

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
DU MALI

ANNEE: 1997

N°...21

**ITINERAIRES THERAPEUTIQUES
DES PATIENTS ATTEINTS DE CATRACTE
DANS LA REGION DE SEGOU (MALI)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../1997

Devant

La faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie du Mali

Par

Mr: Seydou BAKAYOKO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

PRESIDENT: Professeur Aliou BA

MEMBRES: Docteur Pierre HUGUET

Docteur Jean François CECCON

DIRECTEUR DE THESE: Docteur Jean François SCHEMANN

FACULTE DE MEDECINE ,DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1996-1997

ADMINISTRATION

DOYEN : **ISSA TRAORE** - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR: **Ousmane DOUMBIA** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2ème ASSESSEUR : **AMADOU DOLO** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE GENERAL: **BAKARY CISSE** - MAITRE DE CONFERENCES

ECONOME: **MAMADOU DIANE** CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA.	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne

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. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.

3. MAITRE DE CONFERENCES

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
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique

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

Anesth.-Réanimation
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

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

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

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

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

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigüe Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA
Mr Benoît KOUMARE

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

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie, Chef de D E R
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phytsiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Adama D.KEITA	Radiologie
------------------	------------

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

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

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I.MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA

Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE
Mr Sory I.KABA

Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Bakary I.SACKO
Mr Sidiki DIABATE
Mr Boubacar KANTE
Mr Souléymanne GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Nyamanto DIARRA
Mr Moussa I.DIARRA
Mr Mamadou Bakary DIARRA
Mme SIDIBE Aissata TRAORE
Mr Siaka SIDIBE

Physiologie
Biologie
Botanique
Bactériologie
Physique
Biochimie
Bibliographie
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Mathématiques
Biophysique
Cardiologie
Endocrinologie
Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi 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 Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
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 A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

Après avoir rendu grâce à Allah le tout puissant et le miséricordieux:

je dédie ce travail :

- A tous les victimes de la cécité due à la cataracte
- A tous ceux qui oeuvrent dans la lutte contre la cécité dans le monde
- A mon pays le Mali

A mon père Mansa BAKAYOKO

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

Vous nous avez donné le sens du travail bien fait , de l'honnêteté 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 ma mère Oumou SOUCKO

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 aussi le couronnement de vos nombreux sacrifices de mère toujours à l'écoute de ces enfants .

A mon père et ami Dr Mamadou SANGARE

Vous avez été pour moi un guide si je ne m'abuse « un directeur de conscience » . Par vos conseils multiples vous m'avez orienté dans la vie . Aussi votre soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut .

Que ce travail soit le témoignage de mon indéfectible affection .

A ma grande soeur Founèba BAKAYOKO

Vous m'avez soutenu et encourager tout au long de mes études.

Que ce travail soit le témoignage de mon indéfectible affection.

A la mémoire de feu Lamine DIAKITE et famille

Tu nous a quitté mais ton encouragement dès mon accueil dans la famille m'a permis d'arriver à bout de ce travail.

J'aurai voulu que tu sois là aujourd'hui à partager la joie de ce jour tant attendu .

Ton courage , ta bravoure , ta sagesse et ta générosité font de toi un grand monument pour tes enfant , reposes toi en paix .

A la mémoire de feu mon grand père Mady KEITA

Dont la sagesse s'alliait au dévouement de tout instant au service de ses parents , repose toi en paix .

A mes frères et soeurs

- Founèba BAKAYOKO
- Bandiougou BAKAYOKO
- Mady BAKAYOKO
- Issiaka BAKAYOKO
- Boubacar BAKAYOKO
- Mountaga BAKAYOKO
- Ibrahim BAKAYOKO
- Assitan BAKAYOKO

En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis sous le toit paternel , je voudrais que vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard . Ce travail est aussi le vôtre .

Pour ceux qui luttent encore sur les bancs de l'école , j'espère avoir été un bon exemple . Courage et bonne chance . Que le tout puissant préserve et renforce notre affection fraternelle .

A la famille SAMAKE et KEITA Sogoniko

Toute ma reconnaissance

A la famille DIAKITE (Zeneibou TOURE) et CAMARA (Mima TALL) à Segou

Votre gentillesse et votre patience m'ont séduit .

Les mots me manquent pour cette reconnaissance.

Puisse cet humble travail vous apporte une satisfaction légitime .

A mes oncles et tantes notamment :

Abdoulaye KEITA , Bocar KEITA , Tataba KEITA , Mafounè COULIBALY , Djenèba SOUCKO , Datinè BAKAYOKO , Safiatou SOW...

Mon amour profond

A tous mes amis notamment :

- **Dr. Djibril KEITA et famille**
- **Dr. Sanoussy SANGO et famille**
- **Dr. Bourema KOURIBA**
- **Kader Laïko TRAORE**
- **Bocar KONE**
- **Zoumana DIAKITE**
- **Sekouba SANGARE**
- **Aïssata DIAKITE dite Magnini**
- **Maude Saint JEAN**

Ma profonde sympathie

A mes Cousins et cousines notamment :

- **Dr. Djibril BAGAYOKO**
- **Alassane Almouctar TRAORE**
- **Djenebou SANGARE**
- **Assitan DIAKITE dite Magnini**
- **Modibo SAMAKE**
- **Zena SAMAKE**
- **Madou SIDIBE**
- **Mamadou KEITA**
- **Ami DIAKITE**
- **Bocar DIAKITE**
- **Abdoulaye DIAKITE**
- **Tièdjougou Alpha DIAKITE.....**

Ce travail est aussi le vôtre .

REMERCIEMENTS

- A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à l'accomplissement de ce travail .
- A mon beau frère Bocar TRAORE dit ASSURANCE
pour sa sympathie
- A Oumar NDIAYE dit Barou
pour sa sympathie
- A la famille DEMBELE, TALL, BOMOU ET BENGALY Sogoniko
toute ma reconnaissance
- A Mme TOURE, Lala SISSOKO et à ses enfants notamment Adama TOURE dit Nostra
DAMUS et Assanatou TOURE dite SANA

Votre gentillesse et votre sympathie m'ont séduit. Les mots me manquent pour cette reconnaissance.

Veillez accepter toute ma sympathie et ma reconnaissance

- A tous les CES de l'IOTA notamment :
 - au Dr. lamine TRAORE
 - au Dr. seydou DIAKITE

Pour leur collaboration et sympathie

- Au Dr. COULIBALY
pour sa collaboration et sa disponibilité
- A tous le personnel de l'IOTA pour leur collaboration et leur sympathie dans l'édification
d'une bonne politique de la lutte contre la cécité .
- A Mr Nouhoun TIMBINE documentaliste de l'IOTA pour son entière disponibilité dans la
saisie de ce travail
- A tous les professeur de l'ENMP pour la qualité de l'enseignement qu'ils m'ont prodigué .
- A mes compagnons de la bibliothèque de l'IOTA et de l'ENMP notamment :
A Mrs Mamoutou KONATE , Charles , Tahirou KEITA , Etiène KEITA , Abdoul Ichafar
DIAKITE , Almouner MAIGA , Tchitouankreo BENOIT
- A mes camarades notamment :
A Mrs Zakaria DIABATE , Assey ba TOURE , Mohamed el Habib DIALLO , Moctar
DIALLO , Amadou SY , Moussa DIASSANA , Madou DIAKITE, Yaya DEMBELE, Alou
BOMOU, Tidiane TALL, Nahiko BENGALY.....
- A Milles Adam SANGARE, Safoura BERTE, Mouminatou KATILE, Mama DIALLO
Enda TOURE

Au personnel de l'ASACONIA notamment :

- au Dr. Djibril BAGAYOKO

- à Mlle Atou CISSE

- Mme DOMBIA Kafounè

- A tous mes condisciples pour les années difficiles et glorieuses qu'on a eu à passer ensemble .

Je souhaite à tous prospérité dans vos entreprise .

- Au personnel de l'hôpital régional de Mopti notamment :

- au Dr. Seydou COULIBALY

- au Dr. Siriman FAINKE

- à Gaoussou TRAORE

- à Mr KONATE

- à Golly DIA

- Au groupe AJAX Segou

Aux membres du jury

A notre maître et président du jury le professeur Aliou BA
Ancien doyen de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali
Chevalier de l'ordre national du Mali

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Cela témoigne encore une fois de l'importance que vous attachez à notre formation médicale. Soyez rassuré cher maître de notre profond respect.

Vos multiples taches ne vous ont pas empêché d'apporter votre contribution à ce modeste travail. Nous en sommes honorés et vous remercions

A monsieur le Docteur Pierre HUGUET

Directeur de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique.

Votre présence pour juger ce modeste travail nous fait honneur malgré vos multiples occupations.

Nous ne pouvons exprimer en ces quelques mots les sentiments que nous éprouvons pour le chercheur et le praticien chevronné que vous êtes.

Votre rigueur et votre respect dans le travail nous ont beaucoup impressionné.

Votre exemple sera pour nous un modèle pour le long chemin qui reste à parcourir.

Permettez nous de vous exprimer nos sentiments respectueux et notre profond attachement.

A monsieur le Docteur Jean François CECCON

Responsable du programme C.E.E.

Votre présence pour juger ce modeste travail nous fait honneur.

Vous gardez plus que jamais une simplicité réconfortante et une modestie très touchante.

Soucieux de la perfection et de l'idéal, vous demeurez pour nous un grand ami et maître, un exemple à suivre.

Recevez ici le témoignage de nôtre grande admiration et de notre profonde gratitude.

A monsieur le Docteur Jean François SCHEMANN

Chef du département pour la recherche à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique.

Vous nous avez confié ce travail, je ne saurai ici vous remercier sans votre permission.

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

Votre rigueur et votre respect dans le travail nous ont beaucoup marqué.

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

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

SOMMAIRE

	Page
I/ INTRODUCTION	1
II/ CADRE D'ANALYSE	4
1. Impacts socio-économiques de la cataracte	4
2. Utilisation et accessibilité des services de santé	5
3. Facteurs socio-démographiques et utilisation des services de santé	6
4. Facteurs organisationnels et utilisation des services de santé	6
5. Recours aux soins et itinéraires thérapeutiques	7
6. Dépenses de santé	7
7. Synthèse	9
III/ CADRE DE L'ETUDE	10
1. Communication	10
2. Démographie	11
3. Organisation administrative	11
4. Economie	11
5. Situation sanitaire	13
IV/ HYPOTHESES DE RECHERCHE	17
V/ OBJECTIFS	19
1. Objectif général	19
2. Objectifs spécifiques	19
VI/ MATERIELS ET METHODE	20
1. Plan de sondage	20
2. Critère d'inclusion	21
3. Collecte des données	21
4. Moyens de mesures	26
5. Technique d'examen	27
6. Examen Anatomique	27
7. Matériels utilisés	27
8. Traitement des données	28
VII/ RESULTATS	29
A. Etude quantitative	29
B Etude qualitative	70
VIII COMMENTAIRES ET DISCUSSION	79
IX/ CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	89
A. Conclusion	89
B. Recommandations	91
X/ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	92
ANNEXES	

CHAPITRE I

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La cécité représente à l'échelle mondiale et surtout dans les pays en voie de développement un problème important de santé publique.

Selon l'O.M.S. (35) on estime qu'en 1994, il y avait sur terre 38 millions de personnes frappées de cécité totale, c'est à dire ayant une acuité visuelle inférieure à 1/20. Par ailleurs, il y a 110 millions qui ont une mauvaise vision et risquent de devenir aveugle.

Les principales causes de la cécité et de la baisse de l'acuité visuelle sont: la cataracte, le trachome, le glaucome, l'onchocercose et la xérophtalmie. La cataracte est de loin l'affection la plus cécitante dans le monde, elle représente 41,8% des cécités (35). En Afrique subsaharienne 43,6% des cécités sont dues à la cataracte (35). L'incidence de la cataracte cécitante en Afrique est estimée à un million de nouveaux cas par an pour une population de 500 millions d'habitants soit 2 cas sur 1000 habitants (28).

Le Mali est un vaste pays avec une superficie de 1.248.574Km² pour une population d'environ 10 millions d'habitants. Au Mali 1,2% de la population est aveugle et 2 à 3% souffrent de malvoyance, la cataracte est la cause de 40% des cécités (29).

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 à un traitement chirurgical qui, associé à une correction de l'anomalie optique qui s'en suit, permet au patient de recouvrer la vision. Les réponses thérapeutiques envisagées ont subi une évolution dans le temps. Depuis plusieurs siècles la luxation du cristallin a été couramment pratiquée par les tradithérapeutes entraînant des complications multiples: hypertonie, hypotonie, décollement rétinien, cataractes secondaires, atrophie, complications cornéennes et infectieuses...

L'extraction du cristallin a été introduite avec la médecine Européenne.

Depuis plus de vingt ans le traitement chirurgical de la cataracte a subi une évolution considérable avec la mise point de microscopes opératoires et l'introduction d'implants intra-oculaires. Même avec cette révolution chirurgicale, la pratique de l'abaissement traditionnel reste fréquente dans plusieurs parties du monde: Maroc, les Indes, le Tibet, la Malaisie, et surtout l'Afrique noire.

Même à Bamako, capitale du Mali qui abrite l'un des instituts sous-regionaux les plus compétents en ophtalmologie tropicale, le recours à cette forme de traitement est fréquente (SYLLA. F (33).

Jusqu'en 1980, le Mali n'avait comme centre ophtalmologique que l'I.O.T.A. De 1980 à 1982 toutes les capitales régionales ont été dotées d'un centre ophtalmologique grâce à l'appui d'une O.N.G française: l'organisation pour la prévention de la cécité (O.P.C), c'était le projet Yeelen. Chaque centre régional (dit centre fixe) était doublé d'une équipe mobile appelée groupe d'ophtalmologie mobile (G.O.M). En effet chaque centre disposait des moyens matériels et financiers pour mener des activités de dépistage en brousse, mais il s'agissait du même personnel. Tous les centres ont d'abord été dirigés par des infirmiers spécialisés en ophtalmologie puis par des ophtalmologistes. Chaque centre recevait régulièrement la visite d'un médecin ophtalmologiste qui venait y pratiquer les activités chirurgicales. Cette équipe chirurgicale appelée équipe chirurgicale itinérante venait de l'I.O.T.A. Depuis décembre 1985 faute d'une intégration dans le système de santé national, ce projet a pris fin.

La fin du projet Yeelen s'est traduit aussi par la suppression des activités du G.O.M. cela a eu pour conséquence une diminution de la fréquentation des centres. Cinq centres Yeelen ont actuellement un médecin ophtalmologiste exerçant à temps plein. Il s'agit de Sikasso (1986) , Mopti (1986) , Segou (1989) , San (1980) , Kayes (1980) Il faut ajouter aussi que pendant toute la durée du projet tous les soins étaient gratuits et qu'ils sont devenus payants lors de la dévolution. Si dans les centres ophtalmologiques les activités de consultation connaissent un niveau moyen , les activités chirurgicales, elles, connaissent un niveau très faible par rapport à leurs capacités réelles. Si avant le démarrage du projet Yeelen il ne se passait rien sur le plan ophtalmologique en dehors de l'I.O.T.A. , la période du projet a connu une certaine activité: De 1980 à 1984, 3.866 cataractes ont été traitées, Le chiffre a baissé ensuite. En 1994 on a opéré 160 cataractes dans le centre Yeelen de Ségou. A Ségou, il y a de nombreux cataractes qui devraient être opérées, mais très peu de patients atteints de cataractes cécitantes se font opérer (10). En 1993 une enquête sur la prévalence et les causes de la cécité dans la région de Segou (10) a montré qu'il y avait une fois et demi plus de luxations traditionnelles que de cataractes opérées dans un centre chirurgical.

Selon les sources du centre Yeelen de Segou seulement 37% des cataractes diagnostiquées au centre y sont effectivement opérées.

Vu l'ampleur de la sous utilisation de la chirurgie moderne de la cataracte, il nous a paru utile de réaliser une enquête sur les itinéraires thérapeutiques des patients atteints de cataracte dans la région de Ségou.

Notre enquête avait pour objectif de comprendre pourquoi les patients aveugles par cataracte utilisaient peu les services de chirurgie ophtalmologique qui leurs étaient offerts, ou continuaient à privilégier la chirurgie traditionnelle ou encore ne faisaient rien pour se traiter. Pour approcher notre problème nous avons étudié trois groupes de patients :

- 85 patients ayant subi la chirurgie moderne.
- 82 patients ayant subi la luxation traditionnelle.
- 80 patients avec cataracte cécitante et n'ayant subi aucun recours.

Au cours de cette enquête nous avons étudié les itinéraires thérapeutiques, les raisons de chaque choix , le coût moyen de chaque traitement, nous avons aussi étudié les résultats fonctionnels des deux types d'intervention (moderne et traditionnelle). Pour ceux qui n'ont subi aucun recours, nous avons tenté de connaître les raisons qui ont fait qu'ils n'ont pas consulté ou qu'ils n'ont pas pu se faire opérer s'ils ont consulté.

Partant des données recueillies, nous nous sommes particulièrement attachés à déterminer les principales barrières à l'utilisation de la chirurgie moderne de la cataracte dans la région Segou, à estimer le coût moyen de la chirurgie et de l'abaissement et à proposer des stratégies adaptées aux problèmes révélés.

CHAPITRE II

CADRE D'ANALYSE

II. CADRE D'ANALYSE

Les études précédentes avaient révélé que la cataracte était de survenue précoce en Afrique comme partout dans les pays en développement (29).

Des données récentes provenant d'ARABIE SAOUDITE, d'INDE, et du KENYA montraient que 10% des sujets de groupes d'âge de 40 à 50 ans souffraient d'une perte importante de la vue due à la cataracte et que 1% à 3% étaient aveugles (28). De tels pourcentages n'étaient retrouvés qu'après 70 ans dans les pays Européens et nord Américains.

Dans une étude épidémiologique sur la cécité au Niger, ZAKARY (39) en 1990 a montré que 8,4% des sujets de 21 à 40 ans présentaient une cataracte et 63,2% des sujets de 41 à 60 ans.

En 1986, BORE (5) dans une étude sur la prévalence et l'étiologie des handicaps visuels en zone rurale au Mali a montré que 0,2% des sujets de 39 à 49 ans présentaient une cataracte et 10,2% des sujets de 50 ans et plus. Par contre YATTASSAYE (38) pour une étude similaire réalisé au Mali a trouvé 2,1% et 20,6% pour les même tranches d'âge.

Une enquête menée par MAIGA(27) sur l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte dans le centre Yeleen de Sikasso en 1994 avait montré que 7,7% des sujets âgés de 20 à 50 ans présentaient une cataracte contre 55,8% des sujets de 51 à 70 ans.

Au regard de ces études nous constatons que la cataracte est peu fréquente entre 21 et 40 ans et fréquentes après 40ans. Toutes ces études ont montré qu'il ne semble pas avoir de différences significatives liées aux sexes (27), (5), (38), (39).

1. IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE DE LA CATARACTE:

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 (29).

Dans les pays en voie de développement les aveugles souffrent d'une mortalité accrue (29).

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 est à la charge de la communauté.

THYLEFORS (34) explique la charge socio-économique que représente l'aveugle « L'aveugle ne peut pas travailler et pourtant il continue à manger et a besoin d'un enfant pour le conduire ».

2. UTILISATION ET ACCESSIBILITE DES SERVICE DE SANTE:

L'accessibilité est un phénomène très complexe ne se limitant pas seulement aux barrières financières et géographiques . L'établissement de relations entre les caractéristiques socio-économiques et culturelles des personnes atteintes de cataractes et leur 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 difficiles à 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.

Selon beaucoup d'auteurs l'utilisation résulte de la rencontre entre le patient qui fait une demande de soins et un professionnel qui lui en fourni (DONABEDIAN) (17), (ANDERSEN et NEWMAN) (3) , (ANDERSEN) (2).

Dans les pays en voie de développement l'interaction entre les variables dans l'utilisation des services de santé est plus complexe que dans les pays développés du fait de l'existence de systèmes médicaux pluralistes et d'alternatives thérapeutiques diversifiées (KROEGER) (26) (HADDA et FOURNIER) (23).

Pour FIELDER (22) l'accès aux soins médicaux doit être analysé comme une interaction de deux jeux caractéristiques: celles d'un individu ou de sa famille qui 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 (19) 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 des incompatibilités ou barrières.

Selon ANDERSEN et NEWMAN (3), l'utilisation est déterminée par une interaction entre les facteurs de prédisposition, les facteurs de besoins et les facteurs réalisation.

Pour STEWART (32) 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'accessibilité: financière, spatio-temporel, psychologique; tandis que DONABEDIAN(17) définit deux types:

socio-organisationnelle et géographique.

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

Notre étude concernera les dimensions géographiques, la disponibilité, l'accessibilité économique et l'accessibilité liée à l'adéquation entre les perceptions des utilisateurs et celles des producteurs de la chirurgie de la cataracte.

3. FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

Le revenu familial, l'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) (17).

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) (11). Selon le même auteur, 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 .

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) (17).

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) (11) comme caractéristiques personnelles et par d'autres (JOYCE, K et Al) (24) comme barrière internes .

4. FACTEURS ORGANISATIONNELS ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

Ces facteurs sont décrits par DONABEDIAN (17) 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) (18).

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) (11).

5. RECOURS AUX SOINS ET ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

Plusieurs études ont été faites sur les recours aux soins et itinéraires thérapeutiques, mais nous nous limiterons à la revue de quelques études faites au Mali et dans certains pays africains.

Plusieurs études faites en 1991 par S. TRAORE (36), T. DIARRA et B.D DIAKITE (16), T. DIARRA (15) respectivement sur le recours aux soins et leurs déterminants, sur la consommation médicale, et sur les représentations et itinéraires thérapeutique ont montré que 54 à 55% des personnes enquêtées avaient eu recours à l'automédication, 36% à la médecine moderne et 3% à la médecine traditionnelle lors de leur premiers recours aux soins.

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

J. VAUGELADE (37) dans son étude sur la consommation médicale et les itinéraires thérapeutiques en milieu rural au Burkina Faso à montré que dans les milieux ruraux où existait un centre de santé primaire (CSP), 42% des malades avaient eu recours à la médecine traditionnelle et 37% à la médecine moderne. Par contre dans les zones où existait un dispensaire le taux de recours était de 35% pour la médecine traditionnelle et 44% pour la médecine moderne.

L'étude faite par P. KOPP et A. KEITA à Bandiagara va dans le même sens (25).

6. 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 une population du quartier de Bankoni (Bamako) (13) avait fait une répartition des dépenses en cinq rubriques: Consultation, Médicament, Analyses de laboratoire, Transport et Hospitalisation. Le tableau ci dessous illustre la structure des dépenses annuelles moyennes de santé par ménage dans le quartier de Bankoni (13).

Tableau n°1: Répartition selon les dépenses annuelles à Bankoni

	Eepèce	Nature	Total
Consultation moderne	270	16	286
Consultation traditionnelle	85	57	142
Médicaments modernes	4.801	56	4.857
Médicaments traditionnels	210	6	216
Hospitalisation	226	0	226
Analyses	234	0	234
Transport	325	0	325
Total	6.151	134	6.285

La dépense annuelle moyenne de santé par ménage était de 6 285F CFA soit 1 047F CFA par personne dans le quartier de Bankoni . La taille moyenne d'une ménage était de six personnes.

Cette étude a montré que les dépenses de santé étaient d'une importance négligeable par rapport à l'ensemble des dépenses de ménage : 1,16% des dépenses totales (13) .

Différentes études réalisées vont dans le même sens . Ainsi la part des dépenses de santé dans le budget du ménage représentait seulement 4% du revenu dans les familles des travailleurs de l'enseignement et de la culture du district de Bamako (8), moins de 4% à Diola et Didieni, à peine 5% à Kangaba (7).

Selon FERRANTI (21) la population était peut être psychologiquement mal préparée à dépenser directement pour sa santé, certains pensaient que les impôts, les taxes et les multiples cotisations que percevait le gouvernement devrait lui permettre de financer les dépenses de la santé. S. COULIBALY(9) dans une étude sur l'accessibilité financière au centre socio-sanitaire du cercle de Bougouni (CSSCB) a remarqué, qu'il existait une résistance au paiement direct des frais d'actes par les usagers. En consultation par exemple 59% des personnes enquêtées ont affirmé que le prix était très élevé (200F CFA). La même étude a montré que 34% de ceux qui prenaient leurs soins au CSSCB manquaient de moyens financiers, 67% avaient eu à renoncer de voir le médecin ou l'infirmier par manque de moyens financiers pour payer la consultation et les médicaments.

7.SYNTHESE:

La revue et 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 industrialisé du fait de l'imbrication et la complexité des systèmes et sous systèmes médicaux qui caractérisent les pays en développement. En regard de 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.

Quant à notre étude elle retient comme variable dépendante la chirurgie de la cataracte qui se définit comme l'extraction du cristallin opacifié ou la luxation du cristallin opacifié.

L'utilisation de cette chirurgie dépend d'un certain nombre de facteurs:

- Facteurs individuels : l'âge, l'ethnie, le statut professionnel et le niveau d'éducation.
- Facteurs socio-économiques: revenu familial, structure familiale, classe sociale et le support social.
- Facteurs organisationnels liés surtout à la politique sanitaire.

Ainsi dans le cadre de notre étude, nous cherchons à mettre en relief les facteurs bloquant l'utilisation chirurgicale de la cataracte.

CHAPITRE III

CADRE DE L'ETUDE

III. CADRE DE L'ETUDE

Notre travail a intéressé la région de Ségou (cercle de Ségou) située dans la partie centrale du pays. La région s'étend sur une superficie de 60 947 km² avec une population de 1 340 000 habitants (recensement de 1987) et une densité moyenne de 20 habitants au km. C'est la région la plus peuplée du Mali.

Notre choix a porté sur cette région à cause de la présence dans cette région de deux centres ophtalmologiques (la seule région au Mali comptant deux centres ophtalmologiques) avec dans chacun la présence d'un médecin ophtalmologiste exerçant à temps plein et aussi à cause de la langue de communication qui est le Bamana parlé par plus de 80% de la population de cette région, ce qui facilitait la communication entre les patients et l'enquêteur.

Le cercle de Ségou s'étend sur une superficie de 15 600 km² et comprend 447 678 habitants (29,84 habitants /km²). Il est limité à l'est par le cercle de Macina, à l'ouest par le cercle de Baraoueli, au nord par le cercle de Niono et au sud par le cercle de Bla. Le climat est de type soudanais. Le relief est peu accidenté. On distingue trois ensembles de groupements végétaux:

- la formation arbustive à épineux;
- la formation arborée;
- la savane arborée.

1- COMMUNICATION

-Le réseau routier du cercle est constitué par:

La nationale No 12 bitumée qui relie Bamako à Ségou puis à Mopti en passant par Cinzana.

La régionale Ségou - Markala - Niono est également bitumée. Les arrondissements de Katiéna, Doura, Sansanding sont reliés au chef lieu de cercle par des pistes de terre.

- Le fleuve Niger est en permanence navigable entre Farako et Ségou; Sansanding et Ségou. Il n'est navigable que pendant la période d'Août à Septembre entre Koulikoro et Ségou.

- Le chef lieu de cercle possède un réseau téléphonique urbain ainsi que les localités de Markala, Dioro et Sansanding. Il existe un réseau administratif dans tous les arrondissements, ainsi qu'un réseau sanitaire au niveau de la Direction Régionale de la Santé Publique (D.R.S.P.).

Le cercle de Ségou de par sa position géographique centrale se trouve privilégié. Le relief est plat et d'accessibilité facile à l'exception de trois arrondissements: Katiéna, Farako, et Doura d'accès difficile en saison des pluies. Le cercle est relativement bien arrosé, cependant certains arrondissements tels que Doura et Cinzana souffrent de problèmes d'eau à cause de l'abaissement de la nappe phréatique.

2- DEMOGRAPHIE:

Le cercle de Ségou totalise 514 villages regroupés en 75 secteurs de développement. La population totale étant estimée à 447 678 hbts en 1990. Les principales ethnies sont: les Bambara, les Peulhs, les Diawandos, les Sarakolés, les Bozos et les Bobos. La population du cercle est relativement jeune puisque 22,05% ont moins de 6 ans et 48,19% ont moins de 15 ans. La forte concentration de la population peut être source de la pollution des eaux du fleuve et avoir pour conséquence la recrudescence des maladies hydriques et parasitaires.

3- ORGANISATION ADMINISTRATIVE

La pyramide administrative comprend :

- le cercle
- les arrondissements
- les villages
- les secteurs de développement (SD) qui sont les intermédiaires sur le plan économique et social entre les villages et l'arrondissement. Les villages sont regroupés en secteur de développement. Ces secteurs formés de 6 à 11 villages existent dans tous les arrondissements du cercle. Le cercle de Ségou ainsi que les services techniques qui le composent sont placés sous l'autorité d'un commandant de cercle. Il est composé de 8 arrondissements.

4- ECONOMIES

L'économie du cercle est basée essentiellement sur 2 secteurs : le secteur primaire et le secteur secondaire.

a) Secteur Primaire

- Agriculture : Ce secteur est de loin le plus important de l'économie. Il convient de préciser que 85,5% de la population rurale dépendent des activités de ce secteur . Elle est pratiquée dans tout le cercle. On distingue deux zones :
 1. Zone sèche : C'est la zone hors de l'Office du Niger . L'agriculture est pratiquée dans cette partie du cercle suivant le mode traditionnel : on y cultive du mil , du maïs , du niébé.
 2. Zone irriguée : C'est la zone de culture de canne à sucre ainsi que du riz dans l'Office du Niger. Le maraîchage fait partie des activités des paysans pendant la contre saison et constitue une source très appréciable de revenus .

- Elevage à côté de l'agriculture : l'élevage est pratiqué par 2,2% des deux sexes de la population. Deux mode d'élevage y sont pratiqués :

* L'élevage transhumant où les animaux se déplacent à la recherche de pâturage .

* L'élevage sédentaire où les paysans propriétaires d'animaux les confient à des bergers peulhs .

b) Secteur Secondaire

Le secteur industriel est représenté par:

- L'industrie textile : la COMATEX (Compagnie Malienne de Textile)

- L'industrie alimentaire représentée par :

* quelques boulangeries

* une sucrerie à Dougabougou

* une rizerie à Dioro

- L'industrie chimique l'IMAP (Industrie Malienne du Pneumatique)

- L'industrie chimique ACM, Markala (Atelier de Construction Mécanique de Markala)

c) Secteur tertiaire

Ce secteur englobe le commerce, l'artisanat, les transports, la santé, les banques, les assurances, l'information, l'imprimerie et le tourisme.

- La pêche : elle est pratiquée de façon intensive sur toute l'étendue du cercle sur les fleuves Niger et le Bani qui l'arrosent et sur les canaux d'irrigation de l'Office du Niger et de l'opération riz.

- La cueillette : elle est pratiquée dans tout le cercle. Les produits de cueillette sont :
les feuilles de baobab , le zaban , le jujubes , le tamarin , la gomme arabique .

*L'office du Niger est un établissement agro-industriel qui a son administration à Ségou.

Il développe surtout les cultures de riz, du coton et de la canne à sucre.

* L'opération riz qui a sa direction générale à Ségou développe essentiellement la culture du riz.

5- SITUATION SANITAIRE

A) SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

Les maladies les plus fréquentes dans la région sont (10)

- Paludisme
- Maladies diarrhéiques
- Affections oculaires
- Rougeole
- Pneumopathies
- Tétanos
- Tuberculose

Le taux de couverture primaire pour la population totale est le pourcentage de la population du cercle résidant dans les TAF (Territoire d'Accessibilité Facile). C'est la population se trouvant dans un rayon de 5kms autour d'un service de santé.

- commune : 100%

Taux de couverture primaire ensemble du cercle	49,03%
-Arrondissement central	24,99%
- " - Cinzana	44,22%
- " - Katiéna	32,36%
- " - Dioro	30,93%
- " - Sansanding	57,49%
- " - Markala	48,82%
- " - Farako	21,90%
- " - Doura	19,35%

Les autres caractéristiques sont:

- Un sous-équipement en gros matériel
- Une insuffisance des moyens logistiques au niveau des centres de santé d'arrondissement et des secteurs de développement.
- Un manque de système de distribution de médicaments essentiels au niveau des secteurs de développement et village .
- Un faible éventail des examens complémentaires.

B) INFRASTRUCTURES

- L'hôpital régional est à Ségou et constitue la structure de référence de la région.
- Il existe deux hôpitaux secondaires pour la région celui de Markala et celui de San.
- On trouve des centres de santé à Baraouli , Segou , San , Macina , Niono , Bla , Tominian.
- Il existe par ailleurs des dispensaires et des maternités Maternités au niveau de tous les arrondissements.
- Les deux Services d'ophtalmologie sont à Segou et à San

C) ADMINISTRATION SANITAIRE REGIONALE

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)

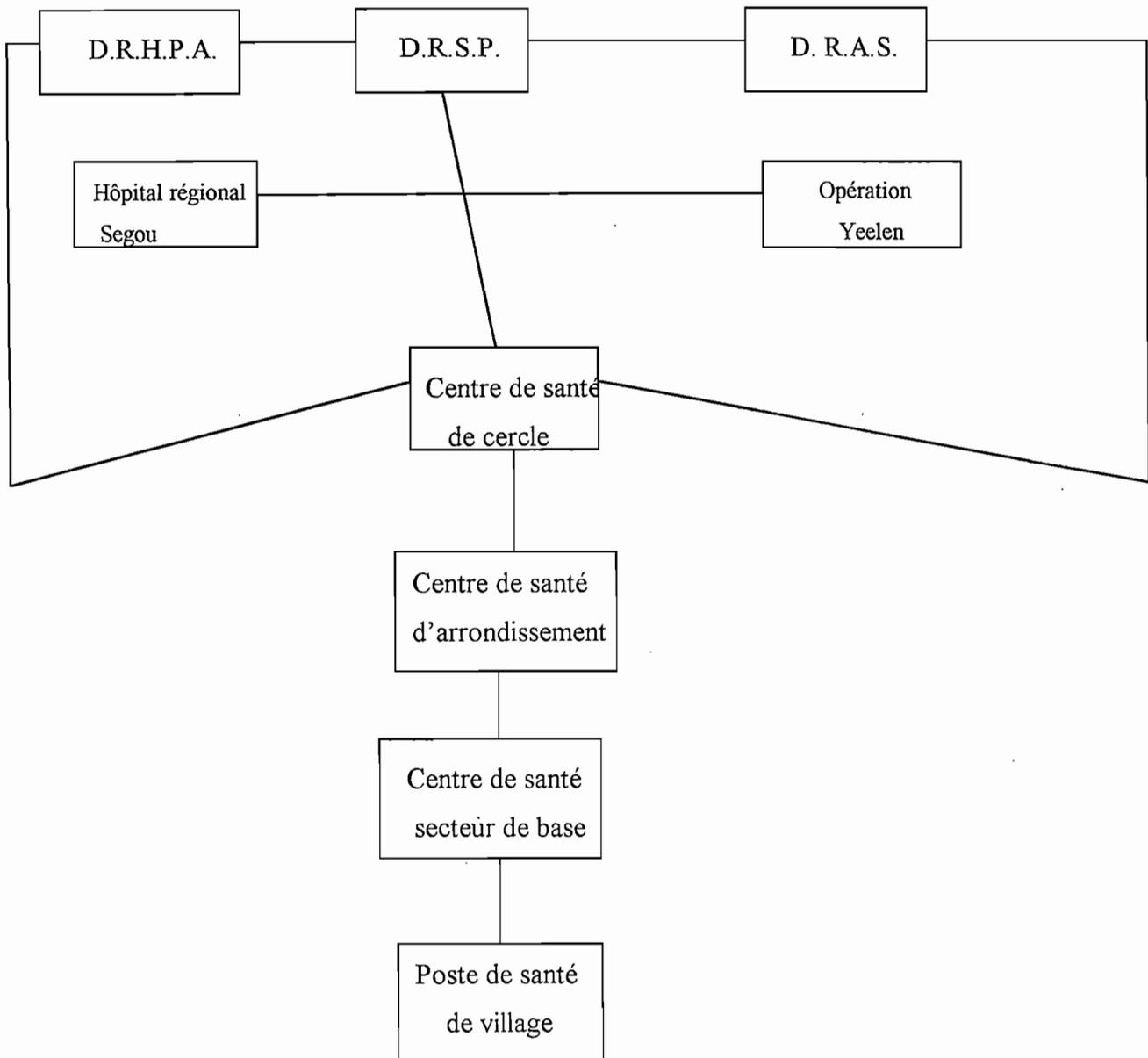
Au niveau des cercles et des arrondissements , les structures sont intégrées au centre de santé des cercles (CSC) et d'arrondissement (CSA) .

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

- Les dispensaires ruraux
- Les maternités rurales
- Les postes de santé des villages .
- Les Centres de Santé communautaire

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

Organigramme de l'administration régionale de la santé



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

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

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

D) PROBLEME REGIONAL DE LA SANTE OCULAIRE

Selon des rapports émanant des registres du dispensaire du cercle de Ségou les affections oculaires étaient nombreuses et graves et tiendraient la troisième place après le paludisme et les maladies diarrhéiques. De ces mêmes rapports il ressort que la plupart des pathologies rencontrées étaient curables et ou évitables (trachome , xérophtalmie , cataracte).

Dans la région , malgré la présence des centres ophtalmologiques (Segou et San) et d'une antenne à Niono , la pratique de la luxation traditionnelle avec ses complications reste fréquente.

C) SITUATION ACTUELLE

Il existe dans la région de Segou 2 centres ophtalmologiques (Segou , San) et une antenne à Niono. Les activités de ces centres sont principalement des activités d'ophtalmologie clinique (consultation , chirurgie de la cataracte , du glaucome , et des traumatismes oculaires...). Nous avons dans les centres de Segou et de San un médecin ophtalmologiste, un infirmier spécialisé en ophtalmologie et un aide soignant qui assurent les activités au niveau du centre.

Quant à Niono, son centre est géré par un infirmier spécialisé en ophtalmologie et un aide soignant, les pratiques chirurgicales y sont pratiquées lors du passage du médecin ophtalmologiste qui se fait de façon périodique .

Sur l'ensemble des 7 ophtalmologistes nationaux , 2 exercent dans la région de Segou (centre Yeelen de Segou, service d'ophtalmologie de l'hôpital secondaire de San). Malgré l'existence de ces centres la couverture en soins oculaires reste insuffisante .

IV. HYPOTHESES DE RECHERCHE

1) HYPOTHESES EXPLICATIVES DES BARRIERES A L'UTILISATION DE LA CHIRURGIE MODERNE DE LA CATARACTE

- Une grande partie de la population pense que devenir aveugle à l'âge de la vieillesse est un phénomène normal et donc ne cherche pas à se traiter.
- Certaines personnes pensent que la médecine moderne n'est pas le meilleur recours pour résoudre un problème de cécité.
- D'autres ne savent pas qu'on peut traiter la cataracte .
- D'autres personnes ignorent l'existence de service ophtalmologique capable de prendre en charge leur problème oculaire.
- Certains patients pensent qu'ils sont très loin du centre et qu'il serait très difficile de se déplacer et préfèrent attendre un tradipraticien qui fera le déplacement chez eux.
- Le niveau social bas et l'absence d'éducation sont un obstacle .
- Le coût du traitement est un obstacle .
- La concurrence des tradithérapeutes est un obstacle .

2) HYPOTHESES EXPLICATIVES A L'UTILISATION DE LA CHIRURGIE MODERNE DE LA CATARACTE

- L'utilisation de la chirurgie moderne est plus fréquente chez les proches des opérés qui ont recouvré la vue et le conseil de ces proches est le meilleur facteur de promotion de la chirurgie de la cataracte.

- L'utilisation de la chirurgie moderne par les personnes atteintes de cataracte serait favorisée par les bons résultats sur d'autres patients.

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

- Les personnes scolarisées, les personnes ayant un certain statut social, professionnel ou particulier auraient plus tendance à utiliser la chirurgie moderne.

CHAPITRE V

OBJECTIFS

V. OBJECTIFS

1) OBJECTIF GENERAL:

Déterminer pour la chirurgie de la cataracte les causes de la sous utilisation des services ophtalmologiques au Mali.

2) OBJECTIFS SPECIFIQUES:

- Déterminer les raisons pour lesquelles les patients atteints de cécité curable ne viennent pas se soigner dans les centres ophtalmologiques .
- Chercher à savoir s'il existe des raisons culturelles qui font que les patients atteint de cécité curable préfèrent rester dans cet état plutôt que de se faire soigner.
- Déterminer pourquoi, certains patients préfèrent se soigner de façon traditionnelle plutôt que de venir dans les centres ophtalmologiques .
- Chercher à savoir si l'éloignement des centres fait que les patients préfèrent rester chez eux et attendre un tradithérapeute qui ferait le déplacement .
- Déterminer le coût des interventions chirurgicales et des abaissments
- Evaluer les résultats fonctionnels des deux types d'intervention
- .- Chercher à savoir si le coût du traitement est un obstacle à la chirurgie moderne de la cataracte.

CHAPITRE VI

MATERIELS ET METHODE

VI. MATERIELS ET METHODE

Notre étude a porté sur trois groupes d'individus:

- Sujets traités par la chirurgie moderne
- Sujets traités par la chirurgie traditionnelle
- Sujets n'ayant pas subi de traitement.

Pour mener cette enquête nous avons choisi une région administrative du Mali possédant un centre ophtalmologique avec la présence d'un médecin ophtalmologiste .

Ainsi la région de Ségou a été choisie et dans cette région le cercle de Ségou. Vingt grappes ont été tirées au hasard pour constituer l'échantillon représentatif du cercle de Ségou.

1. PLAN DE SONDAGE :

L'échantillon représentatif de la population a été obtenu par la méthode du sondage en grappe à un degré. Tout d'abord nous avons procédé à un tirage au sort de 20 villages d'origines, une dizaine de villages limitrophes était ensuite choisie pour constituer la grappe, Ainsi , nous avons localisé 20 grappes réparties comme suite :

Arrondissement Central : 3 grappes	Massala , Boundo Wèrè , Sando Sido
Arrondissement de Markala : 3 grappes	Markala , Témou , Dougabougou
Arrondissement de Sanssading : 2 grappes	Sossé Bamanan , Winlintiguila
Arrondissement de Dioro : 3 grappes	Kominè , Konu , Sagné Wèrè
Arrondissement de Katiéna : 2 grappes	Bougoula Peulh , Koba Sokala
Arrondissement de Cinzana : 3 grappes	N'gakoro , Boua Wèrè , Saminé
Arrondissement de Farako : 2 grappes	Fantabougou Bamanan , N'tobougou
Arrondissement de Doura : 2 grappes	Markabougou , Dlonkèbougou

En 1993 une enquête sur la prévalence et les causes de la cécité réalisée dans le cercle de Ségou par COULIBALY, M (10) avait donné les résultats suivants:

- taux de phakoexérese dans la population générale: $3/3245 = 0,09\%$
- taux de luxation du cristallin traditionnelle dans la population générale: $5/3245 = 0,15\%$

Cette enquête montrait donc que la luxation du cristallin était plus fréquente que la phakoexérese dans ce cercle. En considérant cette prévalence de la phakoexérese dans le cercle de segou, il faudrait examiner sensiblement $324500/3 = 108.166\text{hbts}$ pour trouver 100 personnes ayant subi une phakoexérese .

Nous avons besoin de 20 grappes avec une population moyenne d'environ 5408 habitants pour chaque grappe.

Dans chaque villages on interrogeait le chef de village à la recherche de patients opérés de cataracte par la méthode moderne, une fois ces personnes retrouvées, on procédait à son examen et à son interrogatoire. Ainsi dans chaque village, nous avons cherché tous les cas de phakoexerese, et à chaque cas de phakoexerese nous avons apparié un cas de luxation traditionnelle du cristallin et un cas de cataracte cécitante.

Initialement, il était prévu d'apparier chaque cas de phakoexérese avec une luxation traditionnelle du cristallin et une cataracte cécitante, en fonction de l'âge et du sexe. Ceci s'averait difficile sur le terrain, ainsi à chaque fois qu'on voyait un opéré, on examinait le premier abaissé retrouvable et identifier, c'est un appariement en fonction du lieu. Au cas où l'appariement n'a pas pu se faire dans le même village, il se fera dans le village voisin.

2. CRITERES D'INCLUSION :

L'étude a porté sur des personnes habitants dans le cercle de Ségou répondant aux critères suivants:

- Groupe1: avoir suivi une phakoexerese
- Groupe2: avoir suivi une luxation du cristallin
- Groupe3: présentant une cataracte cécitante .

Ainsi tout sujet résidant dans les villages de l'échantillon ayant subi la phakoexérèse a été examiné , on a en suite procédé à l'appariement avec les sujets luxés et les sujets non opérés.

Il faut préciser que l'appariement n'a été fait ni en fonction du sexe ni en fonction de l'âge, mais en fonction du village. Nous sommes parvenue à interroger et examiner :

- 85 personnes ayant subi une phakoexerese
- 82 personnes ayant subi une luxation du cristallin
- 80 personnes présentant une cataracte cécitante.

3. COLLECTE DES DONNEES:

Les données ont été collectées à partir de 3 questionnaires. Ces questionnaires ont été administrée par un enquêteur . Les entretiens ont été faits en langue bamanan (la seule langue utilisée) et les questions ouvertes enregistrées grace à un dictaphone. Les questionnaires comportaient des questions fermées et des questions ouvertes où l'on laissait le patient raconter sans l'interrompre l'histoire de sa maladie . Un pré-test a lieu sur le terrain à Koulikoro et à Djoliba et a précédé l'utilisation à grande échelle du questionnaire. Pour être accepté par les

personnes, l'enquêteur doit décliner son identité et expliquer l'objectif de l'enquête pour se faire distinguer des agents de la fiscalité et mériter la confiance des personnes qu'il doit interroger.

Les questionnaires visent à décrire successivement:

- les caractéristiques socio-démographiques , pour mieux apprécier l'environnement dans lequel vit le patient, comprendre sa mentalité , sa culture , son niveau d'éducation , ses relations sociales et son statut social .

- les caractéristiques socio-économiques , pour apprécier le pouvoir d'achat familial du patient , les facteurs influençant ce pouvoir , appréhender ses besoins , décrire les biens possédés par la famille et en déduire sa capacité économique .

- les itinéraires thérapeutiques , pour connaître les raisons qui ont motivé le choix vers telle ou telle méthode , les étapes suivies jusqu'à la chirurgie et pour ceux qui n'ont subi aucune chirurgie savoir les raisons qui les ont empêché de se faire opérer .

- la qualité de la vie : elle vise à décrire la mobilité physique, l'habilité de l'autonomie, et les dimensions psycho-sociales. Dans cette partie, nous cherchons à savoir quel est l'impact du déficit sur le bien être physique, mental et social de l'individu. Les appréciations de la qualité de vie peuvent donner une compréhension sur la dépendance créée par la cécité en allant au delà des mesures cliniques de la fonction visuelle.

- l'appréciation de la vision , qui nous permet de juger comment les patients opérés ou non évaluent leur vision actuelle.

Ces différentes variables nous permettent de cerner le malade traité ou non dans sa société avec sa capacité économique , en tenant compte de son itinéraire thérapeutique et des influences que peuvent avoir les traitements antérieurs pour mieux appréhender les raisons de la sous utilisation des centres ophtalmologiques .

Nous avons calculé également les scores qualité de vie et le scores richesses pour minutieusement apprécier la richesse et la qualité de vie du patient.

CALCUL D'UN SCORE RICHESSE

Nous avons attribué arbitrairement des points attribués à certains biens:

Maison en dur	2
Toit en tôle	2
Electricité	2
Mobylette	2
Frigo	2
Voiture	2
T.V.	2
Lampe à pétrole	1
Bicyclette	1
Charrette	1
Ane	1
Radio	1

Le score richesse d'une personne est établie en additionnant les points attribués à un certains nombre de biens. Il peut varier de 0 à 19

CALCUL DES SCORES QUALITES DE VIE

Le questionnaires sur la qualité de vie est constitué de 12 questions posées par l'enquêteur lors d'un entretien. Ces questions évaluent 4 dimensions ou sous échelles de la qualité de vie des patients : leur autonomie, leur faculté de se déplacer, leur insertion sociale et leur état psychologique. A chaque reponse était attribuée un score allant de 1 lorsque le patient n'avait aucune gêne due à la baisse visuelle à 3 lorsque le gêne était maximale. on ajoutait 2 points lorsque la personne devrait être aidée.

Score autonomie				
Gêne visuelle	Nutrition	Toilette	Habillement	Laver
Pas du tout	1	1	1	1
Un peu	2	2	2	2
Beaucoup	3	3	3	3
Aidé	+2	+2	+2	+2

Score déplacement			
Gêne visuelle	Concession	Voisin	Course
Pas du tout	1	1	1
Un peu	2	2	2
Beaucoup	3	3	3
Aidé	+2	+2	+2

Score Social			
Aidé	Cérémonie	Fardeau	Ami
Pas du tout	1	1	1
Un peu	2	2	2
Beaucoup	3	3	3

	Score psychologie
Personne	Moral
Très bon	1
Bon	2
Moyen	3
Mauvais	4
Très mauvais	5

	Score psychologie
Personne	Humeur
Heureux	1
Anxieux	3

Score Psychologie = Score Moral + Score Humeur

Les questions en français ont été établies à partir du questionnaire en anglais . La traduction en Bamanan a été faite sur le terrain par l'enquêteur.

Nom des sous échelles	Symbole	Nombre de question	Modalités de réponses
Score autonomie	SA	4	5
Score déplacement	SD	3	5
Score social	SS	3	3
Score psychologie	SP	2	5
Score qualité de vie	SQDV	12	3 à 5

Le score qualité de vie (SQDV) est la somme des scores des quatres sous échelles il peut théoriquement varier de 12 à 52.

4. MOYENS DE MESURES

L'échelles de SNELLEN était placé à une distance de 6 mètres dans des conditions optimales d'éclairage sans que le sujet examiné ne soit ébloui .

Si l'acuité visuelle était inférieure à 1/10 , on mesurait la capacité de compter les doigts (cld) aux distances : de 6 mètres, de 3 mètres et de 1 mètre

Si le sujet ne compte pas les doigts à un mètre on utilisait la lumière émise par la torche à la recherche d'une éventuelle perception lumineuse (PL.) . Le recueil des donnés concernant l'acuité visuelle était effectué conformément aux instructions de codage du tableau si dessous:

Tableau n°2 : Catégorie de perte de vision d'après la dixième révision de la classification internationale des maladies, Organisation Mondiale de la Santé, 1992

Catégorie de perte de vision	Acuité visuelle avec la meilleur correction possible	
	Maximun ------(acuité inférieure à)-----	Minimum ------(acuité égale ou supérieure à)-----
1	3/10 (0,3)	1/10 (0,1)
2	1/10 (0,1)	1/20 (0,05) (capacité de compter des doigts à 3 mètres)
3	1/20 (0,05) (capacité de compter les doigts à 3 mètres)	1/50 (0,02) (capacité de compter les doigts à 1 mètres)
4	1/50 (0,02) (capacité de compter les doigts à 1 mètres)	perception lumineuse
5	PL	Pas de perception de la lumière V0
6	Indéterminée ou non précisée	

5. TECHNIQUE D'EXAMEN

Pour chaque sujet l'acuité de chaque oeil était mesurée séparément , celle de l'oeil droit était relevée en premier . En suite pour ceux qui avaient subi la chirurgie de la cataracte (soit par chirurgie moderne soit par abaissement) nous avons procédé à la mesure après correction de leur vision par une paire de lunette de + 10.

6. EXAMEN ANATOMIQUE

Il a été réalisé à l'aide d'une torche et d'une loupe la cataracte et a permis de préciser si l'intéressé a subi une luxation, ou une phakoexerese, ou était porteur d'une cataracte. Elle permettait également d'apprécier l'état de chaque oeil, les pathologies associées et les complications liées à l'acte chirurgicale.

7. MATERIELS UTILISES

L'enquêteur se déplaçait à l'aide d'une moto YAMAHA 100 .

Les matériels suivants étaient mobilisés :

- Echelle de SNELLEN
- Torche
- Loupe
- Dictaphone
- Une paire de lunette + 10
- Matelas
- Réchaud à gaz
- Lampe à gaz
- Questionnaires.

8. TRAITEMENT DES DONNEES

Cette étude a comporté une partie quantitative et une partie qualitative.

Une fiche individuelle d'interrogation et d'examen était systématiquement remplie pour chaque sujet, les question ouvertes étaient enregistrées à l'aide d'un Dictaphone.

Toutes les données ont été traitées sur micro-ordinateur à l'aide du programme Epi info 6.

Les test statistiques utilisés:

- Dans la comparaison de groupes le KHI2 qui a été utilisé .
- Dans la comparaison de moyenne l'analyse de variance a été utilisée.

Pour l'enquête quantitative, nous avons procédé à une analyse descriptive détaillée des différents tableaux puis à une analyse comparative des tableaux identiques aux deux ou trois groupes. Pour l'enquête qualitative , nous avons procédé d'abord à une sélection des entretiens apportant les informations les plus intéressants, nous avons en suite transcrit ces entretiens en Bamanan et nous les avons enfin traduits en français .

Ainsi , nous avons procédé à une étude minutieuse de ceux qui ont subi les deux traitements en même temps , puis de ceux qui ont subi séparément l'un ou l'autre des traitements , et en fin de ceux qui n'ont subi aucun traitement.

Ceci nous a permis de mettre en évidence certains facteurs expliquant l'utilisation ou non de la chirurgie de la cataracte.

CHAPITRE VII

RESULTATS

VII. RESULTATS

A- ETUDE QUANTITATIVE

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.1 Sexe

Tableau n°3: Répartition selon le sexe:

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Sexe	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Masculin	61 (71,8)	50 (61)	59 (73,8)
Féminin	24 (28,2)	32 (39)	21 (26,2)
Total	85 (100)	82 (100)	80 (100)

Ce tableau montre une prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin dans les trois groupes

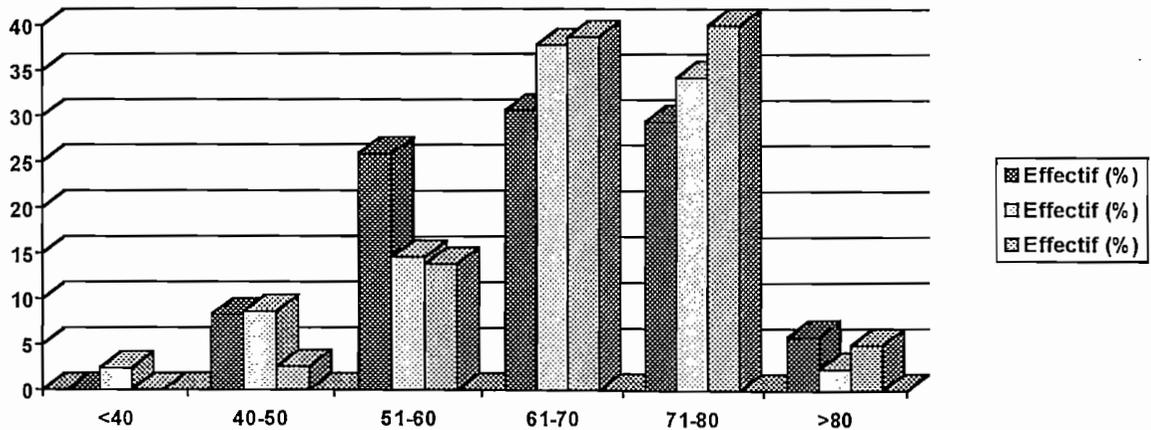
1.2 Age

l'âge moyen au moment de l'examen pour le groupe chirurgie était de 66 ans, pour le groupe abaissement était de 66 ans et pour le groupe n'ayant subi aucun recours il était de 65 ans.

Tableau n°4: Répartition selon l'âge au jour de l'examen

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Age (ans)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
<40	-	2 (2,4)	-
40-50	7 (8,2)	7 (8,6)	2 (2,5)
51-60	22 (25,9)	12 (14,6)	11 (13,8)
61-70	26 (30,6)	31 (37,8)	31 (38,7)
71-80	25 (29,4)	28 (34,2)	32 (40)
>80	5 (5,9)	2 (2,4)	4 (5)
Total	85 (100)	82 (100)	80 (100)

Repartition selon l'âge



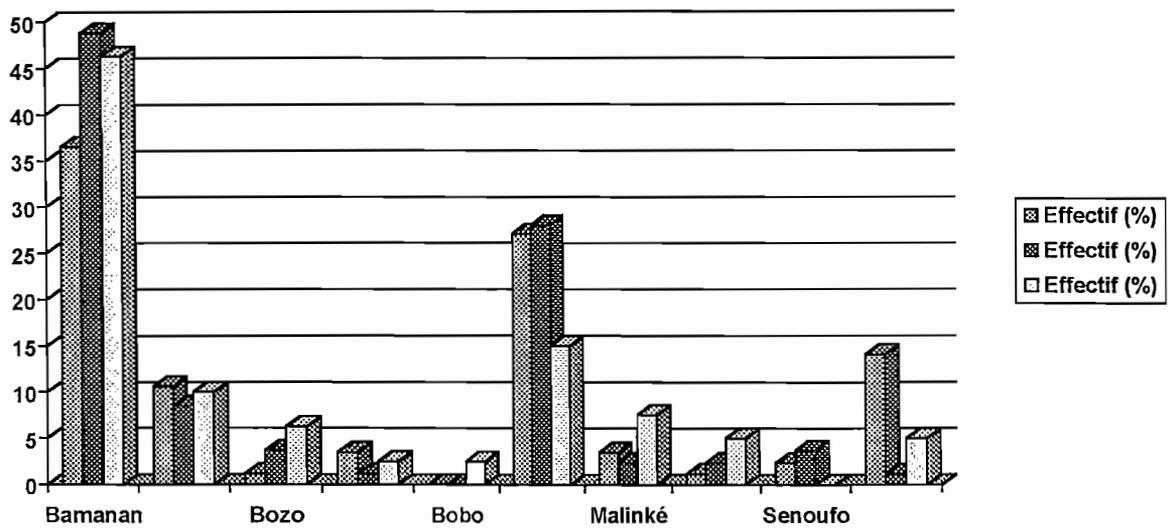
les tranches d'âge de 61-70 et 70- 80 ans étaient les tranches prédominantes dans les trois groupes

1.3 Ethnie

Tableau n°5: Répartition selon l'ethnie

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Ethnie	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Bamanan	31 (36,5)	40 (48,8)	37 (46,3)
Peulh	9 (10,6)	7 (8,5)	8 (10)
Bozo	1 (1,2)	3 (3,7)	5 (6,3)
Somono	3 (3,5)	1 (1,2)	2 (2,5)
Bobo	-	-	2 (2,5)
Sarakolé	23 (27,1)	23 (28)	12 (15)
Malinké	3 (3,5)	2 (2,4)	6 (7,5)
Sonraï	1 (1,2)	2 (2,4)	4 (5)
Senoufo	2 (2,4)	3 (3,7)	-
Autre	12 (14,1)	1 (1,2)	4 (5)
Total	85 (100)	82 (100)	80 (100)

Répartition selon l'ethnie



l'ethnie bamanan prédominait sur les autres dans les trois groupes

1.4 Statut matrimonial

Tableau n°6: Statut matrimonial en fonction du sexe

Statut	Chirurgie		Abaissement		Aucun recours	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
Marié(e)	55(90,2)	18 (75)	44 (88)	18 (52,3)	53 (89,8)	14 (66,7)
Veuf(ve)	6 (9,8)	5 (20,8)	5 (10)	13 (40,6)	4 (6,8)	7 (33,3)
Divorcé(e)	-	1 (4,2)	-	1 (3,1)	-	-
Célibataire	-	-	1 (2)	-	2 (3,4)	-
Total	61 (100)	24 (100)	50 (100)	32 (100)	59 (100)	21 (100)

Chez les hommes près de 90% sont mariés dans les trois groupes, pour les femmes ce chiffre est inférieur. Il y a un peu plus de veuves que de veufs dans les trois groupes. Il y a aussi un peu plus de veuves chez les abaissés que chez les opérés mais la différence n'est pas significative.

($\chi^2=1,64$ $p=0,2$).

Il existe une différence entre hommes et femmes de chaque groupe ($\chi^2=2,14$ $p=0,07$ pour la chirurgie, $\chi^2= 9,01$ $p= 0,00$ pour l'abaissement, et $\chi^2=4,52$ $p=0,02$ pour aucun recours), par contre il n'y a pas de différence pour chaque sexe entre les trois groupes ($\chi^2=0,00$ $p=0,95$ pour le sexe masculin entre les opérés et les abaissés, $\chi^2=1,36$ $p=0,24$ pour le sexe féminin entre les opérés et les abaissés).

Tableau n°7: Position du malade dans la famille

Position de la personne	Chirurgie		Abaissement		Aucun recours	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
Chef de famille	59 (96,8)	9 (37,5)	46 (92)	13 (40,6)	56 (94,9)	4 (19,1)
Epouse du chef de famille	-	15 (62,5)	-	17 (53,1)	-	13 (61,9)
Frère du chef de famille	1 (1,6)	-	-	-	3 (5,1)	-
Père du chef de famille	1 (1,6)	-	4 (8)	-	-	-
Mère du chef de famille	-	-	-	2 (6,3)	-	4 (19)
Total	61 (100)	24 (100)	50 (100)	32 (100)	59 (100)	21 (100)

La plupart des hommes occupent la position de chef de famille, moins de moitié des femmes assument cette fonction.

1.5 Enfant

Tableau n°8: Possession d'enfant

Enfant	Chirurgie		Abaissement		Aucun recours	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
Oui	60 (98,4)	21 (87,5)	48 (96)	30 (93,7)	53 (89,8)	18 (85,7)
Non	1 (1,6)	3 (12,5)	2 (4)	2 (6,3)	6 (10,2)	3 (14,3)
Total	61 (100)	24 (100)	50 (100)	32 (100)	59 (100)	21 (100)

Le nombre moyen d'enfants était de: 7 pour le groupe chirurgie, 5 pour le groupe abaissement et 6 pour le groupe aucun recours.

1.6 Scolarisation

Tableau n°9: Scolarisation en fonction de l'itineraire et du sexe

Type d'école	Chirurgie		Abaissement		Aucun recours	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
Ecole moderne	11 (18,1)	1 (4,2)	4 (8)	-	11 (18,6)	1 (4,8)
Ecole coranique	18 (29,5)	6 (25)	14 (28)	5 (15,6)	13 (22,1)	3 (14,3)
Non scolarisé(es)	32 (52,4)	17 (70,8)	32 (64)	27 (84,4)	35 (59,3)	17 (80,9)
Total	61(100)	24 (100)	50 (100)	32 (100)	59 (100)	21 (100)

Il n'y a pas de différence significative de la fréquentation de l'école moderne entre le groupe chirurgie et abaissement que ce soit chez les hommes ($\chi^2 = 0,49$; $P = 0,46$) ou chez les femmes ($\chi^2 = 0,02$; $P = 0,88$).

Il n'y a pas de différence significative de la fréquentation de l'école moderne entre le groupe chirurgie et aucun recours que ce soit chez les hommes ($\chi^2 = 0,02$; $P = 0,88$) ou chez les femmes ($\chi^2 = 0,39$; $P = 0,58$).

1.7 Statut particulier dans le village

Tableau n°10: Statut particulier

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Type de statut	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Chef de village	6 (7,1)	2 (2,4)	1 (1,3)
Conseiller	5 (5,8)	1 (1,3)	3 (3,7)
Imam	1 (1,2)	-	-
Sans statut particulier	73 (85,9)	79 (96,3)	76 (95)
Total	85 (100)	82 (100)	80 (100)

La majorité des patients interrogés n'avaient aucun statut particulier dans les 3 groupes.

Tableau n°11: Statut particulier (population masculine)

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Type de statut	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Chef de village	6 (9,8)	2 (4)	1 (1,7)
Conseiller	5 (8,2)	1 (2)	3 (5,1)
Imam	1 (1,6)	-	-
Sans statut particulier	49 (80,4)	47 (94)	55 (93,3)
Total	61 (100)	50 (100)	59 (100)

Aucune des femmes enquêtées n'avaient de statut particulier. Parmi les hommes 19,6% de patients opérés de chirurgie moderne avaient un statut particulier; parmi les abaissés ils n'étaient que 6%, la différence est faiblement significative ($\chi^2 = 3,30$; $P = 0,06$).

Pour ceux n'ayant eu aucun recours, ils n'étaient que 6,8%. La différence qui apparaisse avec le groupe chirurgie est faiblement significative ($\chi^2 = 3,27$; $P = 0,07$).

1.8 Profession

Tableau n°12 : Répartition selon la profession

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Profession	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Agriculteur	8 (9,4)	1 (1,2)	3 (3,7)
Eleveur	2 (2,4)	-	-
Pêcheur	-	-	-
Manoeuvre	1 (1,2)	2 (2,4)	1 (1,3)
Ménagère	4 (4,7)	2 (2,4)	1 (1,3)
Travailleur domestique	-	-	-
Commerçant	2 (2,4)	-	-
Petit commerce	2 (2,4)	3 (3,7)	4 (5)
Fonctionnaire	-	-	-
Sans profession	50 (58,8)	68 (82,9)	59 (73,7)
Retraité de la fonction publique	15 (17,6)	5 (6,2)	12 (15)
Autre	1 (1,2)	1 (1,2)	-
Total	85 (100)	82 (100)	80 (100)

Ce tableau nous montre que la majorité des interrogés étaient sans profession dans les 3 groupes. Il faudrait inclure dans cette rubrique les patients qui ont cessé de travailler à cause de leur âge. Respectivement 23,7% des patients opérés par la chirurgie moderne, 10,9% des abaissés et 11,3% des patients n'ayant subi aucun recours travaillaient au moment de l'examen.

Il y'a une différence significative entre le taux d'activité des opérés et des abaissés ($\chi^2 = 3,75$ P = 0,05) et entre les opérés et les non recours ($\chi^2 = 3,48$; P = 0,06).

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

2.1 Village

Tableau n°13: Caractéristiques du village des malades interrogés

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Caractéristiques	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Ecole	65 (76,5)	57 (69,5)	57 (71,2)
Dispensaire	65 (76,5)	59 (72)	56 (70)
Centre d'alphabétisation	41 (48,2)	44 (53,7)	41 (50,7)
Marché	66 (77,6)	62 (75,6)	60 (75)

un grand nombre des villages enquêtés possédait école, dispensaire, ou marché.

2.2 Habitat

Tableau n°14: Caractéristiques de l'habitat des malades interrogés

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Caractéristiques	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Maison en dur	9 (10,6)	2 (2,4)	5 (6,3)
Maison en banco	76 (89,4)	80 (97,6)	75 (93,7)
Toit en tôle	10 (11,7)	5 (6,1)	3 (3,8)
Toit en paille	74 (87,1)	77 (93,9)	75 (93,7)
Toit en béton	1 (1,2)	-	2 (2,5)
Eclairage/ électricité	10 (11,8)	5 (6,1)	3 (3,8)
Eclairage / lampe à pétrole	72 (84,7)	75 (91,5)	75 (93,7)
Eclairage / lampe à huile	3 (3,5)	2 (2,4)	2 (2,5)

Il y'a plus de maison en dur dans le groupe des opérés que dans le groupe des abaissés, la différence est faiblement significative ($\chi^2 = 3,28$; $P = 0,07$) et que dans le groupe aucun recours, la différence n'est pas significative ($\chi^2 = 0,52$; $P = 0,47$).

Nous faisons le même constat pour le toit en tôle respectivement ($\chi^2 = 1,02$; $P = 0,31$) et ($\chi^2 = 2,63$; $P = 0,10$).

Pour l'électricité le test donne respectivement ($\chi^2 = 1,02$; $P = 0,31$) et ($\chi^2 = 2,63$; $P = 0,10$).

2.3 Biens possédés

Tableau n°15: Possession des biens dans le foyer

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Biens possédés	Effectif	Effectif	Effectif
Bicyclette	40 (47,1)	42 (51,2)	28 (35)
Foyer à gaz	2 (2,4)	-	2 (2,4)
Mobylette	31 (36,5)	22 (26,8)	19 (23,8)
Charrette	60 (70,6)	65 (79,3)	48 (60)
Ane	58 (68,2)	66 (80,5)	47 (58,8)
Voiture	4 (4,7)	2 (2,4)	4 (5)
Frigo ^s	3 (3,5)	2 (2,4)	5 (6,2)
Radio	61 (71,8)	49 (59,8)	47 (58,8)
T.V.	15 (17,6)	9 (11)	11 (13,8)

Il n'apparait pas de différence nette dans les biens possédés de telle ou telle catégorie. La possession de radio n'est pas significativement différente entre opérés et abaissés ($\chi^2 = 1,6$;

$P = 0,20$); et entre opérés et aucun recours ($\chi^2 = 2,54$; $P = 0,11$).

Le score richesse moyen est de 7,08 pour la chirurgie, 6,71 pour l'abaissement et 6,23 pour aucun recours.

3. MALADIE

3.1 Nomination de la maladie

Tableau n°16: Répartition selon le nom de la maladie

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Nom maladie	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Bougoun	41 (48,2)	36 (43,9)	73 (91,3)
Falaka	40 (47,1)	43 (52,4)	5 (6,3)
Djè	4 (4,7)	3 (3,7)	2 (2,4)
Total	85 (100)	82 (100)	80 (100)

Le nom bougoun a été le plus souvent cité dans le groupe n'ayant subi aucun recours tandis que pour le groupe chirurgie et abaissement les termes bougoun et falaka étaient utilisés de façon égale. Le mot bougoun peut être traduit par la sensation de brouillard de flou devant les yeux, falaka correspond à une barrière physique (voile) , le mot djè signifie la couleur blanche et correspond à l'aspect blanc de la pupille chez les sujets atteints de cataracte.

Tableau n°17: Répartition selon l'origine connaissance nom maladie

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Origine	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Elle même	81 (95,3)	77 (93,9)	79 (98,7)
Thérapeute	4 (4,7)	5 (6,1)	1 (1,3)
Total	85 (100)	82 (100)	80 (100)

La presque totalité des patients nous ont dit connaître par eux même le nom de la maladie et non par un thérapeute.

3.2 Cause attribuée à la maladie

Tableau n°18: Connaissance de la cause de la maladie

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Cause de la maladie	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Ne sait pas	63 (74,1)	59 (72)	64 (80)
Douleurs migrantes	10 (11,8)	12 (14,6)	8 (10)
Mara	1 (1,2)	1 (1,2)	3 (3,8)
Traumatisme	3 (3,5)	3 (3,7)	2 (2,4)
Vieillesse	8 (9,4)	7 (8,5)	3 (3,8)
Total	85 (100)	82 (100)	80 (100)

La plupart des patients interrogés ne connaissaient pas la cause de leur maladie. Les causes les plus souvent invoquées ont été les douleurs migrantes, la vieillesse, les traumatismes et enfin le mara.

CENTRES OPERATOIRES SOLLICITES PAR LES PATIENTS AYANT SUBI LA CHIRURGIE

Les malades opérés par la chirurgie moderne ont été dans trois centres : San, Segou et Bamako (IOTA).

Tableau n°19 : Répartition des malades ayant subi la chirurgie selon le centre

Centre	Effectif	%
Segou	49	57,6
San	23	27,1
IOTA(Bamako)	13	15,3
Total	85	100

NOMBRE D'YEUX OPERES:

Chirurgie: 112 yeux opérés (64 yeux droits et 48 yeux gauches).

27 patients ont eu les deux yeux opérés

58 patients ont eu un seul oeil opéré

Abaissement : 120 yeux ont été abaissés (58 yeux droits et 62 yeux gauches)

38 patients ont eu les deux yeux abaissés

44 patients ont eu un seul oeil abaissé

7 patients ont eu un oeil opéré par la méthode moderne et l'autre oeil par la méthode traditionnelle

Tableau n°20 : Répartition selon le centre des malades ayant été opérés des deux yeux par la chirurgie moderne

Centre	Effectif	%
Segou	10/45	20,4
San	12/23	52,2
IOTA	5/13	38,5
Total	27/85	31,7

Il y'a eu plus de malades opérés des deux à San qu'à Ségou et à l'IOTA.

4. LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

4.1 MALADES OPERES PAR LA METHODE MODERNE

4.1.1 Itinéraire

Tableau n°21: Répartition selon l'itinéraires thérapeutique des patients opérés par la méthode moderne

Itinéraires thérapeutique	Effectif	%
Médecine moderne d'emblée	81	95,2
Médecine traditionnelle/ Médecine moderne	4	4,8
Total	85	100

La majorité des opérés par cette méthode ont été d'emblée vers la méthode moderne.

4.1.2 Conseils reçus

Tableau n°22: Répartition selon le conseil reçu par les patient opérés par la méthode moderne

Personne qui a conseille	Chirurgie	
	Effectif	%
Personne	28	32,9
Ancien opéré de chirurgie	6	7,1
Agent de santé	4	4,7
Parent	39	45,9
Ami	6	7,1
Autre	2	2,4
Total	85	100

Les malades ayant été conseillés prédominaient, le conseil étant reçu le plus souvent d'un parent, plus rarement d'un ancien opéré ou d'un agent de santé.

4.1.3 Raisons du choix de la chirurgie

Tableau n°23: Répartition selon la raison du choix de la chirurgie moderne.

Raison du choix de la chirurgie moderne	Effectif	%
Confiance	42	49,4
Succès chez les opérés	41	48,2
Echec du traitement traditionnel	2	2,4
Total	85	100

La confiance et le succès chez un opéré étaient cités à part presque égale dans la détermination du choix.

4.1.4 Connaissance d'autres méthodes

Tableau n°24: Connaissance de l'existence d'autres méthodes pour les malades ayant subi la chirurgie.

Autres méthodes	Effectif	%
Abaissement	66	77,6
Ne sait pas	1	1,2
Pas d'autre	18	21,2
Total	85	100

La majorité (77,6) des malades ayant subi la chirurgie moderne étaient au courant de l'existence de l'abaissement.

Tableau n°25: Raison du non choix de la chirurgie traditionnelle pour les malades ayant subi la chirurgie.

Raison du non choix de la chirurgie traditionnelle	Effectif	%
Echec chez les opérés	29	43,9
Manque de confiance	8	12,2
Préférence pour la méthode moderne	29	43,9
Total	66	100

Parmi les malades qui étaient au courant de l'abaissement 43,9% ne l'avaient pas choisi à cause des mauvais résultats chez les opérés par cette méthode et 43% à cause de leur préférence pour la chirurgie moderne.

4.1.5 Automédication

25 des 85 patients opérés s'étaient automédiqués avant la chirurgie.

4.2 MALADES OPERES PAR LA METHODE TRADITIONNELLE

4.2.1 Itinéraires

Tableau n°26: Itinéraires thérapeutique des malades abaissés

Itinéraires thérapeutique	Effectif	%
Médecine Traditionnelle d'emblée	57	69,5
Médecine Moderne/ Médecine Traditionnelle	25	30,5
Total	82	100

La majorité des malades opérés par la méthode traditionnelle sont allés d'emblée vers la méthode traditionnelle, mais 30,5% ont consulté d'abord dans un centre médical ou un dispensaire.

4.2.2 Conseils reçus

Tableau n°27: Répartition selon le conseil reçu pour les patients ayant subi l'abaissement

Personne qui a conseillé	Abaissement	
	Effectif	%
Personne	23	28,1
Ancien abaissé	6	7,3
Parent	41	50
Ami	6	7,3
Autre	6	7,3
Total	82	100

La moitié des patients ont été conseillé par un parent et seulement 7,37% par un ancien abaissé.

4.2.3 Raisons du choix de l'abaissement

Tableau n°28: Raison du choix de la chirurgie traditionnelle.

Raison du choix de la chirurgie traditionnelle	Effectif	%
Confiance médecine traditionnel	36	43,9
Succès du traitement traditionnel	1	1,2
Payement en nature	1	1,2
Echos favorable au tour du tradithérapeute	42	51,3
Traitement sur place	1	1,2
Sans réponse	1	1,2
Total	82	100

Les raisons invoquées pour le choix de l'abaissement étaient les échos favorables autour du tradithérapeute et la confiance en cette médecine. Le paiement en nature et la réalisation de l'acte sur place n'ont été cités qu'une seule fois.

4.2.4 Connaissance d'autres méthodes

Tableau n°29: Répartition selon la connaissance d'autres méthodes pour les malades luxés.

Autres méthodes	Effectif	%
Chirurgie moderne	25	30,5
Ne sait pas	18	21,9
Pas d'autre	39	47,6
Total	82	100

Près de la moitié des patients (47,6%) nous ont déclaré ignorer l'existence d'une chirurgie moderne pour la cataracte. Seulement 30,5% en avaient connaissance.

Tableau n°30: Répartition selon la consultation dans le secteur moderne pour les malades luxés.

Secteur moderne	Effectif	%
Malades ayant consulter	25	30,5
Malades n'ayant pas consulter	57	69,5
Total	82	100

Parmi les patients abaissés 30,5% avaient consulté dans le secteur moderne avant de s'être fait abaissés.

Tableau n°31: Répartition selon la raison de la non poursuite dans le secteur moderne pour les malades luxés .

Raison de la non poursuite Secteur moderne	Effectif	%
Lenteur	14	56
Cher	3	12
Autre	8	38
Total	25	100

Parmi les patients abaissés ayant consulté dans le secteur moderne 56% n'avaient pas continué dans ce secteur à cause de la lenteur du processus et seulement 12% à cause du prix.

4.2.5 Automédication

68 de 82 patients abaissés s'étaient automédiqués avant l'abaissement.

4.3 MALADES N'AYANT SUBI AUCUN RECOURS

4.3.1 Acuité visuelle

Tableau n°32: Répartition selon l'acuité visuelle binoculaire.

Acuité visuelle oeil droit et gauche	Effectif	%
1\10	1	1,3
Cld à 3m	12	15,2
Cld à 1m	28	35,4
Pl	38	48,1
Total	80	100

Parmi les patients non opérés, 83,5% des malades étaient aveugles selon l'O.M.S. et 16,5% malvoyants.

4.3.2 Itinéraires

Tableau n°33: Répartition selon l'itinéraire thérapeutique pour les patients n'ayant subi aucun recours.

Itinéraires thérapeutique	Effectif	%
Médecine moderne	21	26,2
Médecine traditionnelle	4	5
Médecine moderne-Médecine traditionnelle	54	67,5
Autres	1	1,3
Total	80	100

Le secteur moderne (exclusif ou non) est cité par 93,7%, et le secteur traditionnel (exclusif ou non) par 72,5%.

Il faut comprendre comme secteur moderne tous les secteurs de la médecine moderne y compris les dispensaires.

L'automédication a concerné 66 des 80. Seulement un patient automédiqué s'est trouvé satisfait.

4.3.3 Connaissance de traitement de la cataracte

Tableau n°34: Répartition selon la connaissance d'un traitement possible

connaissance d'un traitement	Effectif	%
Oui	57	83,8
Non	23	16,2
Total	80	100

Tableau n°35: Répartition selon la consultation dans un centre spécialisé en ophtalmologie

Consultation dans un centre ophtalmologique	Effectif	%
Oui	17	21,3
Non	63	78,7
Total	80	100

Tableau n°36: Répartition selon la raison de la non consultation

Raison	Effectif	%
Peur	10	15,9
Volonté de dieu	9	14,3
Pas très gêné	4	6,3
Pas d'argent	40	63,5
Total	63	100

Parmi les patients non opérés 83,8% connaissaient l'existence d'un traitement, mais seulement 21,3% ont effectué la démarche de consulter dans un centre ophtalmologique.

Parmi ceux qui n'ont pas consulté 63,5% ont donné comme raison de la non consultation le manque d'argent.

4.3.4 Proposition de la chirurgie moderne

Tableau n°37: Répartition selon la proposition de la chirurgie moderne

Proposition chirurgie	Effectif	%
Oui	9	52,9
Non	8	47,1
Total	17	100

Une intervention chirurgicale avait été proposée à 9 des 17 patients qui avaient consulté.

Ils n'ont pas donné suite à la proposition, quatre d'entre eux invoquaient comme raison la peur et deux le manque d'argent.

5. COUT DU TRAITEMENT

5.1 Malades opérés par la méthode moderne

Tableau n°38: Répartition selon le coût de la consultation

Coût de la consultation (F CFA)	Effectif	%
0	29	41,4
300	1	1,4
400	1	1,4
500	35	50
600	2	2,9
1000	2	2,9
Total	70	100

15 ne se souviennent pas de la somme dépensée

LE COUT MOYEN DE LA CONSULTATION : $19600 / 70 = 305$ F CFA

Tableau n°39: Répartition selon le coût de l'acte chirurgical

Coût de la chirurgie(F CFA)	Effectif	%
0	4	7,4
< ou = 10000	13	24,1
10000-20000	21	38,9
20000-30000	14	25,9
> 30000	2	3,7
Total	54	100

31 ne se souviennent de la somme dépensée

LE COUT MOYEN DE L'ACTE CHIRURGICAL : $839125 / 54 = 15539$ F CFA

Tableau n°40: Répartition selon le coût des médicaments

Coût des médicaments (F CFA)	Effectif	%
< ou = 5000	9	17,2
5000-10000	24	46,2
10000-15000	12	23
15000-20000	4	7,8
> 20000	3	5,8
Total	52	100

33 patients n'ont aucune notion de la somme dépensée

LE COUT MOYEN DES MEDICAMENTS : $558100 / 52 = 10732F$ CFA

Tableau n°41: Répartition selon le coût du transport

Coût du transport (F CFA)	Effectif	%
0	6	12,8
< ou = 5000	19	40,4
5000-10000	12	25,5
10000-15000	7	14,9
15000-20000	2	4,3
> 20000	1	2,1
Total	47	100

38 ne se souviennent pas de la somme dépensée pour le transport

LE COUT MOYEN DU TRANSPORT : $302075 / 47 = 6427F$ CFA

Tableau n°42: Répartition selon le coût des lunettes

Coût des lunettes	Effectif	%
300	1	6,3
1000	1	6,3
2000	1	6,3
5000	3	18,8
6000	1	6,3
6500	3	18,8
10000	3	18,8
25000	1	6,3
51000	1	6,3
89000	1	6,3
Total	16	100

LE COUT MOYEN DES LUNETTES : $238800 / 16 = 14925$ F CFA

Tableau n°43: Répartition selon le coût total

Coût	Effectif	%
0-5000	2	3,4
5-10000	1	1,7
10-15000	4	6,9
15-20000	4	6,9
20-30000	16	27,6
>30000	31	53,4
Total	58	100

Ce tableau montre que la majorité ont dépensé plus de 30000F (53,4)

27 Malades interrogés n'ont aucune notion de la somme

COUT TOTAL MOYEN SANS LES LUNETTES :

$305 + 15\ 539 + 10\ 732 + 6\ 427 = 33\ 003$ F CFA

COÛT TOTAL MOYEN AVEC LES LUNETTES : $33\ 003 + 14\ 925 = 47\ 928$ F CFA

Tableau n°44: Coût total en fonction du centre chirurgical

Coût	Centre		
	Segou/ Eff/ (%)	San / Eff/ (%)	IOTA/ Eff/ (%)
0-5000	1 (3,1)	1 (5,9)	-
5-10000	-	1 (5,9)	-
10-15000	4 (12,5)	-	-
15-20000	2 (6,3)	2 (11,8)	-
20-30000	11 (34,4)	3 (17,6)	2 (22,2)
>a30000	14 (43,7)	10 (58,8)	7 (77,8)
Total	32 (100)	17 (100)	9 (100)

Coût moyenSegou

982 625/ 32 = 30 707

San

492975/ 17 = 28 998

IOTA

448 600/ 9 = 49 844

5.2 Malades opérés par la méthode traditionnelle

Tableau n°45: Répartition selon la dépense en nature

Dépense en nature	Effectif	%
Oui	45	54,9
Non	37	45,1
Total	82	100

Ce tableau montre que 54,9% des malades ont dépensé en nature.

Tableau n°46: Répartition selon le type de dépense en nature

Type de dépense en nature	Effectif	%
Coq	5	11,1
Mouton	8	17,8
Chèvre	31	68,9
Pagne	1	2,2
Total	45	100

On peut estimer la valeur marchande de ces données en nature actuellement à Segou

COQ = 500F CFA

MOUTON = 20000F CFA

CHEVRE = 10000F CFA

PAGNE = 15000F CFA

COUT MOYEN DE LA DEPENSE EN NATURE ESTIME EN ARGENT

$487500 / 82 = 5945f \text{ cfa}$

Tableau n°47: Coût en espèce

Coût (F CFA)	Effectif	%
0	9	12,7
0-5000	5	7
5-10000	10	14,1
10-15000	11	15,5
15-20000	11	15,5
20-30000	18	25,3
> a 30000	7	9,9
Total	71	100

11 Malades ne se souviennent pas de la somme qu'ils ont paye en argent

COUT MOYEN: $1432500/71 = 20176F$

COUT GLOBAL MOYEN INCLUANT LES DEPENSES EN ARGENT ET EN NATURE

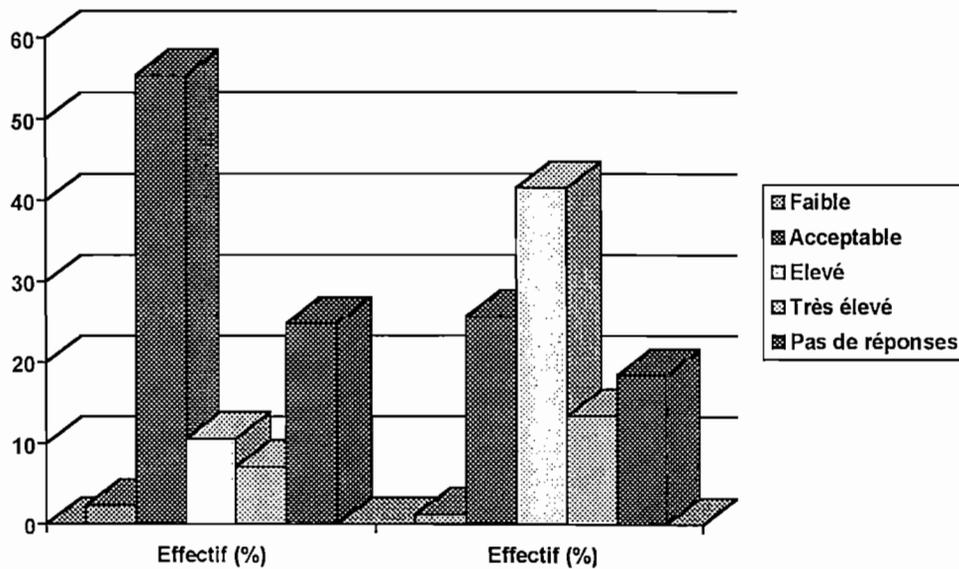
$20176 + 5945 = 26121C \text{ CFA}$

6. APPRECIATION DES DEPENSES

Tableau n°48: Répartition selon l'appréciation de la dépense

	Chirurgie	Abaissement
Appréciation de la dépense	Effectif (%)	Effectif (%)
Faible	2 (2,3)	1 (1,2)
Acceptable	47 (55,3)	21 (25,6)
Elevé	9 (10,6)	34 (41,5)
Très élevé	6 (7,1)	11 (13,4)
Pas de réponses	21 (24,7)	15 (18,3)
Total	85 (100)	82 (100)

Répartition selon l'appréciation dépenses



Parmi les malades ayant subi la chirurgie 57,6% trouvent le coût acceptable ou faible contre 26,8% pour les malades ayant subi l'abaissement. La différence est très significative ($\chi^2 = 23,48$ P = 0,00).

7. LE TRANSPORT

7.1 Distance parcourue

Tableau n°49: Répartition selon la distance

Distance	Chirurgie	Abaissement
	Effectif (%)	Effectif (%)
0Km (domicile)	-	79 (96,4)
< 5Km	12 (14,1)	-
5-40Km	18 (21,2)	1 (1,2)
40-80Km	17 (20)	1 (1,2)
80-120Km	-	-
> 120Km	38 (44,7)	1 (1,2)
Total	85 (100)	82 (100)

La totalité des malades ayant subi la chirurgie se sont déplacés pour se faire traiter , tandis que la quasitotalité des malades ayant subi l'abaissement ont été traité à domicile (96,4%).

7.2 Moyen de locomotion

Tableau n°50: Répartition selon le moyen de locomotion.

Moyen de locomotion	Chirurgie	Abaissement
	Effectif (%)	Effectif (%)
Marche	2 (2,4)	-
Pirogue	2 (2,4)	-
Bicyclette	2 (2,4)	-
Mobylette	3 (3,5)	1 (33,3)
Taxi	54 (63,5)	1 (33,3)
Bus	16 (18,8)	1 (33,4)
Voiture personnelle	6 (7,1)	-
Total	85 (100)	3 (100)

Le taxi est le moyen le plus souvent utilisé pour les malades ayant subi la chirurgie.

8. SUPPORT SOCIAL

8.1 Aide

Tableau n°51: Répartition selon l'aide reçu

	Chirurgie	Abaissement
Aide	Effectif (%)	Effectif (%)
Oui	57 (67,1)	57 (69,5)
Non	28 (32,9)	25 (30,5)
Total	85 (100)	82 (100)

Respectivement 67,1% et 69,5% des malades ayant subi la chirurgie et l'abaissement ont été aidés pour se faire traiter.

8.2 Origine de l'aide

Tableau n°52: Répartition selon l'origine de l'aide

	Chirurgie	Abaissement
Origine de l'aide	Effectif (%)	Effectif (%)
Parent	54 (94,7)	56 (98,2)
Ami	1 (1,8)	1 (1,8)
Coopérative	2 (3,5)	-
Total	57 (100)	57 (100)

La quasitotalité des malades aidés l'ont été par des parents (94,7% pour la chirurgie et 98,2% pour l'abaissement).

8.3 Nature de l'aide

Tableau n°53: Répartition selon la nature de l'aide.

	Chirurgie	Abaissement
Nature de l'aide	Effectif (%)	Effectif (%)
Argent	56 (98,2)	53 (93)
Mouton	-	2 (3,5)
Chèvre	-	2 (3,5)
Autre	1 (1,8)	-
Total	57 (100)	57 (100)

Cette aide est essentiellement monétaire pour les deux groupes.

Dans le groupe des abaissés, 4 patients ont reçu une chèvre ou un mouton.

9. RESULTATS FONCTIONNELS

9.1 Acuité visuelle en fonction de l'oeil opéré

Tableau n°54: Acuité visuelle sans correction en fonction de l'oeil opéré

	Chirurgie	Abaissement
Acuité visuelle sans correction	Effectif (%)	Effectif (%)
2\10	2 (1,8)	-
1\10	4 (3,6)	-
Cld à 3m	37 (33)	11 (9,2)
Cld à 1m	48 (42,8)	24 (20)
Pl	17 (15,2)	66 (55)
V0	4 (3,6)	19 (15,8)
Total	112 (100)	120 (100)

Sans correction 38,4% des yeux sont dans la catégorie des BAV et 61,6% celle des aveugles chez les opérés. Ces chiffres sont respectivement 9,2% et 90,8% chez les abaissés.

Tableau n°55: Acuité visuelle avec correction en fonction de l'oeil opéré

	Chirurgie	Abaissement
Acuité visuelle avec correction	Effectif (%)	Effectif (%)
4\10	1 (0,9)	-
3\10	5 (4,4)	-
2\10	26 (23,2)	1 (0,8)
1\10	32 (28,6)	12 (10)
Cld à 3m	28 (25)	22 (18,3)
Cld à 1m	12 (10,7)	20 (16,7)
Pl	4 (3,6)	46 (38,4)
V0	4 (3,6)	19 (15,8)
Total	112 (100)	120 (100)

Chez les opérés avec correction avec des verres aphaques 5,3% des yeux opérés ont une acuité supérieure ou égale à 3/10, 76,8% sont dans la catégorie des BAV et 17,9% sont des yeux aveugles. Ces chiffres sont respectivement 0%, 29,1% et 70,9% chez les abaissés.

9.2 Acuité visuelle binoculaire

Tableau n°56: Acuité visuelle binoculaire sans correction après l'opération.

	Chirurgie	Abaissement
Acuité visuelle bilatérale	Effectif (%)	Effectif (%)
2\10	4 (4,7)	-
1\10	6 (7)	-
Cld à 3m	31 (36,5)	12 (14,6)
Cld à 1m	36 (42,4)	26 (31,7)
Pl	8 (9,4)	38 (46,3)
V0	-	6 (7,4)
Total	85 (100)	82 (100)

Sans correction 48,2% des opérés sont dans la catégorie des BAV selon l'O.M.S. et 51,8% dans celle des aveugle. Chez les abaissés les chiffres sont respectivement 14,6% et 85,4%.

Tableau n°57: Acuité visuelle binoculaire avec correction après l'opération .

	Chirurgie	Abaissement
Acuité visuelle bilatérale	Effectif (%)	Effectif (%)
4\10	2 (2,4)	-
3\10	4 (4,7)	-
2\10	23 (27,1)	1 (1,,2)
1\10	24 (28,2)	11 (13,4)
Cld à 3m	23 (27)	20 (24,4)
Cld à 1m	5 (5,9)	17 (20,7)
PL	4 (4,7)	27 (32,9)
V0	-	6 (7,4)
Total	85 (100)	82 (100)

Avec correction par verre d'aphaque, on observe chez les opérés 7,1% de vision supérieure ou égale à 3/10; 82,3% de BAV et 10,6% d'aveugles. Chez les abaissés, nous avons respectivement 0%, 39% et 61%.

Tableau n°58 : Répartition selon l'acuité visuelle binoculaire avec correction en fonction de l'ancienneté de l'opération pour les patients ayant subi la chirurgie moderne de la cataracte.

Ancienneté	Acuité visuelle binoculaire avec correction							Moyenne
	4\10 (0,4)	3\10 (0,3)	2\10 (0,2)	1\10 (0,1)	Cld à 3m (0,05)	Cld à 1m (0,02)	Pl (0,005)	
1-5 ans	2	3	19	17	18	2	1	0,13
6-10 ans	-	1	2	4	3	2	2	0,09
11-15 ans	-	-	1	-	1	1	1	0,068
> 15 ans	-	-	-	3	1	-	-	0,087

L'acuité visuelle moyenne qui est de 0,13 lorsque l'intervention à moins de 5 ans baisse en suite à 0,09 pour ne plus changer après.

Tableau n°59 : Répartition selon l'acuité visuelle binoculaire avec correction en fonction de l'ancienneté de l'opération pour les patients ayant subi l'abaissement

Ancienneté	Acuité visuelle binoculaire avec correction						Moyenne
	2\10 (0,2)	1\10 (0,1)	Cld à 3m (0,05)	Cld à 1m (0,02)	Pl (0,005)	V0 (0)	
1-5 ans	-	9	14	14	17	4	0,03
6-10 ans	1	2	5	2	8	1	0,03
11-15 ans	-	-	1	-	2	1	0,01

L'acuité visuelle moyenne qui est de 0,03 lorsque l'abaissement remonte à moins de 10 ans pour en suite baisser à 0.01.

9.3 Constataion anatomique

Tableau n°60 : Répartition selon les constatations anatomiques.

	Chirurgie	Abaissement	Aucun recours
Constataion anatomique	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Aphakie	109 (96,5)	-	-
Luxation du cristallin dans la chambre postérieur	-	105 (84,7)	-
Luxation du cristallin dans la chambre antérieur	-	1 (0,8)	-
Atrophie oculaire	4 (3,5)	18 (14,5)	-
Cataracte	-	-	142 (100)
Total	113 (100)	124 (100)	142 (100)

Parmi les yeux opérés 96,5% sont aphaques et 3,5% atrophiés. Pour les yeux abaissés 84,7% ont été luxés dans la chambre postérieur, 0,8% dans la chambre antérieur et 14,5% sont atrophiés. La différence des pourcentages d'atrophie oculaire est très significative ($\chi^2 = 7,21$ P = 0,00) entre les groupes opérés et abaissés.

10. SATISFACTION ET APPRECIATION DE LA VISION

10.1 Sensation au cours du traitement

Tableau n°61: Sensation au cours du traitement.

	Chirurgie	Abaissement
Sensation du traitement	Effectif (%)	Effectif (%)
Douleurs exagérées	10 (11,8)	51 (63)
Douleurs modérées	67 (78,)	26 (32,1)
Pas de douleurs	8 (9,4)	4 (4,9)
Total	85 (100)	82 (100)

Pour les malades ayant subi la chirurgie moderne 78,8% ont eu des douleurs modérées au cours du traitement contre 32,1% pour les malades luxés . Parmi les malades luxés 63% disaient avoir eu des douleurs exagérées contre 11,8% des malades ayant subi la chirurgie moderne . La différence est très significative ($\chi^2 = 44,6$; $P = 0,00$).

10.2 Satisfaction

Tableau n°62: Satisfaction Immédiatement après l'opération.

	Chirurgie	Abaissement
Satisfaction après l'opération	Effectif (%)	Effectif (%)
Satisfait	83 (97,6)	42 (51,2)
Pas du tout satisfait	2 (2,4)	40 (48,8)
Total	85 (100)	82 (100)

Parmi les malades ayant subi la chirurgie 97,6% étaient satisfaits du résultat de leur traitement contre 51,2% pour les malades abaissés.

Tableau n°63: Satisfaction de la chirurgie maintenant.

	Chirurgie	Abaissement
Satisfaction maintenant	Effectif (%)	Effectif (%)
Très satisfait	65 (76,5)	15 (18,2)
Satisfait	9 (10,6)	5 (6,1)
Moyennement satisfait	8 (9,4)	13 (15,9)
Pas du tout satisfait	3 (3,5)	49 (59,8)
Total	85 (100)	82 (100)

Parmi les opérés 87,1% sont encore très satisfaits ou satisfaits contre 24,3% des abaissements. La différence est très significative ($\chi^2 = 64,1$; $P = 0,00$).

POSSESSION OU NON DES LUNETTESTableau n°64: Répartition selon la possession de lunettes (patients ayant subi la chirurgie)

Possession de lunettes	Effectif	%
Oui	26	30,6
Non	59	69,4
Total	85	100

Parmi les patients opérés par la chirurgie moderne 30,6% ont eu des lunettes après leur opération.

Tableau n°65: Répartition selon la provenance des lunettes.

Lunettes	Effectif	%
Donnée	5	19,2
Achetée	21	80,8
Total	26	100

Ces lunettes ont été achetées par 80,8% et données pour 19,2%.

Tableau n°66: Répartition selon le port de lunettes.

Port de lunettes	Effectif	%
Oui	24	92,3
Non	2	7,7
Total	26	100

Actuellement 24 des 85 patients portent des lunettes aphakes.

Tableau n°67: Répartition selon la satisfaction.

Satisfaction de la chirurgie	Lunettes + / Effectif (%)	Lunettes - / Effectif / (%)
Très satisfait	24 (92,4)	49 (84,5)
Satisfait	1 (3,8)	5 (8,7)
Moyennement satisfait	1 (3,8)	2 (3,4)
Pas du tout satisfait	-	2 (3,4)
Total / %	26 (100)	58 (100)

Parmi les patients opérés, 96,2% avec lunettes étaient satisfaits ou très satisfaits contre 93,2% des opérés sans lunette. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ($\chi^2 = 0,00$; $P = 0,96$).

10.3 Appréciation de la vision

Tableau n°68: Appréciation de la vision actuelle

Vision	Lunettes + / Effectif (%)	Lunettes - / Effectif (%)
Beaucoup mieux	21(87)	42 (77)
Mieux	3 (12,5)	11 (18,3)
Identique	-	3 (5)
Moins bonne	-	3 (5)
Beaucoup moins bonne	-	1 (1,7)
Total	24 (100)	60 (100)

Tous les patients opérés possédant leur lunettes trouvent leur vision améliorée maintenant contre 88,3% des opérés ne possédant pas de lunettes. Il y a une différence, mais qui n'est pas statistiquement significative ($\chi^2 = 1,72$, $P = 0,08$)

Tableau n°69: Appréciation de la vision actuelle

Vision	Chirurgie	Abaissement
	Effectif (%)	Effectif (%)
Beaucoup mieux	64 (75,3)	12 (14,6)
Mieux	14 (16,5)	26 (31,7)
Identique	3 (3,5)	17 (20,7)
Moins bonne	3 (3,5)	14 (17,1)
Beaucoup moins bonne	1 (1,2)	13 (15,9)
Total	85 (100)	82 (100)

Parmi les patients ayant subi la chirurgie 91,8% trouvent une amélioration actuelle de leur vision ; 3,5% trouvent leur vision inchangée et 4,7% leur vision diminuée . Par contre 46,3% des malades abaissés trouvent leur vision améliorée ; 20,7% trouvent leur vision inchangée et 33% leur vision diminuée. La différence est très significative ($\chi^2 = 38,48$; $P = 0,00$).

11. QUALITE DE VIE

SCORE QUALITE DE VIE MOYEN

Chirurgie = 20,15 Abaissement = 35,17 Aucun recours = 31,11

Tableau n°70 : Répartition selon l'acuité visuelle sans correction en des différents scores moyens pour les patients ayant subi la chirurgie

Acuité visuelle binoculaire sans correction	Score moyen				
	Autonomie	Déplacement	Social	Psychologie	Qualité de vie
2	4	4	4	3,75	15,75
1	4	4,66	5,33	4,16	18,16
Cld à 3m	4,19	4,35	5,74	3,90	18,19
Cld à 1m	4,34	4,40	5,74	4,25	18,82
Pl	11,37	10,37	8,50	7	37,25

Score qualité de vie sans correction des opérés

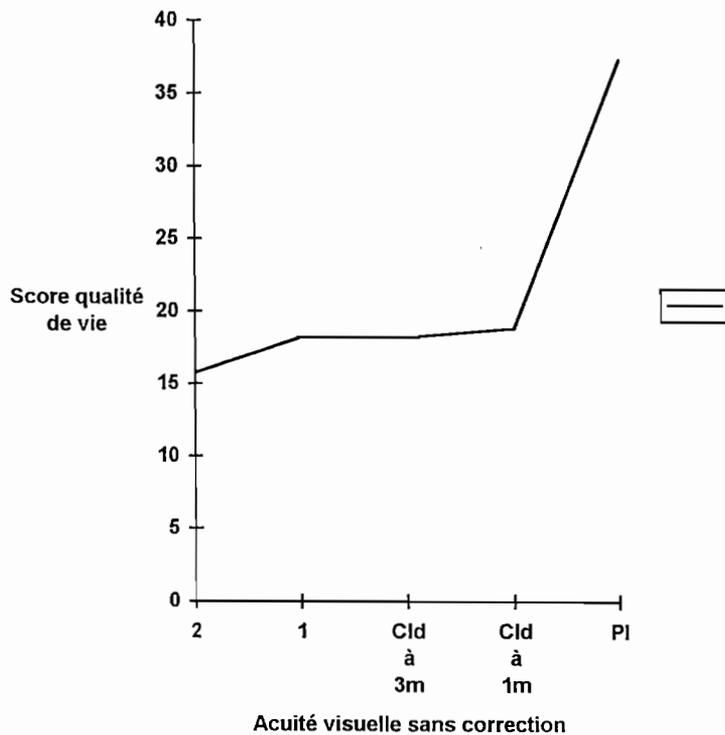


Tableau n°71 : Répartition selon l'acuité visuelle avec correction en fonction des différents scores moyens pour les patients ayant subi la chirurgie

Acuité visuelle binoculaire avec correction	Score moyen				
	Autonomie	Déplacement	Social	Psychologie	Qualité de vie
4	4	4	5	4	17
3	4	5	6,50	4,50	20
2	4,04	4,18	5,77	3,63	17,63
1	4	4,12	5,33	4,20	17,66
Cld à 3m	4,39	4,52	5,52	4,21	18,78
Cld à 1m	7,20	6,80	7,20	5,40	26,60
PI	16,75	14,75	10,25	8,75	50,50

Score qualité de vie avec correction des opérés

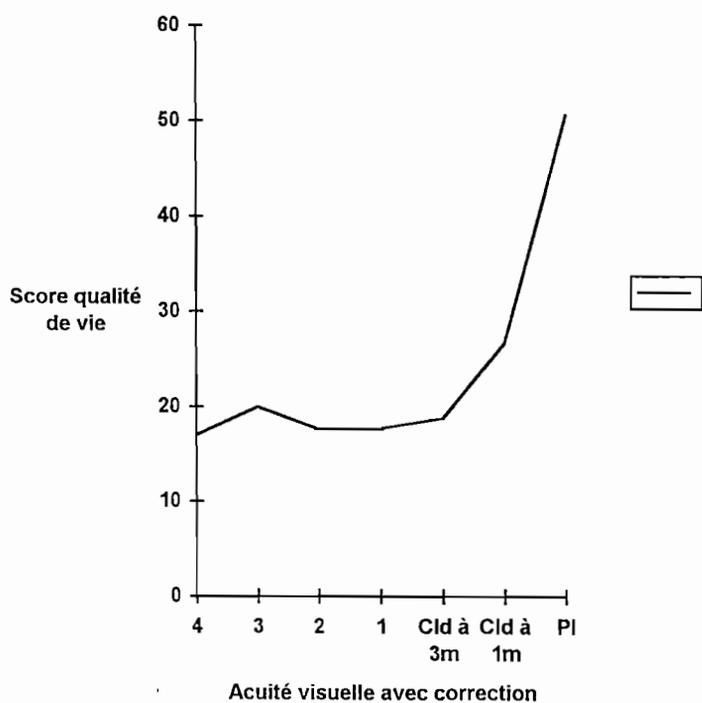


Tableau n°72 : Répartition selon l'acuité visuelle sans correction en fonction des différents scores moyens pour les patients ayant subi l'abaissement

Acuité visuelle binoculaire sans correction	Score moyen				
	Autonomie	Déplacement	Social	Psychologie	Qualité de vie
Cld à 3m	4,08	4,41	6,91	4,58	20
Cld à 1m	6	5,92	7,26	5,42	24,50
PI	14,24	14,48	9,37	6,91	45,02
V0	15,33	18	10,33	7,33	51

Score qualité de vie sans correction des abaissés

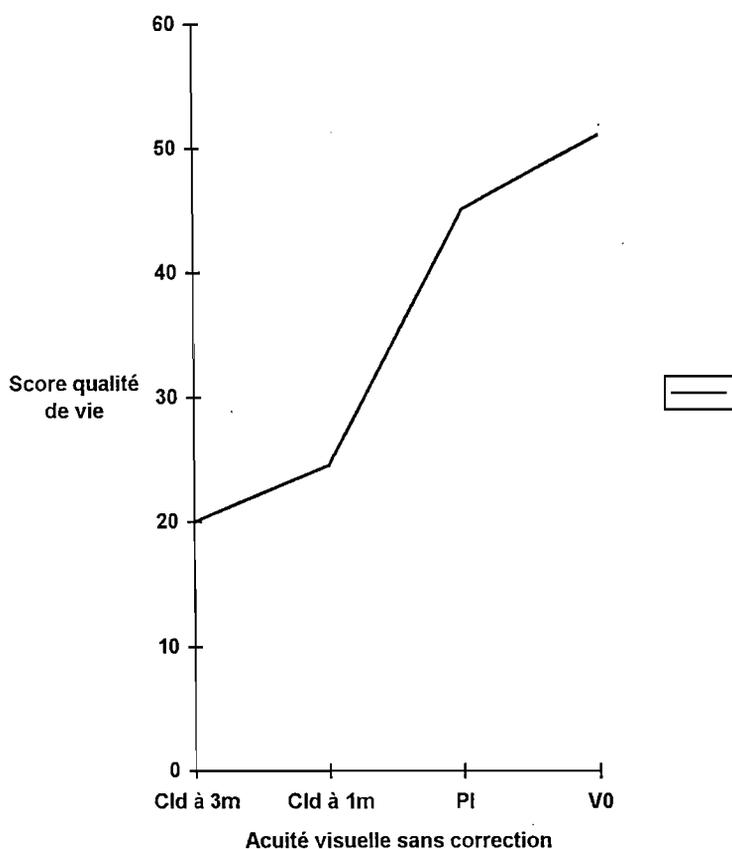


Tableau n°73 : Répartition selon l'acuité visuelle avec correction en fonction des différents scores moyens pour les patients ayant subi l'abaissement

Acuité visuelle binoculaire avec correction	Score moyen				
	Autonomie	Déplacement	Social	Psychologie	Qualité de vie
2	4	5	6	6	21
1	4	4	7,18	4,27	19,45
Cld à 3m	5,85	5,95	6,75	5,20	23,60
Cld à 1m	9,75	9,68	8,37	6,18	34
PI	15,22	15,55	9,81	7,25	47,85
V0	15,33	18	10,33	7,33	51

Score qualité de vie avec correction des abaissés

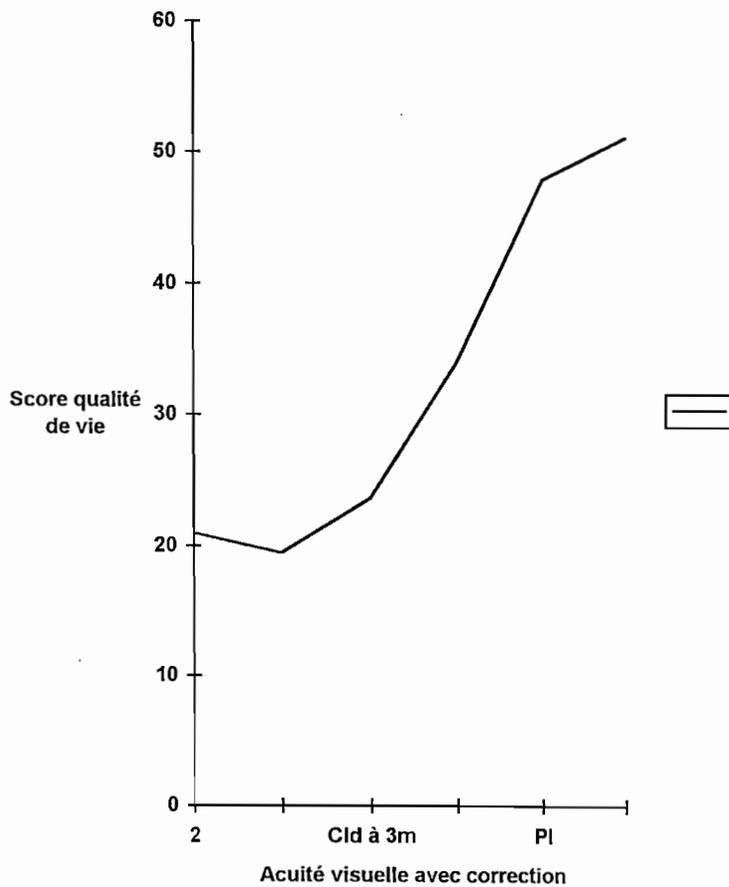


Tableau n°74 : Répartition selon l'acuité visuelle en fonction des différents scores moyens pour les patients n'ayant subi aucun recours

Acuité visuelle binoculaire sans correction	Score moyen				
	Autonomie	Déplacement	Social	Psychologie	Qualité de vie
1	4	4	5	10	23
Cld à 3m	5,66	5,66	5,66	5,83	23,33
Cld à 1m	8,39	8,21	7,75	6,39	30,75
PI	15,28	15,21	9,39	7,44	47,36

Score qualité de vie aucun recours

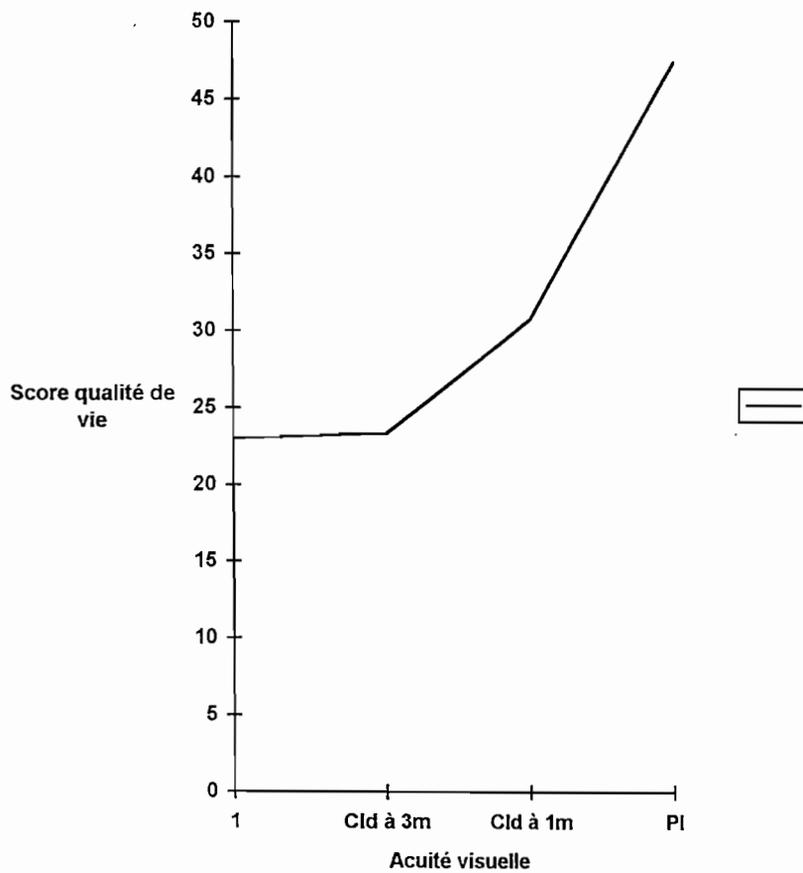


Tableau n°75 : Acuité visuelle en fonction des scores moyens qualité de vie

Acuité visuelle	Score moyen / chirurgie		Score moyen / abaissement		Score moyen / aucun recours
	Sans correction	Avec correction	Sans correction	Avec correction	
4	-	17	-	-	-
3	-	20	-	-	-
2	15,75	17,63	-	21	-
1	18,16	17,66	-	19,45	23
Cld à 3m	18,19	18,78	20	23,60	23,33
Cld à 1m	18,82	26,60	24,50	34	30,75
Pl	37,25	50,50	45,02	47,85	47,36
V0	-		51	51	-
	Sans correction	Avec correction	Sans correction	Avec correction	

12. CONSEIL SUR L'OPERATION

Tableau n°76: Répartition selon le conseil donné à une tierce personne

Conseiller	Chirurgie		Abaissement	
	Chirurgie Effectif (%)	Abaissement Effectif (%)	Chirurgie Effectif (%)	Abaissement Effectif (%)
Oui	56 (65,9)	11 (13,4)	4 (4,7)	14 (17,1)
Non	29 (34,1)	71 (86,6)	81 (95,3)	68 (82,9)
Total	85 (100)	82 (100)	85 (100)	82 (100)

Parmi les patients ayant subi la chirurgie 65,9% ont conseillé à une tierce personne de se faire opérer par la chirurgie moderne, seulement 13,4% ont conseillé l'abaissement.

Tableau n°77: Répartition selon le conseil éventuel à donner concernant la chirurgie de la cataracte

Conseil sur la chirurgie	Chirurgie	Abaissement
	Effectif (%)	Effectif (%)
Chirurgie moderne	76 (89,4)	38 (46,4)
Chirurgie traditionnelle	1 (1,2)	12 (14,6)
Pas de conseil	7 (8,2)	31 (37,8)
Décourager définitivement	1 (1,2)	1 (1,2)
Total	85 (100)	82 (100)

Parmi les patients opérés par la chirurgie moderne 89,4% conseilleraient la chirurgie moderne si conseil leur était demandé, 1,2% l'abaissement, 8,2% s'abstiendraient et 1,2% déconseilleraient une intervention. Quant aux patients ayant été abaissés, 46,4% conseilleraient la chirurgie moderne, 14,6% la chirurgie traditionnelle, 37,8% s'abstiendraient et 1,2% déconseilleraient toute intervention.

B. ETUDE QUALITATIVE

Les informations présentées ici ont été collectées lors de la même enquête. Il s'agissait de relever les différentes interprétations causales de la cataracte, les itinéraires thérapeutiques et de comprendre chez les patients qui avaient subi l'intervention pour la cataracte, l'impact de cette chirurgie sur leur vie. Nous voulons en fin comprendre comment les patients atteints de cataracte vivent avec et ce qu'ils en pensent. Pour cela nous avons procédé à des entretiens avec les patients des 3 groupes. Une attention particulière a été portée à ceux opérés par les deux méthodes. Tous les entretiens étaient enregistrés. Ils ont été transcrits en *Bamanankan* (nom donné au Bambara). L'enquête s'est déroulée de Février à Juillet 1995.

INTERPRETATION ET CAUSES DE LA CATARACTE

Avant de présenter les différentes causes de la cataracte que nous avons identifiées lors des entretiens, il est nécessaire de faire une mise au point sur les sens que l'on donne, dans le cadre de cette étude au terme cataracte. En effet il est apparu au fil des entretiens que les mots *Bugun*, *Falaka*, *Djè* désignaient la cataracte et recouvraient une réalité large.

L'interprétation de la cataracte et de ses causes par les patients découle de plusieurs systèmes de référence différents:

- Le premier système ignore les causes de l'installation de la cataracte.
- Le second système lie la cataracte à la représentation de douleurs migrantes.
- Le troisième système lie la cataracte aux conséquences du traumatisme oculaire.
- Le quatrième système lie la cataracte à la vieillesse.
- Le cinquième système lie la cataracte à la représentation de Mara.

Ignore la cause

Voici ce qu'en dit un vieux Bamanan de 65 ans ayant subi la chirurgie moderne de la cataracte (œil gauche aphake) à Segou:

Tout a commencé un soir en allant à la mosquée, j'avais remarqué que mon œil gauche voyait moins que mon œil droit. Il ne me faisait pas mal. Il a commencé à être flou, cela ressemblait à un brouillard, une fumée. Il a commencé en moi petit à petit, puis chaque jour un peu plus jusqu'à, atteindre l'œil droit. C'est quand mon œil gauche a cessé de voir complètement que j'ai senti l'installation progressive de la cataracte (Bugun) sur l'œil droit. Franchement j'ignorais la cause réelle de mon Bugun.

cette interprétation de la cataracte et de ses causes se retrouve est la plus fréquente qu'il s'agisse de patients opérés (méthode moderne et ou traditionnelle) ou non opérés.

Douleurs migrantes

J'avais mal à la tête puis cette douleur a migrer dans les yeux, ainsi brutalement je ne voyait que du « Bugun » devant les yeux. Mes deux yeux ont été atteints en même temps.

Cette vieille Sarakolé de 52 ans avait subi une luxation du cristallin chez elle à Sansanding. cette interprétation de la cause de la cataracte en a été faite par d'autres patients, qu'il s'agisse de patients aphakes, de patients non opérés ou encore de patients luxés.

Un autre Bamanan donne une explication similaire, ce dernier ayant subi une phakoexérèse à Segou:

J'avais tout le temps mal à la tête, je pense que c'était du Cummabin (migraine), ainsi un jour cette douleur à migré dans les yeux, d'abord l'oeil gauche puis l'oeil droit. je ne voyait que du Bugun (flou) à cause du Falaka (voile) qui était dans mes yeux.

Mara

Une femme Bamanan de Markala âgée de 68ans non opéré explique:

D'abord j'étais dans mon village où il y avait le Mara(onchocercose). Chez moi au village beaucoup de personnes ont été aveuglé par cette maladie. Maintenant, mon Bugun, je pense que ça s'explique par le Mara que j'ai du transporter de mon village jusqu'ici (chez mon mari). après un certain nombre d'année, il s'est réveillé et commencé à se manifester par ce Bugun.

Il faut noter que sur l'ensemble des entretiens il n'y avait que cinq patients qui attribuaient la cause de la cataracte au Mara (un opéré par la méthode moderne, un autre par la méthode traditionnelle et trois non opérés).

Traumatisme

Voici les explications de ce vieux Bamanan de Dioro âgé de 70ans qui a été luxé chez lui aux deux yeux:

J'étais dans mon champs en train de couper du bois, quand une branche m'a tapé à l'oeil droit, j'ai eu terriblement mal . Dès lors il s'est installé sur l'oeil concerné du Falaka. je mettais les jus des feuilles traditionnelle sur l'oeil atteint et j'en buvais une quantité. Ce qui m'a aidé à supporté la douleur. Puis environ six , sept moi plus tard l'autre oeil a commencé à diminuer de vision. Quant à la cause de la baisse de vision de cet oeil qui était également du Falaka, je n'en sait vraiment rien.

Cette interprétation de la cause de la cataracte se retrouve également dans sept autres entretiens

avec différentes circonstances de survenus.

Nous étions entrain de piler en groupe, c'était lors de la préparation pour les festivités de circoncision des enfants du village, lorsque le pilon d'une concitoyenne par maladresse m'a taper à l'oeil. J'ai eu tellement mal à l'oeil que je n'ai pas pu participer aux restes des festivités. j'ai d'abord commencé à voir du Bugun avec une aggravation au bout de quelques mois. C'est ainsi que mon Bugun est arrivé.

Cette femme Bamanan de Massala âgée de 58ans a subi une luxation du cristallin à l'oeil droit.

Vieillesse

Dans pas mal entretiens , on retrouve également la notion de vieillesse comme cause de la cataracte. C'est le cas de cette vieille Sarakolé:

Ce Bugun s'est installé progressivement d'abord l'oeil gauche a été atteint puis après l'oeil droit. Cette maladie se rencontre généralement chez les personnes âgées, je pense que la cause de cette maladie est la vieillesse.

Il faut noter que cette vieille âgée de 66 ans a été opéré à Segou par la méthode moderne.

Le plus souvent les patients ignorent la cause à leur baisse visuelle, lorsqu'ils invoquent une cause, ce sont par ordre de fréquence décroissante douleur migrante, la vieillesse, le traumatisme et le Mara..

RECOURS THERAPEUTIQUES, APPRECIATION DE LA CHIRURGIE, COÛT, ET VECUS SOCIOCULTURELS DE LA CATARACTE

Les interprétations que nous avons décrites permettent de mieux comprendre les itinéraires de soins suivis, l'appréciation que font les patients de leur vision après le traitement, comprendre si les dépenses effectuées par ces patients sont acceptables ou non, et enfin comprendre pour ceux qui n'ont subi aucun traitement les raisons qui ont fait qu'ils n'ont pas pu se faire traiter. En effet il est apparu au fil des entretiens que la phakoexerese, « Gnè opéréli » et la luxation du cristallin, « Gnè yèlèli » recouvrent une réalité large. Le terme « Gnè yèlèla » désigne le désaveugleur et celui de « Gnè opéréla », l'opérateur de cataracte.

Opérés par la méthode moderne

D'après ce vieux peulh opéré à San par la méthode moderne des deux yeux :

C'est un de mes amis qui avait reçu ce type de traitement à San qui au départ ne voyait pas comme moi et a recouvré la vue. Ce dernier m'a conseillé le même type de traitement tout en me narrant son cas. C'est ainsi que j'ai accepté après avoir tenté à

plusieurs reprises l'automédication aux feuilles de brousses sans succès. Cette opération m'a beaucoup soulagé car avant l'opération je ne pouvais me déplacer sans l'aide de quelqu'un, maintenant je vois beaucoup mieux, je peux aller là où je veux sans qu'on ne me tienne la main. La vision devient magnifique quand je porte les lunettes de mon ami qui m'a conseillé ce traitement.

D'ailleurs si tu peux me les apporter je suis prêts à les acheter.

Au cours du traitement je n'ai presque pas senti de douleurs.

Pour ce traitement c'est mon fils qui a tout financé, mais je jure quelque soit le montant, il est négligeable à côté de la joie qu'elle me procure.

Ma vision s'est beaucoup améliorée avec cette opération, je suis vraiment satisfait de cette opération. Je conseillerais n'importe qui ayant cette maladie de se faire opérer San.

L'entretien ci dessus va sensiblement dans le même sens que la majorité des entretiens recueillis au près des aphakes. il s'agissait d'un vieux Bamanan de Dugabugu âgé d'environ 78ans.

J'avais appris qu'à Ségou il y avait un certain docteur Coulibaly qui enlevait le Falaka sur les yeux, j'avais même vu quelqu'un qu'il avait opéré et qui a recouvré la vue.

C'est ainsi que je me suis rendu à Ségou, mais avant j'ai essayé les feuilles traditionnelles qui n'ont apporté aucune amélioration. Mais avant d'aller à Segou j'ai refusé de me faire traiter par un «Gnèyèlèla».

Ce dernier avait fait le déplacement dans notre village, mais avant il avait eu à ouvrir les yeux d'environ trois vieux que je connaissais, au départ ils ont vu, en ce moment je n'avais pas de problèmes visuels; deux à trois années plus tard ils ont perdu la vue.

c'est ce qui a fait que je m'en suis méfié, d'ailleurs je ne le regrette pas.

Arrivé à Ségou le docteur Coulibaly m'a dit que l'oeil gauche était mûr et qu'il pouvait l'opérer quant à l'autre oeil il m'a conseillé de revenir plus tard (six à huit mois environ). Ainsi je me suis fait opérer des deux yeux à intervalle de neuf mois entre le premier et le second. Coulibaly a fait un travail merveilleux, je peux me déplacer sans aide ce qui n'était pas le cas avant l'opération, en plus au cours de l'opération je n'ai eu que de douleurs modérées. Le docteur Coulibaly m'avait parlé de lunettes après l'opération que je devrais payer, mais jusqu'à présent je n'ai pas pu m'en procurer faute d'argent.

Mes opérations ont été prises en charge par mon jeune frère et ma fille.

ils ont dépensé plus de 50 000F CFA, mais cette dépense est vraiment négligeable à côté de la joie qu'elle me procure. Je trouve cette dépense acceptable car sans vue, l'homme n'a plus de sens à sa vie, il devient un fardeau pour les autres.

Donc il ne faut pas voir la somme, mais la qualité du travail, le résultat.

Cette opération a entraîné une véritable amélioration de ma vision. Je suis très satisfait de ce qu'a fait Coulibaly.

Dans l'ensemble, il ressort de la majorité des entretiens des patients de ce groupe que c'est à la suite de la confiance et au succès des chirurgies antérieures que ces patients ont eu recours à ce type de traitement. Il ressort également de ces entretiens une amélioration de vision avec satisfaction chez la majorité de ces patients ayant subi la chirurgie moderne de la cataracte. Presque tous les patients de ce groupe trouvent leur dépense acceptable tout en la comparant au résultat de la chirurgie.

Les opérés par la méthode traditionnelle

Bon! un désaveugleur (Gnè yèlèla) est venu dans mon village. Il avait fait pour beaucoup avant que je n'accepte de donner le mien. C'est d'ailleurs les échos qui ont couru dans le village comme quoi ce Gnè yèlèla était fort. Tous ceux qu'il avait désaveuglés étaient contents. C'est ainsi que j'ai accepté de me faire désaveugler. Le désaveugleur était venu chez moi et a exigé une chèvre et 25 000F CFA comme frais de traitement, je l'ai accepté et payé.

Aussi mon frère m'a conseillé d'accepter ce traitement.

C'est après cela qu'il m'a désaveuglé.

Franchement pendant les premiers mois qui ont subi le désaveuglement, c'était la joie totale, j'avais vu et le Bugun avait disparu.

Après l'acte de désaveuglement il m'a interdit la sieste pendant au moins quarante jours. j'ai évité tout ce qu'il m'a dit d'éviter. Maintenant je ne sais pas pourquoi le Bugun s'est installé à nouveau sur mes yeux.

Au départ j'étais content, mais plus maintenant. Presque tous ceux qui ont été désaveuglés en même temps que moi ont commencé à se plaindre.

Maintenant je suis inquiet quant à l'avenir de mes yeux car il a désaveuglé les deux yeux à la fois.

Je n'ai pas vu comment il m'a désaveuglé, je retiens tout simplement que j'ai eu une douleur atroce au cours de l'acte de désaveuglement. Cette douleur m'a tellement embêté que j'ai été obligé de prendre de l'aspirine sur le conseil du désaveugleur. Il y a

quatre ans que je l'ai fait, ma vision est presque devenu comme avant. Je ne suis pas du tout satisfait du résultat.

L'argent que j'ai dépensé est élevé, c'est comme si j'ai jeté mon argent. On débourse de l'argent pour avoir une satisfaction, si on n'a pas cette satisfaction, à quoi bon? c'est pour cela que je trouve que c'est cher.

Là où je suis, vraiment je suis inquiet, si tu peux m'aider, je t'en supplie aides moi car actuellement pour que je me déplace il faut que mon petit fils me tienne la main, ce qui n'est pas agréable. Je suis comme un aveugle, je ne vois que l'image des gens.

Ce vieux somono de Sansanding est âgé de 63ans et a été désaveuglé des deux yeux dans sa famille.

Ce vieux Bamanan de Massala âgé de 57ans explique:

Et bien! un désaveugleur est venu chez moi sur le conseil de ma fille qui a d'ailleurs pris le frais du traitement en charge (chèvre plus 30 000F CFA).

Il a fait pour moi les deux yeux en même temps. Ce qu'il a fait pour l'oeil droit était bon, quant à l'oeil gauche, le peu que je voyais a disparu après l'acte de désaveuglement. Je me suis mis à larmoyer, j'avais terriblement mal à l'oeil. Au fil du temps cet oeil a diminué de volume jusqu'à disparaître complètement. Actuellement l'oeil droit a également cessé de voir. J'ai regretté de m'être fait désaveugler car ça n'a servi qu'à gêner mes yeux. Maintenant la situation est irréversible car j'ai été voir le docteur Coulibaly à Ségou, il m'a dit qu'il ne peut rien pour moi sauf calmer ma douleur.

Je suis loin d'être satisfait de ce désaveuglement, ma vision a d'ailleurs régressé, j'ai même perdu un oeil. Je regrette ma décision et mon argent L'argent que j'ai dépensé est élevé par rapport au résultat qu'il m'a procuré.

Je pense que la cherté et la qualité du travail vont de paire, surtout concernant la vision, Plus ton traitement réussit plus tu trouveras tes dépenses acceptables, plus il est mauvais, plus tu trouveras tes dépenses énormes voire même inutiles.

Actuellement je passe toute la journée à la maison, je suis comme une femme, je ne peux même pas me déplacer sans qu'on ne me tienne la main, je suis un fardeau pour la famille, je pense que c'est par pitié que les gens s'occupent de moi. Si l'expérience était à retenter, je ne le ferais pas.

La majorité des entretiens concernant le désaveuglement abondent dans le même sens que ces deux entretiens, cependant, il y a des entretiens qui font entrevoir un autre point de vue.

C'est le cas de ce vieux Bamanan âgé de 58ans:

Et bien j'ai appris que le désaveugleur est dans le village et qu'il est en train de désaveugler presque tous ceux qui avaient du Bugun (cataracte). C'est ainsi que je me suis rendu chez le chef de village qui était son Djatigui (Tuteur).

Il m'a expliqué les modalités c'est à dire qu'il le fait à 35 000F CFA plus une chèvre. Comme je n'avais pas d'argent sur moi, j'ai été obligé de solliciter l'aide de mon frère.

Quand j'ai eu ce qu'il fallait je lui ai rejoint pour me faire désaveugler.

J'étais dirigé par mon fils qui tenait ma main, c'est vous dire comment je vivais dans la société.

Une fois arrivé chez le chef de village je lui ai remis 45 000F CFA, 10 000C CFA comme prix de chèvre. Il m'a dit de me coucher sur le dos et a commencé à faire des incantations, une fois ces incantations finies il m'a désaveuglé à l'aide d'un instrument pointu, je ne connais pas le nom de l'instrument en Bamanankan.

Il a d'abord fait pour l'oeil gauche puis l'oeil droit. Au cours de l'acte je n'ai pas senti trop de douleurs, il m'a déconseillé la sieste pendant quarante jours après l'acte. J'ai respecté tout cela, et maintenant je vois bien. On ne me tient plus la main, tu me vois non? (il se lève et se dirige vers moi).

Je suis vraiment content de ce qu'a fait pour moi le désaveugleur. mes dépenses ne sont rien à côté de la joie que ce désaveuglement me procure.

Ma vision a été beaucoup améliorée, je suis très satisfait du résultat. Actuellement je suis redevenu comme les autres. Vous ne pouvez pas deviner comment j'étais avant de me désaveugler et comment je suis après le désaveuglement. Je ne sais pas comment remercier le bon dieu pour m'avoir permis de recouvrer la vue.

Ce patient s'était fait désaveuglé il y'a environ sept mois.

Les opérés de cataracte par la méthode moderne et traditionnelle

Je me suis fait d'abord désaveugler dans mon village et comme cela n'avait pas été bien, puisque la cataracte (Falaka) était sur les deux yeux, j'ai été à Segou pour l'autre car j'avais vu des gens qui ont recouvré la vue après s'être opérés par le docteur Coulibaly concernant l'oeil désaveuglé, au départ c'était bien, mais maintenant je ne vois plus avec cet oeil. En effet au cours de l'acte de désaveuglement, j'ai eu très mal et j'ai fait quarante jours sans faire la sieste, ce qui n'a servi à rien; j'ai dépensé près de 50 000F FCA pour le seul oeil pour ne plus être satisfait, ce qui est vraiment regrettable. Quant à l'oeil opéré, c'est la joie totale, c'est grâce à cet oeil que je peux me déplacer sans qu'on ne me tienne la main et je peux m'occuper de certains travaux.

Au cours de l'opération je n'ai presque rien senti comme douleurs, après l'opération je suis resté couché sur le dos pendant une journée et après on m'a prescrit des gouttes à mettre sur l'oeil et on m'a conseillé d'éviter les aliments dur et de porter les bagages lourds pendant un certain temps. Ces conseils ont été suivis sans difficulté et le résultat est là. J'ai moins dépensé pour cet oeil et j'en suis satisfait, d'ailleurs même si j'avais dépensé plus ça allait être la même chose car j'ai eu ce que je voulais. Même pour l'oeil désaveuglé si j'avais vu comme je vois avec l'oeil opéré, je n'allais pas me plaindre.

De ces deux méthodes je préfère la méthode moderne car elle est plus confortable, avec un coût acceptable et un bon résultat.

Dans ce groupe ils sont au nombre de sept dont six ont été d'abord désaveuglés puis opérés. ces six patients abondent tous dans le même sens que l'entretien ci dessus décrits, qui est celui d'un vieux Bamanan de Katiéna âgé de 70ans.

Quant à celui qui a d'abord subi l'opération puis le désaveuglement, il s'explique:

J'ai été satisfait du travail de docteur Coulibaly, mais ce qui a fait que j'ai désaveuglé l'autre oeil, c'est à cause d'un de mes parents qui est presque tout pour moi, j'ai confiance en lui car il s'est toujours bien occupé de moi.

C'est ce dernier qui a amené le désaveugleur chez moi pour désaveugler l'autre oeil.

Il a bien fait son travail, je vois bien avec les deux yeux.

Cependant, il faut noter que j'ai eu beaucoup de douleurs au cours du désaveuglement et j'ai fait 40 jours sans faire la sieste. Pour l'opération, j'ai eu peu de douleurs et je n'ai été immobilisé que pendant une journée.

Du point de vue comparaison l'oeil opéré voit mieux que l'oeil désaveuglé.

Les non opérés

Cette patiente de Dugabugu âgé de 79ans explique:

La cataracte (Bugun) s'est installé petit à petit, l'oeil gauche a été pris d'abord puis l'oeil droit. J'ai essayé d'abord les feuille de brousse qui n'ont entraîné aucune amélioration.

C'est ainsi que je me suis rendu à Segou me faire consulter. Le docteur Coulibaly a dit que c'était du Falaka et que les deux yeux sont à opérér, mais qu'il fera d'abord un oeil puis l'autre. J'étais accompagné par mon petit fils. J'ai dit au docteur Coulibaly que je vais réfléchir. Dès lors je ne suis plus retourné, j'ai peur de l'opération si non j'ai des enfants qui ont les moyens et qui sont prêts à financer mon traitement.

D'ailleurs je pense que ce n'est plus la peine car il me reste peu de temps à vivre, et puis on ne peut rien contre la volonté de Dieu.

Cet autre Bamanan de Temou âgé d'environ 50ans explique

Tout a commencé un jour quand je me suis réveillé, j'avais remarqué qu'il y avait du Bugun devant les yeux, au départ, j'avais pensé que ça allait passer, mais au fil des jours, des semaines je constatais une aggravation de ma situation oculaire jusqu'au jour ou je n'ai pas pu aller à la mosquée car je ne suis pas parvenu à me déplacer. A partir de ce jour jusqu'à aujourd'hui je suis resté dans cette situation. J'ai été sollicité par un tradithérapeute mais je n'ai pas pu me faire désaveugler parce que je n'avais pas les moyens.

J'ai utilisé les feuilles de brousse qui n'ont servi à rien.

C'est à cause du manque de moyen que je n'ai pas pu me faire désaveugler.

La quasitotalité des entretiens dans ce groupe abondent dans le même sens que ce deuxième entretien. il ressort de la majorité des discours que le manque de moyen est la cause la plus fréquente à l'utilisation de l'opération et ou du désaveuglement de la cataracte.

CHAPITRE VIII

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VIII. COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Le but principal de notre étude était de déterminer les principales causes de la sous utilisation de la chirurgie moderne de la cataracte dans la région de Ségou . Nous avons pour ce faire étudié trois groupes de patients ayant eu une démarche thérapeutique différente. Dans ce chapitre, nous tenterons de comparer les résultats de ces trois groupes, ces résultats seront aussi comparés à ceux des études antérieures effectuées dans les autres région du Mali, de la sous région, de l'Afrique ou du monde.

1) Echantillon

Il y a lieu tout d'abord de discuter la représentativité de nos échantillons.

Les opérés par la méthode moderne posent peu de problème, puisqu'étaient inclus dans l'échantillon tous ceux qui étaient présents dans les villages enquêtés. Toutefois les recrutements se faisant par l'interrogatoire du chef de village, on ne peut exclure que certains aient été oubliés involontairement ou volontairement, de même certains ont pu voyager et avoir été absents lors de notre passage.

Les abaissés étaient estimés être deux fois plus nombreux que les opérés. Il avait donc été décidé d'apparier un abaissé sur un opéré. Cet appariement n'a tenu compte que du lieu (mais ni de l'âge, ni du sexe) : dans chaque village où il y avait un opéré, on s'efforçait de trouver un abaissé et si on ne le trouvait pas on le cherchait dans le village suivant. Dans les villages où il n'y avait pas d'opéré, on n'incluait pas les abaissés éventuellement présents.

Malgré l'absence d'appariement sur le sexe et l'âge, on constate que les structures par sexe et l'âge des deux échantillons sont voisines: 71,8% d'hommes chez les opérés et 61% d'hommes chez les abaissés. Les moyennes d'âge sont également voisines (66ans pour les opérés et les abaissés).

Les biais de recrutement que nous soulevons pour l'échantillon des abaissés sont vraisemblablement mineurs et ne mettent pas en cause la représentativité de cet échantillon.

Les aveugles par cataracte n'ayant recours à aucune chirurgie ont aussi été recrutés dans les villages où il y avait des opérés. Tous ne pouvaient pas être inclus et le choix se portait sur le plus immédiatement accessible, il y a donc un biais de recrutement qui explique la moindre représentativité de cet échantillon.

2) Sexe

L'analyse de la répartition selon le sexe a montré qu'il y avait plus d'hommes que de femmes dans l'échantillon des malades opérés (71,8% d'hommes et 28,2% de femmes) . Ces résultats vont dans le même sens que ceux observé dans le registre des malades opérés du centre Yeelen de Ségou (en 1994 , il y a eu 64% d'hommes et 36% de femmes opérés, en 1995 ces chiffres sont respectivement 59,9% et 40,1%). Par contre à l'IOTA il y a eu autant d'hommes que de femmes opérés en 1994 et 1995 (en 1994 il y a eu 47,2% d'hommes et 52,8% de femmes opérés et en 1995 , ces chiffres sont respectivement 52,2% et 47,8%).

On peut donc conclure que dans la région de Ségou les hommes ont plus facilement recours à la chirurgie que les femmes.

On constate le même phénomène pour l'abaissement (61% d'hommes et 39% de femmes).

3) Prévalence des phakoexerese

La prévalence de phakoexerese dans notre étude était de 4 pour 10 000hbts. Cette prévalence est nettement inférieure à celle trouvée par COULIBALY (10) dans le cercle de Ségou 1992, où il décrivait une prévalence de phakoexérèse de 9 pour 10 000hbts. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans l'enquête réalisée par COULIBALY (10) la commune de Ségou était incluse dans son échantillon alors que dans notre étude cette commune n'a pas été incluse.

Par ailleurs c'est le chef de village qui nous indiquait les personnes aphakes et certaines personnes aphakes peuvent nous avoir échappé soit volontairement soit involontairement.

A Sikasso une étude sur la prévalence et la cause de la cécité réalisé par DIAKITE (12), montrait une prévalence de phakoexérèse de 5 pour 10 000hbts. cette prévalence est voisine de la nôtre.

4) Age

L'âge moyen des opérés ou des abaissés est égal à 66 ans et celui des non recours à 65ans.

Il n'y a donc pas de différence entre l'âge moyen des trois groupes.

La répartition selon l'âge montrait une prédominance de la tranche d'âge 61-70ans dans les trois groupes. L'étude faite par MAIGA(27) avait également montré la prédominance de cette tranche d'âge chez les opérés.

5) Ethnie

L'examen de la répartition ethnique a montré que les Bambara représentaient l'ethnie dominante. Cette prédominance des bamanans va dans le même sens que celle de la population générale dans le cercle de Ségou (politique de population générale du Mali 1990).

Il n'y a pas de différence d'accès à la chirurgie en fonction de l'ethnie.

6) Statut

La plupart des hommes des trois groupes sont mariés. Chez les femmes il y a plus de veuves, elles vivent donc le plus souvent seules. La plupart des hommes sont chefs de famille.

Il n'y a pas de différences significatives entre les trois groupes.

La proportion des patients ayant le statut particulier de chef de village ou de conseiller semble être plus élevée chez les opérés (19,6%) que chez les abaissés (6%) et que ceux n'ayant subi aucun recours (6,8%). La différence est faiblement significative. Il faut noter que les patients ayant un statut particulier sont toujours de sexe masculin.

Plus les gens ont un statut particulier, plus ils ont tendance à consommer les soins modernes.

Ce qui peut s'expliquer non seulement par leur niveau social élevé, mais aussi par le fait qu'ils sont impliqués dans les prises de décision, et qu'ils sont les collaborateurs directs de l'administration, donc sensibilisés pour l'application de la politique sanitaire.

7) Enfant

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences statistiquement significative entre le nombre moyen d'enfants possédés dans chacun des trois groupes.

Notre étude n'a pas pu démontrer une influence positive du nombre d'enfant sur le recours aux soins modernes.

8) Scolarisation

Les résultats de notre étude ont révélé que 14,1% des opérés, 9,7% des abaissés et 15% des non recours ont été scolarisés (moderne). La différence n'est pas statistiquement significative.

Ces résultats ne confirment pas ceux rapportés par d'autres auteurs. En effet pour CURRY (11) le niveau d'éducation agit significativement sur l'utilisation des soins. MAIGA (27) trouve lui 28,8% de scolarisés chez les opérés à Sikasso.

9) Travail

Les sans professions prédominent dans les trois groupes (Il faut inclure dans les sans profession les patients qui ont cessé de travailler à cause de leur âge), mais il y a une différence significative entre le taux d'activité des opérés et celui des abaissés ou des non recours. 23,7% des opérés travaillent encore alors qu'ils ne sont que 10,9% et 11,3% chez les abaissés et les non recours. Certains patients ayant subi la chirurgie ont pu reprendre leurs activités, c'est le cas de ce patient *« avant de me faire opérer, je ne pouvais même pas me déplacer seul et à plus forte raison travailler, mais depuis l'opération j'ai repris le chemin du champs de nouveau, tu ne peux pas savoir comment j'en suis heureux. »*

10) Richesse

Le score richesse est un indicateur qui a été inclus dans notre étude pour apprécier le pouvoir d'achat de la famille et étudier l'impact de ce pouvoir sur le traitement de la cataracte.

L'examen de ce score montre qu'il n'y a pas de différence significative entre le score richesse moyen des trois groupes et l'on ne peut affirmer que les opérés par la méthode moderne ont un pouvoir d'achat plus élevé. Cet indicateur, sommation de biens possédés est néanmoins arbitraire et non validé et l'on peut s'interroger sur sa pertinence pour évaluer le niveau réel de richesse.

11) Nomination de la maladie

Connaître la nomination de la maladie par les patients peut permettre de situer leur niveau de compréhension de cette maladie.

Les résultats de notre étude ont révélé que chez les patients ayant subi le traitement de la cataracte (chirurgie et abaissement), le terme Bougoun et Falaka étaient utilisés à des proportions égales. Par contre pour ceux n'ayant subi aucun recours, c'est le terme Bougoun qui était employé dans la majorité des cas (91,3%).

Bougoun veut dire flou devant les yeux alors que Le terme Falaka exprime la présence d'une barrière anatomique. La connaissance de cette barrière n'apparaît donc pas chez les non opérés.

Cette méconnaissance de la nature anatomique de la cataracte pourrait bloquer le recours aux soins chez les non opérés. Le mot Djè le moins utilisé désigne la couleur blanchâtre de la cataracte.

12) Conseils reçus et déterminants du choix

La proportion des patients ayant été conseillés par un parent pour subir la chirurgie ou l'abaissement est élevé (45,9% pour les opérés et 50% pour les abaissés). Ceci est lié au fait que les dépenses pour le traitement sont généralement prises en charge en partie ou totalement par les parents.

Dans l'étude de MAIGA(27) à Sikasso 25% des opérés l'ont été sur le conseil d'un parent.

Pour ABASIEKONG (1) la décision d'utilisation des services de santé revient à la famille toute entière et non pas à l'individu.

Quant aux raisons du choix de la chirurgie, nous montrons que c'est soit la confiance en la médecine moderne(49,4%) soit le succès chez d'autres opérés qui ont entraîné la décision (48,2%). Ces résultats vont dans le même sens que ceux rapportés par MAIGA (27) pour qui 53,8% des enquêtés ont avancé comme raison de leur recours au centre, la confiance en la médecine moderne.

Par contre pour l'abaissement ce sont surtout les échos favorables autour du tradithérapeute qui avaient motivé leur choix (51,3%). Le fait que l'intervention se fasse à domicile ou que le paiement puisse se faire en nature n'est que rarement invoqué par les patients.

13) Itinéraire thérapeutique

L'étude de l'itinéraire thérapeutique permet de comprendre pourquoi certains utilisent les possibilités de traitement et les autres non.

Dans notre étude les personnes atteintes de cataracte et les abaissés font le plus souvent recours à l'automédication (respectivement 82,6 et 82,9%) en premier lieu .

Ces résultats vont dans le même sens que ceux rapportés par DIARRA,T. (15) , TRAORE, S. (36) , VAUGELADE, J. (37). à Bankoni et dans le sens contraire de ceux rapportés par MAIGA(27) à Sikasso.

En effet à Bankoni les populations font plus recours à l'automédication en première étape (54,6%) .Par contre à Sikasso les personnes atteintes de cataractes font plus recours au centre Yeleen qu'à l'automédication (64,4 %).

Après passage au centre de Ségou, le recours à l'automédication diminue, alors qu'à Sikasso le recours à l'automédication augmentait après passage au centre Yeleen (46,2% contre 27,9% en première étape). A Bankoni le recours à l'automédication diminuait après la première étape de recours aux soins au profit de la médecine moderne et traditionnelle.

De nos entretiens avec certains malades il ressort que le recours à l'automédication est justifié par le manque de moyen chez certains et chez d'autres par la méconnaissance et l'incertitude de l'issue de la chirurgie et de l'abaissement.

Le recours à l'abaissement serait motivé d'une part par l'instantanéité du résultat car une fois abaissé le patient se met à voir et fait l'éloge du tradithérapeute, et d'autre part par l'échec de l'automédication. Le propos de ce patient est évocateur « *après avoir tenté le traitement avec les feuilles traditionnelles sans succès, je me suis fait désaveuglé suite à l'information que m'a donné mon ami concernant le désaveugleur. Il s'était fait désaveuglé et avait vu immédiatement après l'acte, ce qui a beaucoup influencé dans ma prise de décision* »

Quant au recours à la chirurgie, il serait influencé par l'échec de l'automédication ou du traitement traditionnel (29,4%), mais surtout par la confiance et le succès de la chirurgie (97,6%). Ces résultats vont dans le même sens que ceux rapportés par MAIGA (27).

En effet à Sikasso, 18,3% des patients ont eu recours à la chirurgie moderne à cause de l'échec du traitement traditionnel et de l'automédication chez d'autres patients et 34,6% ont eu recours à cette méthode à cause de la confiance en la médecine moderne.

Un certain nombre d'abaissés (30,5%) ont d'abord consulté dans le secteur moderne et s'ils n'ont pas continué dans ce secteur, c'est à cause de la lenteur (56,%) ou à cause du coût élevé (12%) de la procédure.

Le facteur essentiel de blocage aux soins moderne pour ceux qui ont consulté dans ce secteur avant de se faire abaisser semble donc être la lenteur du processus. Ce patient s'explique « *quand j'ai été à Ségou, le chirurgien m'a d'abord dit que l'oeil n'était pas mûr et il m'a dit de repasser dans six mois. Après les six mois il m'a fait faire des va et vient. C'est ainsi que lors du passage d'un désaveugleur, je me suis fait désaveugler* ».

Quant aux raisons de la non consultation chez les patients n'ayant subi aucun recours, 63,5% l'attribuent au manque de moyen et 15,9% à la peur. Ces résultats vont dans le même sens que ceux rapportés par DONABEDIAN (17), CURRY (11).

Selon DONABEDIAN le revenu familial, la classe sociale et les attributs individuels sont des facteurs influant l'utilisation des services de soins. Selon CURRY, parmi les facteurs de la non utilisation des soins prénataux, les facteurs émotionnels prennent une place prépondérante. Ces facteurs sont entre autre la dépression, la peur, le manque de support social et les problèmes familiaux.

Pour ceux qui n'ont subi aucun recours les facteurs bloquant l'accès aux soins modernes semblent d'abord être le manque de moyen et ensuite la peur.

Le fait que les patients restent chez eux pour se faire abaisser pourrait jouer un rôle dans le choix du traitement chez les abaissés, mais cette raison est rarement invoquée (2,4%) par les patients.

14) Satisfaction

La chirurgie traditionnelle par abaissement est douloureuse car pratiquée sans anesthésie.

La proportion des malades ayant eu des douleurs exagérées est très élevée (63%), les patients ayant subi la chirurgie n'ont eux, ressenti qu'une douleur modérée (78%) au cours du traitement.

La chirurgie moderne est donc nettement plus confortable que la chirurgie traditionnelle par abaissement. Ce devrait être un argument publicitaire pour prôner la chirurgie moderne.

Quant à la satisfaction et à l'appréciation des résultats, nos résultats montrent que la proportion des patients ayant été satisfaits du résultat de leur traitement est beaucoup plus élevée chez les malades ayant subi la chirurgie (87,1%) que chez les abaissés (24,3%). Il en est de même pour l'appréciation de la vision (91,8% des patients ayant subi la chirurgie trouvent leur vision améliorée contre 46,3% chez les patients ayant subi l'abaissement). La différence est statistiquement significative. Nous nous rendons compte que malgré les résultats fonctionnels médiocres, les patients opérés sont satisfaits. On peut en déduire que les malades peuvent se contenter d'une amélioration même minime de la vision. Pour qu'il y ait mécontentement il faut une non amélioration de leur vision ou une aggravation.

Une minorité de gens opérés porte des lunettes (30,6%). Chez eux l'indice de satisfaction diffère peu d'avec ceux qui n'en portent pas.

15) Coût de l'intervention

De nos résultats il ressort que le coût total moyen de la chirurgie est de 33 003 F CFA tandis que pour l'abaissement il est de 26 121 F CFA. Le recul moyen était pour nos patients de 4 années.

Il existe une faible différence entre le coût moyen de la chirurgie et celui de l'abaissement.

Cette différence n'est que de 6882 F CFA. Une grande partie des abaissés a payé une partie en nature (5945 F CFA en moyenne). Pour ceux qui n'ont subi aucun recours la plupart n'ont pas pu se faire traiter à cause du manque de moyen. Les propos de ce patient est révélateur: *« je suis pauvre je n'ai pas les moyen de me faire opérer sinon j'allais me faire traiter »*

En comparaison avec certaines dépenses annuelles de santé, on constate que le coût moyen de la chirurgie de la cataracte est supérieur aux dépenses moyennes annuelles de santé. A Bankoni elles sont de 6 285 F CFA pour un ménage de six personnes (DIARRA, T.) (15) et à Kangaba, Dioïla et Didiéni elles sont de 22 000 F CFA. (BRUNET JAILLY, DIARRA T et SOULA G) (7).

La proportion des patients qui trouvent leur dépense acceptable est plus élevée chez les patients ayant subi la chirurgie que chez ceux ayant subi l'abaissement. La différence est significative.

Les avantages de la chirurgie de la cataracte sont considérables si l'intervention est bien faite et justifient la dépense à posteriori chez les patients ayant été traités avec succès.

-Pour ce patient ayant subi la chirurgie: *« avant je ne pouvais me déplacer sans aide , mais maintenant avec cette chirurgie j'ai recouvré la vue et je ne constitue plus un fardeau pour qui que ce soit, franchement mes dépenses effectuées sont négligeables voire insignifiantes à côté de ce qu'elles me rapportent ».*

Pour quelques rares patients ayant subi l'abaissement avec succès la réflexion peut être similaire: *« avant le désaveuglement j'étais presque un fardeau pour les autres , mais avec le désaveuglement j'ai recouvré la vue. Ce résultat me rend plus joyeux que tu ne peux l'imaginer l'argent que j'ai dépensé n'est rien à côté de ce qu'il me rapporte ».*

Les patients ne regrettent leur dépense que lorsqu'il y a échec. Les propos de ce patient est évocateur *« j'ai regretté de m'être fait désaveugler car ça n'a servi qu'à gêner mes yeux, j'ai jeté mon argent et pire cet argent a servi à gêner mes yeux ».*

Force est de constater que c'est le propos le plus habituel chez ceux qui se sont fait désaveuglés.

16) Qualité de vie (20)

L'évaluation de la qualité de vie a été acceptée dans beaucoup de domaines de la santé. Les instruments de qualité de vie (sous forme de question) ont été développés et testés sur de nombreuses populations, tout d'abord en Amérique du Nord, puis en Europe. Ces instruments ont été utilisés dans différentes études, entre autres la recherche clinique des nouvelles molécules pharmaceutiques, pour mesurer leurs effets et l'impact qu'elles ont sur la vie du patient.

Les gouvernements sont aussi intéressés par l'utilisation des mesures de qualité de vie pour aider les décisions sur le type de soins de santé à payer.

Les mesures de qualité de vie peuvent également donner des informations additionnelles dans le diagnostic clinique et assister l'évaluation individuelle du patient, enfin les instruments de qualité de vie peuvent être utilisés pour décrire les conséquences d'une dépendance sur la vie de tous les jours. Ils sont très utiles également pour apprécier les conséquences des interventions et les effets des programmes de santé.

En ce qui concerne notre étude, le score qualité de vie est très satisfaisant pour ceux ayant subi l'intervention de la cataracte par la méthode moderne (score moyen = 20,15).

Le score moyen qualité de vie de ceux qui ont été abaissés est médiocre (35,17) encore plus mauvais que celui des personnes qui n'ont eu aucun recours (31,11).

Pour les opérés les scores qualité de vie varient peu entre 4 et 1/20, ils se dégradent considérablement lorsque l'on passe de 1/20 à 1/50 c'est à dire quand on ne plus compter les doigts à 3 mètres et que l'on devient aveugle selon la définition de l'O.M.S. Il en est de même pour les abaissés.

17) Resultats fonctionnels

Les résultats fonctionnels des opérés par la méthode moderne sont néanmoins médiocres: après correction d'aphakie seulement 5,3% d'yeux ont une vision supérieure ou égale à 3/10; 76,8% d'yeux ont une vision comprise entre 1/20 et 3/10 (catégorie de baisse d'acuité visuelle selon l'O.M.S.) et 17,9% ont moins de 1/20 et sont donc aveugles selon la définition de l'O.M.S.

Ces résultats sont moins bonne que ceux rapportés par BERNTH-PETHERSEN(4); BRILLANT(6) et REIDY(31).

En effet en Danemark, l'étude de BERNTH-PETHERSEN (4) donne les résultats suivants après correction d'aphakie: 90,4% ont une acuité visuelle supérieure ou égale 3/10 une année après l'intervention.

En Inde l'étude de REIDY (31) fait ressortir que 92% des patients ont une acuité visuelle supérieure ou égale à 3/10 après correction d'aphakie, une année après l'intervention.

Dans une étude similaire faite au Nepal menée par BRILLANT (6) on trouve 88% des patients qui ont une acuité visuelle supérieure ou égale 3/10 une année après correction d'aphakie.

Le nombre d'yeux malvoyants est donc très élevé dans notre cohorte d'opérés.

Les conditions d'observation sont différents, puisque dans les études citées précédemment, le recul était d'une année alors qu'il est chez nous de quatre années en moyenne. Par ailleurs l'examen de l'acuité visuelle a été faite avec des verres sphériques de +10 ou +11 sans tenir compte de l'astigmatisme, ce qui peut minorer l'acuité visuelle. Un certain nombre de ces cécités sont secondaires aux complications de la chirurgie (glaucome, infections...), mais certaines cécités pouvaient aussi préexister avant la chirurgie (décollement rétinien, atrophie optique, dégénérescence maculaire liée à l'âge non vu derrière un cristallin cataracté). Il est aussi sûr qu'un examen clinique soigneux préopératoire aurait dû permettre de poser les contrindications. Il est de toute façon impossible de faire la part des choses rétrospectivement.

L'indice de satisfaction des patients révélé par le questionnaire qualité de vie et les questions directes de satisfaction (87,1% sont actuellement satisfaits ou très satisfaits) pondère ces

résultats médiocres. L'exigence des patients est donc faible. Cela peut expliquer aussi le fait qu'il n'y ait pas de différence de satisfaction entre les aphaques porteurs de lunettes et les autres.

Si l'on considère maintenant le cohorte des abaissés, les résultats sont franchement catastrophiques. en effet après correction d'aphakie on observe 70,9% d'yeux aveugles et 29,1% d'yeux malvoyants. Il n'y a aucun patient qui ait une acuité visuelle supérieure ou égale à 3/10.

Il n'existe aucune autre enquête étudiant avec un fondement statistique valable les résultats de cette pratique. Il ne s'agissait dans tous les cas que d'études pratiques dans les consultations hospitalières. L'impression était défavorable, mais on ne pouvait en tirer aucune conclusion (SYLLA. F (33); DIALLO, J.WADE, A. (14) et QUEGUINER (30))

Les résultats de l'analyse du score qualité de vie et des indices de satisfaction confirment les données de l'examen clinique puisque la qualité de vie est beaucoup plus mauvais chez les abaissés que chez les aveugles non opérés.

La pratique de l'abaissement traditionnel de la cataracte est donc de façon certaine dangereuse et préjudiciable aux patients qui y font recours. Il y a donc lieu de réfléchir sur les moyens à envisager pour faire disparaître cette pratique.

CHAPITRE IX

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

IX. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A) CONCLUSION:

La cataracte représente au Mali, en Afrique et dans la plupart des pays en voie développement la première cause de cécité, ceci malgré la présence dans certaines régions d'endémies cécitantes comme le trachome, l'onchocercose... Mais la cataracte présente la particularité d'être curable chirurgicalement par un geste simple et codifié. Le recours à la chirurgie est malheureusement rare, la plupart des aveugles ne se faisant pas opérer ou faisant appel à l'abaissement traditionnel du cristallin. Ceci nous a amené à entreprendre une étude sur les itinéraires thérapeutiques des patients atteints de cataracte dans la région de Ségou.

Il ressort des résultats de notre étude que les principaux facteurs favorisant l'utilisation du traitement chirurgical moderne de la cataracte sont en premier lieu la confiance manifestée vis à vis de la médecine moderne et le succès constaté chez des anciens opérés, viennent ensuite l'échec de l'abaissement traditionnel de la cataracte chez des proches qui ont été abaissés et/ou de l'automédication.

Plus les gens ont un statut particulier tels que chef de village ou conseiller, plus ils ont tendance à consommer les soins modernes. Ce qui peut s'expliquer non seulement par leur niveau social élevé, mais aussi par le fait qu'ils sont impliqués dans les prises de décision, et qu'ils sont les collaborateurs directs de l'administration, donc sensibilisés pour l'application de la politique sanitaire.

La scolarisation semble jouer un rôle positif, mais ce rôle n'a pas pu être statistiquement établi.

Nous avons aussi noté que la solidarité familiale constituait un atout à l'utilisation chirurgicale de la cataracte. Ceci s'explique par le fait que les dépenses pour le traitement sont généralement prises en charge en tout ou partie par les parents.

Dans notre étude nous nous sommes aussi intéressés aux processus de prises de décision de recours à la chirurgie, nous avons ainsi noté que le rôle des parents avait été très importants. Alors que le conseil des agents de santé et des anciens opérés n'était évoqué que rarement.

En ce qui concerne les facteurs favorisant l'utilisation de l'abaissement traditionnel de la cataracte, nous avons identifié en premier lieu les échos favorables autour du tradithérapeute, viennent ensuite l'instantanéité du résultat, et le déplacement des tradithérapeutes vers les patients.

Le coût est voisin de celui de la chirurgie moderne et ne paraît pas être le facteur déterminant du choix. Le seul point favorable à notre avis est qu'il est modulable selon la richesse du patient et qu'il peut être acquitté en partie en nature.

Il ressort très nettement de notre étude que l'obstacle principal à l'utilisation de la chirurgie pour ceux qui n'ont rien fait est le manque de moyens financiers, viennent bien après la peur ou la résignation devant une affection jugée naturelle.

Cette étude nous a permis également de nous faire une idée sur le coût moyen de la chirurgie et de l'abaissement. Il est de 33003F CFA pour la chirurgie et de 26121F CFA pour l'abaissement. La différence est donc minime et ne permet pas d'expliquer la faveur dont jouit encore la technique ancestrale de l'abaissement par rapport aux procédures modernes. La plupart des aveugles par cataracte n'ont recours à aucune de ces deux méthodes et cela peut être en partie expliqué par le coût important que cela représente pour des ménages aux revenus très limités.

L'une des retombées secondaires de notre travail aura été de révéler les résultats fonctionnels à long terme de la chirurgie moderne et de l'abaissement. Nous avons été surpris de constater que l'acuité visuelle après correction de l'aphakie était médiocre chez la plupart des opérés mais que néanmoins la satisfaction était grande d'avoir subi l'intervention.

Les résultats fonctionnels chez les abaissés sont par contre catastrophiques puisque 70,9% des yeux ainsi opérés sont aveugles de façon irrémédiable. Un tel chiffre nous permet de condamner de façon formelle une telle pratique.

B) RECOMMANDATIONS:

A la lumière de nos résultats, on constate que les barrières à l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte sont: le manque de moyens financiers, la peur, la concurrence des tradithérapeutes, la lenteur et la cherté.

En plus de ces barrières nous avons aussi constaté une insuffisance en personnel médical spécialisé et un manque de moyens techniques, ainsi nous recommandons:

- Une information, éducation et sensibilisation plus accrue de la population concernée sur la chirurgie de la cataracte et surtout de ces avantages. Il serait souhaitable que les aphakes avec un bon résultat participent à cette information, éducation et sensibilisation.

L'ophtalmologiste doit mettre en oeuvre une stratégie d'information sélective tenant compte des caractéristiques socioculturelles des personnes ciblées à travers des séances d'éducation, d'information et de sensibilisation sur le traitement chirurgical de la cataracte dans les quartiers, villages et les hameaux, mais aussi lors du passage des malades aux centres.

Il faut développer dans ce sens une collaboration intersectorielle avec tous les de santé de cercle d'arrondissement et de village:

- Une sensibilisation de la population sur les dangers de l'abaissement traditionnel de la cataracte.
- d'améliorer l'accessibilité économique en subventionnant le traitement de ceux qui n'ont pas les moyens par l'instauration d'un service social.
- D'appuyer en moyen financier et logistiques les centres en les dotant en matériel médical et chirurgical.
- D'accentuer la formation du personnel socio-sanitaires en vue de leur déploiement dans les cercles et arrondissement.
- 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 l'évolution des prévalences de cécité dans les pays.

Notons que ce programme de lutte contre les cécités évitables ou curables ne peut trouver une réalité quelconque que grâce à l'aide d'organismes facilitateurs, OMS, ONG.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

X.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1- ABASIENKONG, M.

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

2- ANDERSEN, R.

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

3- ANDERSEN, R. ; NEWMAN , J. F.

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

4- BERNTH-PETERSEN, P.

Cataract surgery, Outcome Assessments and Epidemiologic
Aspects; Acta Ophtalmologica : Supplement 174, 1985

5- BORE, O.

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

6- BRILLANT, L.B. ; POHREL, R.P. ; GRASSET, N.C. ; et al.

Epidemiology of blindness in Nepal. Bull WHO 1985; 63(2): 375-386

7- 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 , Bamako, 1988, 99p.

8- BRUNET JAILLY , J.

La consommation médicale des familles des personnes de l'enseignement
et de la culture à Bamako .

INRSP , Bamako, 1988, 42p.

9- COULIBALY, S.

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

Mémoire, 1993, 57p., MALI

10- COULIBALY, M.

Prévalence et causes de la cécité en quatrième région.

Thèse, MALI, 1993

11-CURRY , A. M.

Factors associated with inadequate prenatal care.

Jr. of community Nursing, t.7,4 , 1990, p. 246-252.

12- DIAKITE, S.

Evaluation de la prévalence et de l'étiologie des handicaps visuels dans la région
de Sikasso

Thèse, MALI, 1993

13- 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, Bamako, 1990, v.1, 150p.

14- DIALLO, J.; WADE, A.

L'opération de la cataracte par les guérisseurs au Sénégal.

Hist. ophtal, inter, 1979, 1,49-53p

15- DIARRA, T.

Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni.

INRSP, Bamako, 1991, 11p.

16- DIARRA, T. ; DIAKITE, B. D.

Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni.

INRSP, Bamako, 1991, 11p.

17- DONABEDIAN, A.

Aspect of medical care administration: specifying requirement for health care.

Cambridge Harvard University Press, 1972.

18- DONABEDIAN, A; ROSENFELD, S.

Some factors influencing prenatal care.

New England Jr. of Medecine, (265) 1, 1961, p.1-6.

19- DUTTON, D.

Financial, organization and professional factors affecting health care utilization.

Soc. Sce and Med. (23) 7 , 1986,p.721-735.

20- ELLWEIN, L B.; FLETCHER, A.; NEGREL, A.D and THYLASIRAJ, R.D.

Quality of live assessment in blindness prévention interventions

International Ophthalmology 18: 263-268,1995.

21- FERRANTI, D.

Stratégies pour le financement des services de santé dans les pays en développement.

Coût de la santé et son financement, O.M.S. Genève,(37), 4, 1984.

22- FIELDER, J. ET ALL.

A review of the literature on access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care.

Soc. Sci. and Med., 1981, 15, p.129-142.

23- HADDA, S.; FOURNIER, P.

Une vision globale de l'utilisation des services de santé dans les pays en voie de développement est elle possible ?

Rapport de recherche, Montréal, 1992.

24- JOYCE, K et al.

Internal and external barriers to obtaining prenatal care.

Social Work in health care, 1983, (2) 9, p.89-96.

25- KOPP, P.; KEITA, A.

Médecine traditionnelle, acteurs itinéraires thérapeutiques.

Edizioni, Triest, 1990, 320p.

26- KROEGER, A.

Anthropological and social medical health care research in developing countries.

Soc. Sci. Med. 17, 147p.

27- MAIGA, A.

Utilisation du traitement chirurgical de la cataracte au centre Yeelen de Sikasso

Thèse, MALI, 1994, p. 100-101

28- O.M.S.

Stratégie pour la prévention de la cécité dans les programmes nationaux.

Genève: 1985, 103p.

29- O.M.S.

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

Rapport d'une consultation de l'O.M.S., Genève, 1990.

- 30- QUEGUINER, P.
Etude critique de l'abaissement du cristallin selon la technique traditionnelle arabe pour le traitement de la cataracte au Mali.
Med. Tropicale, 1981, 5, p.535-540
- 31- REIDY, A. ; MEHRA, V. ; MINASSIAN, D. ; MAHASHBDE, S.
Outcome of cataract Surgery in Central India: A Longitudinal Follow Up Study.
Br J Ophthalmol: 75(2): 102-5
- 32- STEWART, J. M.
Acces to health care for economically disadvantaged canadians; a model.
Canadian Jr. of Public Health, 1981, p.450-455
- 33- SYLLA, F
Etude de l'utilisation de la luxation traditionnelle de la cataracte à Bamako.
Thèse, MALI, 1995
- 34- THYLEFORS, B.
Quand la cécité est une injustice.
Santé du monde/O.M.S., 1983, p.2-3.
- 35- THYLEFORS, B. , NEGREL, A.D. , PARARAJASEGARAM and DADZIE, K. Y.
Global Data on Blindness an Update
Programme for the prevention of blindness W.H.O. Geneva, Switzerland, (40), 1, 1994
- 36- TRAORE, S.
Les recours au soins et leurs déterminants à Bankoni.
INRSP, Bamako, 1991, 17p.
- 37- VAUGELADE, J.
La consommation médicale et itinéraire thérapeutique en milieu rural au Burkina Faso.
ORSTOM, Ouagadougou, 1991, 10p.

38- YATTASSAYE, M.

Evaluation de la prévalence et de l'étiologie des handicaps visuels dans la première région du Mali.

Thèse, MALI, 1981.

39- ZAKARY, S.

Epidémiologie de la cécité au Niger.

Thèse, NIGER, 1989.

ANNEXE1

QUESTIONNAIRE N°1

SUJETS OPERES DE CATARACTE PAR LA METHODE MODERNE

I/ IDENTIFICATION

- 1- Numero.....
- 2- Date de l'entretien:/...../.....
- 3- Nom Prenom:.....
- 4- Cercle :
- 5- arrondissement:
- 6- Village:
- 7- Adresse :.....
- 8- Langue de l'entretien :.....

II/ CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES:

- 1- Sexe: M [] F []
- 2- Age:.....
- 3- A quelle ethnie appartenez-vous ?
- | | |
|------------|--------|
| - Bambara | 1 [] |
| - Peul | 2 [] |
| - Bozo | 3 [] |
| - Somono | 4 [] |
| - Bobo | 5 [] |
| - Sarakolé | 6 [] |
| - Malinké | 7 [] |
| - Sonrai | 8 [] |
| - Senoufo | 9 [] |
| - Autres | 10 [] |
- 4- Quel est votre statut matrimonial ?
- | | |
|------------------------------|-------|
| Marié | 1 [] |
| Veuf | 2 [] |
| Divorcé | 3 [] |
| célibataire | 4 [] |
| Nombre de femme (facultatif) | 5 [] |
- 5- Avez-vous des enfants ?
- OUI 1 [] NON 2 []
- Si oui combien ? []

6- Quelle est votre religion ?

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

7- Avez-vous fréquenté l'école ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui

- Ecole moderne 1 []
- Medersa 2 []
- Ecole coranique 3 []
- Alphabétisation 4 []

8- Quel est votre niveau d'éducation ?

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

9- Etes-vous déjà parti en exode ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui où ?

.....

10- Avez-vous un statut particulier dans le village ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui lequel ?

- Chef de village 1 []
- Conseiller 2 []
- Imam 3 []
- Agent de santé 4 []
- Autres 5 []

11- Quelle est votre profession actuelle ?

- Agriculteur 1 []
- Eleveur 2 []
- Pêcheur 3 []
- Manoeuvre, ouvrier qualifié 4 []
- Ménagère 5 []
- Travailleur domestique 6 []
- Commerçant 7 []
- Fonctionnaire 8 []
- Sans profession 9 []
- Retraité 10 []
- Autres (y compris secteur informel) 11 []

Si chômeur ou retraité quelle était votre profession ?

12: Depuis quand ne travaillez-vous plus ?

- Moins de 6 mois 1 []
- Entre 6 mois et 1 an 2 []
- Entre 1 an et 5 ans 3 []
- Plus de 5 ans 4 []
- Ne sait plus 5 []

III/ CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES:

1- Caractéristique du village:

- Présence d'une école []
- Présence d'un dispensaire []
- Présence d'un centre d'alphabétisation []
- Présence d'un marché []
- Distance à la route []
- Distance au chef lieu d'arrondissement []
- Accès à l'eau []
- Nombre d'habitants []

2- Concession:

- Position de la personne dans la famille:

-
- Nombre de pièces dans la concession []
 - Nombre d'habitant dans la concession []
 - Taille de la famille []
 - Maison en dur ou en banco

.....

- Toit en tol ou en paille

.....

- Autres:

3- Source d'éclairage:

- Electricité []
- Lampe à pétrole: []
- Lampe à huile []
- Bougie []
- Autres:

4- Objets possédés dans le foyer:

- Bicyclette: []
- Mobylette []
- Charette []
- Ane []
- Voiture []
- Frigot []
- Radio []
- TV []
- foyer à gaz []
- Autres

- 5- Approvisionnement en eau
- Robinet partagé à l'extérieur []
 - Robinet partagé à l'intérieur []
 - Puits forages à la maison []
 - Puits forages à l'extérieur []
 - Rivière []

IV/ COMMENT NOMEZ-VOUS VOTRE MALADIE ?

.....

V/ A QUOI EST DUE CETTE MALADIE (OU CE PROBLEME) ?

.....

.....

VI QUAND AVEZ-VOUS ETE OPERE DU PREMIER OEIL ?

.....

VII/ QUAND AVEZ-VOUS ETE OPERE DU DEUXIEME OEIL ?

.....

VIII/ RACONTEZ L'HISTOIRE

- (Description des symptômes ; itinéraire thérapeutique ; traitement suivi)
-
-
-

IX/ PROCESSUS DE PRISE DE DECISION DE RECOURS A LA CHIRURGIE MODERNE:

1- Qui vous a conseillé d'aller consulter au centre ophtalmologique ?

- Personne 1 []
- Personne déjà opéré 2 []
- Agent de santé 3 []
- Un parent (à préciser) 4 [].....
- Un ami 5 []
- Autres (à préciser) 8 [].....

2- Pourquoi avez-vous choisi le traitement moderne ?

.....

.....

- Confiance en la médecine moderne 1 []
- Succès chez les personnes déjà opérées 2 []
- Coût abordable 3 []
- Echec du traitement traditionnel 4 []
- Autres 8 []
- Sans réponse 9 []

3- Quelles autres méthodes existent-elles ?

- Traitement traditionnel par abaissement 1 []
- Traitement médical moderne 2 []
- Traitement médical traditionnel 3 []

- Je ne sais pas 4 []
- Non il n'y a pas d'autres 5 []
- Autres 8 []

4- Pourquoi ne pas avoir choisi l'abaissement ?

.....

- Echec chez les personnes ayant subi ce traitement 1 []
- Manque de confiance 2 []
- Préférence pour la méthode moderne 3 []
- Autres 8 []
- Sans réponse 9 []

5- Avez-vous déjà consulté dans le secteur traditionnel pour votre problème oculaire ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui quand ?.....

6- Avez-vous utilisé des médicaments traditionnels pour vos yeux ?

OUI 1 [] NON 2 []

7- Vous êtes vous déjà traité vous même pour vos yeux ?

OUI 1 [] NON 2 []

X/ LE COUT DU TRAITEMENT:

- 0 - 5 000 Frs 1 []
- 5 000 - 10 000 Frs 2 []
- 10 000 - 15 000 Frs 3 []
- 15 000 - 20 000 Frs 4 []
- 20 000 - 30 000 Frs 5 []
- Plus de 30 000 Frs 6 []

a- Combien avez-vous dépensé pour ce traitement ?

- Consultation:[]
- Chirurgie.....[]
- Médicaments.....[]
- Transport.....[]
- Nouriture.....[]
- Lunettes.....[]
- Autres.....[]
- Ne sait pas.....[]

Total:

b- pensez-vous que cette somme est:

- faible 1 []
 - acceptable 2 []
 - élevé 3 []
 - très élevé 4 []
-

XI/ TRANSPORT:

1- Quelle distance avez-vous parcourue pour aller vous faire traiter ?

-
- Moins de 5 km 1 []
 - Entre 5 - 40 km 2 []
 - Entre 40 - 80 km 3 []
 - Entre 80 - 120 km 4 []
 - Plus de 120 km 5 []
 - Ne sait pas 9 []

2- Comment avez-vous voyagé ?

- Marche 1 []
- Pirogue 2 []
- Bicyclette 3 []
- Mobylette 4 []
- Taxi 5 []
- Bus 6 []
- Voiture personnelle 7 []
- Autres 8 []

3- Combien de temps ce voyage a-t-il duré?

- Moins d'une demi journée 1 []
- Entre une demi journée et une journée 2 []
- Plus d'une journée 3 []
- Ne sait pas 9 []

XII/ SUPPORT SOCIAL:

1- Avez-vous reçu de l'aide ?

OUI [] NON []

2- Si oui de qui ?

- Un parent (à préciser) 1 []
- Un ami 2 []
- Une coopérative 3 []
- Autres 8 []

3- Quelle a été la nature de l'aide ?

- Argent 1 []

-
- Boeuf 2 []
 - Mouton 3 []
 - Chèvre 4 []
 - Autres 8 []

4- Avez-vous été pris en charge à Ségou après votre sortie de l'hôpital ?

OUI [] NON []

5- Si oui par qui ?

- Un parent (un parent à préciser) 1 [].....
- Un ami 2 []
- Autres 8 []

XIII/ SATISFACTION

1- Etiez-vous satisfait du resultat de votre chirurgie juste après l'opération ?

- Très satisfait 1 []
- Satisfait 2 []
- Moyennement satisfait 3 []
- Pas satisfait du tout 4 []

2- Avez- vous eu des lunettes après l'opération ?

OUI 1 [] NON 2 []

3- Ces lunettes ont été données ou achetées ?

- Données 1 []
- Achetées 2 []

4- Etiez-vous satisfait du resultat de votre chirurgie avec ces lunettes ?

- Très satisfait 1 []
- Satisfait 2 []
- Moyennement satisfait 3 []
- Pas satisfait du tout 4 []

5- Portez-vous ces lunettes maintenant ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si non pourquoi ?

-
- Je les ai perdu 1 []
 - elles ont été cassées 2 []
 - elles ont été abimées 3 []
 - elles ont été inutiles 4 []
 - elles m'ont fait mal 5 []
 - elles n'ont pas été bien 6 []
 - autres (à préciser) 8 []

6- Etes-vous satisfait du résultat de votre chirurgie maintenant ?

- Très satisfait 1 []
- Satisfait 2 []
- Moyennement satisfait 3 []
- Pas satisfait du tout 4 []

XIV/ APPRECIATION DE LA VISION:

1- Comment trouvez-vous votre vision maintenant ?

- Beaucoup mieux 1 []
- Mieux 2 []
- Identique 3 []
- Moins bonne 4 []
- Beaucoup moins bonne 5 []

XV/ QUALITE DE VIE:

1- Dans quelle mesure votre vision vous gêne t-elle pour effectuer les activités suivantes ?

a) Vous nourrir:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

b) Vous habiller:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

c) Aller à la toilette:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

d) Vous laver:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

e) Faire la cuisine:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

2- Dans quelle mesure votre vision vous gêne t-elle pour effectuer les activités suivantes ?

a) Vous déplacer dans la concession:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

b) Aller chez les voisins:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

c) Allez faire des courses:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

3- Etes- vous gêné par votre vision à participer aux cérémonies ?

- Pas du tout 1 []
 - Un peu 2 []
 - Beaucoup 3 []
-

4- À cause de votre vision vous sentez-vous un fardeau pour les autres ?

- Pas du tout 1 []
 - Un peu 2 []
 - Beaucoup 3 []
-

5- Y a t-il souvent quelqu'un qui vient s'occuper de vous ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui qui ?

.....

XVI/ PSYCHOLOGIE:

a) Quel est votre moral maintenant ?

.....

b) En quoi votre vision joue t-elle sur votre moral ?

.....

c) Avez-vous de nombreux amis et êtes-vous entouré par eux ? []
Ou bien

Avez-vous peu d'amis et vous sentez-vous un peu isolé ? []

d) Vous sentez-vous heureux et détendu la plupart du temps ? []
Ou bien

Vous sentez-vous anxieux et déprimé très souvent ? []

XVII/ ACUITE VISUELLE

A/ Avant l'opération: (si document)

Oeil droit:

Oeil gauche

V0 []

[]

PL []

[]

CLD à 1m []

[]

CLD à 3m []

[]

Si >= à 1/10 (preciser le nombre de 1/10) []

[]

B/ Après l'opération:

(sans correction)

Oeil droit

Oeil gauche

V0	[]	[]
PL	[]	[]
CLD à 1m	[]	[]
CLD à 3m	[]	[]
Si \geq à 1/10 (preciser le nombre de 1/10)	[]	[]

(Avec correction)

Oeil droit

Oeil gauche

V0	[]	[]
PL	[]	[]
CLD à 1m	[]	[]
CLD à 3m	[]	[]
Si \geq à 1/10 (preciser le nombre de 1/10)	[]	[]

XVIII/ AVEZ-VOUS CONSEILLE A QUELQU'UN DE SE FAIRE OPERER PAR LA METHODE MODERNE ?

OUI 1 [] NON 2 []

Pourquoi ?

.....

XIX/ AVEZ-VOUS CONSEILLE A QUELQU'UN DE SE FAIRE OPERER PAR LA METHODE TRADITIONNELLE ?

OUI 1 [] NON 2 []

Pourquoi ?

.....

XX/ SI UN PROCHE VOUS DEMANDE CONSEIL CONCERNANT LE TRAITEMENT DE LA CATARACTE, QUE LUI CONSEILLERIEZ-VOUS ?

-Je lui recommanderais la chirurgie moderne	1 []
- Je lui recommanderais la chirurgie traditionnelle	2 []
-Je ne lui donnerais pas de conseil	3 []
-Je le découragerais définitivement	4 []

XXI/ AVEZ-VOUS D'AUTRES PROBLEME DE SANTE ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui lesquelles ?

XXII/ CONSTATATIONS ANATOMIQUES:

.....

ANNEXE2

QUESTIONNAIRE N°2

SUJETS OPERES DE CATARACTE PAR LA METHODE TRADITIONNELLE (CATARACTE MARABOUTEE)

I/ IDENTIFICATION

- 1- Numero.....
- 2- Date de l'intretien:/...../.....
- 3- Nom Prenom:.....
- 4- Cercle :
- 5- Arrondissement :
- 6- Village :
- 7- Adresse:.....
- 8- Langue de l'entretien:.....

II/ CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES:

- 1- Sexe: M [] F []
- 2- Age:.....

3- A quelle ethnie appartenez-vous ?

- Bambara 1 []
- Peul 2 []
- Bozo 3 []
- Somono 4 []
- Bobo 5 []
- Sarakolé 6 []
- Malinké 7 []
- Sonraï 8 []
- Senoufo 9 []
- Autres 10 []

4- Quel est votre statut matrimonial ?

- Marié 1 []
- Veuf 2 []
- Divorcé 3 []
- célibataire 4 []
- Nombre de femme (facultatif) 5 []

5- Avez-vous des enfants ?

- OUI 1 [] NON 2 []

Si oui combien ? []

6- Quelle est votre religion ?

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

7- Avez-vous fréquenté l'école ?

OUI [] NON []

Si oui :

- Ecole moderne 1 []
- Medersa 2 []
- Ecole coranique 3 []
- Alphabétisation 4 []

8- Quel est votre niveau d'éducation ?

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

9- Etes vous déjà parti en exode ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui où ?

10- Avez-vous un statut particulier dans le village ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui lequel ?

- Chef de village 1 []
- Conseillé 2 []
- Imam 3 []
- Agent de santé 4 []
- Autres 5 []

11- Quelle est votre profession actuelle ?

- Agriculteur 1 []
- Eleveur 2 []
- Pêcheur 3 []
- Manoeuvre, ouvrier qualifié 4 []
- Ménagère 5 []
- Travailleur domestique 6 []
- Commerçant 7 []
- Fonctionnaire 8 []
- Sans profession 9 []
- Retraité 10 []
- Autres (y compris secteur informel) 11 []

Si chômeur ou retraité quelle était votre profession ?

12- Depuis quand ne travaillez-vous plus ?

- Moins de 6 mois 1 []
- Entre 6 mois et 1 an 2 []
- Entre 1 an et 5 ans 3 []
- Plus de 5 ans 4 []
- Ne sait plus 5 []

III/ CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES:

1- Caractéristique du village:

- Présence d'une école []
- Présence d'un dispensaire []
- Présence d'un centre d'alphabétisation []
- Présence d'un marché []
- Distance à la route []
- Distance au chef lieu d'arrondissement []
- Accès à l'eau []
- Nombre d'habitants []

2- Concession:

- Position de la personne dans la famille:

-
- Nombre de pièces dans la concession []
 - Nombre d'habitant dans la concession []
 - Taille de la famille: []
 - Maison en dur ou en banco

.....

- Toit en tol ou en paille

.....

- Autres:

3- Source d'éclairage:

- Electricité: []
- Lampe à pétrole: []
- Lampe à huile []
- Bougie []
- Autres:

4- Objets possédés dans le foyer:

- Bicyclette: []
- Mobylette []
- Charette []
- Ane []
- Voiture []
- Frigot []
- Radio []
- TV []
- foyer à gaz []
- Autres

- 5- Approvisionnement en eau
- Robinet partagé à l'exterieur []
 - Robinet partagé à l'interieur []
 - Puits forages à la maison []
 - Puits forages à l'exterieur []
 - Rivière []

IV/ COMMENT NOMEZ-VOUS VOTRE MALADIE ?

.....

.....

V/ A QUOI EST DUE CETTE MALADIE (OU CE PROBLEME)?

.....

VI/ QUAND AVEZ-VOUS ETE OPERE DU PREMIER OEIL ?

.....

VII/ QUAND AVEZ-VOUS ETE OPERE DU DEUXIEME OEIL ?

.....

VIII/ RACONTEZ L'HISTOIRE

(description des symptomes; itinéraire thérapeutique; traitement suivi)

.....

.....

IX/ PROCESSUS DE PRISE DE DECISION DE RECOURS AU TRAITEMENT TRADITIONNEL PAR ABAISSEMENT:

1- Qui vous a conseillé d'aller consulter Chez un tradipraticien ?

- Personne 1 []
- Personne déjà maraboutée 2 []
- Notabilité (à preciser) 3 []
- Un parent 4 []
- Un ami 5 []
- Autres (à preciser) 8 []

2- Pourquoi avez-vous choisi le traitement traditionnel ?

.....

- Confiance en la médecine traditionnelle 1 []
- Succès chez les personnes déjà maraboutées 2 []
- Coût abordable 3 []
- Paiement en nature 4 []
- Echec du traitement moderne 5 []
- Echos favorables autour du marabout qui fait l'opération 6 []
- Traitement sur place 7 []
- Autres 8 []
- Sans reponse 9 []

3- Quelles autres méthodes existent elles ?

- Chirurgie moderne 1 []
- Traitement médical moderne 2 []
- Traitement médical traditionnel 3 []
- Je ne sait pas 4 []
- Non il n'y a pas d'autres 5 []
- Autres 8 []

4- Pourquoi ne pas avoir choisi la chirurgie moderne ?

.....

- Echec chez les personnes ayant subi ce traitement 1 []
- Manque de confiance en ces méthodes 2 []
- Préférence pour la méthode traditionnelle 3 []
- Coût élevé 4 []
- Distance 5 []
- Autres 8 []
- Sans réponse 9 []

5- Avez-vous consulté pour vos yeux dans le secteur moderne ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui expliquer pourquoi vous n'avez-vous pas continué à vous y faire traiter ?

.....

6- Avez-vous utilisé des médicaments traditionnels pour vos yeux ?

OUI 1 [] NON 2 []

7- Vous êtes-vous déjà traité vous même pour vos yeux ?

OUI 1 [] NON 2 []

X/ LE COUT DU TRAITEMENT:

- 0 - 5 000 Frs 1 []
- 5 000 - 10 000 Frs 2 []
- 10 000 - 15 000 Frs 3 []
- 15 000 - 20 000 Frs 4 []
- 20 000 - 30 000 Frs 5 []
- Plus de 30 000 Frs 6 []

a- Combien d'argent avez-vous dépensé pour ce traitement ?

- Chirurgie..... []
- Médicaments.....[]
- Transport.....[]
- Nouriture.....[]
- Autres.....[]
- Ne sait pas.....[]

Total:

b- pensez-vous que cette somme est:

- faible 1 []
- acceptable 2 []
- élevé 3 []
- très élevé 4 []

c- Avez-vous dépensé en nature ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui laquelle ?

Coq 1 []

Mouton 2 []

Chèvre 3 []

Boeuf 4 []

Autres (à préciser) 8 []

XI/ TRANSPORT:

1- Quelle distance avez-vous parcourue pour aller vous faire traiter ?

- A domicile 1 []

- Moins de 5 km 2 []

- Entre 5 - 40 km 3 []

- Entre 40 - 80 km 4 []

- Entre 80 - 120 km 5 []

- Plus de 120 km 6 []

- Ne sait pas 9 []

2- Comment avez-vous voyagé ?

- Marche 1 []

- Pirogue 2 []

- Bicyclette 3 []

- Mobylette 4 []

- Taxi 5 []

- Bus 6 []

- Voiture personnelle 7 []

- Autres (à préciser) 8 []

3- Combien de temps ce voyage a-t-il duré?

- Moins d'une demi journée 1 []

- Entre une demi journée et une journée 2 []

- Plus d'une journée 3 []

- Ne sait pas 9 []

XII/ SUPPORT SOCIAL:

1- Avez-vous reçu de l'aide ?

OUI [] NON []

2- Si oui de qui ?

- Un parent (à préciser) 1 [].....

- Un ami 2 []

- Une coopérative 3 []

- Autres 8 []

3- Quelle a été la nature de l'aide ?

- Argent 1 []

-
- Boeuf 2 []
 - Mouton 3 []
 - Chèvre 4 []
 - Autres 8 []

XIII/ SATISFACTION

1- Etiez-vous satisfait du résultat de votre chirurgie juste après l'opération ?

- Très satisfait 1 []
- Satisfait 2 []
- Moyennement satisfait 3 []
- Pas satisfait du tout 4 []

2- Etes-vous satisfait du résultat de votre chirurgie maintenant ?

- Très satisfait 1 []
- Satisfait 2 []
- Moyennement satisfait 3 []
- Pas satisfait du tout 4 []

XIV/ APPRECIATION DE LA VISION:

1- Comment trouvez-vous votre vision maintenant ?

- Beaucoup mieux 1 []
- Mieux 2 []
- Identique 3 []
- Moins bonne 4 []
- Beaucoup moins bonne 5 []

XV/ QUALITE DE VIE:

1- Dans quelle mesure votre vision vous gêne t-elle pour effectuer les activités suivantes ?

a) Vous nourrir:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

b) Vous habiller:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

c) Aller à la toilette:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

d) Vous laver:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

e) Faire la cuisine:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

2- Dans quelle mesure votre vision vous gêne t-elle pour effectuer les activités suivantes ?

a) Vous déplacer dans la concession:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

b) Aller chez les voisins:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

c) Aller faire des courses:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

3- Etes-vous gêné par votre vision à participer aux cérémonies ?

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []

4- A cause de votre vision vous sentez-vous un fardeau pour les autres ?

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []

5- Y a t-il souvent quelqu'un qui vient s'occuper de vous ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui qui ?

XVI/ PSYCHOLOGIE:

a) Quel est votre moral maintenant ?

.....

b) En quoi votre vision joue t-elle sur votre moral ?

.....

c) Avez-vous de nombreux amis et êtes-vous entouré par eux ? []

Ou bien

Avez-vous peu d'amis et vous sentez-vous un peu isolé ? []

d) Vous sentez-vous heureux et détendu la plupart du temps ? []

Ou bien

Vous sentez-vous anxieux et déprimé très souvent ? []

XVII/ ACUITE VISUELLE

B/ Après l'opération:

(sans correction)

Oeil droit

Oeil gauche

V0 []

[]

PL []

[]

CLD à 1m []

[]

CLD à 3m []

[]

Si > à 1/10 (preciser le nombre de 1/10) []

[]

(avec correction)

Oeil droit

Oeil gauche

V0 []

[]

PL []

[]

CLD à 1m []

[]

CLD à 3m []

[]

Si > à 1/10 (preciser le nombre de 1/10) []

[]

XVIII/ AVEZ-VOUS CONSEILLE A QUELQU'UN DE SE FAIRE OPERER PAR LA METHODE TRADITIONNELLE ?

OUI 1 [] NON 2 []

Pourquoi ?

.....

XIX/ AVEZ-VOUS CONSEILLE A QUELQU'UN DE SE FAIRE OPERER PAR LA METHODE MODERNE ?

OUI 1 [] NON 2 []

Pourquoi ?

.....

XX/ SI UN PROCHE VOUS DEMANDE CONSEIL CONCERNANT LE TRAITEMENT DE LA CATARACTE, QUE LUI CONSEILLERIEZ-VOUS ?

- Je lui recommanderais la chirurgie moderne 1 []
- Je lui recommanderais la chirurgie traditionnelle 2 []
- Je ne lui donnerais pas de conseil 3 []
- Je le découragerais définitivement 4 []

XXI/ AVEZ-VOUS D'AUTRES PROBLEMES DE SANTE ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui lesquelles ?

.....

.....

XXII/ CONSTATATIONS ANATOMIQUES:

.....

.....

ANNEXE3

QUESTIONNAIRE N°3

SUJETS ATTEINTS DE CATARACTE NON ENCORE OPEREES

I/ IDENTIFICATION

- 1- Numero.....
- 2- Date de l'intretien :/...../.....
- 3- Nom Prenom:.....
- 4- Cercle :
- 5- Arrondissement :.....
- 6- Village:
- 7- Adresse :.....
- 8- Langue de l'entretien:.....

II/ CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES:

1- Sexe: M [] F []

2- Age:.....

3- A quelle ethnie appartenez-vous ?

- Bambara 1 []
- Peul 2 []
- Bozo 3 []
- Somono 4 []
- Bobo 5 []
- Sarakolé 6 []
- Malinké 7 []
- Sonraï 8 []
- Senoufo 9 []
- Autres 10 []

4- Quel est votre statut matrimonial ?

- Marié 1 []
- Veuf 2 []
- Divorcé 3 []
- célibataire 4 []
- Nombre de femmes (facultatif) 5 []

5- Avez-vous des enfants ?
OUI 1 [] NON 2 []

Si oui combien ? []

6- Quelle est votre religion ?

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

7- Avez-vous fréquenté l'école ?

OUI [] NON []

Si oui

- Ecole moderne 1 []
- Medersa 2 []
- Ecole coranique 3 []
- Alphabétisation 4 []

8- Quel est votre niveau d'éducation ?

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

9- Etes-vous déjà parti en exode ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui où ?

.....
10- Avez-vous un statut particulier dans le village ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui lequel ?

- Chef de village 1 []
- Conseillé 2 []
- Imam 3 []
- Agent de santé 4 []
- Autres 5 []

11- Quelle est votre profession actuelle ?

- Agriculteur 1 []
- Eleveur 2 []
- Pêcheur 3 []
- Manoeuvre, ouvrier qualifié 4 []
- Ménagère 5 []
- Travailleur domestique 6 []
- Commerçant 7 []
- Fonctionnaire 8 []

- Sans profession 9 []
- Retraité 10 []
- Autres (y compris secteur informel) 11 []

Si chômeur ou retraité quelle était votre profession ?

12- Depuis quand ne travaillez-vous plus ?

- Moins de 6 mois 1 []
- Entre 6 mois et 1 an 2 []
- Entre 1 an et 5 ans 3 []
- Plus de 5 ans 4 []
- Ne sait plus 5 []

III/ CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES:

1- Caractéristique du village:

- Présence d'une école []
- Présence d'un dispensaire []
- Présence d'un centre d'alphabétisation []
- Présence d'un marché []
- Distance à la route []
- Distance au chef lieu d'arrondissement []
- Accès à l'eau []
- Nombre d'habitants []

2- Concession:

- Position de la personne dans la famille:

-
- Nombre de pièces dans la concession: []
 - Nombre d'habitant dans la concession []
 - Taille de la famille []
 - Maison en dur ou en banco

.....

- Toît en tol ou en paille

.....

- Autres:

3- Source d'éclairage:

- Electricité []
- Lampe à pétrole: []
- Lampe à huile []
- Bougie []
- Autres:

4- Objets possédés dans le foyer:

- Bicyclette: []
- Mobylette []
- Charette []
- Ane []
- Voiture []
- Frigot []
- Radio []
- TV []
- foyer à gaz []
- Autres

5- Approvisionnement en eau

- Robinet partagé à l'exterieur []
- Robinet partagé à l'interieur []
- Puits forages à la maison []
- Puits forages à l'exterieur []
- Rivière []

IV/ RACONTEZ VOTRE HISTOIRE:

(description des symptomes; itinéraire thérapeutique; traitement suivi)

.....
.....

V/ DEPUIS QUAND NE VOYEZ-VOUS PLUS ?

-
- Moins de 6 mois 1 []
 - Entre 6 mois et un an 2 []
 - Entre un et 5 ans 3 []
 - Plus de 5 ans 4 []
 - Ne sais plus 9 []

VI/ COMMENT NOMEZ-VOUS VOTRE MALADIE ?

.....

VII/ A QUOI EST DUE CETTE MALADIE (OU LE PROBLEME) ?

.....
.....

VIII/ QU'EST CE QUE VOUS AVEZ FAIT DEPUIS ?

.....

IX/ PEUT ON SOIGNER CETTE MALADIE ?

OUI 1 [] NON 2 []

X/ COMMENT ?

.....

XI/ AVEZ-VOUS CONSULTE POUR VOTRE PROBLEME DE VISION ?

OUI 1 [] NON []

1- Si non pourquoi ?

-
- Je ne savais pas qu'il existait un traitement efficace 1 []
 - J'avais peur 2 []
 - Je trouve que c'est la volonté de Dieu 3 []
 - Je trouve mon état normal 4 []
 - Je ne suis pas très gêné 5 []
 - Je suis loin des thérapeutes 6 []
 - Je n'ai pas assez d'argent 7 []
 - Autres 8 []
 - Sans reponse 9 []

2- Si oui dans quel secteur ?

- Secteur moderne 1 []
- Secteur traditionnel 2 []
- Autres 8 []

3- Si secteur moderne quand et pourquoi ?

-
- Conseil d'un parent 1 []
 - Confiance en la médecine moderne 2 []
 - Conseil d'un patient déjà opéré 3 []
 - Accès facile 4 []
 - Coût abordable 5 []
 - Autres 8 []

a) Est ce que l'on vous a proposé une chirurgie ?

OUI 1 [] NON 2 []

b) Si oui pourquoi ne vous êtes- vous pas fait opéré ?

-
- J'avais peur 1 []
 - Je n'avais pas confiance 2 []
 - Je n'avais pas d'argent 3 []
 - C'est trop cher 4 []
 - Je loge loin 5 []
 - Je ne suis pas gêné par mon état 6 []
 - C'est la volonté de Dieu 7 []
 - Je trouve mon état normal pour mon âge 8 []
 - Autres (à préciser) 9 []
-

4- Si secteur traditionnel, quand et pourquoi ?

-
- Conseil d'un parent 1 []
 - Confiance en la médecine traditionnelle 2 []
 - Conseil d'un patient déjà marabouté 3 []
 - Paiement non obligatoire 4 []
 - Coût abordable 5 []
 - Meilleur accueil 6 []
 - Proximité 7 []
 - Autres 8 []

a) Est ce que l'on vous a proposé une chirurgie ?

OUI 1 [] NON 2 []

b) Si oui pourquoi ne vous êtes- vous pas fait opéré ?

-
- J'avais peur 1 []
 - Je n'avais pas confiance 2 []
 - Je n'avais pas d'argent 3 []
 - C'est trop cher 4 []
 - Je loge loin 5 []
 - Je ne suis pas gêné par mon état 6 []
 - C'est la volonté de Dieu 7 []
 - Je trouve mon état normal pour mon âge 8 []
 - Autres (à préciser) 9 []
-

XII/ QUALITE DE VIE:

1- Dans quelle mesure votre vision vous gêne t-elle pour effectuer les activités suivantes ?

a) Vous nourrir:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

b) Vous habiller:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

c) Aller à la toilette:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

d) Vous laver:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

e) Faire la cuisine:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

2- Dans quelle mesure votre vision vous gêne t-elle pour effectuer les activités suivantes ?

a) Vous déplacer dans la concession:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

b) Aller chez les voisins:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

c) Aller faire des courses:

- Pas du tout 1 []
- Un peu 2 []
- Beaucoup 3 []
- Quelqu'un vous aide t-il ? OUI [] NON []

3- Etes-vous gêné par votre vision à participer aux cérémonies ?

- Pas du tout 1 []
 - Un peu 2 []
 - Beaucoup 3 []
-

4- A cause de votre vision vous sentez-vous un fardeau pour les autres ?

- Pas du tout 1 []
 - Un peu 2 []
 - Beaucoup 3 []
-

5- Y a t-il souvent quelqu'un qui vient s'occuper de vous ?

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui qui ?

.....

XIII/ PSYCHOLOGIE:

a) Quel est votre moral maintenant ?

.....

b) En quoi votre vision joue t-elle sur votre moral ?

.....

c) Avez-vous de nombreux amis et êtes-vous entouré par eux ? []

Ou bien

Avez-vous peu d'amis et vous sentez-vous un peu isolé ? []

d) Vous sentez-vous heureux et détendu la plupart du temps ? []

Ou bien

Vous sentez-vous anxieux et déprimé très souvent ? []

XIV/ ACUITE VISUELLE

Oeil droit

Oeil gauche

V0 []

[]

PL []

[]

CLD à 1m []

[]

CLD à 3m []

[]

Si \geq à 1/10 (preciser le nombre de 1/10) []

[]

XV/ AVEZ-VOUS D'AUTRES PROBLEMES DE SANTE

OUI 1 [] NON 2 []

Si oui lesquelles ?

.....

XVI/ CONSTATATIONS ANATOMIQUES:

.....

ANNEXE4

1. ARRONDISSEMENT CENTRAL

Massala	1541hbts	Ndatekumana	319 hbts	Sando sido	342 hbts
Bougou coura	414.//..	Zambugu	392.//..	Bandjougu were	155.//..
Gourel	459.//..	Bundo were	809.//..	Soala	324.//..
Sedi were	71 ...//..	Bundo bamanan	821.//..	Sakaba	711.//..
Gourel were	219.//..	Bundo worodjira	668.//..	Ndjenuna were	264.//..
Ngara	2277.//..	Nanko	1526.//..	Konodimini	2553.//..
Massala were	379.//..	Bunombugula	328.//..	Siribugu	300.//..
Wolebugu	245.//..			Ndaoulabugu	309.//..
Siribugu	300.//..			Folomakebugu	203.//..
Benguebugu	150.//..				

2. ARRONDISSEMENT DE MARKALA

Markala	19508 hbts	Temou	2566 hbts	No were	122 hbts
Tio	579...//...	Sarakala	1527.//..	Sisako	443.//..
Tien	581...//...	Poit A	618.//...	Dugabugu	6951.//..
Fobabugu	200.//...	Tilabugu	447.//..	Banbugu	1143.//..
Kungobugu sokala	142.//..	Ngobugu	756.//..	Kungobugu	142.//..
Kodurredago	3136.//..	Faya	293.//..	Dongona	1522.//..
Tien were	381.//..	Sarakala bugu	271.//..	Moctare were	110.//..
Sokolombala	163.//..	Printola	305.//..		
		Tilabugu were	146.//..		

3.ARRONDISSEMENT DE SANSANDING

Madina	168 hbts	Sosse bamanan	733 hbts
Souda	491.//..	Sosse bamanan	721.//..
Sinsading	8600.//..	Cholabugu	402.//..
Gomakoro	1231.//..	Sibla	2665.//..
Winlintiguila bamanan	1769.//..	Tin	1102.//..
Winlintiguila bozola	325.//..	Nakry	703.//..
Ladji were	154.//..	Nion	1129.//..
Diassa	55.//..	Gomabugu	823.//..
Niadugu	64.//..	Bangan	433.//..
Tiongo	282.//..	Nierela	365.//..
Sanamadugu markala	256.//..		

4. ARRONDISSEMENT DE DIORO

Diro tintin	494 hbts	Konu	2205 hbts	Sagne were	600 hbts
Komine	1821...//..	Babugu	1891...//..	Sagne	372...//..
Sasorona	223...//..	Duguminkoro	857...//..	Sijan	1222...//..
Dioro	12571...//..	Funukuni	713...//..	Kangorogo	212...//..
Diarana were	71...//..	Kamian	103...//..	Yolo	1411...//..
Donna	272...//..	Karabugu	279...//..	Sijan were	131...//..
Dianguinabugu	192...//..	Kussi	371...//..	Makili	706...//..
Bachi were	60...//..	Kokana	481...//..	Koila bamanan	371...//..
Binkoro were	147...//..	Kontum were	403...//..	Koila markala	1610...//..
Sosorona	223...//..	Siekumani	114...//..	Kamian	103...//..

5. ARRODISSEMENT DE KATIENA

Bugula peulh	327 hbts	Koba sokala	376 hbts
Bugula bamanan	848...//..	Koba were	379...//..
Winlintiguila	845...//..	Katiena	1398...//..
Kansorogo	234...//..	Blan	1509...//..
Togoba	734...//..	Dofunu	416...//..
Bonzibugu	122...//..	Bouala	491...//..
Choala	110...//..	Dingola	870...//..
Fala	260...//..	Goualabugu	171...//..
Kononko	264...//..	Kouana were	230...//..

6. ARRONDISSEMENT DE CINZANA

Ngakoro	737 hbts	Boua were	703 hbts	Samine	3577 hbts
Kondogola	1199...//..	Nenzana were	446...//..	Minagofa	298...//..
Cinzana gare	1562...//..	Sorobugu	428...//..	Sirago	145...//..
Cinzana village	514...//..	Ngolobekoro1	199...//..	Siriki were	242...//..
Ouedje sokala	417...//..	Ngolobekoro2	218...//..	Soroba were	145...//..
Fanbugu	518...//..	Noumoubugula	162...//..	Sanogola	484...//..
Findila	123...//..	Falenbugu	178...//..	Ngolobugu	269...//..
Dozobugu	165...//..				
Diakoro	226...//..				

7. ARRODISSEMENT DE FARAKO

Fantanbugu Bamanan	621hbts.	Ntobugu	1751 hbts
Sama peulh	1202...//..	Farako	2825...//..
Sama Markala	2131...//..	Kobi	173...//..
Kamalen	1329...//..	Siratiguibugu	538...//..
Suba	1186...//..	Kalabugu	911...//..
Magnambugu	103...//..	Mgola were	398...//..
Sagni	780...//..	Sogobia	220...//..
Dongoni	998...//..	Magnan	351...//..
Doni	180...//..	Kyele	208...//..
Fale	114...//..		

8. ARRONDISSEMENT DE DOURA

Markabugu	842 hbts	Dlonkebugu	1222 hbts
Baguila	354...//..	Kango	447...//..
Baguinta	121...//..	Niempiena	604...//..
Nbarabiela	558...//..	Ballé	279...//..
Balabugu	279...//..	Kassabugu	231...//..
Kolobele	290...//..	Siriti were	249...//..
Bandugu	447...//..	Dlaban	63...//..
Bougan	114...//..		

NOM: BAKAYOKO

PRENOM: Seydou

TITRE DE LA THESE

**ITINERAIRES THERAPEUTIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE
CATARACTE DANS LA REGION DE SEGOU (MALI)**

ANNEE: 1996-1997

VILLE de SOUTENANCE: BAMAKO

PAYS D'ORIGINE: MALI

LIEU DE DEPOT: BIBLIOTHEQUE: Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

SECTEUR D'INTERET: OPHTALMOLOGIE; SANTE PUBLIQUE

RESUME:

L'importance 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: identifier les facteurs favorisant l'utilisation chirurgicale de la cataracte et les principales barrières à son utilisation.

Un échantillon de 247 personnes atteintes de cataracte (85 personnes opérées, 82 personnes abaissées et 80 personnes non opérées) a pu être retrouvé lors de l'enquête.

Les observés révèlent que:

- les principaux facteurs favorisant l'utilisation du traitement chirurgical de la cataracte sont la confiance en la médecine moderne, le succès chez des anciens opérés, l'échec de l'abaissement traditionnel et ou de l'automédication.

- Les principales barrières à l'utilisation de la chirurgie de la cataracte sont le manque de moyen financier, la peur et la résignation devant une affection jugée naturelle.

MOTS-CLES: Cataracte, Chirurgie, Abaissement, Utilisation, Centre d'ophtalmologie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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 dans 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 les 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.