles sont contre le traitement chirurgical. Par contre 47,1% des enquêtés ont affirmé qu'elles sont pour le traitement chirurgical (tableau n°42).

**Tableau n°42: Réponse à la question: Etes-vous pour ou contre de la chirurgie de la cataracte ?**

Chirurgie de la cataracte	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Contre	55	52,9
Pour	49	47,1
Total	104	100

Le tableau n°43 montre que 96,4% des 55 personnes qui ont déclaré être contre le traitement chirurgical de la cataracte expliquent cet état des faits une peur manifestée vis-à-vis de la chirurgie et 3,6% d'entre elles par l'échec de la chirurgie chez un parent proche.

**Tableau n°43: Raisons pour lesquelles les 55 personnes se déclarent contre la chirurgie de la cataracte:**

Raison	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Peur du traitement chirurgical	53	96,4
Échec de la chirurgie chez un parent proche	2	3,6
Total	55	100

**b°) Attitude vis à vis de l'organisation des consultations ophtalmologiques et du personnel:**

Le personnel du centre est qualifié de très accueillant par 34,6% des enquêtés, d'accueillant par 58,7% des enquêtés et de pas accueillant pas 6,7% des enquêtés (tableau n°44).

**Tableau n°44: Appréciation de l'accueil par les 104 personnes non opérées**

Accueil	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Très accueillant	36	34,6
Accueillant	61	58,7
Pas accueillant	7	6,7
Total	104	100

Par ailleurs 55,8% des enquêtés ont manifesté leur confiance au personnel du centre, 39,4% des enquêtés ont manifesté leur méfiance vis à vis du personnel et 4,8% des enquêtés la peur (tableau n°45).

**Tableau n°45: attitude des 104 personnes non opérées vis-à-vis du personnel du centre**

Attitude	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Confiance	58	55,8
Méfiance	41	39,4
Peur	5	4,8
Total	104	100

Signalons que toutes les 104 personnes ont été consultées dès leur première visite au centre. Chaque personne a consacré en moyenne 56 minutes pour la visite avec une dispersion allant de 10 minutes à 120 minutes et un écart -type de 27 minutes. En ce qui concerne le rendez-vous fixé pour l'opération, il se situe entre deux à 15 jours. Signalons que 19,2% des 104 personnes enquêtées avaient affirmé qu'un rendez-vous leur a été fixé et 80,8% des enquêtés ont déclaré qu'aucun rendez-vous ne leur a été fixé (tableau n°46).

**Tableau n°46: Répartition selon la fixation d'un rendez-vous**

Rendez-fixé	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
OUI	20	19,2
NON	84	80,8
Total	104	100

Le tableau n°47 montre l'opinion des 20 personnes sur le délai fixé. Ainsi sur ces 20 personnes, 28% ont déclaré que le délai fixé était très long, 50% ont affirmé qu'il était raisonnable et 30% ont estimé qu'il était court.

**Tableau n°47: Opinion des 20 personnes sur le délai fixé:**

Opinion sur le délai	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Très long	4	20
Raisnable	10	50
Court	6	30
Total	20	100

En ce qui concerne les coûts des prestations au niveau du centre le tableau n°48 montre que 34,6% des enquêtés n'ont pas été informés sur les coûts des prestations. Par contre 39,4% des enquêtés déclarent qu'on leur a réclamé 8 000 F CFA pour le traitement chirurgical, 7,8% et 18,2% des enquêtés ont affirmé qu'on leur a réclamé respectivement une somme comprise entre 500 - 3 500 F CFA et 9 000 - 50 000 F CFA.

Signalons qu'au niveau centre Yeelen de Sikasso le patient paye 500 F pour le ticket et 8 000 F CFA pour la chirurgie de la cataracte.

Le tableau n°48 montre la répartition des 104 personnes enquêtées selon qu'on leur a demandé.

**Tableau n°48: Répartition selon la somme demandée aux 104 personnes non opérées**

Somme demandée	Nbre Pers. Obs.	pourcentage
Somme non fixée	36	34,6
< à 8000 F CFA	8	7,8
8000 F CFA	41	39,4
> à 8000 F CFA	19	18,2
Total	104	100

Le tableau n°49 montre que sur les 68 personnes à qui une somme a été demandé, 70,6% ont déclaré la somme est très élevée. Par contre 13,2% des et 16,2% des 68 personnes l'ont trouvé respectivement moyenne et peu élevée.

**Tableau n°49: Appréciation du coût par les 68 personnes à qui on a demandé une somme pour leur traitement**

Coût	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Très élevé	48	70,6
Moyen	9	13,2
Peu élevé	11	16,2
Total	68	100

Sur les 104 personnes enquêtées, 36,5%(38 pers.) ont déclaré qu'elles ont été déçues du traitement chirurgical qui leur a été proposé au centre, 24%(25 pers.) ont manifesté leur déception vis-à-vis du coût des prestations qu'elles estiment très élevé. Par ailleurs, 24% des enquêtés ont déclaré qu'elles n'ont eu aucune dans leur expérience de recours au centre "Yeelen" de Sikasso.

Le tableau n°50 montre les motifs de déceptions des 104 personnes dans leurs expériences de recours au centre "Yeelen" de Sikasso.

**Tableau n°50: Motifs de déception des 104 personnes dans leur expérience de recours au centre "Yeelen" de Sikasso:**

Motifs de déception	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Comportement du personnel	3	2,9
Traitement proposé	38	36,5
Délai fixé pour la chirurgie	4	3,8
Coût élevé des prestations	25	24
Délai d'hospitalisation	2	1,9
Échec de l'anesthésie	3	2,9
Fait de n'avoir reçu aucun traitement	3	2,9
État de délabrement du bâtiment	1	1
Aucune déception	25	24
Total	104	100

Par contre dans leurs expériences de recours au centre "Yeelen", 70,2% des enquêtés avaient affirmé, qu'ils ont apprécié l'accueil réservé au malade au centre, 19,2% des enquêtés ont apprécié la disponibilité du personnel et 10,7% des enquêtés ont déclaré qu'ils n'avaient rien apprécié dans leurs expériences de recours au centre "Yeelen" (Tableau n°51) .

**Tableau n°51: Faits appréciés par les 104 personnes dans leur expérience de recours au centre:**

Actes appréciés	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Disponibilité du personnel	20	19,2
Accueil	73	70,2
Rien	11	10,6
Total	104	100

1-2-5- LE NON OPERE ET LA CIRCULATION DE L'INFORMATION:

Sur les 104 personnes enquêtées, 31,7% ont affirmé qu'elles avaient déjà conseillé à une autre personne d'avoir recours au centre "Yeelen" et 68,3% des enquêtés ont déclaré qu'ils n'avaient conseillé à quelqu'un d'avoir recours au centre "Yeelen" (Tableau n°52).

**Tableau n°52: Répartition selon le conseil donné à une tierce personne de recourir au centre Yeelen :**

Conseillé	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Oui	33	31,7
Non	71	68,3
Total	104	100

Parmi les 33 personnes qui avaient déjà conseillé une autre personne, 60,6% avaient conseillé l'utilisation de la consultation médicale et 39,4% avaient conseillé l'utilisation de la chirurgie (Tableau n°53).

**Tableau n°53: Répartition selon les prestations conseillées par les 33 personnes**

Prestations conseillées	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
Consultation médicale	20	60,6
Chirurgie	13	39,4
Total	33	100

En ce qui concerne le suivi du conseil donné, 78,8% des 33 personnes ont affirmé que les personnes conseillées ont suivi leur conseil, 12,1% ont déclaré qu'elles n'ont pas suivi leur conseil. Le tableau n°54 montre la répartition des 33 personnes selon le suivi du conseil donné.

**Tableau n°54: Répartition selon le suivi du conseil:**

Suivi du conseil	Nbre Pers. Obs.	Pourcentage
OUI	26	78,8
NON	4	12,1
Ne sait pas	3	9,1
Total	33	100

## 2- ETUDE COMPARATIVE DES DEUX GROUPES:

### 2-1- COMPARAISON SELON LE SEXE:

L'analyse du tableau n°55 et le graphique 1 révèlent qu'il n'existe pas de différences significative selon le sexe entre les opérés et les non opérés.

**Tableau n°55: Comparaison selon la répartition sexuelle des opérés et des non opérés:**

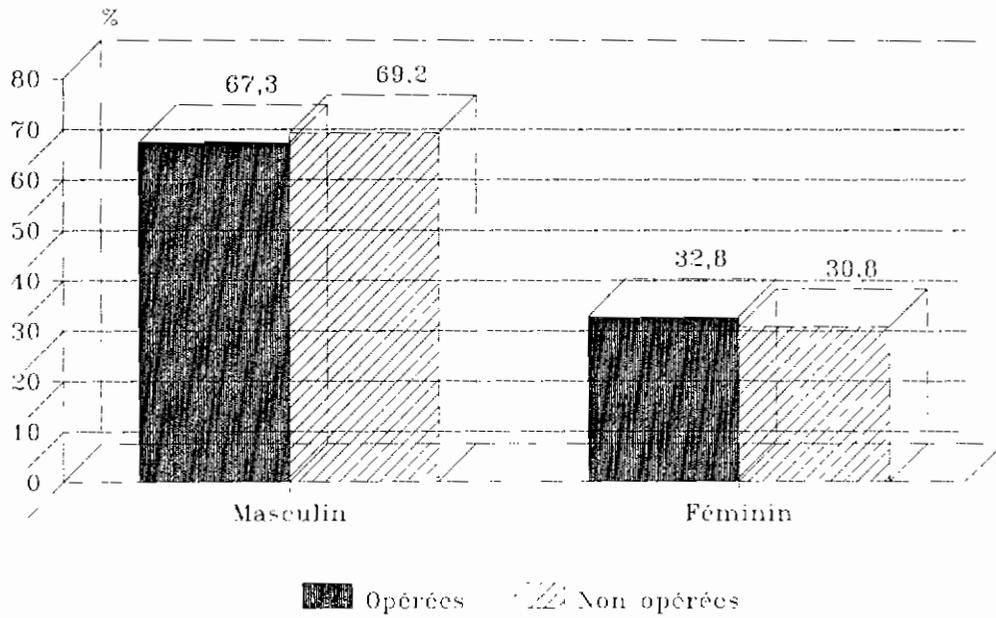
Sexe	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
Masculin	35 (67,3%)	72 (69,2%)
Féminin	17 (32,7%)	32 (30,8%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

$X^2 = 0,00$        $p = 0,95$

Il n'existe pas une différence statistiquement significative en fonction du sexe entre les deux groupes.

# DISTRIBUTION SELON LE SEXE

Des 52 pers. op. et des 104 pers. non op.



GRAPHIQUE 1

**2-2- COMPARAISON SELON L'AGE:**

Le tableau n°56 et le graphique 2 laissent penser la proportion des personnes des tranches d'âges de 20-35 ans, 36-50 ans et 51-60 ans serait plus élevée chez les opérés que les non opérés. Tandis que la proportion des personnes de la tranche d'âge de 61-70 ans serait plus élevée chez les non opérés.

**Tableau n°56: Comparaison selon l'âge des opérés et non opérés:**

Age	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
20-35 ans	3 (5,8%)	2 (1,9%)
36-50 ans	8 (14,4%)	6 (5,8%)
51-60 ans	15 (28,8%)	24 (23,1%)
61- 70 ans	8 (15,4%)	34 (32,7%)
71-80 ans	13 (25%)	27 (25,9%)
81-90 ans	5 (9,6%)	11 (10,6%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

$X^2= 9,53$

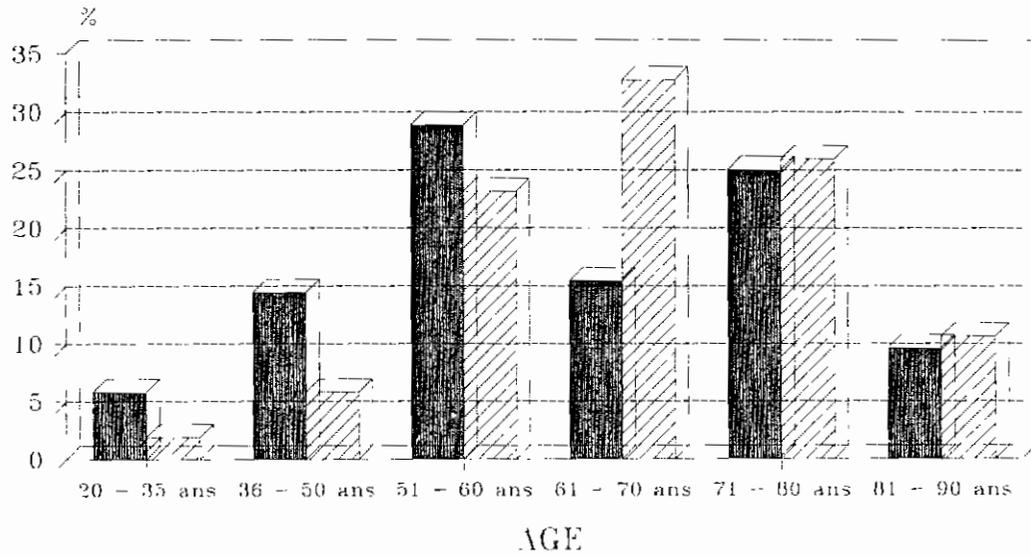
$p= 0,08$

ddl= 5

**Il existe une différence statistiquement faiblement significative de la répartition de l'âge entre les deux groupes.**

# DISTRIBUTION SELON L'AGE

Des 52 pers.op. et des 104 pers. non op.



GRAPHIQUE 2

**2-3- COMPARAISON SELON L'ETHNIE:**

L'examen du tableau 57 et du graphique 3 pourrait faire penser qu'il y a plus de Senoufo Minianka parmi les non opérés et plus de Peulh et Malinké parmi les opérés. Mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

**Tableau n°57: Comparaison selon l'ethnie:**

Ethnie	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
Senoufo-Minianka	27 (51,9%)	69 (66,3%)
Bambara	5 (9,6%)	12 (11,5%)
Malinké	5 (9,6%)	4 (3,8%)
Peulh	9 (17,3%)	11 (10,6%)
Sarakolé	2 (3,8%)	3 (2,9%)
Autres	4 (7,7%)	5 (4,8%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

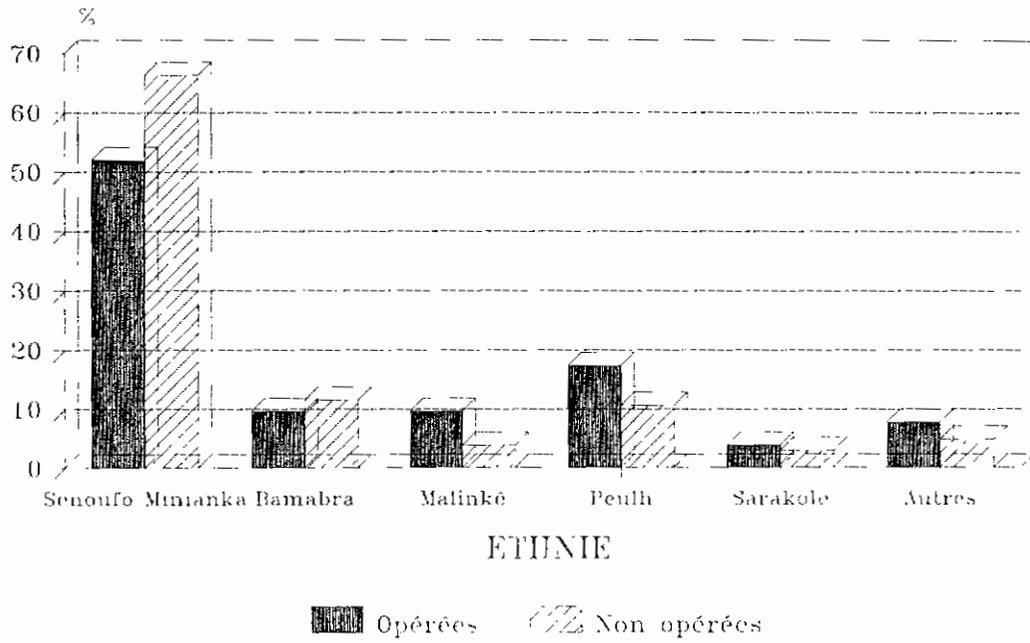
$X^2 = 5,11$        $p = 0,40$

ddl= 5

**Il n'y a pas de différence statistiquement significative de la répartition ethnique entre les deux groupes.**

## DISTRIBUTION SELON L'ETHNIE

Des 52 pers. op. et des 104 pers. non op.



GRAPHIQUE 3

**2-4- COMPARAISON SELON LA SCOLARISATION:**

L'analyse du tableau n°58 et le graphique 4 tendraient à montrer que la proportion des scolarisés est élevée chez les opérés que chez les non opérés. Mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

**Tableau n°58: Comparaison selon la scolarisation:**

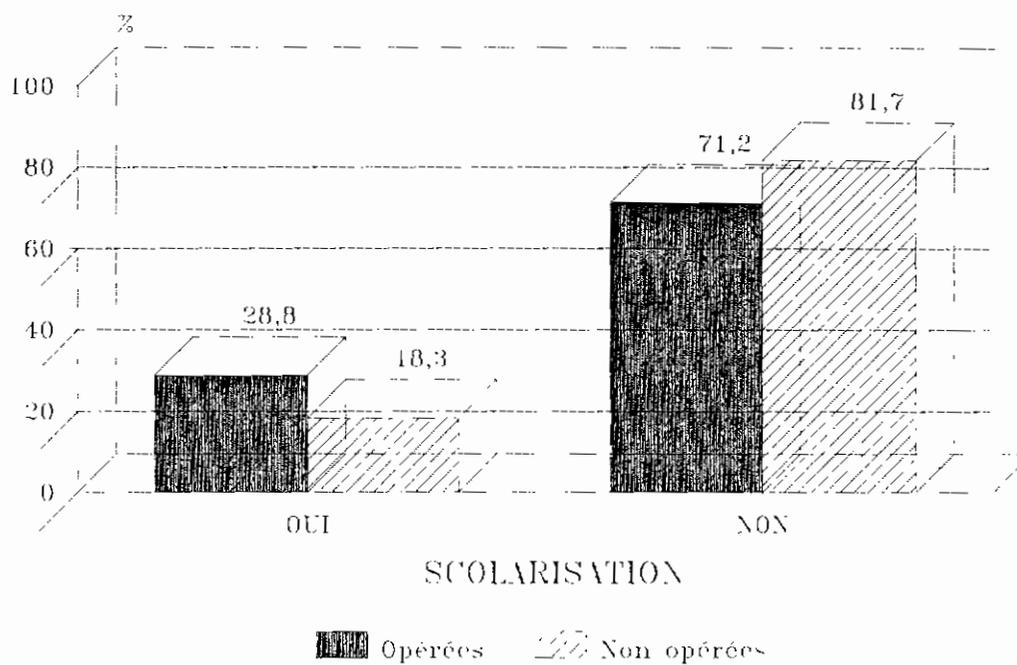
Scolarisés	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
OUI	15 (28,8%)	19 (18,3%)
NON	37 (71,2%)	85 (81,7%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

**X<sup>2</sup>= 1,7****p= 0,19**

**Pas de différence statistiquement significative des taux de scolarisation entre les deux groupes.**

## DISTRIBUTION SELON LA SCOLARISATION

Des 52 pers. op. et des 104 pers. non op.



GRAPHIQUE 4

**2-5- COMPARAISON SELON LA PROFESSION:**

Il ressort de l'analyse du tableau n°59 et le graphique 5 que la proportion des retraités et des commerçants serait un peu plus élevée parmi les non opérés . Par contre la proportion des personnes exerçant "d'autres" professions (tailleur, soudeur, hôtelier) serait plus élevée parmi les opérés. Mais cette différence n'est pas significative.

**Tableau n° 59: Comparaison selon la profession:**

Profession	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
Retraité	9 (17,3%)	25 (24%)
Paysan	14 (26,9%)	27 (26%)
Ménagère	16 (30,8%)	30 (28,8%)
Salarié	1 (1,9%)	2 (1,9%)
Commerçant	4 (7,7%)	14 (13,5%)
Autres	8 (15,4%)	6 (5,8%)
Total	52 (100%)	102(100%)

$X^2 = 5,35$

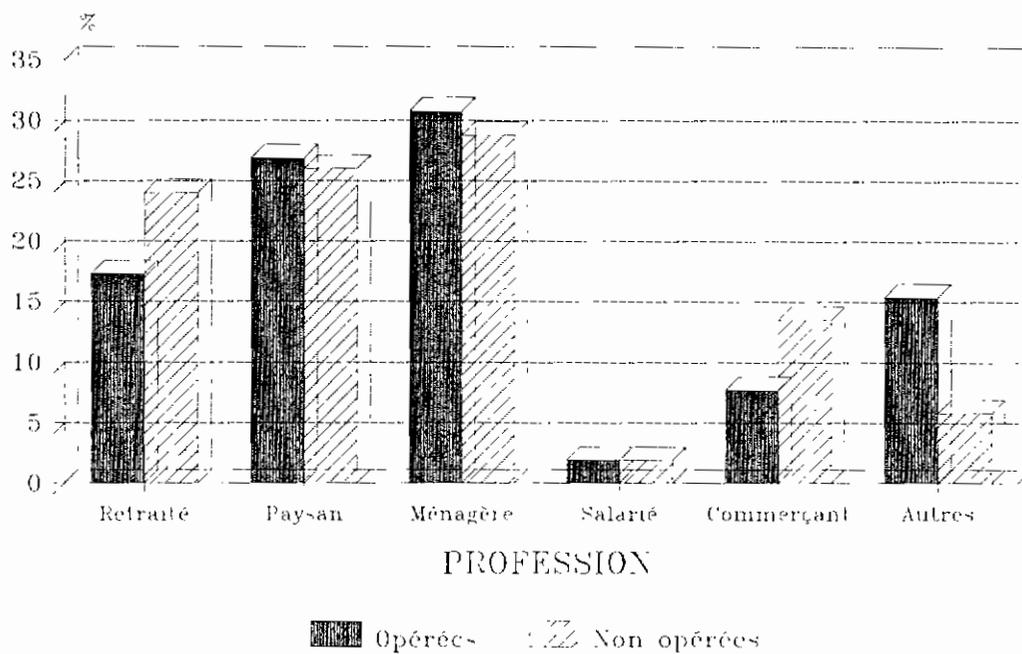
$p = 0,37$

ddl= 5

**Pas de différence statistiquement significative de la répartition de la profession entre les deux groupes.**

## DISTRIBUTION SELON LA PROFESSION

Des 52 pers. op. et des 104 pers non op.



GRAPHIQUE 5

**2-6- COMPARAISON SELON L'INITIATIVE DE RECOURS AU****CENTRE:**

L'analyse du tableau n°60 et du graphique 6 montrent que chez les opérés le conseil donné par un parent de consulter soit beaucoup plus fréquent (38,5% contre 18,3%). Alors que chez les non opérés le rôle de l'agent de santé prédomine (35,6% contre 13,5%). Cette différence est statistiquement significative ( $p=0,01$ ).

**Tableau n°60: Comparaison selon l'initiative de prise de décision de recours au centre:**

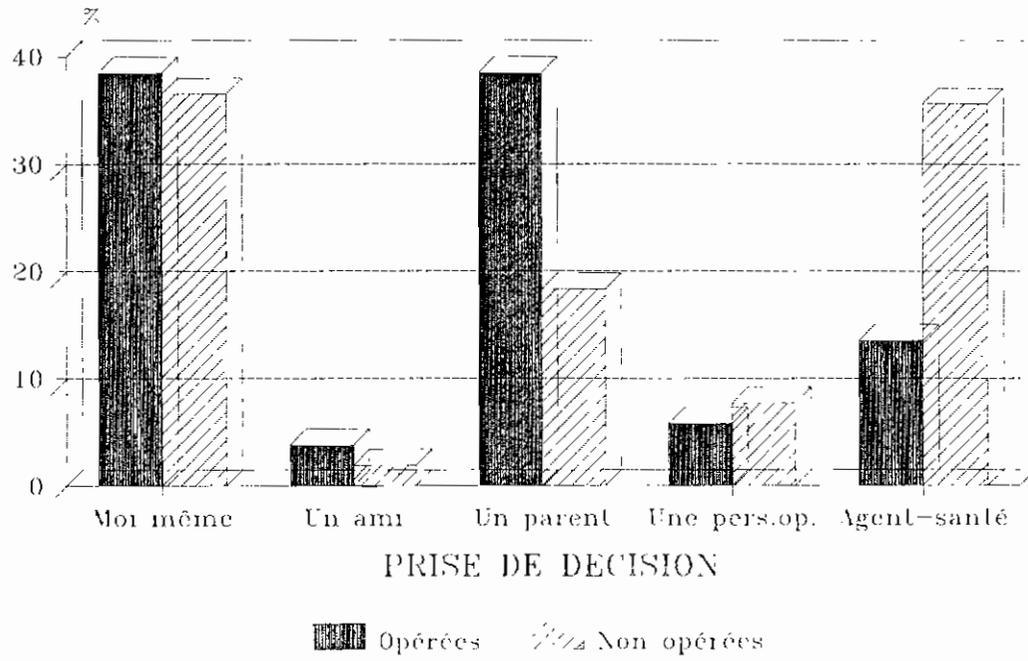
Prise de décision	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
Moi même	20 (38,5%)	38 (36,5%)
Un ami	2 (3,8%)	2 (1,9%)
Un parent	20 (38,5%)	19 (18,3%)
Une pers. opérée	3 (5,8%)	8 (7,7%)
Un agent de la santé	7 (13,5%)	37 (35,6%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

$X^2= 12,38$        $p= 0,01$

$ddl= 4$

**Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes dans l'initiative de prise de décision.**

### DISTRIBUTION SELON LA PRISE DE DECISION De recours au centre.



GRAPHIQUE 6

**2-7- COMPARAISON SELON LE PREMIER RECOURS:**

Le tableau n°61 et le graphique 7 révèlent qu'une proportion sensiblement plus élevée d'opérés que de non opérés ont recours en première étape au centre Yeelen (76,9% contre 64,3%). Les non opérés ont recours en proportion plus élevée à l'automédication en première étape que les opérés (27,9% contre 3,9%). La médecine traditionnelle serait par contre sensiblement plus utilisée par les opérés que par les non opérés lors de leur premier recours aux soins oculaires.

**Tableau n° 61: Comparaison selon le premier recours.**

Premier recours	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
Centre Yeelen de Sikasso	40 (76,9%)	67 (64,3%)
Automédication	2 (3,9%)	29 (27,9%)
Médecine trad.	9 (17,3%)	6 (5,8%)
Hôpital régional	1 (1,9%)	2 (1,9%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

$X^2 = 15,67$

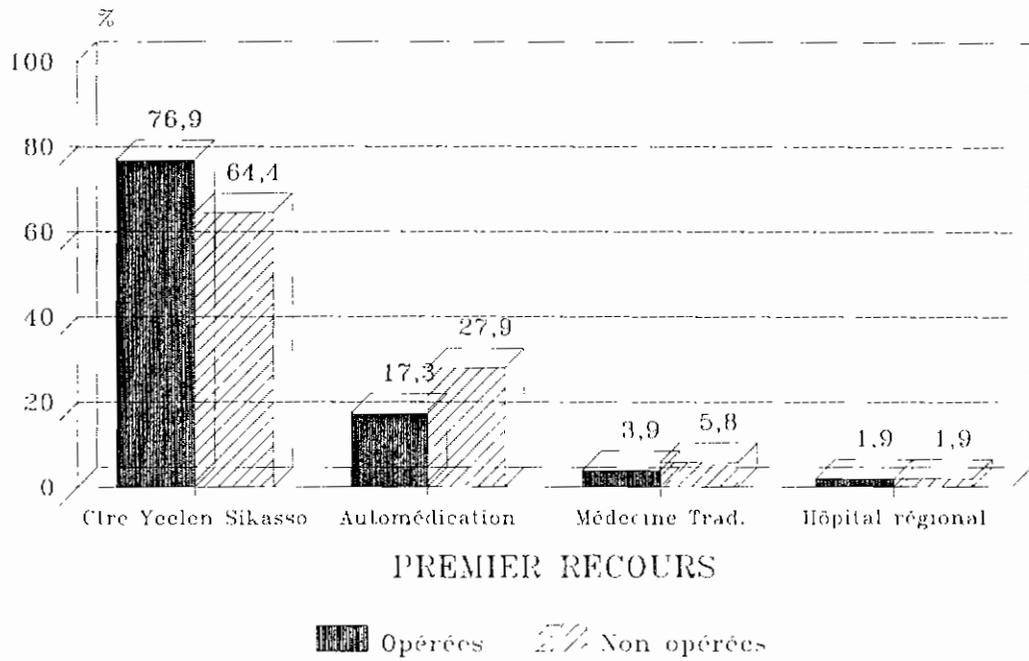
$p = 0,001$

ddl= 4

**Il existe une différence statistiquement significative de la répartition du type de recours en première étape entre les deux groupes.**

## DISTRIBUTION SELON LE PREMIER RECOURS

Des 52 per. op. et des 104 pers. non op.



GRAPHIQUE 7

**2-8- COMPARAISON SELON LES DETERMINANTS DE RECOURS  
AU CENTRE YEELLEN:**

Il ressort de l'analyse du tableau n°62 et le graphique 8, qu'il existerait une proportion plus élevée des non opérés que des opérés qui ont eu recours au centre après l'aggravation de leur maladie oculaire ou suite à l'échec des traitements antérieurs (automédication et traitement traditionnel). Par contre une proportion plus élevée des opérés ont eu recours au centre Yeelen parce qu'ils avaient confiance en la médecine moderne. Cette différence n'est que faiblement significative ( $p=0,06$ ).

**Tableau n° 62: Comparaison selon les déterminants de recours au centre Yeelen de Sikasso.**

Déterminants	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
Échec des traitements antérieurs	7 (13,5%)	19 (18,3%)
Aggravation de la maladie	17 (32,7%)	39 (37,5%)
Confiance à la Médecine moderne	28 (53,8%)	36 (34,6%)
Douleur aux yeux	0 (0%)	6 (5,8%)
Visite recommandée par une tierce personne	0 (0%)	4 (3,8%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

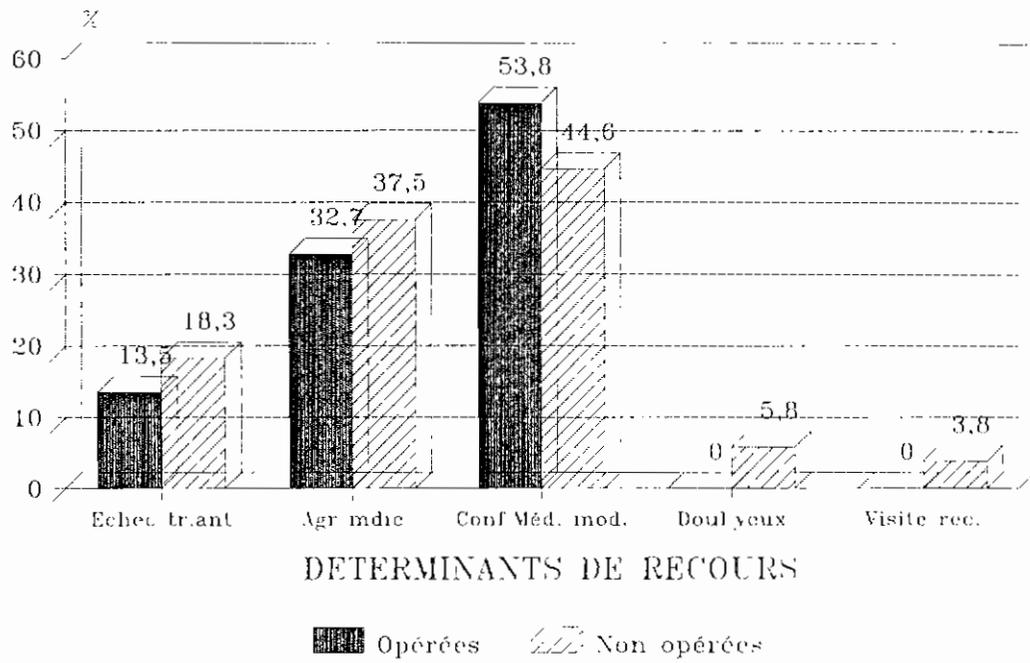
$X^2 = 8,83$

$p= 0,06$

ddl = 4

Il existe une différence statistiquement significative des déterminants de recours au centre entre les deux groupes.

## DISTRIBUTION SELON LES DETERMINANTS De recours au centre



GRAPHIQUE 8

**2-9- COMPARAISON SELON L'APPRECIATION DE L'ACCUEIL:**

L'analyse du tableau n°63 et le graphique 9 montrent qu'une proportion plus élevée d'opérés que de non opérés qualifieraient le personnel du centre de très accueillant et une proportion plus élevée de non opérés le qualifieraient d'accueillant ou de pas accueillant.

**Tableau n° 63: Comparaison selon l'appréciation de l'accueil:**

Accueil	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
Très accueillant	32 (61,5%)	36 (34,6%)
Accueillant	20 (38,5%)	61 (58,7%)
Pas accueillant	0 (0%)	7 (6,7%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

$X^2 = 11,99$

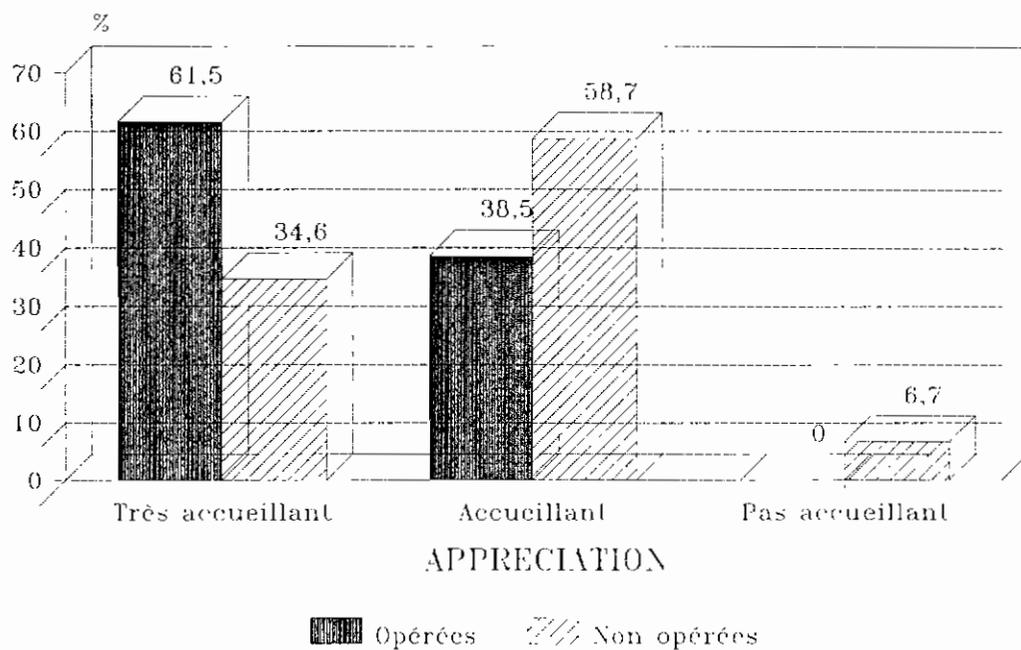
$p = 0,002$

ddl = 2

**Il existe une différence statistiquement significative de l'appréciation de l'accueil entre les deux groupes..**

## DISTRIBUTION SELON L'APPRECIATION

L'accueil des 52 pers. op et 104 non op.



GRAPHIQUE 9

**2-10- COMPARAISON SELON L'ATTITUDE VIS A VIS DU  
PERSONNEL**

Le tableau n°64 et le graphique 10 révèlent qu'une proportion plus élevée d'opérés manifestent de la confiance vis à vis du personnel ( 96,2% contre 55,8%). Par contre, il y a plus de non opérés qui manifestent de la méfiance et de la peur ( 44,2% contre 3,8% ).

**Tableau n° 64: Comparaison selon l'attitude vis à vis du personnel:**

Attitude	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
Confiance	50 (96,2%)	58 (55,8%)
Méfiance	1 (1,9%)	41 (39,4%)
Peur	1 (1,9%)	5 (4,8%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

$X^2 = 27,02$

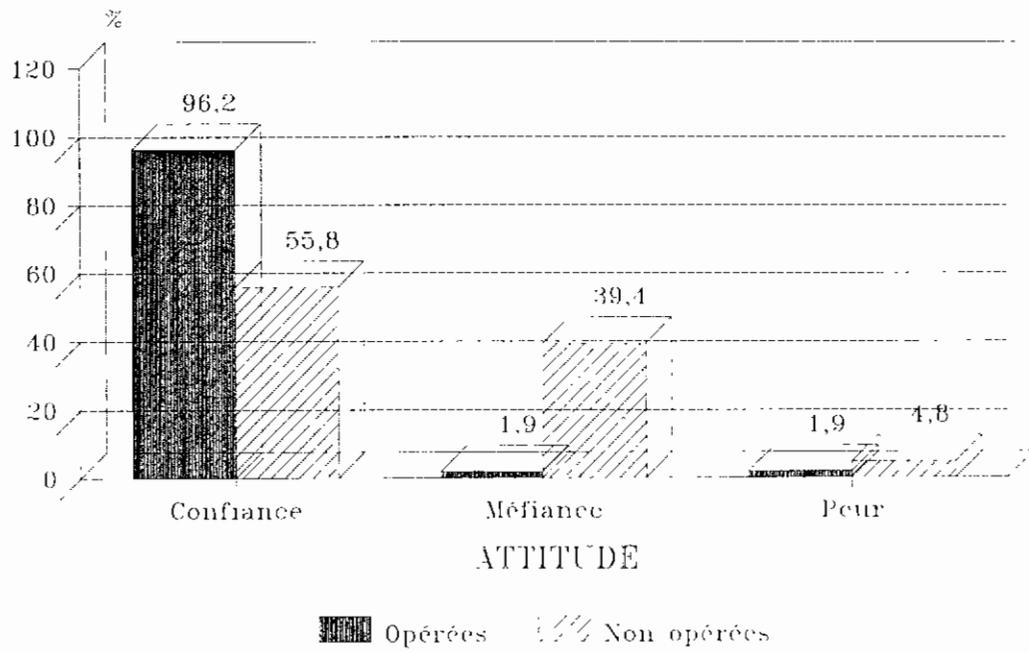
$p < 10^{-5}$

ddl = 2

**Il existe une différence statistiquement significative de la répartition de l'attitude vis-à-vis du personnel entre les deux groupes.**

## DISTRIBUTION SELON L'ATTITUDE

Vis à vis du personnel



GRAPHIQUE 10

**2-11- COMPARAISON SELON L'APPRÉCIATION DU COUT:**

Il ressort l'analyse du tableau n°65 et le graphique 11 qu'une proportion très élevée des non opérés ont estimé que le coût des prestations est très élevé (70,16% contre 8%). Par contre une proportion très élevée d'opérés affirment que le coût est moyen ou peu élevé (92% contre 29,4%).

**Tableau n° 65: Comparaison selon l'appréciation du coût:**

Coût	Opérés (50 pers.)	Non opérés (68 pers.)
Très élevé	4 (8%)	48 (70,6%)
Moyen	16 (32%)	9 (13,2%)
Peu élevé	30 (60%)	11 (16,2%)
Total	50 (100%)	68 (100%)

$X^2 = 46,33$

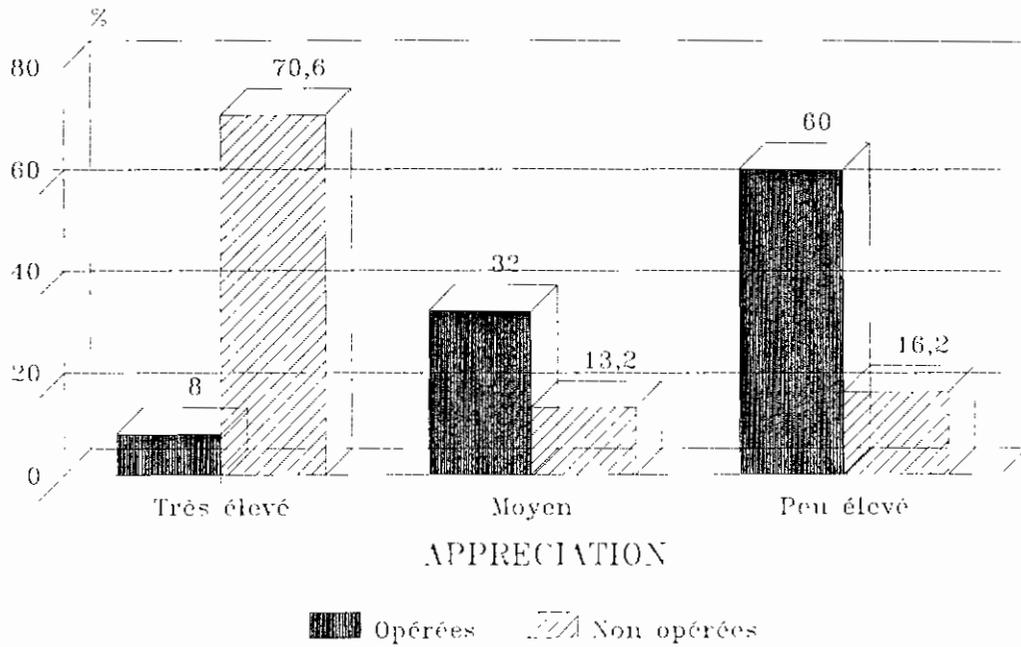
$p < 10^{-8}$

ddl = 2

**Il existe une différence statistiquement significative de l'appréciation du coût entre les deux groupes.**

## DISTRIBUTION SELON L'APPRECIATION

Du coût des 50 pers op. et 68 non op.



GRAPHIQUE 11

**2-12- COMPARAISON SELON LES MOTIFS DE DECEPTION:**

Il ressort de l'analyse du tableau n°66 et du graphique 12 qu'une proportion plus élevée de non opérés que d'opérés affirment être déçue du coût élevé des prestations (24% contre 1,9%) et qu'une proportion très importante d'opérés affirmeraient n'avoir eu aucune déception dans leur expérience de recours au centre (82,5% contre 24%).

**Tableau n° 66: Comparaison selon les motifs de déception dans leurs expériences de recours au centre.**

Motifs de déception	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
Comportement du personnel	2 (3,8%)	3 (2,9%)
Inefficacité des soins reçus	6 (11,5%)	0 (0%)
Traitement proposé	0 (0%)	38 (36,5%)
Coût élevé des prestations	1 (1,9%)	25 (24%)
Délai fixé pour la chirurgie	0 (0%)	4 (3,8%)
Délai d'hospitalisation	0 (0%)	2 (1,9%)
Échec de l'anesthésie	0 (0%)	3 (2,9%)
Fait de n'avoir reçu aucun traitement	0 (0%)	3 (2,9%)
Etat de délabrement du bâtiment	0 (0%)	1 (1%)
Aucune déception	43 (82,5%)	25 (24%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

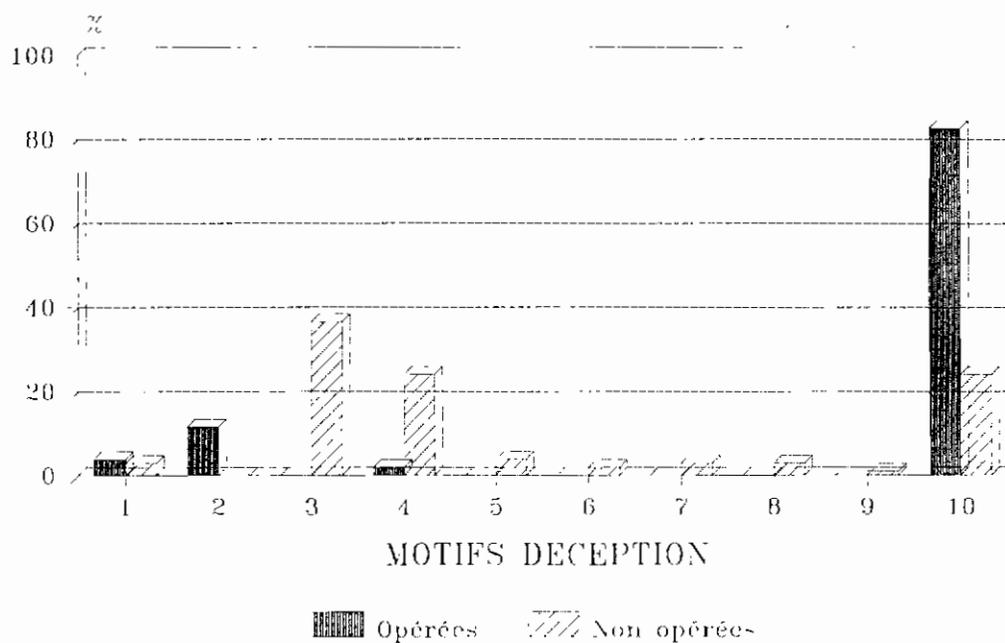
$$\chi^2 = 64,46$$

$$p < 10^{-8}$$

$$ddl = 9$$

**Il existe une différence statistiquement significative de la répartition des motifs de déception entre les deux groupes.**

## DISTRIBUTION SELON LES MOTIFS DES Deception des 52 pers op et 104 non op.



GRAPHIQUE 12

- 1= Comportement du personnel
- 2= Inefficacité des soins reçus
- 3= Traitement proposé
- 4= Le coût élevé des prestations
- 5= Délai fixé pour la chirurgie
- 6= Délai d'hospitalisation
- 7= Échec de l'anesthésie
- 8= Fait de n'avoir reçu aucun traitement
- 9= Etat de délabrement du bâtiment
- 10= Aucune déception

**2-13- COMPARAISON SELON LES ACTES APPRECIÉS:**

L'analyse du tableau n°67 et le graphique 13 révèlent qu'une proportion plus élevée d'opérés que de non opérés apprécient la disponibilité du personnel du centre. Par contre une proportion plus élevée de non opérés que d'opérés affirment n'avoir rien apprécié dans leur expérience de recours au centre "Yeelen".

**Tableau n° 67: Comparaison selon les faits appréciés:**

Faits appréciés	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
Disponibilité du personnel	16 (30,8%)	20 (19,2%)
Efficacité des soins reçus	35 (67,3%)	0 (0%)
Accueil	0 (0%)	73 (70,2%)
Rien	1 (1,9%)	11 (10,6%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

$X^2 = 111,88$

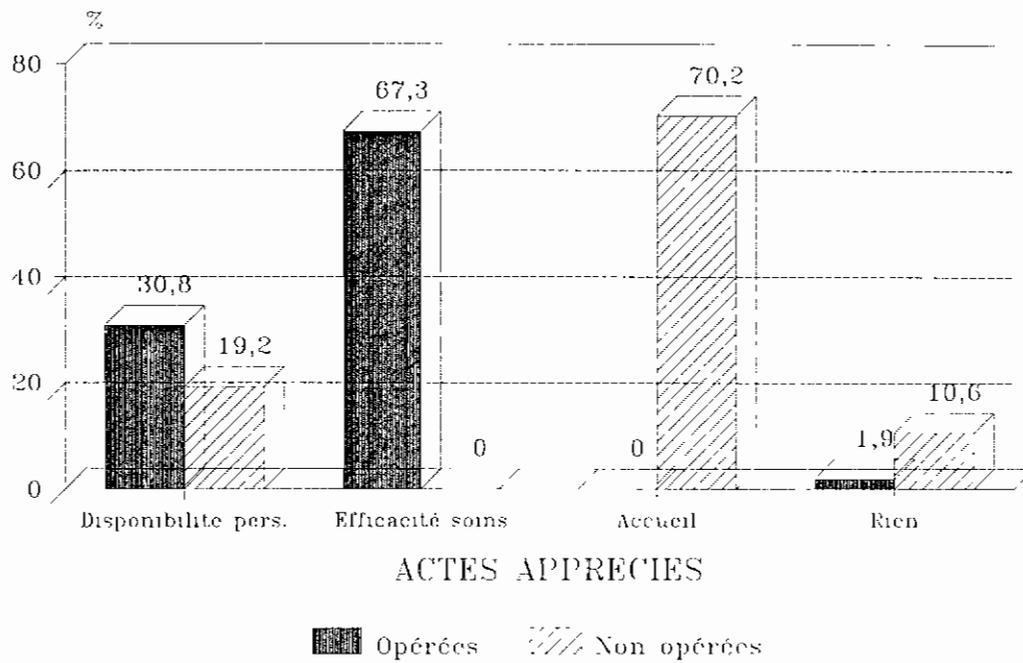
$p < 10^{-8}$

ddl = 3

**Il existe une différence statistiquement significative de la répartition des faits appréciés entre les deux groupes.**

## DISTRIBUTION SELON LES FAITS APPRECIÉS

Par les 52 pers op et 104 non op.



GRAPHIQUE 13

**2-14- COMPARAISON SELON LE CONSEIL DONNE A UNE TIERCE  
PERSONNE:**

L'analyse du tableau n°68 et le graphique 14 révèlent qu'une proportion plus élevée d'opérés ont déjà conseillé une autre personne d'avoir recours au centre Yeelen pour se soigner (57,7% contre 31,7%). Tandis que qu'une proportion très élevée des non opérés affirmeraient n'avoir jamais conseillé à quelqu'un d'avoir recours au centre Yeelen pour se soigner ( 68,3% contre 42,3%) .

**Tableau n° 68: Comparaison selon le conseil donné à une tierce personne de recourir au centre:**

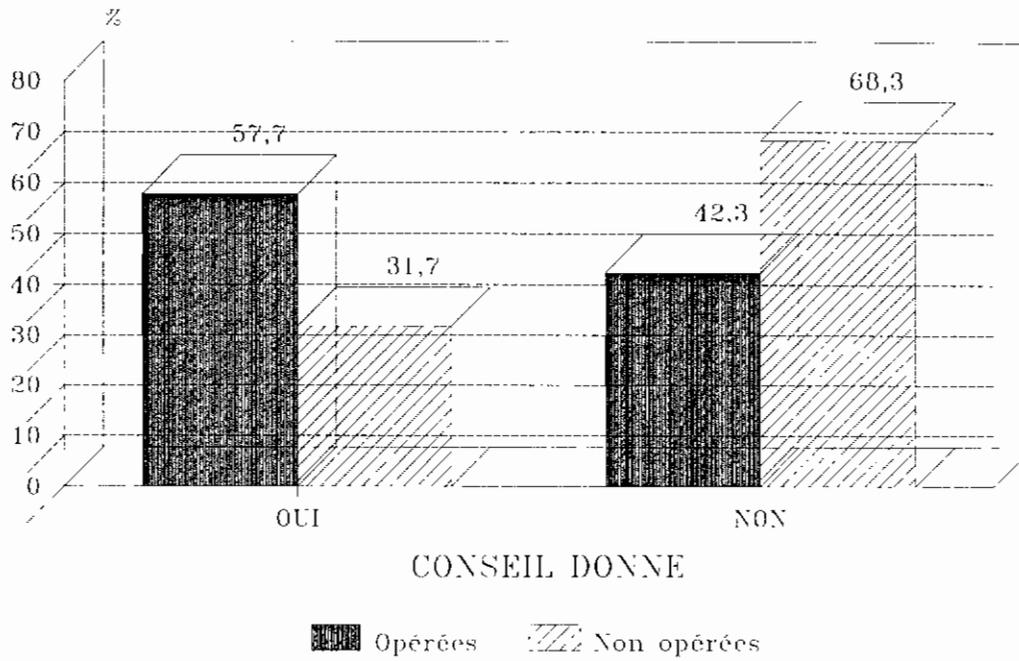
Conseillé	Opérés (52 pers.)	Non opérés (104 pers.)
OUI	30 (57,7%)	33 (31,7%)
NON	22 (42,3%)	71 (68,3%)
Total	52 (100%)	104 (100%)

**$X^2 = 8,66$**

**$p = 0,003$**

**Il existe une différence statistiquement significative de la répartition du conseil donné entre les deux groupes.**

DISTRIBUTION SELON LE CONSEIL DONNE  
des 52 pers op. et 104 non op.



GRAPHIQUE 14

**2-15- COMPARAISON SELON LE SUIVI DU CONSEIL DONNE:**

L'analyse du tableau n°69 et le graphique 15 révèlent qu'il n'existe pas de différence significative selon le suivi de conseil .

**Tableau n° 69: Comparaison selon le suivi du conseil:**

Suivi du conseil	Opérés (30 pers.)	Non opérés (33 pers.)
OUI	26 (87,7%)	26 (78,8%)
NON	1 (3,4%)	4 (12,1%)
Ne sait pas	3 (10%)	3 (9,1%)
Total	30 (100%)	33 (100%)

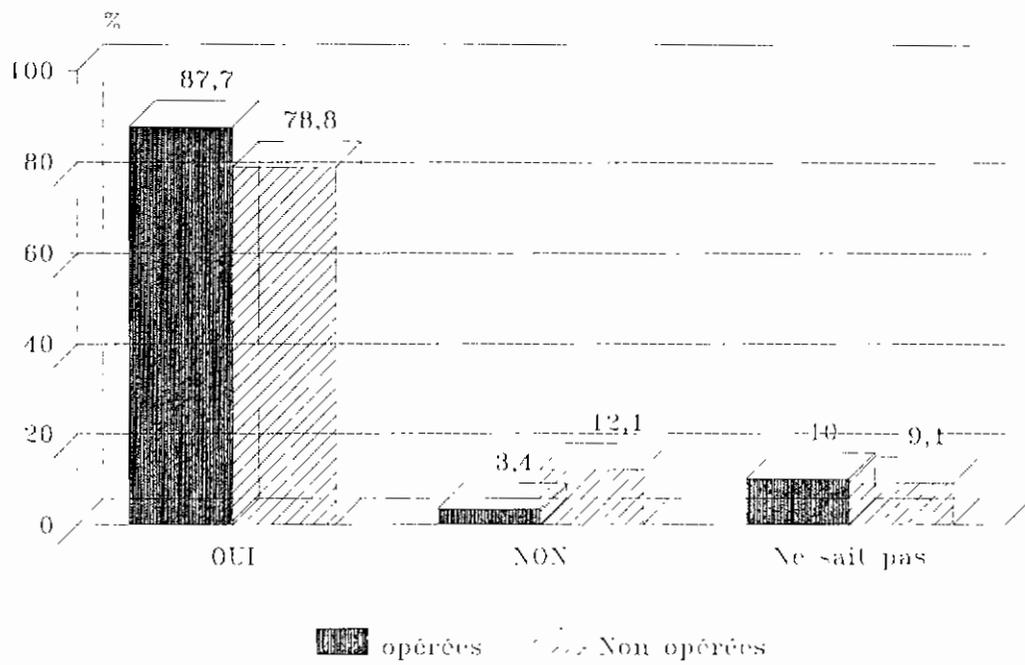
$X^2 = 1,66$

$p=0,43$

ddl = 2

**Il n'existe pas une différence statistiquement significative de la répartition du suivi du conseil entre les deux groupes.**

DISTRIBUTION SELON LE SUIVI DU CONSEIL  
Donné par 30 pers op. et 33 non op.



GRAPHIQUE 15

# SYNTHESE

# VII/ SYNTHÈSE:

## 1- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:

Le but principal de notre étude était de déterminer les principales barrières et contraintes entravant l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte par les bénéficiaires au niveau du centre "Yeelen" de Sikasso.

Les résultats de notre étude en ce qui concerne l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte, les résultats obtenus pour l'accueil sont comparables à ceux rapportés dans la littérature( DUTTON ) ( 30 ).

Les résultats de notre étude ont révélé que, parmi les personnes scolarisées, la proportion des opérés semble être sensiblement plus élevée, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Ces résultats vont dans le sens contraire que ceux rapportés dans la littérature( CURRY ) ( 18 ), ( DONABEDIAN et ROSENFELD) ( 29 ); ( TRAORE, S. ; DIAKITE, B. D. ; PAIRAULT, C. ).

En ce qui concerne le statut professionnel, notre étude a révélé que, parmi les retraités et les commerçants, la proportion des non opérés est plus élevée, il existe une proportion plus élevée des non opérés. Cependant parmi les personnes exerçant certaines professions: tailleur, soudeur, hôtelier; la proportion des opérés est plus élevée que chez les autres catégories professionnelles. De nos entretiens avec certains patients, il ressort que les commerçants refusent la chirurgie à cause du délai d'hospitalisation et du temps de guérison, qui entraveraient selon eux leurs activités.

Par contre pour les tailleurs, les soudeurs et les hôteliers une baisse de la vision entraverait sérieusement leurs activités professionnelles.

Il ressort des résultats de notre étude que la tranche d'âge de 61 à 70 ans, la

proportion des opérés est plus élevée . Des entretiens avec certains patients, il ressort qu'avec l'âge avancé l'espoir de guérison s' amoindrit. Les malades ne sont pas sûrs de survivre à l'opération à cause de leur âge.

Selon l'étude comparative, chez les opérés, le conseil donné par un parent de consulter soit beaucoup plus fréquent . Ceci s'explique par le fait que les dépenses pour le traitement sont généralement imputées au budget familial. Par contre chez les non opérés le rôle de l'agent de santé prédomine.

Nos résultats en ce qui concerne le coût vont dans le même sens que ceux rapportés dans la littérature ( COULIBALY, S. ) ( 17 ). Notre étude a révélé que le coût constitue un handicap à l'utilisation de la chirurgie de la cataracte ( 70,6% de 68 personnes non opérées contre 8% de 50 personnes non opérées le trouvent très élevé ). Signalons que le coût moyen de la chirurgie de la cataracte selon nos résultats est de 17 925 FCFA au centre "Yeelen" de Sikasso. Signalons que le prix de l'acte chirurgical proprement dit est de 8 000 F CFA au centre Yeelen tandis qu'à l'IOTA il est de 25 000 F CFA .

En comparaison avec certaines dépenses annuelles de santé, on constate que le coût moyen la chirurgie au centre "Yeelen" est supérieur aux dépenses moyennes annuelles de santé par ménage à Bankoni qui sont de 6 285 FCFA ( DIARRA.T ) (23). Par contre ce coût est inférieur aux dépenses annuelles moyennes de santé par ménage à Kangaba, Dioïla et Didiéni qui sont de 22 000 FCFA ( BRUNET JAILLY, DIARRA.T et SOULA.G ) ( 10 ).

De nos entretiens avec certains malades, il ressort aussi que le coût peut retarder l'intervention , mais n'est pas le facteur le plus déterminant dans les barrières à l'utilisation de cette chirurgie. Il est considéré comme minime par rapport aux avantages de la vue et les propos de cet opéré sont indicateur à ce sujet: "Avant je faisais recours à l'automédication car je n'avais pas les moyens pour me faire opérer, il a fallu l'arrivée de ma fille pour qu'elle prenne en charge les dépenses nécessaires, ...La somme que j'ai dépensé est vraiment minime par rapport au recouvrement de ma vue."

Les résultats de notre enquête ont révélé que la peur de la chirurgie constitue le véritable obstacle à l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte. De nos entretiens avec certains malades, cette peur s'explique par la crainte de la perte totale de la vue après l'opération, une crainte de dépendance du malade vis à vis de son entourage. Le patient n'a pas la certitude de guérir après l'opération et la certitude de guérison n'est acquise qu'après l'opération. Les propos de cet opéré sont indicateurs à ce sujet: "...maintenant je suis persuadé que seule la chirurgie peut traiter la cataracte..."

Nos résultats en ce qui concerne le recours aux soins et l'itinéraire thérapeutique, vont dans le sens contraire que ceux rapportés dans la littérature ( DIARRA.T ) (23); ( TRAORE, S. ) ( 64 ); ( TINTA , S. ) ( 63 ); ( VAUGELADE , J. ) ( 65 ).

Nos résultats ont révélé que les personnes atteintes de la cataracte font plus recours au centre "Yeelen" qu'à l'automédication et à la médecine traditionnelle en première étape dans les deux groupes étudiés ( 76,9% des opérés et 64,4% des non opérés), tandis qu'à Bankoni les populations font plus recours à l'automédication en première étape ( 54,6% ).

Après passage au centre "Yeelen", le recours à l'automédication par les non opérés augmente considérablement ( 46,2% contre 27,9% en première étape ). Par contre à Bankoni, le recours à l'automédication diminue après la première étape de recours aux soins au profit de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne ( DIARRA., T. ) ( 23 ).

En ce qui concerne le recours à la médecine traditionnelle, nos résultats ont révélé que les taux de recours sont négligeables lors du premier recours ( 5,8% des non opérés et 17,3% des opérés ont fait à la médecine traditionnelle en première étape ) Après passage au centre, le recours à la médecine traditionnelle par les non opérés augmente de 5,8% à 9,6%.

De nos entretiens avec certains malades, il ressort que le recours à l'automédication est justifié par le manque de moyens financiers chez certains et par la crainte de l'issue de l'opération chez d'autres. Le recours à la médecine traditionnelle est motivé par l'instantanéité du résultat. Le recours au centre "Yeelen" quand à elle, est

influencé par l'échec de l'automédication et du traitement traditionnel, mais aussi dans la majorité des cas par la confiance manifestée à l'endroit de la médecine moderne.

En ce qui concerne l'information de la communauté sur les prestations de service du centre "Yeelen" de Sikasso, les résultats de notre enquête ont révélé que les personnes opérées ont tendance à plus conseiller les personnes de recourir au centre que les personnes non opérées ( 57,7% des opérés contre 31,7% des non opérés). De même les personnes conseillées par les opérés utiliseraient plus la chirurgie que celles conseillées par les non opérés. Ceci s'explique par le fait que les opérés ayant vécu eux mêmes l'expérience de la chirurgie sont mieux placés pour convaincre que les non opérés.

L'accueil réservé aux patients et la confiance manifestée au personnel sont des éléments clés de la qualité des services de santé, or dans notre étude, il ressort que ces deux variables n'ont pas un rôle significatif dans le recours et l' utilisation de la chirurgie de la cataracte.

L'interprétation de ces résultats doit tenir compte de la faible variation enregistrée dans les réponses à ces variables et surtout des biais dont nous avons parlé dans la partie méthodologie. Ces résultats minimisent le rôle important que jouent ces deux variables dans la qualité des services de soins oculaires et surtout dans l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte. D'ailleurs nos observations sur la relation entre le personnel du centre et leurs patients montrent que le personnel fournit les soins avec un minimum de communication verbale qui est surtout de nature directive. Mais toutes les informations nécessaires sur la cataracte et son traitement chirurgical ne sont pas mises à la disposition du patient.

## 2- CONCLUSION:

La cataracte représente au Mali, en Afrique et partout dans les pays en voie de développement la première cause de cécité, ceci malgré la présence dans certaines régions d'endémies cécitantes comme le trachome, l'onchocercose, ou les cécités nutritionnelles. Mais la cécité par cataracte présente la particularité d'être curable chirurgicalement par un geste simple et codifié. Ceci nous a amené à entreprendre une étude exploratoire sur l'utilisation de cette chirurgie au niveau du centre "Yeelen" de Sikasso. Notre étude avait pour objectif principal de déterminer les principales barrières entravant l'utilisation de la chirurgie de la cataracte par les personnes atteintes et les principaux déterminants de son utilisation.

Il ressort des résultats de notre étude que les principaux déterminants à l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte sont en première lieu l'accueil et la confiance manifestée vis-à-vis de la médecine moderne. Ensuite viennent: l'échec du traitement traditionnel et/ou de l'automédication et l'aggravation de la maladie ( cécité totale ).

La scolarisation semblerait jouer un rôle positif, mais son rôle n'a pas pu être statistiquement établi. Nous avons aussi noté que la cohésion familiale et sociale constituait un atout à l'utilisation de la chirurgie de la cataracte, ce qui est facilement explicable quand on sait que dans la plus part des cas, le coût est imputé à la famille.

En ce qui concerne les obstacles à l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte, nous avons identifié en premier lieu: la peur de la chirurgie et le coût de la chirurgie, ensuite l'âge avancé: surtout les personnes de la tranche de 61-70ans. Le mauvais accueil et le manque de confiance au personnel du centre sembleraient aussi jouer un rôle négatif.

Le coût de l'acte chirurgical au centre Yeelen a été donc estimé très élevé par la majorité des personnes non opérées, tandis que un nombre important de non opérés l'ont trouvé raisonnable. Il pourrait être très intéressant d'évaluer le revenu

des personnes enquêtées, ceci nous permettrait de voir avec certitude, si le coût constitue un véritable obstacle à l'utilisation de la chirurgie de la cataracte ou seulement un prétexte à se dérober à cette chirurgie.

Dans notre étude, nous nous sommes aussi intéressés: au processus de la prise de décision de recourir à la chirurgie, à la diffusion de l'information, et aussi aux itinéraires thérapeutiques suivis par les personnes enquêtées.

En ce qui concerne la prise de décision de recourir à la chirurgie, nous avons noté, que le rôle du conseil des parents avait été très important auprès des malades opérés. Alors que les agents, s'ils jouaient un rôle positif dans la décision de consulter, n'avaient pas de rôle déterminant dans la prise de décision chirurgicale. Il est à noter aussi que les opérés contribuent fortement à la diffusion de l'information.

En ce qui concerne l'itinéraire thérapeutique, notre étude a révélé que la majorité des personnes enquêtées ont eu recours au centre Yeelen en première étape dans les deux groupes. Par ailleurs, le recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle est très fréquent dans le groupe des non opérés après leur passage au centre, mais nous avons aussi noté, qu'un nombre important de personnes non opérées étaient restées sans aucun autre recours.

### 3- RECOMMANDATIONS:

A la lumière de nos résultats, on constate que les barrières à l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte sont: la peur de la chirurgie, la méfiance et/ou la peur vis-à-vis du personnel, le coût de la chirurgie.

En plus de ces barrières, nous avons aussi noté, une pénurie accrue en personnel médical spécialisé et un manque de moyens techniques.

Ainsi, nous recommandons:

- Une information, éducation et sensibilisation plus accrues de la population concernée sur la cataracte et surtout sur le traitement chirurgical. Il serait souhaitable que les aphakes de la communauté opérés, avec un bon résultat participent à cette information, éducation et sensibilisation. Le centre doit mettre en oeuvre une stratégie d'information sélective tenant compte de toutes les caractéristiques des personnes visées et cela à travers des séances d'éducation, d'information et de sensibilisation sur la cataracte et surtout sur son traitement chirurgical, dans les quartiers, les villages et les hameaux, mais aussi lors du passage des malades au centre.

Il faut développer dans cette optique une collaboration intersectorielle franche avec tous les centres de santé de quartiers, de cercle, d'arrondissement et de village. Il en est de même avec la CMDT dans le cadre de l'alphabétisation fonctionnelle et la vulgarisation, et l'INPS pour amener ses prestataires à comprendre le rôle de la chirurgie dans le traitement de la cataracte.

- D'améliorer l'accessibilité économique par l'instauration de la transparence dans la gestion de toutes les activités de santé oculaire notamment au niveau du montant exigé pour l'acte opératoire. Car notre étude a révélé que beaucoup de personnes se sont vues réclamées une somme supérieure à celle normalement instituée au centre. par contre nombreux sont ceux des non opérés qui ne connaissent pas le prix de l'acte opératoire.

- D'améliorer les rapports entre les utilisateurs et le personnel chargé des soins oculaires grâce à une formation amenant le personnel à élargir les soins oculaires à une véritable communication fondée sur la confiance et la cordialité afin

de dissiper la peur des patients devant l'indication du traitement chirurgical de la cataracte.

- De doter à court terme le centre d'un stock de lunettes pour aphakes de +10 dioptries, car la majorité des opérés enquêtés n'ont pas accès à ces lunettes qui ne sont pas disponibles au centre "Yeelen". A moyen et long terme, de créer un atelier de fabrication de lunettes au niveau du centre et former des techniciens qualifiés dans ce genre d'atelier. Cet atelier permettra de pourvoir tous les opérés de la région en lunettes pour aphake.

- De restaurer le local du centre "Yeelen", mais surtout de recruter des infirmiers spécialisés et des assistants en ophtalmologie.

- D'appuyer en moyens financiers et logistiques le centre, en le dotant en matériels médical et chirurgical.

- De mettre en place un véritable programme régional de lutte contre les cécités évitables ou curables. L'évaluation des résultats est indispensable pour juger de ce programme s'il est mis en place et pour cela il faut:

- Faire une évaluation à court terme par l'appréciation du nombre de cataractes opérées en établissant un rapport coût/efficacité, tout en sachant que ce rapport doit être évalué en fonction des contraintes locales.

- Faire une évaluation à moyen et long terme, à partir de l'étude de la courbe d'évolution des prévalences des cécités dans la région.

Il faut cependant souligner que ce programme de lutte contre les cécités évitables ou curables ne trouvera une réalité que grâce à l'aide d'organismes facilitateurs, OMS, ONG.

**REFERENCES**

**BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

### 1- ABASIEKONG, M.EDET.

Familism hospital admission in rural Nigéria: a case study.  
Soc-scie & Med, 1981, 15B- p. 45-50

### 2- AG ELMOUCHTAHIDE, M.

Perspectives et stratégies de la prévention de la cécité dans la 3<sup>e</sup> région du Mali.  
Medecus mundi- Bulletin , 49-50, 1992, p. 9-12

### 3- ALBERT, A.B.

Contribution à l'étude épidémiologique de la cécité au Mali  
Thèse , 1977, MALI

### 4- ANDERSEN, R. ; NEWMAN, J.F.

Societal and individual déterminants of medical care utilization in the United States.  
Milbank Memorial Fund Ouaterly Winter, 1973, p. 89-117

### 5- ANDERSEN, R.

A behavioral model of families health services.  
Research serie, 25, 1968.

### 6- AMADOU, I.

Etude statistique de l'activité du service d'ophtalmologie de Tahoua.  
Thèse , 1988, NIGER

### 7- AROUGAYA, I.

Troubles oculaires et leurs remèdes traditionnels.  
Mémoire, 1992, 100p.

### 8- BORE, O.

Les handicaps visuels en zone rurale sahélienne: Prévention et étiologie  
Thèse, 1986 MALI

**9- BOUVIER, P.**

Cadres conceptuels et aspects méthodologiques de l'enquête de Sikasso.  
( Rapport préliminaire et premiers résultats ).  
Genève, mars 1992, 219p.

**10- BRUNET JAILLY ,J.; DIARRA ,T.; SOULA, G.**

Compte rendu d'une enquête réalisée dans les arrondissements de Didiéni,  
Dioïla, Kangaba entre Avril 1986 et Juillet 1987.  
INRSP, 1988, 99p.

**11- BRUNET JAILLY , J.**

La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et  
de la culture à Bamako.  
INRSP; 42p.

**12- CAMPOS, DA, S.V.; DAVELOOSE; PREVOST, M.; BEGHIN, I.**

On the utilization of health services.  
Secund Draft , 1987.

**13- CEDRONE, C.; ZAPELLONI, A.; CERULLI, L.**

Prévention de la cécité: approche économique et méthodologique  
Rév. Int. Trachome; 1988, 1-2, p. 105-111

**14- CERULLI, L.**

Evaluation de l'état oculaire de la population dans une province d'Ethiopie.  
Rev. Int. Trachome, 1982, 4, p.171-178.

**15- CERULLI, L.; CEDRONE, C.**

Principe directeur pour un programme de prévention de cécité dans les pays  
en développement.  
Rév. Int. Trachome, 1983, p.103-117.

**16- CHANFI, M.**

traitement chirurgical de la cataracte en milieu africain.  
Mémoire, 1994, 49p. MALI.

### III

**17- COULIBALY, S.**

Recouvrement des coûts et accessibilité financière au service socio-sanitaire de cercle de Bougouni.

Mémoire, 1993, 57p., MALI.

**18- CURRY, A. M.**

Factors associated with inadequate prenatal care.

Jr. of Community nursing, t.7, 4, 1990, p. 246-252.

**19- DIALLO, J. S.; MOLIVAG.**

Traitement ambulatoire de la cataracte sénile au Sénégal.

Bull., Soc. Méd. Afrique Noire, 1970, 15, p.313-315.

**20- DIAKITE, D.**

Essai sur les traditions sanitaires et médicinales bambara du Bélé Dougou.

Thèse, 1988, Mali.

**21- DIAKITE, S.**

Evaluation de la prévalence et de l'étiologie des handicaps visuels en 3ème région du Mali (Sikasso).

Thèse, 1993, 96p. MALI.

**22- DIAKITE, B. D.**

La fréquentation des services de santé par les populations nomades du Gourma.

INRSP, 1991, 13p.

**23- DIARRA, T.**

Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni.

INRSP, 1991, 11p.

**24- DIARRA, T.; DIAKITE, B. D.**

Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni

INRSP, 1991, 11p.

**25- DIAKITE, B. D.; TRAORE, S.; DIARRA, T.; PAIRAULT, C.**

Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni.

INRSP, 1990, v.1, 150p.

**26- DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET L'INFORMATIQUE DE BAMAKO.**

Données de recensement général de la population et de l'habitat Avril 1987.  
t. 1-2-3-4-5-6, 1987. MALI.

**27- DICKO, M.**

L'accessibilité des consultations prénatales pour les femmes en âge de procréer de la région de Sikasso (MALI).  
Mémoire Montréal, 1993, 96p. CANADA.

**28- DONABEDIAN, A.**

Aspects of medical care administration: specifying requirement for health care.  
Cambridge Harward University Press, 1972.

**29- DONBEDIAN; ROSENFELD, S.**

Some factors influencing prenatal care.  
New England Jr. of Medecine, (265) 1, 1961, p.1-6.

**30- DUTTON, D.**

Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization.  
Soc. Scie & Med. (23) 7, 1986, p.721-735.

**31- DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE BAMAKO.**

Enquête sur les depenses de santé en milieu urbain.  
D.N.S.I., 1989.

**32- FIELDER, J. L. et all.**

A review of the literature on access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care.  
Soc. Sci. et Med., 1981, 15, p.129-142.

**33- FERRANTI, D.**

Strategies pour le financement des services de santé dans les pays en developpement.  
Helth Costs and Financing, W.H.O. Genève, (37), 4, 1984.

**34- FISHER, A. A.; LAING, J. E.; TOWNSED, J. W.**

Manuel de recherche opérationnelle en matière de planification familiale.  
2è édition, 84p.

**35- GEOFFREY, G.; BISLEY**

Manuel d'ophtalmologie pour les pays en voie de développement.  
CBM, 1, 137p.

**36- GRUNDY, F.; REINKE, W. A.**

Recherche en organisation sanitaire et technique de management.  
Cahier de santé publique, 51, 137p.

**37- HADDA, S.; FOURNIER, P.**

Une vision globale de l'utilisation des services de santé dans les pays en  
voies de développement est elle possible ?  
Rapport de recherche, Montreal, 1992.

**38- JOYCE, K et al.**

Internal and external barriers to obtaining prenatal care.  
Social Work in health care, 1983, (2) 9, p.89-96.

**39- KOHN, R.; WHITE, K.**

Health care an international study, international collaborative study of medical  
care.  
W.H.O., New york, 1976.

**40- KROEGER, A.**

Antropological and social medical health care research in developping  
countries.  
Soc. Sci. Med. 17, 147p.

**41- Mc KINLAY, J. B.**

Some approche and problemes in study of the use services, on overview.  
Jr. of Health and Social Behavior, 13, p.115-152.

**42- MALE, B.**

Etude retrospective du resultat du traitement chirurgical de la cataracte bécille  
avec ou sans implants intra-oculaires.  
Thèse, MALI, 1992, 97p.

**43- NEGREL, A. D.**

Cécité en Afrique: le problème, quelques reponses.

Bull. Soc. Panafr. d'opht., 1989, 1, p.3-16.

**44- NEGREL, A. D.**

Les actions d'ophtalmologues dans la politique globale des soins de santé primaire.

Journées de l'hôpital CLAUDE BERNARD.

**45- NEGREL, A. D.**

Evaluation de l'incidence trachomateuse et des affections cécitantes dans les 4è et 5è régions du Mali.

**46- NEGREL, A. D.; THYLEFORS, B.**

Politiques, buts et stratégies de l'OMS en matière de prévention de la cécité.

Bull. Inform. de l'OCP, 1989, 29, p.2-3.

**47- OMS**

Guide pour les programmes de prévention contre la cécité.

Opht. de santé publique, Genève, 1979.

**48- OMS**

Méthode d'évaluation de la cécité évitable.

Genève, 1981.

**49- OMS**

Pour prévenir la cécité, toute priorité aux programmes d'actions.

chronique OMS, 32, p.327-330, 1978.

**50- OMS**

Formulation and menagement of national programmes of the prevention of blindness.

Suggested Outhisees. 4.2p.

**51-OMS**

Utilisation d'implants intra-oculaires en chirurgie de la cataracte dans les pays en developpement.

rapport d'une consultation de l'OMS Genève, 1990.

**52- OMS**

Prise en charge de la cataracte par les services de soins de santé primaire.  
Genève, 1992.

**53- O.F.P.C.**

Prévention de la cécité en France et dans les pays francophones.

**54- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. M.**

Relating satisfaction with access to utilization of services.  
Medical care, (22), 6, 1984, p.553-565.

**55- QUEGUINER, P.; BOUAT, C.; DULAURENT, L.; VITTE, S. ; GHIPONI, J. P. ; KONDI, G.**

Les cataractes séniles en Afrique: problème thérapeutique.  
Med. Afr. Noire (38), 1, 1991, p.31-33.

**56- Rapports d'activités du centre "yeelen" de Sikasso , 1991, 1992, 1993.****57- ROLLAND, A.**

Quelques aspects médico-sociaux des principales maladies cécitantes en  
Afrique.

**58- ROUGEMONT, A.; BRUNET JAILLY, J.**

Planifier, gerer, évaluer la santé en pays tropicaux.  
751p.

**59- SIDIBE, S.**

Les actions d'ophtalmologues dans une politique des services de santé  
primaire en République du Mali.  
Thèse, MALI, 1983.

**60-STEWART, J. M.**

Access to health care for economically disadvantaged Canadians; a model.  
Canadian Jn. of Public Health, 1981, p.450-455.

**61- THYLEFORS, B.**

Afrique Médecine Santé 48, 1990, p.3-16.

**62- THYLEFORS, B.**

Quand la cécité est une injustice.  
Santé du monde/OMS, 1983, p.2-3.

**63- TINTA, S.**

La fréquentation des centres de santé de Bandiagara.  
INRSP, 1991, 17p.

**64- TRAORE, S.**

Les recours aux soins et leurs déterminants à Bankoni.  
INRSP 1991, 12p.

**65- VAUGELADE, J.**

La consommation médicale et itinéraire thérapeutique en milieu rural au  
Burkina Faso.  
ORSTOM, Ouagadougou, 1991, 10p.

**66- YATTARA, D. K.**

Essai d'évaluation du projet "yeelen" en République du Mali.  
Mémoire, BENIN, 1985, p.61-62.

**67- YATTASSAYE, M.**

Evaluation de la prévalence et de l'étiologie des handicaps visuels dans la  
1ère région du Mali.  
Thèse, MALI, 1981.

**68- ZAKARY, S.**

Epidémiologie de la cécité au Niger.  
Thèse, NIGER, 1989.

**69- COPPO, P. ; KEITA, A.**

Médecine traditionnelle, acteurs, itinéraires thérapeutiques.  
Edizioni, Trieste, 1990, 320p.

# **ANNEXES**

# ANNEXE 1

## QUESTIONNAIRES (Personnes opérées de la cataracte)

### I IDENTIFICATION:

- 1- Numero:.....
- 2- NOM et Prénom:.....
- 3- Adresse permanente:.....
- 4- Adresse du correspondant à Sikasso:.....

### II/ CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE:

1- Sexe: M [ ] F [ ]

2- Age:.....

#### 3- A quelle ethnie appartenez-vous?

- |                  |       |
|------------------|-------|
| Senoufo/Minianka | 1 [ ] |
| Bambara          | 2 [ ] |
| Malinké          | 3 [ ] |
| Peulh            | 4 [ ] |
| Bobo             | 5 [ ] |
| Dogon            | 6 [ ] |
| Sarakolé         | 7 [ ] |
| Autres           | 8 [ ] |

#### 4- Quelle est votre religion?

- |                          |       |
|--------------------------|-------|
| Musulman                 | 1 [ ] |
| Chretien                 | 2 [ ] |
| Animiste, traditionnelle | 3 [ ] |
| Autres                   | 8 [ ] |
| Sans reponse             | 9 [ ] |

#### 5- Avez-vous fréquenté l'école ?

OUI 1 [ ] NON 2 [ ]

#### 6- Quel est votre niveau d'éducation le plus élevé ?

- |                |       |
|----------------|-------|
| Premier cycle: | 1 [ ] |
| Second cycle:  | 2 [ ] |
| Secondaire:    | 3 [ ] |
| Supérieure:    | 4 [ ] |
| Universitaire: | 5 [ ] |
| Autres:        | 8 [ ] |
| Sans reponse:  | 9 [ ] |

#### 7- Quelle est votre profession?

- |               |       |
|---------------|-------|
| Chômage       | 1 [ ] |
| Retraité:     | 2 [ ] |
| Paysan        | 3 [ ] |
| Ménagère      | 4 [ ] |
| Salarié       | 5 [ ] |
| Commerçant:   | 6 [ ] |
| Autres:       | 8 [ ] |
| Sans reponse: | 9 [ ] |

### III/ PROCESSUS DE PRISE DE DECISION DE RECOURS AUX SOINS

#### 1°) Qui vous a conseillé d'aller en consultation au centre ophtalmologique?

- |                           |   |     |
|---------------------------|---|-----|
| Moi même                  | 1 | [ ] |
| Un ami                    | 2 | [ ] |
| Un parent                 | 3 | [ ] |
| Une personne déjà traitée | 4 | [ ] |
| Un agent de la santé      | 5 | [ ] |

#### 2°) Cette consultation a-t-elle été votre premier recours?

- |     |   |     |     |   |     |
|-----|---|-----|-----|---|-----|
| OUI | 1 | [ ] | NON | 2 | [ ] |
|-----|---|-----|-----|---|-----|

#### 3°) Si non quels ont été vos recours antérieurs?

- |                         |   |     |
|-------------------------|---|-----|
| Automédication          | 1 | [ ] |
| Médecine traditionnelle | 2 | [ ] |
| Autres                  | 8 | [ ] |
| Sans réponse            | 9 | [ ] |

#### 4°) Pourquoi avez-vous décidé de venir à la médecine moderne?

- |                                  |   |     |
|----------------------------------|---|-----|
| Echec des traitements antérieurs | 1 | [ ] |
| Agravation de la maladie         | 2 | [ ] |
| Confiance à la médecine moderne  | 3 | [ ] |
| Autres                           | 8 | [ ] |
| Sans réponse                     | 9 | [ ] |

#### 5°) Qui vous a conseillé d'accepter l'intervention chirurgicale?

- |                          |   |     |
|--------------------------|---|-----|
| Moi même                 | 1 | [ ] |
| Un ami                   | 2 | [ ] |
| Un parent                | 3 | [ ] |
| Une personne déjà opérée | 4 | [ ] |
| Un agent de la santé     | 5 | [ ] |
| autres                   | 8 | [ ] |

#### 6°) Pensez-vous qu'il existe d'autres méthodes de traitement de la cataracte en dehors de la chirurgie?

- |     |   |     |     |   |     |
|-----|---|-----|-----|---|-----|
| OUI | 1 | [ ] | NON | 2 | [ ] |
|-----|---|-----|-----|---|-----|

#### 7°) Si oui pouvez-vous nous citer ces méthodes de traitement?

- |                         |   |     |
|-------------------------|---|-----|
| Traitement médical      | 1 | [ ] |
| Traitement traditionnel | 2 | [ ] |
| Autres                  | 8 | [ ] |
| Sans réponse            | 9 | [ ] |

#### 8°) Avez-vous déjà eu recours à l'une de ces méthodes?

- |     |   |     |     |   |     |
|-----|---|-----|-----|---|-----|
| OUI | 1 | [ ] | NON | 2 | [ ] |
|-----|---|-----|-----|---|-----|

**9°) Si oui pourquoi avez-vous opté finalement pour le traitement chirurgical?**

- |                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| L'echec de traitement antérieur   | 1 [ ] |
| Traitement efficace               | 2 [ ] |
| Veut retrouver la vue à tout prix | 3 [ ] |
| Dernier espoir                    | 4 [ ] |
| Autres                            | 8 [ ] |
| Sans reponse                      | 9 [ ] |

**IV/ COMPORTEMENT ET ATTITUDE VIS A VIS DES PRESTATIONS DE SERVICE ET DU PERSONNEL**

**1°) Que pensez-vous de l'efficacité de la chirurgie à traiter la cataracte?**

- |               |       |
|---------------|-------|
| Très efficace | 1 [ ] |
| Efficace      | 2 [ ] |
| Peu efficace  | 3 [ ] |
| Pas efficace  | 4 [ ] |
| Sans reponse  | 9 [ ] |

**2°) Le traitement chirurgical de votre cataracte vous a t-il donné satisfaction?**

- |     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| OUI | 1 [ ] | NON | 2 [ ] |
|-----|-------|-----|-------|

**3°) Si oui comment?**

- |                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| Voit plus bien maintenant           | 1 [ ] |
| Peut m'occuper seul de mes affaires | 2 [ ] |
| Redonné l'espoir de vivre           | 3 [ ] |
| Autres                              | 8 [ ] |
| Sans reponse                        | 9 [ ] |

**4°) Si non pourquoi?**

- |                            |       |
|----------------------------|-------|
| N'a pas amélioré ma vision | 1 [ ] |
| Ma vision a baissé de plus | 2 [ ] |
| Sent des douleurs          | 3 [ ] |
| Autres                     | 8 [ ] |
| Sans reponse               | 9 [ ] |

**5°) Quelle attitude développez-vous vis à vis du personnel?**

- |           |       |
|-----------|-------|
| Confiance | 1 [ ] |
| Méfiance  | 2 [ ] |
| Peur      | 3 [ ] |

**6°) Comment trouvez-vous l'accueil que vous réserve le personnel?**

- |                  |       |
|------------------|-------|
| Très accueillant | 1 [ ] |
| Accueillant      | 2 [ ] |
| Pas accueillant  | 3 [ ] |

**7°) Avez-vous été consulté le premier jour de votre arrivé au centre?**

- |     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| OUI | 1 [ ] | NON | 2 [ ] |
|-----|-------|-----|-------|

8°) Si non pour quelle raison n'avez-vous pas été consulté

9°) Combien de temps avez-vous passé au centre avant d'être consulté?

10°) Avez-vous été opéré combien de temps après votre première consultation?

11°) Comment trouvez-vous ce délai?

- Très long 1 [ ]
- Raisonné 2 [ ]
- Court 3 [ ]
- Sans réponse 9 [ ]

12°) Combien avez-vous dépensé en tout pour votre traitement?

13°) Comment trouvez-vous ce coût?

- très élevé 1 [ ]
- Moyen 2 [ ]
- Peu élevé 3 [ ]
- Sans réponse 9 [ ]

14°) Qu'est ce qui vous a le plus déçu dans votre expérience de recours aux soins?

- Comportement du personnel 1 [ ]
- Inefficacité des soins reçus 2 [ ]
- Délai entre la consultation et l'intervention long 3 [ ]
- Coût élevé des prestations 4 [ ]
- Autres 8 [ ]
- Sans réponse 9 [ ]

15°) Qu'est ce que vous avez de plus apprécié dans votre expérience de recours aux soins?

- Disponibilité du personnel 1 [ ]
- Efficacité des soins reçus 2 [ ]
- Autres 8 [ ]
- Sans réponse 9 [ ]

16°) Avez-vous déjà conseillé à quelqu'un d'avoir recours à la chirurgie?

- OUI 1 [ ] NON 2 [ ]

17°) Si oui a-t-il suivi votre conseil ?

- OUI 1 [ ] NON 2 [ ]

## ANNEXE 2

### QUESTIONNAIRE (Personnes non opérée de la cataracte)

#### I/ IDENTIFICATION

- 1- Numero.....
- 2- NOM et Prenom.....
- 3- Adresse permanente.....
- 4- Adresse du correspondant à Sikasso.....

#### II/ CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

- 1- Sexe M 1 [ ] F 2 [ ]

- 2- Age:....

#### 3- A quelle ethnie appartenez-vous?

- |                  |       |
|------------------|-------|
| Senoufo/Minianka | 1 [ ] |
| Bambara          | 2 [ ] |
| Malinké          | 3 [ ] |
| Peulh            | 4 [ ] |
| Bobo             | 5 [ ] |
| Dogon            | 6 [ ] |
| Sarakolé         | 7 [ ] |
| Autres           | 8 [ ] |

#### 4- Quelle est votre religion?

- |                         |       |
|-------------------------|-------|
| Musulman                | 1 [ ] |
| Chretien                | 2 [ ] |
| Animiste traditionnelle | 3 [ ] |
| Autres                  | 8 [ ] |

#### 5- Avez-vous fréquenté l'école?

- OUI 1 [ ] NON 2 [ ]

#### 6- Quel est votre niveau d'éducation le plus élevé?

- |               |       |
|---------------|-------|
| Prémier cycle | 1 [ ] |
| Second cycle  | 2 [ ] |
| Secondaire    | 3 [ ] |
| Superieur     | 4 [ ] |
| Universitaire | 5 [ ] |
| Autres        | 8 [ ] |
| Sans réponse  | 9 [ ] |

### 7- Quelle est votre profession?

- |              |       |
|--------------|-------|
| Chômage      | 1 [ ] |
| Retraité     | 2 [ ] |
| Paysan       | 3 [ ] |
| Ménagère     | 4 [ ] |
| Salarié      | 5 [ ] |
| Commerçant   | 6 [ ] |
| Autres       | 8 [ ] |
| Sans reponse | 9 [ ] |

### III/ PROCESSUS DE PRISE DE DECISION DE RECOURS AUX SOINS

#### 1- Qui vous a conseillé d'aller en consultation au centre ophtalmologique?

- |                      |       |
|----------------------|-------|
| Moi même             | 1 [ ] |
| Un ami               | 2 [ ] |
| Un parent            | 3 [ ] |
| Personne déjà traité | 4 [ ] |
| Agent de la santé    | 5 [ ] |

#### 2- Cette consultation a t-elle été votre premier recours?

- |     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| OUI | 1 [ ] | NON | 2 [ ] |
|-----|-------|-----|-------|

#### 3- Si non quels ont été vos recours antérieurs?

- |                         |       |
|-------------------------|-------|
| Automédication          | 1 [ ] |
| Médecine traditionnelle | 2 [ ] |
| Autres                  | 8 [ ] |
| Sans reponse            | 9 [ ] |

#### 4- Pourquoi avez-vous décidé de venir à la médecine moderne?

- |                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| Echec des traitements antérieurs | 1 [ ] |
| Agravation de la maladie         | 2 [ ] |
| Confiance à la médecine moderne  | 3 [ ] |
| Autres                           | 8 [ ] |
| Sans reponse                     | 9 [ ] |

#### 5- Lors de votre visite au centre, quel est le traitement qu'on vous a proposé?

- |                        |       |
|------------------------|-------|
| Traitement chirurgical | 1 [ ] |
| Traitement médical     | 2 [ ] |
| Aucun traitement       | 3 [ ] |

#### 6- Ne vous a t-on pas programmé à suivre une intervention chirurgicale de la cataracte?

- |     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| OUI | 1 [ ] | NON | 2 [ ] |
|-----|-------|-----|-------|

**7- Si oui pour quelle raison n'avez-vous pas subi cette intervention?**

- |                                |       |
|--------------------------------|-------|
| Peur du traitement chirurgical | 1 [ ] |
| Coût élevé du traitement       | 2 [ ] |
| Le délai fixé ne convient pas  | 3 [ ] |
| Autres                         | 8 [ ] |
| Sans réponse                   | 9 [ ] |

**8- Si non, pourtant on vous a dit de revenir, qu'en pensez-vous?**

.....

**9- Que faites-vous maintenant pour vous soigner?**

- |                         |       |
|-------------------------|-------|
| Automédication          | 1 [ ] |
| Traitement traditionnel | 2 [ ] |
| Rien                    | 3 [ ] |

**CAS OU LA PERSONNE NE FAIT RIEN POUR SE SOIGNER: Poser les questions suivantes:**

**10- Pourquoi vous ne faites rien pour vous soigner?**

- |                                |       |
|--------------------------------|-------|
| Prefère rester avec ma maladie | 1 [ ] |
| Pas de moyens pour me traiter  | 2 [ ] |
| M'en remet à Dieu              | 3 [ ] |
| Autres                         | 8 [ ] |
| Sans réponse                   | 9 [ ] |

**CAS OU ON RETROUVE LES PERSONNES SANS SA CATARACTE:  
Poser les questions suivantes:**

**11- Comment avez-vous fait pour traiter votre cataracte?**

- |   |       |
|---|-------|
| Automédication                          | 1 [ ] |
| Médecine traditionnelle                 | 2 [ ] |
| Médecine moderne (non traité au centre) | 3 [ ] |
| Autres                                  | 8 [ ] |
| Sans réponse                            | 9 [ ] |

**IV/ COMPORTEMENT ET ATTITUDE VIS A VIS DES PRESTATIONS DE SERVICE ET DU PERSONNEL**

**1- Pensez-vous que la chirurgie est le traitement adéquat de la cataracte?**

- |     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| OUI | 1 [ ] | NON | 2 [ ] |
|-----|-------|-----|-------|

**2- Etes-vous pour ou contre le traitement chirurgical de la cataracte?**

- |              |       |        |       |
|--------------|-------|--------|-------|
| Pour         | 1 [ ] | Contre | 2 [ ] |
| Sans réponse | 9 [ ] |        |       |

**3- Si contre pourquoi?**

- |                            |       |
|----------------------------|-------|
| Peur de l'acte chirurgical | 1 [ ] |
| Interdit par la religion   | 2 [ ] |
| Interdit par le tradition  | 3 [ ] |
| Autres                     | 8 [ ] |
| Sans reponse               | 9 [ ] |

**4- Quelle attitude développez-vous vis à vis du personnel?**

- |           |       |
|-----------|-------|
| Confiance | 1 [ ] |
| Méfiance  | 2 [ ] |
| La peur   | 3 [ ] |

**5- Comment trouvez-vous l'accueil que vous réserve le personnel?**

- |                  |       |
|------------------|-------|
| Très accueillant | 1 [ ] |
| Accueillant      | 2 [ ] |
| Pas accueillant  | 3 [ ] |

**6- Avez-vous été consulté le premier jour de votre arrivé au centre?**

- |     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| OUI | 1 [ ] | NON | 2 [ ] |
|-----|-------|-----|-------|

**7- Si non pour quelle raison n'avez-vous pas été consulté?**

.....

**8- Combien de temps avez-vous attendu avant d'être consulté?**

.....

**9- Avez-vous été programmé pour la chirurgie combien de jour après votre consultation?**

.....

**10- Comment avez-vous trouvé ce delai?**

- |           |       |
|-----------|-------|
| Très long | 1 [ ] |
| Raisnable | 2 [ ] |
| Court     | 3 [ ] |

**11- Combien vous a t-on demandé de payer pour être soigné?**

.....

**12- Comment trouvez-vous ce coût?**

- |            |       |
|------------|-------|
| Très élevé | 1 [ ] |
| Moyen      | 2 [ ] |
| Peu élevé  | 3 [ ] |

**13- Qu'est ce qui vous a le plus déçu dans votre expérience de recours aux soins?**

- |                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| Comportement du personnel            | 1 [ ] |
| Le traitement proposé                | 2 [ ] |
| Le délai proposé pour l'intervention | 3 [ ] |
| Coût élevé des prestations           | 4 [ ] |
| Autres                               | 8 [ ] |
| Sans réponse                         | 9 [ ] |

**14- Qu'est ce que vous avez le plus apprécié dans votre expérience de recours aux soins?**

- |                               |       |
|-------------------------------|-------|
| La disponibilité du personnel | 1 [ ] |
| L'accueil                     | 2 [ ] |
| Rien                          | 3 [ ] |
| Autres                        | 8 [ ] |
| Sans réponse                  | 9 [ ] |

**15- Avez-vous déjà conseillé à quelqu'un d'avoir recours au centre?**

- |     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| OUI | 1 [ ] | NON | 2 [ ] |
|-----|-------|-----|-------|

**16- Si oui pour quelles prestations?**

- |                       |       |
|-----------------------|-------|
| Consultation médicale | 1 [ ] |
| Chirurgie             | 2 [ ] |
| Autres                | 8 [ ] |

**17- A t-il suivi votre conseil?**

- |     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| OUI | 1 [ ] | NON | 2 [ ] |
|-----|-------|-----|-------|

# ANNEXE 3

## GUIDE DE L'ENQUETEUR

### I/ BUT DU GUIDE:

Permettre à l'enquêteur de mieux administrer le questionnaire tout en assurant sont uniformité.

### II/ DISPOSITIONS GENERALES:

1- Dresser une liste de toutes les personnes ayant consultés pour cataracte au centre Yeelen de Sikasso de 1991 à 1993.

2- Classer ces personnes en deux groupes:

- Un premier groupe comprenant les personnes opérées de la cataracte;
- Un deuxième groupe comprenant les personnes non opérées de la cataracte mais ayant eu la chirurgie comme indication au traitement de leur cataracte;
- Parmi le premier groupe, on tire 50 personnes avec leurs adresses complètes.
- Parmi le deuxième groupe on tire 100 personnes avec leurs adresses complètes.

3- Se faire accompagner d'un agent du centre pour repérer les personnes tirées, leur expliquer l'objet de l'enquête.

### III/ EXECUTION DE L'ENQUETE:

Après avoir localisé toutes les personnes retenues, commence en ce temps l'enquête proprement dite.

1- Se rendre au domicile de la personne retenue et l'interroger.

**2-** Avant de commencer l'interrogatoire, décliner son identité. Parler de la manière suivante à la personne:

- Pour les opérés: Bonjour, nous sommes des agents du centre Yeelen où vous avez subi votre opération. Dans le souci de s'enquérir de votre état de santé oculaire que nous vous rendons cette visite pour vous poser des questions qui touchent à d'importants aspects de la santé oculaire. Partant de votre expérience de recours aux soins oculaires, nous aimerions votre avis sur ce propos. Il n'y a pas de réponses justes ou fausses, dites nous s'il vous plaît ce qui vous semble vrai à vos propres yeux.

- Pour les non opérés: Bonjour, nous sommes du centre Yeelen où vous avez fait une consultation. Nous sommes venus s'enquérir de vos nouvelles puisque depuis votre visite on nous vous a plus revu.

**3-** Retenir les critères d'inclusions suivants:

- Avoir consulté au centre Yeelen de Sikasso pour cataracte.
- Avoir eu la chirurgie comme indication au traitement de sa cataracte.
- Etre opéré ou non de la cataracte au centre Yeelen de Sikasso.

**4-** Quand une personne est absente au moment de votre visite retourner ultérieurement pour l'enquêter.

**5-** Veuillez à ce que toutes les questions aient une réponse, ne laisser pas de case vide.

## ANNEXE 4

### BUDGET

1°) Finalisation du projet et préparation de l'enquête...	1171500 Frs
2°) Mise en oeuvre de l'enquête.....	501250 Frs
3°) Redaction et diffusion de rapport..	1010000 Frs
4°) Frais indirects.....	268280 Frs

**TOTAL: 2951030 Frs**

Ce budget a été entièrement financé par la Croix Rouge Suisse et l'IOTA

## ANNEXE 5

### CALENDRIER DU DEROULEMENT DES ACTIVITES

ACTIVITES	RESPONSABLES	PERIODE D'EXECUTION				
		F.M.A.	M.J.J.	A	S.O.	N.D.
1- Elaboration et finalisation du protocole. Pré-enquête	Dr RESNIKOFF Dr T. DIARRA Dr MOUSSA AG Mr A. MAIGA	_____				
2- Réalisation de l'enquête	Dr MOUSSA AG Mr A. MAIGA		_____			
3- Vérification des données	Dr MOUSSA AG Mr A. MAIGA			_____		
4- Saisie et traitement des données	Dr RESNIKOFF Mr A. MAIGA				_____	
5- Rédaction du rapport et diffusion des résultats	Dr RESNIKOFF Dr J. F. SCHEMANN Dr T. DIARRA Dr MOUSSA AG Mr A. MAIGA					_____

**Dr RESNIKOFF:** Directeur de l'IOTA

**Dr T. DIARRA:** Ethno-Sociologue à l'I.S.H.

**Dr MOUSSA AG:** Directeur du centre Yeelen de Sikasso

**Dr J. F. SCHEMANN:** Responsable de la recherche à l'IOTA

**Mr A. MAIGA:** Etudiant à l'ENMP en fin de cycle

NOM: MAIGA

PRENOM: Aguisa Mahamane

TITRE DE LA THESE:

**UTILISATION DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA CATARACTE AU  
CENTRE YEELLEN DE SIKASSO (MALI)**

ANNEE: 1994-1995

VILLE de SOUTENANCE: BAMAKO

PAYS D'ORIGINE: MALI

LIEU de DEPOT: BIBLIOTHEQUE: Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie  
du Mali.

SECTEUR D'INTERET: OPHTALMOLOGIE; SCIENCES SOCIALES.

RESUME:

L'importance considérable des cécités dues à la cataracte au Mali, fait de son traitement chirurgical une priorité des services de santé oculaire. L'identification des barrières à l'utilisation de ce traitement devient une préoccupation majeure pour les professionnels de la santé oculaire.

Les objectifs de cette étude sont: d'identifier les déterminants de l'utilisation de la chirurgie de la cataracte et les principales barrières à son utilisation.

Un échantillon de 156 personnes atteintes de la cataracte (52 personnes opérées et 104 non opérées) sélectionnées par un tirage à partir des registres de consultation du centre Yeelen de 1991 à 1993, a été enquêté au niveau de la commune de Sikasso.

Les résultats observés relèvent que:

Les déterminants de l'utilisation de la chirurgie de la cataracte sont l'accueil des patients, l'aggravation de la maladie (cécité totale) confiance à la médecine moderne, échec du traitement traditionnel ou de l'automédication.

Les principales barrières à l'utilisation de cette chirurgie sont la peur à la dépense, le coût, l'âge avancé (61 ans et plus).

Mots-clés: Cataracte; Chirurgie, Utilisation, Centre Yeelen Sikasso.

---

## SERMENT D'HIPPOCRATE:

*En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*