

Ministère de l'Enseignement Supérieur

REPUBLIQUE DU MALI

Et de la Recherche Scientifique

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES



U.S.T.T-B

DE BAMAKO (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

N°.....

TITRE

LE GLAUCOME PRIMITIF A ANGLE OUVERT : OBSERVANCE AU TRAITEMENT MEDICAL AU CENTRE SECONDAIRE D'OPHTALMOLOGIE DE OUELESSEBOUGOU DU JANVIER A FEVRIER 2024

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 01/07/2026 devant la

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : **M. ALHADER M AGOUMOUR**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'État)

Jury

Président : M. Oumar SANGHO, Maitre de conférences Agrégé

Directeur : M. Abdoulaye NAPO, Maitre de conférences Agrégé

Membres : Mme. Assiatou SIMAGA, Maitre Assistante

M. Sanoussi BAMANI, Professeur honoraire

M. Sékou MALLE, Médecin Ophtalmologiste

DEDICACES ET REMERCIEMENTS



DEDICACES

Je dédie ce travail :

A mon père Feu Agoumour Alassane, les mots m'ont toujours manqué pour exprimer à quel Point tu as été un modèle pour moi, puisse Allah me donner encore longue vie et bonne foi pour Continuer à faire des Dua pour toi et puisse Allah nous réunir dans le FIRDAWS le Très haut.

A ma mère Cherifatou Zakaria Maiga, c'est avec les larmes aux yeux que je te dis merci pour Ton amour, et ta bravoure. Ce travail est le fruit de ta patience et ton soutien sans faille. Merci de M'avoir toujours enseigné la patience et le sens de la responsabilité en tant qu'homme. Je suis Fièvre d'être ton fils. Puisse Allah te préserver encore longtemps près de nous.

A mes très chers oncles, Slt Aguisa Alassane, Abazery, Malick, Mouja, Almatar, Chagaibou, Bouhara, Agoumar, Almaimoune.

A mes Tantes, Fatoumata Soumana, Hardiata, Ana, Aicha, Fayata, Fady,

A mes frères, Issouf, Fiyiroune, Binamine, Abou, Aziz, Alassane, Ibrahim, Ousmane, Chobine, Sidi El Moctar, Madidi,

A mes sœurs, Hadidiatou, Safiatou, Arakiatou, Fady, Almou, Sarata, Fati, Aicha,

A mes Cousines et cousins, Souhay, Momine, Arachida, Fatoumata, Safi, Gaicho, Zouka, Daou, Mirana etc...

REMERCIEMENTS :

A ALLAH, mon créateur, le TOUT-PUISSANT, celui par la grâce de qui les bonnes choses S'achèvent. Gloire à Toi pour tout grâce que Tu m'as Comblé dont le fait d'avoir fait de moi un Musulman et de m'avoir facilité cette voie qui me permettra d'être utile pour toutes tes créatures En général et particulièrement la Ouma Islamia.

Au corps professoral et l'ensemble du personnel de la Faculté de Médecine
D'Odontostomatologie pour la qualité de l'enseignement dont nous avons bénéficié
Aux camarades de la 15 ème promotion du numerus clausus section médecine.

A tous mes chers maitres, pour votre disponibilité et la formation reçue ;

Au médecin chef de l'hôpital du district de ouellessébougou

A mes confrères du centre secondaire d'ophtalmologie de l'hôpital du district de
Oueléssébougou :Brehima Doumbia, Assitan Bengaly, Binthyl Dembélé, Dr Assitan Ballo,
Oumar Samaké.

A tous les personnels de la Clinique médicale BONTE
Recevez mes sincères remerciements et toute ma gratitude.

A mes ainés docteurs

Karim Traoré, Mohamed Souleymane, Ibrahim Maiga,
Moctar Aldjoubarkoye, Yaya Traoré, Sadou Touré, Sadian Traoré, Seydou Doumbia,
Merci pour les conseils, les connaissances et les encouragements

A mes amis et famille du point G

Mahamadou Moussa, Mohamed Maiga, Aboubacrine Maiga, Imadidine,
Mahamadou Sacko, Bouba, Tolo, Aly Guindo, Ousmane Diarra, Samaké, Sogoba

Moussa Diallo, La famille Touré.

Merci pour tout surtout pour votre humilité votre sympathie et hospitalité.

Ce fut un plaisir pour moi de partager ces moments de galère au Point G avec vous.

A mes amis et membre du Cercle des Elevés et Etudiants de la Commune

De Téméra (CEECOT)

Segal Vieux, Habib, Abdoulaye, Cherif, Gariko, Alhader, Alphaga, Abdoulatif, Dr Aziz

Zeina, Hamcha, Fatoumata,

Aux membres de mon groupe de travail

Le responsable Dr Aboudou Diamouténé, Dr Leontine Diarra, Dr Gariko, Afssetou, Dr Tina

Dr Diadje, Dr Zié Sanogo, Dr Fati Coulibaly, Dr Karim Traaoré

Mes amis de Ouelessebougou

Modibo Sidibé, Bronza, Danté, Adou Bah, Amady, Aboubacar Diawara, Landouré, Français,

Alou, Daou...

A Tout le personnel de l'hôpital du district de Ouelessebougou ;

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenue dans la réalisation de ce travail et dont

J'ai oublié ici de mentionner le nom, sachez tous que vous avez marqué mon existence.

Ce travail est aussi le vôtre

HOMMAGE AUX MENBRES DU JURY

A notre Maitre et Président du Jury

Professeur SANGHO Oumar

- **Maitre de Conférences Agrégé en Épidémiologie**
- **Doctorat en Épidémiologie (DUI) EPIVAC**
- **Certificat de Promotion de la Santé**
- **Enseignant-Chercheur au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé publique et Spécialités (DERSP) /FMOS /USTTB**
- **Ancien Médecin Chef du District Sanitaire de Niono**

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre humanisme, vos qualités scientifiques et intellectuelles, votre amour pour le travail bien fait font de vous un homme apprécié. C'est un honneur pour nous de figurer parmi vos étudiants,

Qu'Allah vous accorde santé et longévité

A notre Maitre et Juge

Professeur BAMANI Sanoussi

- **Maitre de conférences émérite en Ophtalmologie à la FMOS ;**
- **Ancien chef du Département de Formation au CHU IOTA ;**
- **Ancien coordinateur du Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC) ;**
- **Membre de la société Malienne d’ophtalmologie (SOMAO) ;**
- **Membre de la Société Française d’Ophtalmologie (SFO) ;**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d’Ophtalmologie (SAFO) ;**

Cher Maître,

Nous nous réjouissons de vous avoir comme membre de jury.

Vos apports et suggestions seront un atout pour l’amélioration de ce travail

Veuillez accepter cher maitre l’expression de notre profonde gratitude

Qu’Allah vous accorde santé et longévité

A notre Maitre et Juge

Dr Sékou MALLE

- **Chargé de recherche en ophtalmologie**
- **Chef du centre secondaire d'ophtalmologie de l'hôpital du district de Ouelessebou-gou**
- **Président de l'amicale des médecins formés au DESSO de CONAKRY**

Cher maitre,

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos étudiants font de vous un maitre de référence. Vous nous avez donné l'engouement pour l'ophtalmologie par vos qualités expressives, merci pour la qualité de votre encadrement. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma reconnaissance et l'assurance de mes sentiments respectueux. Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée.

Qu'Allah vous accorde santé et longévité

A notre Maitre et juge

Docteur SANGO Assiatou SIMAGA

- **Maitre de conférences en Ophtalmologie à la FMOS**
- **Ophtalmologiste au CHU IOTA**
- **Responsable de la formation paramédicale au CHU IOTA**
- **Membre de la société Malienne d'ophtalmologie (SOMAO)**
- **Membre de la société Africaine francophone d'ophtalmologie (SAFO)**

Cher Maître,

Nous vous remercions cher maitre pour avoir accepté d'être présente pour juger ce travail. Votre bonté, votre modestie, votre compréhension ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter ma grande estime. Vous êtes un exemple à suivre. Veuillez trouver ici l'assurance de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

Qu'Allah vous accorde santé et longévité

A notre Professeur et directeur de Thèse

Pr Abdoulaye NAPO

- **Maitre de conférences agrégé à la FMOS ;**
- **Spécialiste du segment postérieur ;**
- **Diplômé de l'économie de la santé ;**
- **Chef du Département Formation au CHU-IOTA ;**
- **Membre de la société française d'ophtalmologie ;**
- **Membre de la société Africaine francophone d'ophtalmologie (SAFO) ;**
- **Membre de la société malienne d'ophtalmologie (SOMAO) ;**

Cher Maitre,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré votre planning chargé. Au cours de ce travail nous avons découvert en vous un homme ouvert, disponible, et simple. Vos qualités d'homme de science et de recherche ainsi que votre sens élevé de devoir font de vous un exemple à suivre.

Puisse Dieu vous prêter longue vie dans une santé absolue.

LISTE DES ABREVIATIONS

A.I.C : Angle Irido-cornéen

AV : Acuité Visuelle

BNDA : Banque Nationale de Développement Agricole

BOA : Banque Of Africa

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMDT : Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles

CS Réf : Centre de Sante de Reference

CSC om : Centre de Sante Communautaire

CSO : Centre Secondaire d'Ophtalmologie

CV : Champ Visuel

FO : Fond Œil

GPAO : Glaucome primitif à angle ouvert

GPN : Glaucome a pression normale

HU : Humeur aqueuse

IAC : Inhibiteur de l'anhydrase carbonique

IOTA : Institut d'ophtalmologie Tropicale d'Afrique

OD : Œil droit

OG : Œil gauche

PIO : Pression intraoculaire

Listes des tableaux :

Tableau i: repartition des patients en fonction de l'ethnie	25
Tableau ii: repartition des patients en fonction de la profession	26
Tableau iii: la repartition des patients en fonction de la residence	26
Tableau v: repartition des patients en fonction d'antecedents de gpao familial	29
Tableau vi : repartition des patients en fonction de la connaissance globale du gpao.....	29
Tableau vii : repartition des patients en fonction de leur niveau d'information sur le gpao ..	29
Tableau viii : repartition des patients glaucomateux en fonction de la prise des medicaments aux heures indiquees	30
Tableau ix : repartition des patients glaucomateux en fonction de la regularite de la prise des medicaments	30
Tableau x: repartition des patients glaucomateux en fonction du respect de doses prescrites	30
Tableau xi : repartition des patients glaucomateux en fonction du respect de rendez-vous de suivi.....	31
Tableau xii : repartition des patients glaucomateux en fonction de la technique d'instillation	31
Tableau xiii : repartition des patients glaucomateux en fonction de la classe therapeutique utilisee	32
Tableau xiv : repartition des patients glaucomateux en fonction du schema therapeutique reçu	32
Tableau xv: repartition des patients glaucomateux en fonction de la prise en charge du cout des medicaments	33
Tableau xvi : repartition des patients glaucomateux en fonction de l'appréciation du cout du traitement	33
Tableau xviii: repartition des patients glaucomateux en fonction des raisons du non observance.....	34
Tableau xix : repartition de l'observance en fonction l'age.....	35
Tableau xx: repartition de l'observance en fonction du sexe	35
Tableau xxi : repartition de l'observance en fonction du niveau d'instruction	36
Tableau xxii: repartition de l'observance en fonction de la residence.....	36
Tableau xxiii : repartition de l'observance en fonction du cout du traitement	37

Tableau xxv: repartition de l'observance en fonction de la dose prescrite.....	38
Tableau xxvi : repartition de l'observance en fonction du respect de rendez-vous de suivi ..	38
Tableau xxvii : repartition de l'observance en fonction de la regularite du traitement	39

Liste des figures :

Figure 1:l'angle irido-corneen.....	6
Figure 2:papille optique.....	7
Figure 3:carte sanitaire du district de ouessebougou.....	20
Figure 4:repartition des patients en fonction de l'age	24
Figure 5:repartition des patients en fonction du sexe	25
Figure 6:repartition des patients en fonction du niveau d'instruction	27

TABLE DE MATIERES :

I.INTRODUCTION :	1
II.OBJECTIFS :	3
2.1. OBJECTIF GENERAL :	3
2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :	3
III.GENERALITES :	4
3.1. RAPPEL ANATOMOPHYSIOLOGIQUE [9 10]	4
3.2. PHYSIOPATOLOGIE : [2,17]	8
3.3. ETUDES CLINIQUES DU GPAO	9
3.5. OBSERVANCE THERAPEUTIQUE	15
IV. METHODOLOGIE	18
4.1-CADRE ET LIEU D'ETUDE	18
4.3. POPULATION D'ETUDE :	21
4.4. ECHANTILLONNAGE	21
4.5. LES VARIABLES A ETUDIER	21
4.6. DEFINITION OPERATIONNELLE :	22
4.7. COLLECTE DES DONNEES	23
4.8. ANALYSE DES DONNEES	23
4.9. CONSIDERATIONS ETHIQUES	23
V. RESULTATS :	24
5.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	24
5.2. ETUDE ANALYTIQUE	35
VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION	40
6.1. ASPECT SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	40
6.2. LES FACTEURS POUVANT INFLUENCER L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE	41
6.3. LE TAUX D'OBSERVANCE	42
6.4. LES RAISONS DU L'INOBSERVANCE	42

VII.CONCLUSION :	44
RECOMMANDATIONS.....	45
REFERENCES :	46
FICHE D'ENQUETE	49

I.INTRODUCTION :

L'observance au traitement médical est définie comme un comportement selon lequel le malade prend son traitement médicamenteux avec assiduité et régularité optimales, suivant les conditions prescrites et expliquées par le médecin.

Selon OMS L'observance se définit comme étant le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prise médicamenteuse, de suivi de régime ou de changements de style de vie) et les prescriptions ou recommandations médicales. [1]

Certaines études ont estimé que 10 % des pertes du champ visuel sont secondaires à une mauvaise observance thérapeutique dans le glaucome dans le monde. [2]

En Afrique sub saharienne, peu d'études ont été consacrées spécifiquement à l'observance thérapeutique. Le taux d'observance était estimé à 53,3% à Cotonou par Tchabi et al. L'observance était jugée bonne dans 29% des cas par Wane et al à Dakar (3

Au Mali, une étude réalisée à Bamako en 2020 avait trouvé une observance estimée bonne dans 15,5% des cas, moyenne dans 57,7% des cas et mauvaise dans 26,7% des cas. [4]

Le glaucome chronique à angle ouvert ou glaucome primitif à angle ouvert (GPAO) est une neuropathie optique antérieure, d'évolution chronique et progressive, caractérisée par des altérations périmétriques et une excavation papillaire pathologique, avec généralement, une élévation de la pression intraoculaire (PIO). En gonioscopie l'angle iridocornéen demeure ouvert. [5] Sans prise en charge précoce, le glaucome peut entraîner une déficience visuelle progressive.[6] Le glaucome est la principale cause de cécité irréversible dans le monde et touchait plus de 79.6 millions de personnes en 2020, dont plus de 10% sont atteintes de cécité bilatérale.[7] Sa prévalence varie considérablement au sein des populations noires africaines selon leur localisation géographique et elle est comprise entre 4,2% et 5,3%. Au Mali,une étude urbaine réalisée en 2013 à Bamako a trouvé une prévalence de 4,3%[8] .) La cécité par GPAO peut être évitée ou au moins retardée si la maladie est diagnostiquée et traitée tôt. Il est plus fréquent, plus précoce et évolue plus rapidement chez le mélanoderme.[7]

Dans le glaucome primitif à angle ouvert (GPAO), le traitement médical en première intention est prescrit dans la majeure partie des cas, instauré à vie et journalier, ce traitement médical est loin de bénéficier de toute la coopération des patients surtout lorsque la maladie est au stade asymptomatique. La réussite du traitement, qui permet de contrôler la progression du glaucome, dépendra en grande partie de l'observance thérapeutique. [9]

Par ailleurs, la littérature nationale reste limitée concernant l'évaluation rigoureuse de l'observance thérapeutique chez les patients glaucomateux, ainsi que l'identification de ses déterminants.

C'est dans ce contexte que s'inscrit notre travail, visant à évaluer le niveau d'observance thérapeutique chez les patients glaucomateux et à identifier les principaux facteurs qui l'influencent en milieu rural.

II.OBJECTIFS :

2.1. Objectif général :

Etudier l'observance du traitement médical des patients atteints de glaucome primitif à angle ouvert au centre secondaire d'ophtalmologie de Ouéléssébougou de Juillet 2024 à Février 2025.

2.2. Objectifs spécifiques :

- 1-Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints de glaucome.
- 2-Déterminer le taux d'observance thérapeutique.
- 3-Déterminer les facteurs pouvant influencer l'observance thérapeutique.

III.GENERALITES :

3.1. Rappel anatomophysiologique [10]

3.1.1. Anatomie :

Le globe oculaire est de faible volume (6,5 cm³), il pèse 7 grammes, il a la forme d'une sphère d'environ 24 mm de diamètre, complétée vers l'avant par une autre sphère de 8 mm de rayon, la cornée ; la paroi du globe oculaire est formée de trois tuniques : **-la tunique fibreuse** : la sclérotique, la cornée. **-la tunique uvéale** : l'iris, le corps ciliaire, la choroïde. **- la tunique nerveuse** : la rétine. Ces tuniques enferment des milieux transparents : · L'humeur aqueuse, le cristallin, le corps vitré (ou humeur vitrée). L'œil est donc constitué de trois membranes : **la rétine, la choroïde et la sclère** et de trois milieux transparents : **l'humeur aqueuse, le cristallin et l'humeur vitrée**. Les membranes sont à la périphérie de l'œil, hétérogènes et opaques (en dehors de la cornée). Par contre, les milieux transparents de l'œil sont au centre, homogènes et transparents.

3.1.1.a-L'Angle irido-corneen [11]

L'angle iridocornéen est issu de la réunion de quatre structures oculaires indissociables : la cornée et la sclère en avant, l'iris et le corps ciliaire en arrière.

♦ Cette association anatomique lui confère son importance physiopathologique, en particulier son rôle dans :

-L'excrétion de l'humeur aqueuse

-Ses variantes anatomiques, physiologiques ou pathologiques. L'AIC est constitué de deux parois et d'un sommet :

3.1.1.a.1 La paroi antéro-externe : c'est la face interne de la jonction cornée sclérale, elle comprend d'avant en arrière :

► **L'anneau de Schwalbe** : qui est une condensation de la membrane de Descemet, Il apparaît comme une ligne translucide en gonioscopie.

► **Le septum scléral** : est la lèvre interne de la rainure sclérale.

► **La gouttière sclérale** : c'est une gouttière creusée dans la sclère où se loge le canal de Schlemm recouvert du trabéculum.

► **L'éperon scléral** : apparaît en gonioscopie sous forme d'une bande annulaire blanc nacré son versant antérieur compose avec le septum la gouttière sclérale, son versant postérieur sert d'insertion aux fibres longitudinales du muscle ciliaire.

3.1.1a.2 La paroi postéro-interne : correspond à l'insertion de la racine de l'iris sur le corps ciliaire, La partie du corps ciliaire visible à ce niveau s'appelle la bande ciliaire.

3.1.1.a.3 Sommet de l'angle : le sommet de l'angle est émoussé par la présence du muscle ciliaire.

3.1.1.a.4 Rapport :

Sur le versant antéroexterne, l'angle iridocornéen entre en rapport avec le limbe corné scléral.

► Sur son versant interne, il est en rapport avec l'humeur aqueuse.

► Sur son versant postéro-interne, il est en rapport avec la chambre postérieure et les vaisseaux du corps ciliaire.

3.1.1.b. Trabéculum :

L'AIC est tapissé dans sa totalité par le trabéculum qui est une formation conjonctive lacunaire, il est constitué histologiquement de trois parties :

► **Le trabéculum uvéal** : recouvre le trabéculum scléral, s'étend de l'anneau de Schwalbe à la racine de l'iris.

► **Le trabéculum cornéo-scléral** : fait de feuillets conjonctifs superposés et perforés, s'insère en avant sur l'anneau de Schwalbe et se termine sur l'éperon scléral.

► **Le trabéculum cribiforme** : zone intermédiaire entre le mur interne du canal de Schlemm et le trabéculum scléral, constitué d'un tissu conjonctif lâche.

3.1.1.c. Canal de Schlemm :

Canal de Schlemm : il est annulaire situé dans la gouttière sclérale, rempli physiologiquement d'humeur aqueuse présente deux versants : l'un externe où s'insèrent les canaux collecteurs efférents, l'autre interne qui est en rapport avec le trabéculum et qui est tapissé d'une couche de cellules endothéliales.

3.1.1.d. La vascularisation et l'innervation :

La vascularisation et l'innervation de l'angle sont celles du segment antérieur. La vascularisation artérielle est assurée par le grand cercle artériel de l'iris qui donne des rameaux au corps ciliaire et à l'iris. La vascularisation veineuse est calquée sur la vascularisation artérielle. Elle donne autour du limbe les plexus scléraux profond, intra-scléral, épi scléral et conjonctival.

L'innervation sensitive est assurée par les nerfs ciliaires pour la cornée. Une innervation neurovégétative est délivrée par le sympathique (dilatateur de Grinfeld et muscle de Bruce –Wallace) et par le parasympathique (sphincter irien et muscle annulaire de Rouget Muller).

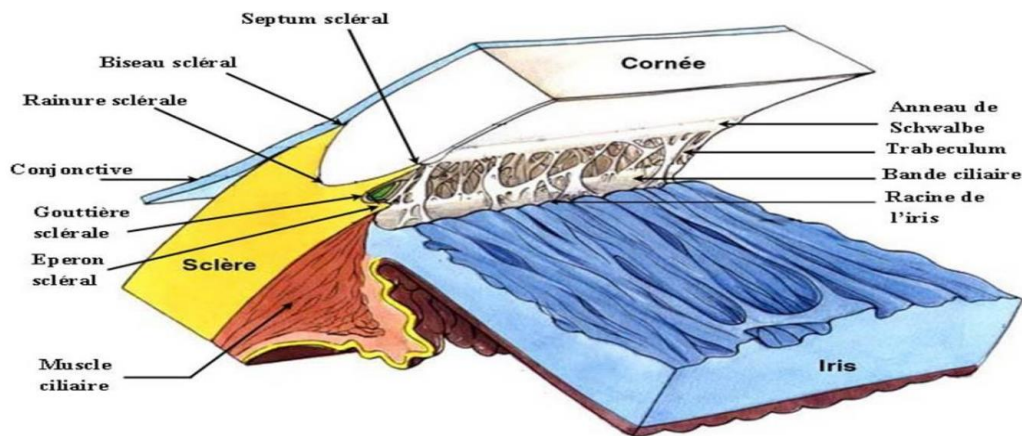


FIGURE N°2 : STRUCTURE ANGLE IRIDOCORNEEN

7

Figure 1: L'angle irido-corneen

3.1.2. Papille optique [12 ,13]

3.1.2.a. Anatomie macroscopique :

La papille optique ou tête du nerf optique apparaît comme un disque peu saillant par rapport au plan rétinien, elle est légèrement ovale à grand axe vertical, et son diamètre moyen est de 1,5mm. Elle est située à 3,5mm en dedans et à 1mm au-dessus du pôle postérieur de l'œil et prend une coloration blanc rosée, cette couleur blanchâtre vient de la présence en arrière des fibres nerveuses myélinisées, alors que la présence d'un riche réseau capillaire la fait apparaître comme rosée. A son centre, émergent les vaisseaux centraux de la rétine qui se divise classiquement à ce niveau. On distingue à la papille deux parties : l'excavation papillaire et la bordure neurorétinienne qui sont entourés par l'anneau scléral péri papillaire.

3.1.2.a.1 Excavation papillaire :

C'est la portion centrale de la tête du nerf optique dépourvue de toute fibre axonale. L'excavation papillaire est chiffrable chez le sujet normal de $0,73 \pm 0,59 \text{ mm}^2$. Le diamètre vertical est habituellement plus petit que le diamètre horizontal.

- **Le rapport cup/Disc** : Comme le nerf optique est ovalisé verticalement et que l'axone de l'excavation est ovalisé horizontalement, le rapport cup/Disc est plus large horizontalement que verticalement.

3.1.2.a.2. Bordure neurorétinienne : C'est le passage obligé de l'ensemble des fibres nerveuses. Elle est plus large en inférieur et de plus étroite depuis la partie inférieure puis supérieure, nasale puis temporale. Mais là aussi, il existe une grande variabilité interindividuelle.

3.1.2.a.3. Anneau scléral péri papillaire

Cet anneau apparaît sous la forme d'une ligne blanche. Il réalise une séparation entre les portions intra papillaire et péri papillaire qui correspond au calcul de la surface réelle de la tête du nerf optique.

3.1.2.b Anatomie microscopique

Classiquement nous pouvons séparer la tête du nerf optique, selon la situation par rapport à la lame criblée, en trois parties qui sont : - La portion pré laminaire ; - La région intra laminaire ; - La région rétrobulbaire.

3.1.2.b.1 La portion pré laminaire :

Elle est constituée des fibres nerveuses, des vaisseaux rétinien et principalement des astrocytes se réunissant ensemble pour former une structure dense avec des tunnels en relation avec les pores astrocytaires de la lame criblée.

3.1.2.b.2. La portion intra laminaire : La lame criblée

Cette portion est en rapport avec les parois du canal scléral et de la choroïde. Morphologiquement, il s'agit d'un tamis légèrement incurvé à concavité postérieure. Sa partie interne est relation avec le réseau glial pré laminaire. La portion externe débouche dans les septums conjonctivaux rétrobulbaires du nerf optique.

3.1.2.b.3. La portion rétrobulbaire :

Cette portion postérieure est le point de départ du nerf optique proprement dit. La sclère est séparée des éléments constitutifs du nerf optique par les gaines méningées : - La dure-mère dont les fibres s'achèvent dans les couches externes de la sclère ; - L'arachnoïde réalise un cul-de-sac proche de la lame criblée ; - La pie-mère se termine dans les couches internes de la sclère.

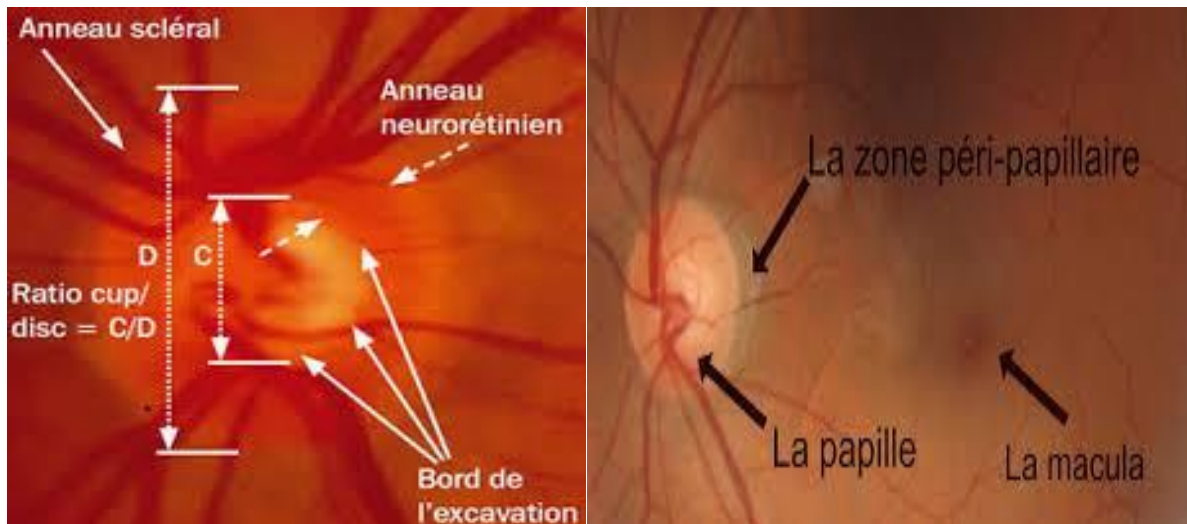


Figure 2 : Papille optique

3.1.2. RAPPEL ANATOMOPHYSIOLOGUE : [14 ,15,16]

Dans l'organe clos qu'est l'œil, règne une pression intra oculaire dépendant de l'état d'équilibre entre deux facteurs :

- La sécrétion de l'humeur aqueuse (HA)
- de son excrétion au travers les pores du trabéculum scléral ; L'humeur aqueuse est un liquide clair qui remplit les chambres antérieure et postérieure ; La Chambre antérieure (CA) du globe oculaire remplit d'HA dont la pression hydrostatique déterminera la PIO. L'Humeur Aqueuse (HA) est en permanence sécrétée par le corps ciliaire au niveau de la chambre postérieure, puis elle franchit la pupille pour remplir la CA. La résorption de cette HA est permanente au niveau de l'angle irido-cornéen, lien essentiel de l'étiopathogénie des glaucomes (défaut de résorption). Ainsi l'angle formé par l'iris et la cornée au sommet duquel sur 360° tout autour de la cornée, se situe un petit filtre constitué de fibres élastiques : trabéculum chargé de la filtration de l'HA avant sa résorption par le canal de Schlemm situé au sommet de l'angle.

3.2. PHYSIOPATOLOGIE : [17]

Deux hypothèses principales sont proposées et secondairement une théorie génétique : La théorie mécanique, qui explique l'excavation papillaire par une compression de la tête du NO (ou cisaillement des fibres Visuelles) sous l'effet de l'HTO. La théorie ischémique, qui l'explique par une insuffisance circulatoire au niveau des capillaires sanguins rétiniens et surtout

de la tête du NO (hypo perfusion papillaire chronique ou spasme vasculaire transitoire). Ces deux hypothèses sont responsables de l'altération du champ visuel (scotome) dont la topographie et la profondeur sont directement corrélées à l'atteinte du NO.

Et secondairement, **la théorie génétique [18]**, les études familiales ont montré une augmentation de 10% du risque de développer un GPAO pour des apparentés du premier degré d'un individu atteint.

Une autre étude a montré que des apparentés de personne atteintes de glaucome au cours de leur vie, 22% risque de développer un GPAO, alors que le risque des apparentés de personnes qui ne sont pas atteintes de GPAO est de 2 à 3% [18].

D'une manière générale dans les facteurs héréditaires, deux catégories de gènes sont reconnues : Les gènes mendéliens (le gène de la myociline et le gène de l'optineurine), qui sont peu nombreux et concernent une minorité de patients et les gènes à prédisposition associés qui sont, eux très nombreux et concernent une majorité des patients mais beaucoup plus subtiles.

3.3. ETUDES CLINIQUES DU GPAO

3.3.1. EPIDEMIOLOGIE : [19]

Le GPAO représente 50% à 70% de tous les glaucomes. Il survient surtout chez les sujets de plus 40 ans. Le rôle de l'hérédité dans la survenue du GPAO est indiscutable. En effet, la maladie est 15 fois plus fréquente chez les sujets dont les parents proches sont glaucomateux. [18]

3.3.2. FACTEURS DE RISQUE : [4]

Les facteurs de risque du GPAO sont des facteurs physiologiques pathologiques ou liés au mode de vie. Elles sont des deux types :

● Les facteurs de risque oculaire :

- Augmentation de la pression intra oculaire
- La myope : qui rend l'œil plus fragile ;
- L'épaisseur centrale de la corne
- Syndrome exfoliatif

● Les facteurs de risque non oculaire :

- L'hérédité avec un risque de glaucome plus élevé dans certaines familles
- L'âge : Les risques apparaissent après 40 et augmentent avec l'âge
- Les maladies cardio-vasculaires (HTA et DIABETE)

-l'origine géographique, les personnes des peaux noires et d'origine africaine sont notamment plus sujette au glaucome

-Une corticothérapie au long cours.

3.3.3. SYMTOMATOLOGIE : [14]

Période de début

Les signes fonctionnels :

Les particularités de la maladie glaucomateuse sont : sa survenue insidieuse et son caractère asymptomatique pendant la majeure partie de son évolution. L'interrogatoire retrouve dans de rares cas : -Un brouillard visuel intermittent, -des halos colorés,

-un larmoiement,

-des épisodes de céphalées.

Le plus souvent c'est la découverte fortuite d'une hypertonie qui permet d'évoquer le diagnostic.[20]

L'examen du fond d'œil à ce stade peut noter un accroissement de la pente de l'excavation physiologique. Les bords deviennent abrupts, en particulier le bord temporal. On estime l'augmentation de la taille de l'excavation par le calcul du « rapport cup/disc » (rapport de la largeur de l'excavation sur la largeur de la papille, normalement de l'ordre de 0,3)

Stade évolué :

L'excavation est nette, ses bords sont abrupts sur toute la circonférence. Les vaisseaux centraux sont rejetés en nasal, le fond de la papille est pâle. Le rapport cup/disc de la papille est augmenté par rapport au début de l'affection. L'altération du champ visuel est principalement marquée par l'apparition de scotomes dont la forme et la topographie sont parfois évocatrices(20).

Dans le cadre de notre étude, nous parlerons de glaucome primitif à angle ouvert, que devant l'association de deux des signes associés à l'ouverture de l'angle iridocornéen suivants : l'hypertonie oculaire ; la modification de la papille et l'altération du champ visuel.

3.3.4. D'autres Formes cliniques de glaucome primitif à angle ouvert : [21]

-Le glaucome primitif à angle ouvert à pression normale,

-Le glaucome pigmentaire

-Le glaucome exfoliatif

- Les formes juvéniles dont le glaucome juvénile à angle ouvert
- D'autres formes cliniques existent et méritent d'être soulignées. C'est entre autres **la forme asymétrique très fréquente, le glaucome à angle ouvert du myope, le glaucome cortisonique.** [20]

3.3.5 Examen clinique : [22 ,23]

Débute par la mesure de l'acuité visuelle de près et de loin avec et sans correction. Elle est le plus souvent conservée mais diminue à un stade évolué ou en cas d'association d'autres pathologies.

▪L'interrogatoire :

Permet d'identifier le patient, de déterminer ses Antécédents familiaux et personnels (ophtalmologiques et médicaux).

L'examen bio microscopique méthodique permet d'apprécier : - La conjonctive normale ;

- La cornée transparente sauf en cas d'œdème entraîné par une HTO ;
- La chambre antérieure, profonde et calme ;
- La pupille normalement réactive sauf à un stade très évolué où il y a une mydriase et le réflexe diminué ;
- La PIO parfois élevée (mesure faite au tonomètre à aplanation de Goldmann ou à air pulsé) couplée à la tachymétrie ;
- Un Angle Iridocornéen (AIC) ouvert sur 360° en gonioscopie au verre à 3 miroirs de Goldmann.

Après dilatation la biomicroscopie appréciera :

- L'état du cristallin et du vitré ;
- Au fond d'œil par ophtalmoscopie directe ou indirecte : la papille optique excavée.

On estime l'augmentation de la taille de l'excavation par le calcul du rapport cup/disk (rapport largeur de l'excavation par celle de la papille ; normalement de l'ordre de 0,3 avec l'anneau neurorétinien régulier respectant la règle de ISNT (anneau plus important en inférieur qu'en supérieur et en nasal qu'en temporal)

Les examens complémentaires :

Ils sont d'une importance capitale dans le diagnostic de la maladie surtout au stade de début.

- **La photographie de la papille**, en couleur non mydriatique (document de référence pour comparaison de l'excavation à long terme).

Le Champ Visuel (CV) : l'enregistrement du CV par Périmétrie cinétique de Goldmann ou mieux par Périmétrie automatique. L'altération du CV est principalement marquée par l'apparition de scotomes dont la topographie et la forme Sont parfois évocatrices :[24]

- Contraction des isoptères (Périmétrie de Goldmann) traduisant une baisse globale de la sensibilité rétinienne ;
- Scotome arciforme de Bjërrum, partant de la tâche d'aveugle et contournant le point de fixation central ;
- Le ressaut nasal, créé par le décalage dans l'atteinte des fibres arciformes au -dessus et en dessous de l'horizontale, se traduisant par un ressaut à la limite du CV nasal, au niveau du méridien horizontal ;
- Déficits scotomateux paracentraux isolés, relatifs ou absolus.
- A un stade ultime, il ne persiste plus qu'un îlot central de vision souvent très asymétrique, mais dans lequel le patient peut garder longtemps une bonne acuité visuelle.

La courbe de Bebié : La présentation du programme G1X sur Octopus 1-2-3 et G2 sur Octopus 900 propose une courbe intéressante, la courbe de Bebié. La courbe anormale est située en dessous de la normale qui est située entre 5% et 95%.

La Tomographie en Cohérence Optique (OCT) : mesure par interférométrie l'épaisseur des fibres nerveuses rétinienne à une distance fixe de la papille et dans la région maculaire. Il mesure aussi la taille de la tête du nerf optique et de l'excavation papillaire.

L'Heidelberg Rétinal Tomography (HRT) : cet examen permet la surveillance objective d'une papille chez un patient glaucomateux. Il permet l'acquisition d'une image 3D de la papille et la surveillance de l'excavation grâce à la prise de clichés ultérieurs.

Le Never Fiber Analyser (NFA) –GDx : il étudie les fibres visuelles autour de la papille.

Dans tous les cas un bilan général est indispensable à la recherche des autres facteurs de risque(21).

Pachymétrie : elle consiste en évaluation de l'épaisseur de la corne mesurée en microns, une cornée normale mesure environ 520 micromètres au centre+/-20

3.4. LES MOYENS THERAPEUTIQUES : Ils sont :

- Médicamenteux
- Physiques
- Chirurgicaux

3.4.1. Les moyens médicamenteux [25]

Ils sont plus généralement prescrits à vie et ne doivent pas être interrompus inopinément. Le choix se fait essentiellement en fonction des contre-indications et des effets indésirables de chacune des classes thérapeutiques même si les collyres bêtabloquants et les collyres à base de prostaglandine sont généralement prescrits en première intention. De nombreux médicaments sont disponibles, sous forme locale ou générale, agissant selon des mécanismes différents.

3.4.1.a Les médicaments pour diminuer la sécrétion de l'humeur aqueuse

- Les bêtabloquants non sélectifs,
- Les bêtabloquants sélectifs
- Les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique

Bêtabloquants

Les collyres bêtabloquants diminuent la sécrétion de l'humeur aqueuse de 20 à 50% avec une réduction correspondante de la PIO de 20 à 30%. Les bêtabloquants peuvent être associés sous forme de combinaisons aux myotiques, aux agonistes adrénergiques, aux IAC, ainsi qu'aux analogues de prostaglandines. Cette classe thérapeutique peut induire un bronchospasme sévère ; exacerber de bradycardie et de myasthénie chez les patients prédisposés. Les molécules les plus utilisés sont.

Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique

Les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (IAC) diminuent la production de l'humeur aqueuse d'une part grâce à une action antagoniste directe sur l'enzyme anhydrase carbonique de l'épithélium ciliaire, et d'autre part, mais probablement à un moindre niveau, par la constitution d'une acidose métabolique avec les formes orales. Les formes systémiques des IAC peuvent être prescrites par voie orale, intramusculaire ou intraveineuse. Elles sont particulièrement utiles lors de contextes graves et aigus (GAFA). L'acétazolamide et le méthazolamide sont les IAC par voie orale les plus couramment utilisés.

Ils peuvent être utilisés par voie topique

3.4.1.b. Les médicaments pour augmenter l'élimination de l'humeur aqueuse

- L'adrénaline et composés adrénaliniques
- Les parasympathomimétiques
- Les analogues de prostaglandines

Analogues de prostaglandines

Actuellement, trois (3) molécules sont disponibles pour une utilisation en pratique courante : Latanoprost, travoprost et bimatoprost. Toutes ces substances agissent en augmentant l'élimination de l'humeur aqueuse. Des effets indésirables ont été rapportés, mais l'hyperpigmentation de l'iris et de la peau péri-oculaire sont propres à cette classe thérapeutique. Les plus couramment utilisées sont :

Agonistes adrénergiques

L'adrénaline, associant un Alpha- et un Beta-agoniste, entraîne une baisse de la PIO très variable, et de nombreux patients deviennent rapidement intolérants à cette molécule à cause d'effets indésirables extra-oculaires.

Agents parasympathomimétiques

Les agonistes parasympathomimétiques, plus communément appelés myotiques, sont utilisés dans le traitement du glaucome depuis plus d'un siècle. Ils sont repartis en deux groupes : Les agonistes cholinergiques d'action directe ; Les agents anticholinestérasiques d'action indirecte.

3.4.2. Les moyens physiques : [26]

Se fondent sur la trabéculoplastie au laser : entre le traitement médical et chirurgical, la trabéculoplastie au laser est parfois proposée chez les patients âgés de plus de 60 ans. Elle consiste à réaliser une photo coagulation sélective de l'AIC, ce qui entraîne une rétraction du tissu et qui permet de faciliter l'écoulement de l'HA.

3.4.3. Les moyens chirurgicaux : [27]

La trabéculectomie : L'intervention chirurgicale consiste à créer une petite fistule au travers de la sclère, afin que l'humeur aqueuse puisse s'écouler de l'intérieur jusque sous la conjonctive. Elle est ensuite drainée au travers de la conjonctive ou dans des veines. On décomprime ainsi l'œil. Le geste est réalisé sous la paupière supérieure afin que le site de résorption (bulle de filtration) soit protégé et invisible. Il y a principalement 2 types de chirurgie : la sclérectomie où la paroi de l'œil est lamellisée (affinée) à l'extrême sans être ouverte totalement (chirurgie non perforante) et la trabéculectomie où la paroi de l'œil est ouverte complètement (chirurgie perforante). Après sclérectomie, l'humeur aqueuse filtre à travers la fine membrane résiduelle. La filtration est modérée mais progressive et régulière. Après trabéculectomie, l'humeur aqueuse circule librement dans l'incision créée. La baisse pressionnelle est plus im-

portante mais parfois brutale et irrégulière. Ces procédures s'accompagnent de risques significatifs : échec, hémorragie intraoculaire, infection, aggravation des déficits du champ visuel, baisse d'acuité, etc.). Elles sont de ce fait plutôt réservées aux glaucomes évolués et réfractaires aux traitements médicaux et lasers. Le cyclo-affaiblissement consiste à détruire partiellement (au laser diode ou par ultrasons) le corps ciliaire qui produit l'humeur aqueuse pour en diminuer la production en proportion, donc la PIO. En cas de geste excessif, l'hypotonie induite peut aller jusqu'à l'atrophie oculaire irréversible.

Suivi thérapeutique [27] : Le suivi médical a 3 objectifs principaux :

- Prévenir et diagnostiquer une aggravation ou une complication ;
- Surveiller que le traitement est bien toléré et qu'il est efficace :
- Si les atteintes n'évoluent pas, le traitement initié sera poursuivi
- Si les atteintes évoluent, le traitement initié sera renforcé ; S'assurer que la prise en charge est optimale. Le suivi doit être régulier (au minimum tous les 6 mois) et à vie. Il repose sur l'évaluation :
- De la PIO par la tonométrie à aplanation (technique de référence) ;
- De l'aspect de la papille (aidé par une photographie annuelle de la papille)
- Du champ visuel, qui doit être réalisé tous les ans et ce même si le glaucome est équilibré. Il doit être réalisé avec le même appareil pour pouvoir être comparatif ;
- De l'OCT papillaire qui doit être réalisée annuellement

3.5. OBSERVANCE THERAPEUTIQUE :

L'observance se définit comme étant le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prises médicamenteuse, suivre le régime ou de changement de style de vie) et les prescriptions ou recommandations médicales.

La non observance se définit comme étant l'absence de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prise médicamenteuse, de suivre le régime ou le changement de style de vie) et les prescriptions ou recommandations médicales

3.5.1. Evaluation de l'observance thérapeutique :[28]

Dans les méthodes d'évaluation de l'observance, aucune méthode n'est idéale et l'utilisation préférentielle d'une technique par rapport à une autre dépend surtout du contexte. En effet, les attentes et les moyens sont différents en pratique quotidienne et lors d'essais cliniques. La combinaison de plusieurs méthodes représente une alternative, qui, lorsqu'elle est possible,

semble donner les meilleurs résultats. Cependant, aucune de ces méthodes, excepté l'entretien avec le patient, ne peut évaluer les facteurs influençant l'observance du patient.

a. L'entretien avec le patient

L'entretien permet, en dépassant l'étude des faits objectifs, d'appréhender les processus sociocognitifs, d'explorer les états émotionnels des patients et de rendre compte des systèmes de représentation, des normes et des croyances. Il est fréquemment associé à d'autres techniques comme le suivi ou le questionnaire

b. Questionnaires :

Les questionnaires peuvent être utilisés pour l'évaluation du suivi thérapeutique. Ils peuvent être administrés par un membre de l'équipe de recherche ou auto-administrés

3.5.2. Origines et causes du défaut d'observance :[29]

3.5.2. a. Comportement du Médecin

Des erreurs reconnues sont à prévenir lors de sa formation :

- Insuffisance de la relation et de la disponibilité ;
- Objectifs du traitement demeurés flous et non justifiés ;
- Conviction non affichée du bien-fondé de l'intervention ;
- Attitude dogmatique et/ou autoritaire, le temps du donneur d'ordre est révolu !
- Composition de l'ordonnance : Le nombre de médicaments et de comprimés, la complexité du protocole, le coût, la tolérance critique sont autant d'obstacles potentiels à prendre en compte.

3.5.2. b. Attitude du patient

Il est habituel de réagir émotionnellement à l'annonce de la maladie. La découverte d'une affection chronique perçue menaçante, peut générer une réaction inconsciente de négation ou de banalisation, attitude de défense envers l'angoisse qui condamne l'adhérence au traitement prolongé.

3.5.3. Facteurs influençant :

a. Déterminants liés à l'individu :

L'observance thérapeutique désigne les capacités d'une personne à suivre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs qui interagissent entre eux :

- Niveau socio-économique bas ;

- Comportement anxieux, dépressif, opposant
- Facteurs psycho-sociaux : situation de famille, solitude, conflit, difficultés matérielles, niveau de prise en charge insuffisant, accès aux soins difficiles, délai d'attente à la consultation ;
- Perception du problème de santé, et réaction ;
- Préjugés et craintes vis à vis du médicament ;
- Vécu des effets secondaire ;
- Niveau d'information sur la maladie ;
- Situation professionnelle, horaires, déplacements ;
- Erreurs de mode de vie : diététique, tabagisme, éthyliste

b. Les facteurs liés à la pathologie et son évolution

Le glaucome est une maladie chronique et longtemps asymptomatique pour laquelle il est difficile de convaincre le patient de la nécessité d'une prise en charge.

c. Facteurs liés au traitement : [30]

- Complexité du plan de prise
- Temps quotidien dédié au traitement
- Modalités d'administration des produits
- La durée du traitement médicamenteuse
- Effets indésirables locaux et généraux liés au traitement

IV. METHODOLOGIE :

4.1-Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée à l'unité d'ophtalmologie du centre de santé et de référence (CSRef) de Ouélessebougu.

Il s'agit d'un établissement public ayant pour mission :

- de dispenser des soins oculaires de niveau secondaire,
- d'assurer le diagnostic ; le traitement et la surveillance de malades ;
- de prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- de participer à la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé

4.1.a. La présentation de la commune :

La commune rurale de Ouélessebougu ou s'est déroulée notre étude couvre une superficie de 11117km, elle est située sur la rive droite du fleuve Niger, elle est limitée par le district sanitaire de Bougouni, de Selingué, de Kangaba, de Kati et de Bamako. Elle est reliée à la ville de Bamako par la route nationale RN°7 avec une distance de 79km. La commune rurale de Ouelessebougu compte 44 villages ; Elle est limitée : Au Nord par les communes de Sanankoroba et Dialakoroba ; Au Sud par la commune de Keleya ; A l'Est par la commune de Sanankoro-Djitoumou ; A l'Ouest par la commune de Faraba .

●Situation socioculturelle :

L'islam est la religion la plus fréquente dans la commune rurale de Ouelessebougu et quelques communautés chrétiennes et animistes. La population vit au quotidien d'activités diverses dont on peut citer parmi lesquelles notamment le commerce, l'élevage, l'agriculture et la pêche. Nous avons plus d'analphabètes et ça demeure une des préoccupations sociales importantes

Données administratives : Dans la commune rurale de Ouélessebougu nous disposons des services ci-dessous : La sous-préfecture, la mairie, la police, la gendarmerie, la douane, la Garde nationale, la Protection civile, la Police, des écoles, l'énergie du Mali, la BNDA, la CMDT, la Sotelma, la BOA, le tribunal de 1^{ère} instance, le CS Réf et le service de développement social, le CSC om central.

Présentation du Centre de Santé de Reference de Ouélessebougu

Les différentes unités du CS Réf de Ouélessebougu sont :

- La médecine
- La chirurgie
- L'imagerie
- La maternité
- L'ophtalmologie
- La Pédiatrie
- Odonto-stomatologie
- Le laboratoire d'examens biologiques
- L'hygiène et Assainissement
- L'administration et la Comptabilité
- Le Dépôt Répartiteur de cercle (DRC)
- Le Dépôt de Vente (DV)

●Descriptions de l'unité ophtalmologie :

Elle est composée de :

- Un box de consultation
- Un bureau pour le médecin
- Un bureau pour les assistants(e)s
- Un bloc opératoire
- Un hall d'attente
- Une toilette pour personnel

Matériels de l'unité ophtalmologie :

- Deux lampes à fentes
- Un refractomètre automatique
- Un laser yag
- Un tonomètre à air pulsé
- Un frontofocomètre
- Un appareil d'échographie oculaire
- Deux échelles d'acuité visuelle
- Trois microscopes opératoires
- Deux tables de chirurgie
- Deux tambours

- Six boites de cataracte
- Une boite de trichiasis
- Un lit
- Trois chariot
- Deux tables bureau
- Trois lampes sur pied
- Une boite de verres d'essai
- Deux poubelles
- Une poubelle noire
- Une poubelle rouge
- Une poubelle jaune
- Trois fauteuils
- Echelle Parinaud

Personnels du service

- Un médecin ophtalmologiste
- 4 assistants médicaux en ophtalmologie

La carte sanitaire du district de Ouélésébougou



Figure 3: Carte sanitaire du district de Ouélésébougou

4.2. Types et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive qui a été réalisée sur une période de 6 mois allant de Juillet à Février 2024 au centre secondaire d'ophtalmologie de Ouélèssebourgou.

4.3. Population d'étude :

L'ensemble des patients souffrant de glaucome primitif à angle ouvert reçus en consultation au CSRef de Ouélèssebourgou.

4.4. Echantillonnage :

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif de tous les patients glaucomateux répondant aux critères d'inclusion.

4.4.1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

- Les patients atteints de glaucome primitif à angle ouvert ;
- Sous traitement médical à base de collyre ;
- Suivis depuis au moins 6 mois dans le service et ayant accepté de participer à l'enquête ;
- L'âge est supérieur ou égal à 40 ans ;

4.4.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les patients glaucomateux dont l'âge est inférieur à 40 ans ;
- Les patients souffrant d'un type de glaucome autre que le GPAO ;
- Les patients sous d'autres formes d'anti glaucomateux ;
- Les patients souffrant de glaucome primitif a angle ouvert avec PIO stabilisée ;
- Les patients ayant refusé de participer à l'enquête.

4.4.3. Méthode :

●**Sélection** : Il a été procédé au recrutement systématique des patients répondant aux critères d'inclusion après consentement éclairé à la sortie de la salle de consultation.

●**Modalités** : Le questionnaire a été retenu comme méthode d'évaluation. Il était élaboré (voir annexe) et administré personnellement à chaque patient.

4.5. Les variables à étudier :

Au cours de notre enquête nous avons étudié les variables suivantes :

♦Les caractéristiques sociodémographiques des patients :

L'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le niveau d'éducation, la ville de résidence et la profession.

♦**L'observance thérapeutique :**

L'observance thérapeutique a été définie en tenant compte de 4 critères :

- La régularité du traitement ;
- Le respect de la posologie prescrite ;
- Le respect des horaires d'instillation ;
- Le respect des visites de contrôle

♦**Les facteurs pouvant influencer l'observance thérapeutique :**

- Connaissance globale de la maladie
- Information sur la maladie
- Régularité de la prise médicamenteuse
- Respect des doses prescrites
- Respect de rendez-vous de suivi
- Le coût du traitement

-La connaissance du patient sur le glaucome : Elle est définie en fonction de quatre (4) critères à savoir : La définition du glaucome, la connaissance ou non du caractère chronique du GPAO, l'évolution du GPAO en absence de traitement vers la cécité, l'utilisation à vie du traitement médical

- Les antécédents de GPAO familial.

4.6. Définition opérationnelle :

4.6.1. Statut glaucomateux :

Le statut glaucomateux a été défini sur la fiche d'enquête.

Un cas de GPAO était défini par la présence d'au moins deux (2) anomalies suivantes :

- Hypertonie oculaire (PIO>21mmhg)
- Excavation du disque optique C/D supérieure ou égal à 0,5
- Altération du champ visuel

4.6.2. La régularité du traitement :

Elle a été jugée bonne en cas d'aucun oubli du traitement pendant le dernier mois et d'arrêt volontaire du traitement pendant les 6 mois qui ont précédé notre étude

4.6.3. La technique d'instillation :

Elle a été jugée bonne si l'embout du collyre ne touche pas les yeux, suivi de l'occlusion des paupières au moins 1 à 2 minutes après l'instillation

4.6.4. L'observance a été jugée :

- ♦ Bonne si tous les critères sont respectés
- ♦ Moyenne si trois (3) ou quatre (4) sont respectés
- ♦ Mauvaise si moins de 3 critères ne sont pas respectés

La fin de l'administration de questionnaire a été sanctionnée pour chacun des patients d'une séance d'information, d'éducation et de communication sur la prise en charge du glaucome et l'intérêt du suivi thérapeutique

4.6.5. La connaissance de la maladie :

Elle a été jugée parfaite si tous les critères sont satisfaits, approximative si deux 2 ou trois 3 critères sont satisfaits et mauvais si moins de 2 critères sont satisfaits.

4.7. Collecte des données :

La technique de l'entrevue individuelle structurée a été utilisée pour la collecte des données. L'outil de collecte a été constitué par un questionnaire.

4.8. Analyse des données :

Les données de l'étude ont été saisies avec le logiciel Word 2016 et analysées avec le logiciel SPSS statistique 23. Le test de khi2 a été utilisé pour la comparaison des proportions avec un seuil de significativité inférieur ou égal à 0,05

4.9. Considérations éthiques :

Le consentement libre et éclairé des patients a été requis ainsi que la confidentialité des données. L'anonymat des personnes participant à notre étude a été assuré par une saisie informatique strictement anonyme.

V. RESULTATS :

5.1. Description de l'échantillon :

Nous avons procédé par un échantillon exhaustif de tous les patients glaucomateux répondant aux critères d'inclusion : Ce qui nous a permis de colliger 86 patients

a. Les caractéristiques sociodémographiques

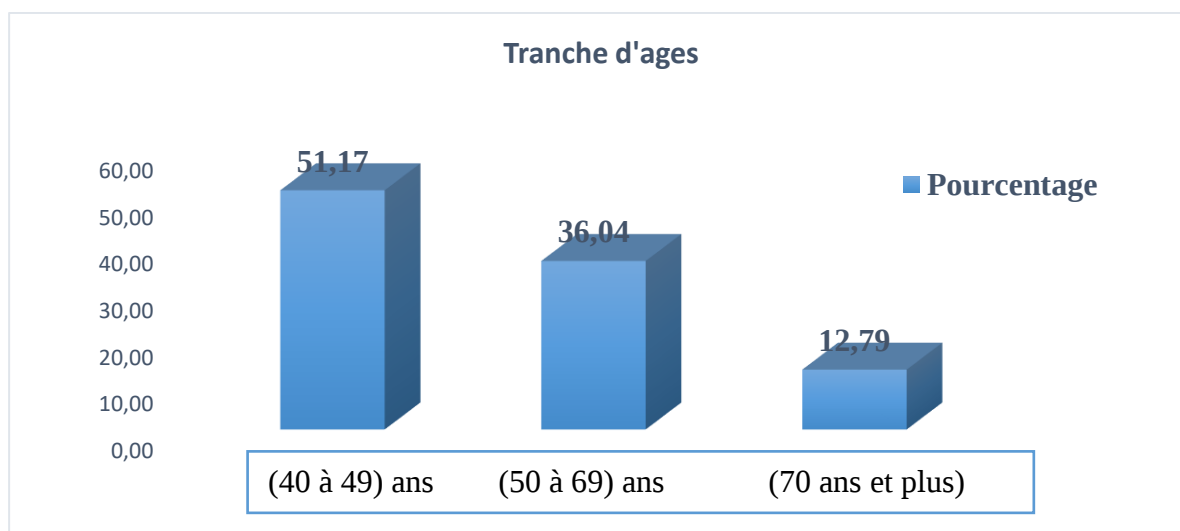


Figure 4: Répartition des patients en fonction de l'âge

La tranche d'âge de [40-49[ans représentait 51,17%

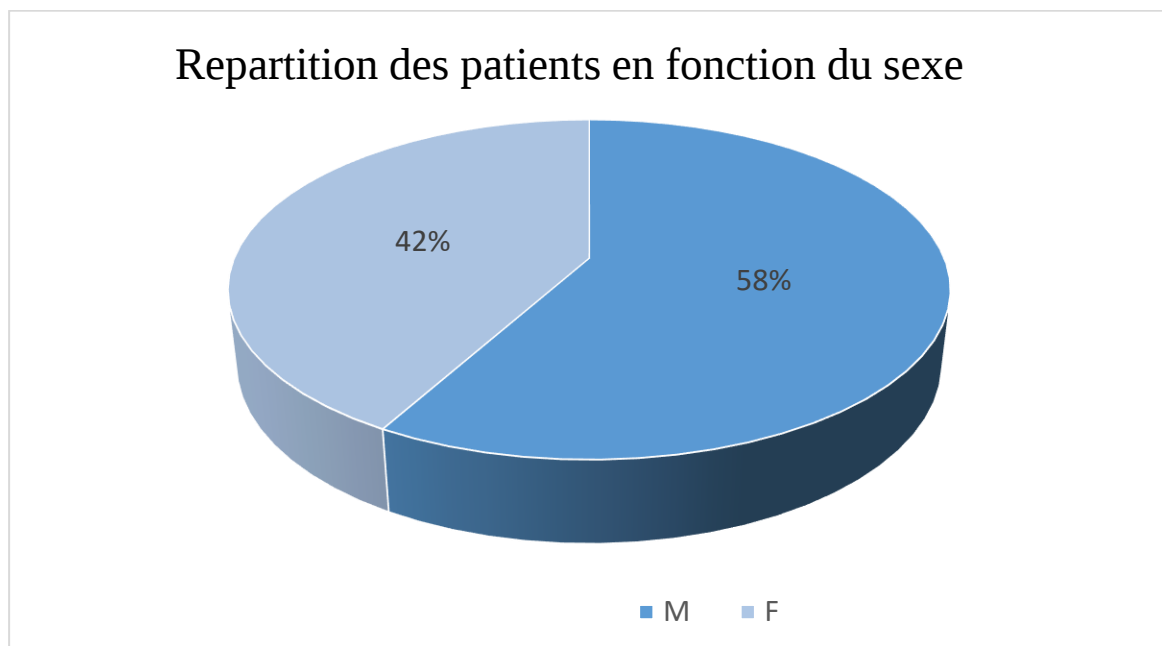


Figure 5: Répartition des patients en fonction du sexe

La sex-ratio était de 1,38

Tableau I: Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	49	57,0
Peulh	13	15,1
Soninké	10	11,6
Senoufo	5	5,8
Dogons	4	4,7
Autres	5	5,8
Total	86	100,0

L'ethnie bambaras représentait 57,0 %

Tableau II:Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Cultivateur	21	24,4
Ménagère	20	23,3
Commerçant	19	22,1
Fonctionnaire	07	8,1
Retraité	11	12,8
Autres	08	9,3
Total	86	100,0

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec 24,4%

Tableau III:La répartition des patients en fonction de la résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Urbaine	23	26,7
Rurale	63	73,3
Total	86	100,0

Dans notre étude 73,3% des patients provenaient de la zone rurale

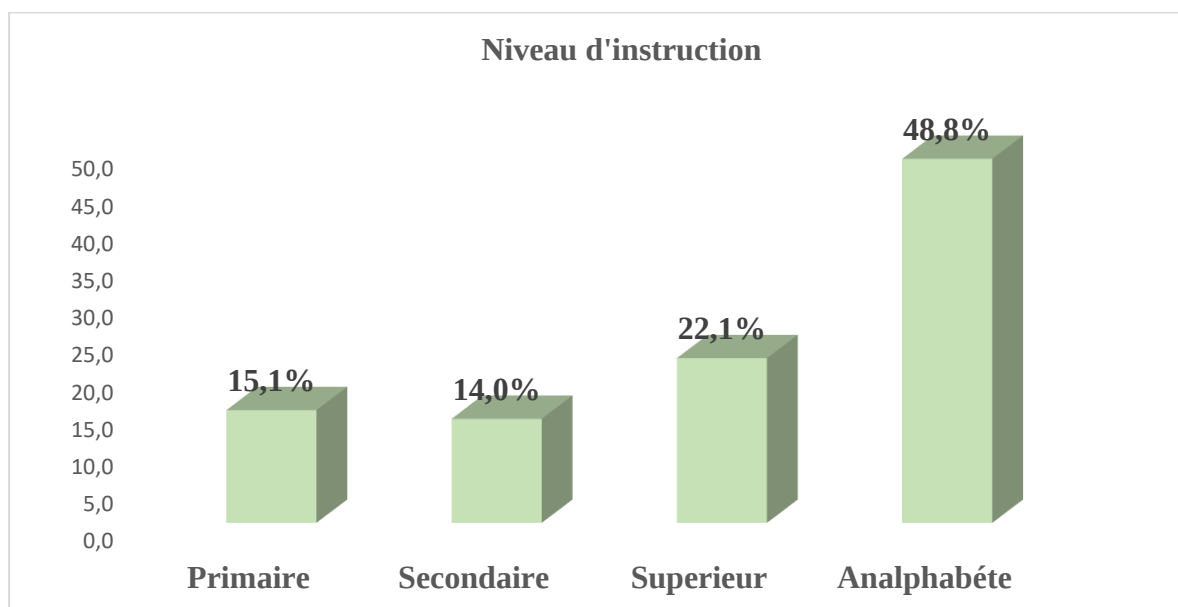


Figure 6: Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction

48,8% des patients étaient non scolarisés

b. Observance au traitement

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de l'observance au traitement

Observance	Fréquence	Pourcentage
Bonne	20	23,20
Moyenne	54	62,80
Mauvaise	12	14,00
Total	86	100

Nos patients ont été moyennement observants au traitement avec 62,80%

NB : Les patients ayant une observance bonne ou moyenne ont été considérés observants tandis que les patients ayant une mauvaise observance ont été considérés non observants.

C. Les facteurs pouvant influencer l'observance thérapeutique

Tableau IV: Répartition des patients en fonction d'antécédents de GPAO familial

Antécédent de GPAO	Fréquence	Pourcentage
Oui	55	64,0
Non	31	36,0
Total	86	100,0

Nous avons observé des antécédents familiaux de glaucome dans 64,0% des cas

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la connaissance globale du GPAO

Connaissance globale	Fréquence	Pourcentage (%)
Parfaite	9	10,5
Approximative	63	73,2
Mauvaise	14	16,3
Total	86	100,0

La majorité de nos patients ont une connaissance approximative du GPAO avec 73,3%

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de leur niveau d'information sur le GPAO

Informée de la maladie	Fréquence	Pourcentage (%)
Informé	77	89,5
Non informé	9	10,5
Total	86	100,0

La plupart de nos patients sont informé sur la maladie avec 89,5%

Tableau VIII : Répartition des patients glaucomateux en fonction de la prise des médicaments aux heures indiquées

Prise des médicaments aux heures indiquées	Fréquence	Pourcentage
Heure respectée	65	75,6
Heure non respectée	21	24,4
Total	86	100,0

La plupart des patients disait mettre les collyres aux heures indiquées avec 75,6%

Tableau VIIIIX : Répartition des patients glaucomateux en fonction de la régularité de la prise des médicaments

Régularité du traitement	Fréquence	Pourcentage (%)
Régulier	50	58,1
Irrégulier	36	41,9
Total	86	100,0

Plus de la moitié de patients était régulier avec 58,1%

Tableau IX: Répartition des patients glaucomateux en fonction du respect de doses prescrites

Respects de doses prescrites	Fréquence	Pourcentage
Dose respectée	69	80,2
Dose non respectée	17	19,8
Total	86	100,0

La plupart de nos patients disaient respecter la dose prescrite par le médecin dans 80,2% des cas

Tableau XI : Répartition des patients glaucomateux en fonction du respect de rendez-vous de suivi

Respect des rendez-vous de suivi	Fréquence	Pourcentage
Toujours	59	68,6
Jamais	27	31,4
Total	86	100,0

Les patients suivaient régulièrement le rendez-vous de suivi du médecin dans 68,6% des cas

Tableau XII : Répartition des patients glaucomateux en fonction de la technique d'instillation

Technique d'instillation	Fréquence	Pourcentage
Bonne	17	19,8
Mauvais	68	80,2
Total	86	100,0

Dans notre étude les patients n'utilisaient pas les collyres avec la bonne technique dans 80,2% des cas

Tableau XIII : Répartition des patients glaucomateux en fonction de la classe thérapeutique utilisée

Classe thérapeutique	Fréquence	Pourcentage (%)
Bétabloquants	52	60,5
Prostaglandines	14	16,3
Adrénurgique	06	7,0
Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique	03	3,5
Bétabloquant +Prostaglandines	10	11,5
Parasympathomimétique	01	1,2
Total	86	100,0

Les bétabloquants ont été les plus utilisés dans **60,5% des cas**

Tableau XIIIIV : Répartition des patients glaucomateux en fonction du schéma thérapeutique reçu

Schéma thérapeutique	Fréquence	Pourcentage (%)
Monothérapie	76	88,3
Bithérapie	10	11,7
Total	86	100,0

La monothérapie a été le schéma thérapeutique le plus indiqué dans 89,5% des cas

Tableau XIV: Répartition des patients glaucomateux en fonction de la prise en charge du coût des médicaments

Prise en charge	Fréquence	Pourcentage (%)
Personnelle	24	27,9
Familiale	35	40,7
Assurance	19	22,1
Partenaire	8	9,3
Total	86	100,0

La prise en charge des médicaments a été majoritairement familiale avec 40,7%

Tableau XVI : Répartition des patients glaucomateux en fonction de l'appréciation du coût du traitement

Appréciation du coût du traitement	Fréquence	Pourcentage
Cher	61	70,9
Abordable	18	20,9
Pas du tout cher	7	8,2
Total	86	100,0

Le coût du traitement a été estimé cher dans 70,9% des cas

Tableau XVII : Répartition des patients glaucomateux en fonction de la satisfaction

Satisfaction du patient	Fréquence	Pourcentage
Satisfait	83	96,5
Non satisfait	3	3,5
Total	86	100,0

La quasi-totalité de nos patients ont affirmé être satisfaits du traitement reçu dans 96,5% des cas

Tableau XVI: Répartition des patients glaucomateux en fonction des raisons du non observance

Raisons	Fréquence	Pourcentage (%)
Cout élevé	4	4,65
Oubli	5	5,82
Pas d'amélioration	1	1,16
Médicament indisponible	2	2,32
Observant	74	86,05
Total	86	100,0

L'oubli et le coût élevé des médicaments étaient les principales raisons de non observance avec respectivement 5,82% et 4,65% de nos patients

5.2. Etude analytique :

Tableau XVIIX : Répartition de l'observance en fonction l'âge

Tranche d'âge	Observance		Total
	Observant	Non observant	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
40-49 ans	27 (84,4%)	5 (15,6 %)	32 (37,2%)
50-69 ans	37 (86,0%)	6 (14,0%)	43 (50,0%)
70 et plus	10 (91,00%)	1 (9,00%)	11 (12,8%)
Total	74 (86,0%)	12 (14,0%)	86 (100%)

Khi2 :0,29

P :0,86

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la tranche d'âge et l'observance au traitement

Tableau XVIII: Répartition de l'observance en fonction du sexe

Sexe	Observance		Total
	Observant	Non observant	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif(%)
Homme	46 (92,00%)	4 (8,00 %)	50(100%)
Femme	28 (77,77%)	8 (22,23 %)	36(100%)
Total	74 (86,05%)	12 (13,95%	86 (100%)

Khi2 :3,52

P :0,11

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le sexe et l'observance au traitement

Tableau XIXI : Répartition de l'observance en fonction du niveau d'instruction

Niveau D'instruction	Observance		Total
	Observant	Non observant	
	Effectif (%)	Effectif(%)	Effectif (%)
Scolarisé	54 (81,82 %)	12 (18,18%)	66 (100%)
Non scolarisé	20 (100%)	00 (00,00%)	20 (100%)
Total	74 (86,05%)	12 (13,95 %)	86 (100%)
Khi2 :4,22 P :0,06			

Il n'y a pas une association statistiquement significative entre le niveau d'instruction et l'observance au traitement

Tableau XXI:Répartition de l'observance en fonction de la résidence

Résidence	Observance		Total
	Observant	Non observant	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Urbaine	20 (86,95%)	03(13,05%)	23(100%)
Rurale	54 (85,72%)	09 (14,28 %)	63(100%)
Total	74 (86,05%)	12 (13,95 %)	86(100%)
Khi2 :0,02 P :0,88			

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la résidence et l'observance au traitement

Tableau XXII : Répartition de l'observance en fonction du coût du traitement

Coût du Traitement	Observance		Total
	Observant	Non observant	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Cher	54 (88,52%)	7 (11,48%)	61 (100%)
Abordable	20 (80,00%)	5 (20,00%)	25 (100%)
Total	74 (86,05%)	12 (13,95%)	86 (100%)

Khi2 :1,07 P :0,32

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le coût du traitement et l'observance au traitement

Tableau XXIV : Répartition de l'observance en fonction de la technique d'instillation

Technique D'instillation	Observance		Total
	Observant	Non observant	
	Effectif (%)	Effectif(%)	Effectif (%)
Bonne	16 (80,00%)	4 (20,00%)	20 (100%)
Mauvais	58 (87,87%)	8 (12,13%)	66 (100%)
Total	74 (86,05%)	12 (13,95%)	86 (100%)

Khi2 :0,79 P :0,37

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la technique d'instillation et l'observance au traitement

Tableau XXII: Répartition de l'observance en fonction de la dose prescrite

Respect de la dose respectée	Observance		Total
	Observant	Non observant	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Dose respecté	60 (86,95%)	9(13,05%)	69 (100%)
Dose non respectée	14 (82,35%)	3 (17,65%)	17 (100%)
Total	74 (86,05%)	12 (13,95%)	86(100%)

Khi2 :0,24 P :0,62

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le respect de la dose prescrite et l'observance au traitement

Tableau XXIII : Répartition de l'observance en fonction du respect de rendez-vous de suivi

Respect de rendez-vous de suivi	Observance		Total
	Observant	Non observant	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Toujours	49 (83,05%)	10 (16,95%)	59 (100%)
Jamais	25 (92,59%)	2 (7,41%)	27 (100%)
Total	74 (86,05%)	12 (13,95%)	86 (100%)

Khi2 :1,40 P :0,45

Il n'y a pas une association statistiquement significative entre le respect de rendez-vous de suivi et l'observance au traitement

Tableau XXIV : Répartition de l'observance en fonction de la régularité du traitement

Régularité du Traitement	Observance		Total
	Observant	Non observant	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Régulier	41 (82,00%)	9 (18,00%)	50 (100%)
Non régulier	33 (91,66%)	3 (08,34%)	36 (100%)
Total	74 (86,05%)	12 (13,95%)	86 (100%)
Khi2 :0,66 P :0,54			

Il n'y a pas une association significative entre la régularité du traitement et l'observance du traitement

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Aspect socio-démographique

●Age

Dans notre étude la tranche d'âge de **40- 49 ans** était majoritaire avec **51,6%** et l'âge moyen des patients était de **51,42±10,05** avec des extrêmes de **40 et 78 ans**. Ce résultat est similaire à celui trouvé par **Santos M.A.K et al [31]** la tranche d'âge 40-49 ans majoritaire avec une moyenne d'âge de **52,40±11,03**.

Diabaté M.K et al [4] avaient trouvé la tranche d'âge de 40-50 ans majoritaire avec **54,7%**, la moyenne d'âge était de **58,24±10,28 ans** avec des extrêmes de 40 et 78 ans.

Nos résultats corroborent avec ceux de la littérature quant à l'apparition des pathologies ophtalmologiques liées à l'âge comme le glaucome primitif à angle ouvert

●Sexe

Le sexe masculin a été le plus représenté 58,1%.

Ce résultat est comparable à celui de **Lama P.L[32]** et **Diabaté MK et al [2]** qui avaient fait les mêmes observations mais dans des proportions différentes soit respectivement **[62,7% et 55,7%]**.

Par contre **Santos MAK [31]** avait trouvé un sex-ratio de 0,67 en faveur des femmes. La différence de taille des échantillons pourrait expliquer cette discordance.

●Profession

La majorité de nos patients étaient des cultivateurs (**24,4%**) et ménagères (**23,2%**).

Ce résultat est comparable à celui de **Lama LP [32]** qui a trouvé une prédominance de ces deux facteurs dans son étude avec **42,9%** des ménagères et **24,7%** des cultivateurs

Traore RCB [33] avait observé 35% de menageres,24,4% de cultivateurs ce résultat reflète les couches sociales représentant la majorité de la population malienne.

●Niveau d'instruction

Dans notre étude les plus représentés étaient les analphabètes avec **48,8%**. Ce résultat est similaire à celui de **Diabaté M.K [4] et al** qui ont trouvé **51%** des analphabètes, ceci est en rapport avec le niveau de scolarisation dans la population générale du MALI tout comme dans la plupart des pays Africains en voie de développement.

●Provenance

La plupart de nos patients résidaient en milieu rural avec **73,3%** et **26,7%** en milieu urbain, ce qui serait en rapport avec le lieu où l'étude s'était réalisée.

Comparablement aux études faites en milieu urbain par **Koita F [34]**, **Diabaté M. K [4]**, qui ont rapportaient respectivement **97%** et **80%**. Ce taux élevé peut être expliqué par l'accessibilité géographique qui est un paramètre important pour l'utilisation de service de santé.

6.2. Les facteurs pouvant influencer l'observance thérapeutique

Dans notre étude, l'observance n'était pas significativement influencée par aucune caractéristique sociodémographique. Ce résultat est similaire à celui trouvé par **Wane [35]**, **Tchabi et al [3]**, **Santos M.A. K et al [31]**, **Diabaté M.k et al [4]**.

Vincent [36] rapporte que l'observance est meilleure chez le sexe féminin avec ($p : 0,03$).

La régularité dans le traitement, le respect de rendez-vous de suivi, le respect des horaires d'instillation n'avaient aucune influence statistiquement significative sur l'observance thérapeutique dans notre étude. Ce résultat se différencie de celui de **Wane**, **Diabaté M.K et al** qui ont trouvé dans leur étude que les facteurs influents sur l'observance thérapeutique étaient la régularité dans le traitement ($p : 0,00009$), le respect des horaires d'instillation ($p : 0,00002$) et le respect de rendez-vous de suivi ($p : 0,0012$).

Wane [35] et **Koita F [34]** ont trouvé chacun dans leur étude que les facteurs influents sur l'observance thérapeutique étaient l'assiduité aux consultations de suivi, la régularité du traitement et le respect des horaires de prise.

L'absence de lien dans notre étude entre l'observance et les caractéristiques sociodémographiques pourrait s'expliquer par la taille de notre échantillon relativement petite par rapport à celle des études suscitées.

●Les antécédents

Nous avons retrouvé un antécédent de glaucome familial chez **64 %** de nos patients. Nos résultats sont proches de celui de **Santos MAK et al [31]** et **Koita F [34]** et **al** qui avaient trouvé respectivement **53,3%** et **54,17%**.

Par contre Traore RCB, Yehouessi L et al [33] et **Diabaté M. K [4]** ont rapportaient respectivement dans leurs études un taux bas d'antécédent de glaucome familial avec **3,4%**, **7,9%** et **20,4%**. La notion de glaucome familial reste donc un facteur de risque important de GPAO.

●Connaissance du glaucome

La plupart de nos patients ont affirmé avoir été informé de leur maladie soit **89,5%** de nos cas. Ce résultat corrobore avec ceux de Diabaté M.K et al [2] et de Soumana Y et al [39] qui ont rapportés respectivement 30% et 72,5% des patients ayant été informés de leur maladie. L'information doit être apportée aussi aux proches du patients atteints, afin qu'ils stimulent son observance quotidienne.

Dans notre étude **73,2%** avaient une connaissance approximative du GPAO.

Par contre **Diabaté M.K et al [4]** retrouvaient que **48%** des patients avaient une connaissance approximative du GPAO.

L'éducation thérapeutique doit permettre au patient de participer activement à la prise en charge de la maladie et améliorer l'observance. Le nombre pléthorique de malades consultés par jour empêche le plus souvent le médecin de prendre le maximum de temps pour informer le patient sur sa maladie tel est le cas dans notre lieu d'étude.

6.3. Le taux d'observance

Le taux d'observance était estimé bonne dans **23,2%** des cas, moyenne dans **62,8%** des cas et mauvaise dans **14,0%** des cas. Ce résultat corrobore avec celui de **Santos M.A. K et al [31]** chez les quels l'observance était bonne dans 15,23% des cas, moyenne dans 50,4% des cas et mauvaise dans **34,3%**. **Diabaté M.K et al [4]** avaient également trouvé une observance bonne dans 15,6% des cas, moyenne dans **57,7%** des cas et mauvaise dans **36,7%** des cas.

Ces différentes variations sont liées, d'une part à la taille de l'échantillon d'autres part aux critères étudiés.

Le taux d'observance thérapeutique des patients glaucomateux varie en fonction de la méthodologie utilisée, des effectifs analysés et des critères d'analyses retenus. [] Dans notre étude nous avons retenu 4 critères qui sont : La régularité au traitement, le respect des horaires d'instillations, le respect de la posologie prescrite et le respect des visites de contrôles. **Wane et al** ainsi que **Koita F et al** avaient retenu les mêmes critères.

6.4. Les raisons du l'observance

Les raisons principalement évoquées par les patients ayant une mauvaise observance thérapeutique ont été l'oubli et le cout élevé de médicaments avec respectivement **5,82%** et

4,65%. Ce résultat est similaire à celui de **Santos MAK et al [31]** qui avaient trouvé respectivement **51,4%** et **21,4%** pour l'oubli et le cout élevé comme principale cause chez les patients ayant une mauvaise observance.

Diabaté M.K et al [4] avaient trouvé aussi respectivement l'oubli et cout élevé avec **43,7%** et **31,3%** comme principale cause chez les patients ayant une mauvaise observance.

La sensibilisation des patients incluant au moins un membre de la famille pourrait améliorer ce défaut de soins.

Malgré l'instauration d'une assurance maladie dans notre pays qui reste encore inaccessible à la majorité de la population, le cout élevé du traitement reste une cause majeure de l'inobservance thérapeutique.

VII.CONCLUSION :

Le glaucome primitif a angle ouvert (GPAO) est une maladie chronique insidieuse. Son évolution dépend de la précocité du dépistage et de l'observance thérapeutique.

Notre étude nous a permis d'observer selon les critères retenus un faible taux d'observance avec 17,44 %.

Une bonne relation entre praticien et patient est nécessaire pour comprendre les facteurs influençant l'observance. Cette bonne compréhension permet au soignant de prodiguer des conseils appropriés ou d'adapter la prescription aux caractéristiques du patient et partant, d'améliorer l'observance. Au vu du faible taux d'observance au traitement médical dans cette étude, et considérant le risque de cécité qui pèse sur les malades non-observant, cela pourrait ouvrir la voie à l'exploration d'autres thérapeutiques tels que la chirurgie du glaucome ou le traitement physique qui sont moins contraignants quant à l'observance.

.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires

- Organiser des journées de sensibilisation et de dépistage gratuit du GPAO en milieu rural.
- Doter le service d'ophtalmologie d'équipement adapté pour une meilleure prise en charge tels que le Champ Visuel, OCT et Pachymétrie

Aux prescripteurs :

- Assurer une bonne communication sur le traitement
- Faire le dépistage afin de prendre à temps les cas et
- Sensibiliser la population à consulter pour toute baisse d'acuité visuelle ou une consultation ophtalmologique systématique à partir de 40 ans.

Aux malades :

- Être assidus au traitement pour lui donner son efficacité.
- Être des relais auprès des membres de leurs familles afin qu'ils se présentent dans les services ophtalmologiques pour un dépistage systématique.

REFERENCES :

1. **Delfraisy JF.** Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Paris : Flammarion 2002, p.35-39.
2. **Koustas AG, Maskaleris G, Gratsonidis S et al.** Compliance and viewpoint of glaucoma patients in Greece. *Eye* 200 ;14 :752-6.
3. **Tchabi S, Abouki C, Sounouvou I et al.** Observance au traitement médical dans le glaucome primitif à angle ouvert *Fr Ophtalmol* 2011 ;34 :624-8
4. **Diabaté M.K.** Le glaucome primitif a angle ouvert : observance au traitement médical au CHU-IOTA, Thèse méd 2020, p66
5. **Kane R, Napo A, Kaba M et al :** Etude du glaucome primitif a angle ouvert a l'institut d'Ophtalmologie Tropicale Africaine, Mali Médical 2017 p33
6. **Delgado MF et al :** Management of Glaucoma In Developing Countries : Challenges And Opportunities For Improvement. *Clinico-Economics and Outcomes Research* 2019 :11 591 - 604.
7. **Tham YC, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng CY,** Global prévalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040 : à systematic review and meta-analysis. *Ophtalmology* 2014 ;121 :2081 -90
8. **M. Bastawrous, A Gilbert CE, Faal H.** Epidemiology of glaucoma in subsaharan Africa : prévalence incidence and risk factors » *Middle East Afr J Optalmol.* 2013,20(2) :111-125.
9. **Santos M.A.K, Ayena D.K, Kuaovi K.R, Vonor K, Djagnikpo A, Balo KP :** Observance du traitement médical dans le glaucome primitif à angle ouvert à Lomé. *J Fr Ophtalmol.* 1 mai 2016 ;39(5) :459-66.
10. **Mouillon M, Brum M.** Anatomie de l'angle iridocornéen. *EncyclMédchir*, Edition scientifique et Médicales, (Elsevier SAS, Paris,) *Ophtalmologie*,21-00-C10,2000,10p.
11. **Nuiakh Kamal L.** Anatomie de l'angle iridocornéen. *Journal Français d'Ophtalmologie* 2011.34(10), 745-750.
12. **Saraux H, Lemasson C, Offert H, Renard G.** Anatomie et histologie de l'œil. 2ème Edition Masson : Paris 1982 ;416p.

13. **Bouchet A, Cuielleret J.** Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle. Le système nerveux central, la face, la tête et les organes des sens. 2^{ème} édition SIMEP : Paris 1991 ;1145p.
14. **Saraux H, Biais** Physiologie oculaire. Masson : Paris 1973 ; p122.
15. **Pouliquen Y.** précis d'ophtalmologie. Masson :1984 ;433-455.
16. **Sellem E.** Revue du praticien 2000, Ophtalmologie, Glaucome chronique 50-1121(41).
17. **Negrel AD.** Glaucome : Concentrons-nous sur le pôle postérieur. Nos patients y gagneront. Revue de santé communautaire 2007 ;4(3):1-3.
18. **Wolfs R, Klaver C, Ramrattan R, et al.** Genetic risk of primary open-angle glaucoma. Population-based familial aggregation study. Arch Ophtalmol.1998 ;116 :1640-5.
19. **Denis P.** Le Glaucome chez le mélanoderme J Fr .2004,27,6 :708-712.
20. **Bastawrous M, A Gilbert CE, Faal H.** Epidemiology of glaucoma in subsaharan Africa : prévalence incidence and risk factors » Middle East Afr J Optalmol.2013,20(2):111-125.
21. **College des ophtalmologies universitaires de France (COUF).** Glaucome chronique. Masson : Paris 2017 ; p157.
22. **Deni P :** Pharmacologie des médicaments anti-glaucomeuses Encyclo. Med. Chir (Paris), Ophtalmologie,21280D20 ;1998p.11.
23. **Nordmann JP :** Périmétrie automatique et stratégie diagnostique. Lab Baush et Lomb chauvin : Montpellier 2009 ; p188.
24. **Eballé AO, Owono Bella AL.** Caractéristique cliniques et épidémiologiques du glaucome chronique à angle ouvert : Cahier d'études et de recherches francophones/Santé,2008, vol.18, no 1, p.1923.
25. **Denis P, Renard JP, Sellem E :** SFO/Glaucome, cours de sciences fondamentales et cliniques section 10, novembre 2010 P :167-219
26. **Demailly P.** Glaucome chronique primitif a angle ouvert. Encycl. Med. Chir, Paris, Ophtalmologie,21275 A10 et A20,71979.
27. **Valtot F.** Les ultrasons In Demailly P. éd. Traitement actuel du glaucome primitif a angle ouvert ; Masson, Paris,1989,293-296.

28. **Soumana Y** : Observance du traitement médical du glaucome primitif a angle ouvert au CHU-IOTA. Mémoire DES d'Ophtalmologie. FMOS : Bamako 2014 p55.
29. **Golay A** : Comment améliorer l'observance médicamenteuse /Médecine et hygiène 2004 ;62 :909-13
30. **Baudrant-Bega M** : Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux à Un Joseph Fourier. Thèse méd. : Grenoblel 2009 ; p41-43.
31. **Santos MAK, Ayena b DK, Kuaovi c KR et al** : Observance du traitement médical dans le glaucome primitif a angle ouvert à Lomé Fr Ophtalmol 2016 ;39 :456-466.
32. **Lama LP**. Incidence du GPAO au CHU-IOTA en 2017.Mémoire DES d'ophtalmologie. FMOS : Bamako 2017 p40
33. **Yehouessi L, Doutetien C, Sounouvou I et al**. Dépistage du glaucome a angle ouvert au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou, Benin. Jr Fr Ophtalmol 2009;32:20-24.
34. **Koita F** : Observance au traitement dans le glaucome primitif à angle ouvert à l'IOTA (MALI). Thèse méd. FMOS : Bamako 2008 ; p76.
35. **Wane A, Ndiaye MR, Wade A et al**. L'observance au traitement médical dans le glaucome primitif a angle ouvert. J Fr Ophtalmol 2003 ;26 :1039-44.
36. **Vincent PA**. Patient's viewpoint of glaucomatherapy. SightSavRev.1972 ;42 :213-22.
37. **Detry-Morel M**. Observance, adhérence et persistance au traitement. In : Glaucome primitif à angle ouvert. Paris : Société française d'ophtalmologie ; 2014.p624-8.

FICHE D'ENQUETE

I- Données sociodémographique

1- Age en année :

.....

2- Sexe : (1=M ; 2=F)

3- Profession :

(1=cultivateur ; 2=Eleveur ; 3=Ménagère ;4=Commerçant(e) ; 5=Fonctionnaire ; 6=Ouvrier ;7=Elève/étudiant(e)8=Retraité ; 9=Autres)

4- Situation matrimoniale : (1=marié, 2=divorcé, 3=veuf, 4=célibataire)

5-Niveau d'instruction : (1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur, 4=Analphabète)

6 Résidence..... (1=Urbaine ,2=Rurale)

7 Ethnie..... (1=Bambara ;2=Peulh ;3=Sonrhäï ,4=Soninkés ;5=Sénoufo ;6=Bobo ;7= Bozo ;8=Dogons)

II- Information sur la pathologie glaucomateuse

8-La date de découverte de la maladie

.....

9- Y a-t-il un proche parent atteint de glaucome dans votre famille ?.....(1=Oui, 2=Non)

10- Combien de type de collyre mettez-vous dans les yeux en ce moment ?...../ 1, 2, 3, 4, 5, plus de 5

11- Etes-vous informés de votre maladie ?..... (1=Oui, 2=Non)

12- Si oui que savez-vous du glaucome ?..... (1=parfaite, 2=approximative, 3=mauvaise)

III- Observance au traitement médical :13- Avez-vous déjà une fois oublié de mettre les collyres à un mois de notre enquête ?..... (1=Oui ,2 Non)

14- Si oui pour quelles raisons.....

15- Avez déjà interrompu volontairement votre traitement au cours des six (6) derniers mois de notre enquête..... (1=Oui ,2=Non)

16- Si oui pour quelles raisons.....

17- Parvenez-vous à appliquer les médicaments aux heures indiquées ?.....

(1=Oui, 2=Non)

18- L'embout du collyre touche t'il vos yeux quand vous instillez les gouttes ?

.....(1= Toujours, 2= Jamais, 3=Souvent)

19 Fermez-vous les yeux pendant au moins 01 à 02 min après les instillations ?

(1=toujours ,2=jamais)

20- Mettez-vous plus de gouttes qu'il ne faut pour obtenir un effet supérieur ?

.....(1=toujours, 2=jamais)

21- Respectez-vous régulièrement les rendez-vous de contrôle ? (1= Toujours, 2= Jamais)

• **Autres facteurs pouvant influencés l'observance**

22-Classe(s) thérapeutique utili-

sée.....

23- Schémas thérapeutique utili-

sés.....

(1 : Monothérapie ; 2 : Bithérapie ;)

24- A quel coût s'élève votre traitement mensuel

?.....

25- Qui vous prend en charge les médicaments..... ?

(1=personnelle, 2= familiale, 3= Assurance, 4= Autres)

26- Quelle appréciation faites-vous du coût des médicaments..... ?

1=cher, 2= abordable, 3= pas du tout cher

27- Faites-vous aider pour l'instillation des collyres ?.....

(1=Oui, 2=Non)

28- Quelle appréciation faites-vous de la relation avec votre

médecin..... (1= bonne, 2= moyenne, 3= mauvaise)

29- Etes-vous globalement satisfait du traitement ?..... (1=Oui, 2=Non).

FICHE SIGNATIQUE

Titre de la thèse : Le glaucome primitif a angle ouvert : Observance au traitement médical au centre secondaire d'ophtalmologie de Ouélessébougou.

Auteur : ALHADER M AGOUMOUR

Email : alhadermaiga2@gmail.com

Contact : 72229485/79025419

Directeur de thèse : Pr NAPO ABDOULAYE

Année Universitaire de soutenance : 2025-2026

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Républiques du MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie

RESUME : Le glaucome primitif a angle ouvert est une neuropathie optique antérieure d'évolution chronique et progressive dont le traitement se fait à vie nécessitant une observance thérapeutique rigoureuse. Etudier l'observance du traitement médical des patients atteints de glaucome primitif a angle ouvert au centre secondaire d'ophtalmologie de Ouélessébougou. Il s'agissait d'une étude prospective descriptive qui a été réalisée sur une période de 6 mois allant de Juillet à Février 2024 dans notre service. Ont été inclus les patients atteints de glaucome primitif a angle ouvert sous traitement anti glaucomateux à base de collyre, suivis depuis au moins 6 mois dans le service ayant donné leur consentement libre à participer à l'enquête et dont l'âge est supérieur ou égal à 40 ans. Les données ont été saisies sur Excel puis analysées avec le logiciel SPSS. Nous avons colligé 86 patients tous sous traitement anti glaucomateux âgés de 40 ans et plus avec un sexe ratio de 1,38. La majorité des patients était analphabètes avec 48,8% ; vivait en milieu rural avec 73,3% et était sous bêtabloquant avec 60,5%. Le taux d'observance thérapeutiques était estimé bon dans 17,44% de cas, moyen dans 45,35% de cas et mauvais dans 37,21% de cas. Les raisons de l'inobservance étaient principalement liées à l'oubli avec 16,28% suivi du coût élevé avec 11,62%. La prise en charge médicale du glaucome est confrontée à une inobservance ; l'accent doit être mis sur la sensibilisation.

Mots clés : Glaucome ; Observance ; Traitement ; Ouélessébougou

SERMENT DU MEDECIN

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de Dieu, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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.

Je le jure.