

MINISTRE 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: 1996-1997

N°.....

**DE LA DEFICIENCE VISUELLE AU  
HANDICAP  
« ETUDE DE 203 AVEUGLES ET MALVOYANTS  
DANS LA REGION DE MOPTI (MALI) »**

**THESE**

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

Devant

La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par

Mr: Tahirou KEÏTA

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

**Jury:**

<b>PRESIDENT:</b>	Professeur	Aliou BA
<b>DIRECTEUR DE THESE:</b>	Docteur	Jean François SCHEMANN
<b>MEMBRES:</b>	Docteur	Alain AUZEMERY
	Monsieur	Yannick JAFFRE

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

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR  
1er ASSESSEUR: Ousmanè 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	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souleymane 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 Alhousseïni 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	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique

Mr Abdoulayè 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'yenigue 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-Phtysiologie
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 Souléymane 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 cette thèse**

- A toutes les victimes de la cécité et des maladies cécitantes de part le Monde
- A tous ceux qui oeuvrent pour la lutte contre les causes de cécités au Mali
- A tout ceux qui m'ont aidé de loin et de près à l'élaboration de cette thèse;

Trouvez ici toute ma reconnaissance.

**A mon père Mamady KEÏTA**

Grâce à l'éducation 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'amour de notre profession, du respect des autres et du sens du partage.

Que ce travail soit le témoignage de mon indéfectible affection.

**A ma mère Aminata COULIBALY née Bolo**

Vous m'avez enseigné la bonté le respect du au prochain, grâce à cette qualité vous m'avez toujours encouragé et soutenu durant mes études. Cet travail est aussi le couronnement de vos efforts et sacrifices de mère toujours à notre écoute.

**A mes frères et soeurs et tous les membres de la famille Keïta**

En témoignage de l'affection qui nous a tous unis. Je voudrais que vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard. Ce travail est aussi le vôtre.

Pour ceux qui luttent sur les bancs de l'école, j'espère avoir été un exemple : courage et bonne chance

Que le tout puissant préserve et renforce l'affection qui nous unis.

**A Monsieur Tata Bakary Keïta**

Vous n'avez ménagé aucun effort pour m'accueillir dans la famille au cours de mes études de médecine. Votre soutien moral et matériel ainsi que les conseils m'ont jamais fait défaut.

Votre expérience et votre sagesse ont abouti au succès dont vous avez tant rêvé. Je vous suis reconnaissant et recevez du fond de mon coeur tous mes remerciements.

Soyez assuré de mon profond attachement.



**A mes tantes et oncles**

Ce travail est l'aboutissement de plusieurs années d'éducation, et votre soutien moral et matériel n'ont jamais fait défaut.  
Soyez assuré de mon profond respect.

**Ames belles soeurs**

Recevez toute ma reconnaissance

**A mes cousines et cousins**

Profond attachement.

**A mes nièces et neveux**

Qu'ils reçoivent ici toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude

**A la famille Oumar Coulibaly**

Vous avez été toujours à mes cotés pendant les périodes difficiles

Recevez ici toute ma reconnaissance.

**A la famille Mahamane Traoré**

Votre patience et votre gentillesse m'ont séduit. Les mots me manquent pour ma reconnaissance .

Puisse cet humble travail vous apporte une satisfaction légitime.

A tous mes parents pour leur soutien moral et matériel au cours de mes études .

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A Monsieur Dominique Keïta et sa famille**

Toute ma reconnaissance.

**A Mademoiselle Aïssata Mahamane Traoré**

La sincérité et la fidélité.

# Remerciements

-A tous ceux qui de loin ou de près m'ont aidé à l'accomplissement de ce travail

- A tous les CES de l'IOTA notamment :

- Dr Seydou DIAKITE

- Dr Etienne KEÏTA

-DR NKOK Luc Louis

-au Dr LALAO

- au Dr MAÏDANDA

Pour leur grand appui et leur collaboration

-A tous les ISO de l'IOTA pour leur collaboration et leur amitié

-A tous le personnel de l'IOTA pour leur sympathie et leur esprit de collaboration dans l'édification d'une bonne politique de lutte contre la cécité dans notre pays.

-A Mr TIMBINE Nouhoum documentaliste de l'IOTA pour son entière disponibilité pour la saisie de ce travail.

-A Mr DICKO Ali pour sa disponibilité au cours de mon enquête à Mopti

-A tous mes compagnons de la bibliothèque de l'IOTA et de la Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie notamment:

Seydou Bagayoko, Charles, Abdoul Ichafar Diakité, Benoît, Almouner, Maïga, Germain.

-Au Dr Touré Ousmane Dantoumé Médecin Banamba

-Au Dr Coulibaly Madou Mari ASACOMA

-Au Dr Kouaté A Salam médecin directeur ASACOSO

-Au Dr Maïga du service de gastro-entérologie de l'hôpital Gabriel Touré

- Au Dr Mariko Seydou IOTA

-A tous mes condisciples pour les années difficiles et glorieuses qu'on a passé ensemble. Je souhaite à tous prospérité dans vos entreprises.

-A tous les professeurs de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto- stomatologie du Mali.

-Au Dr Serge Resnikoff ex directeur de l'IOTA pour le choix de ce sujet si important et d'une utilité précieuse pour l'évaluation de l'impact du handicap sur la vie des aveugles.

Mes vœux les meilleurs pour la prospérité dans vos entreprises nouvelles et ma profonde gratitude.

-Au Dr Traoré Jeannette THOMAS nous vous remercions pour vos conseils et vos enseignements durant le temps qu'on a passé ensemble à l'IOTA.

**AUX MEMBRES DU JURY**

**Professeur Aliou Ba**  
**Ancien doyen de l'École de Médecine de Pharmacie du Mali**  
**Chevalier de l'ordre national du Mali**

C'est un grand honneur pour moi de vous avoir comme président de ce jury. Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation médicale et les efforts que vous entreprenez dans ce sens.

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

Votre générosité qui nous servira d'exemple.

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

**Docteur Alain AUZEMERY**  
**Directeur de l'Institut d'Ophthalmologie Tropicale de l'Afrique**

Votre sympathie et votre simplicité nous ont beaucoup impressionnés. Votre Présence pour juger ce modeste travail nous fait grand honneur.

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

**Docteur Yannick JAFFRE**

**Antropologue**

**Faculte de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologique du Mali.**

Votre présence pour juger ce modeste travail nous fait honneur.

Vous garder 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 notre grande admiration et de notre profonde gratitude.

**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 amabilité, votre disponibilité à nos multiples sollicitations malgré les occupations, l'intérêt que vous portez à la recherche, font de vous un chef remarquable.

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
<b>INTRODUCTION</b>	1
<b>Chapitre I RAPPEL SUR LA CECITE ET LA MALVOYANCE</b>	3
1-Définitions de la cécité et la baisse de vision ( malvoyance)	3
2-Importance de la cécité dans le Monde	4
<b>Chapitre II RAPPEL SUR LE HANDICAP</b>	5
1-Evolution du concept du handicap	5
2-De la lésion aux handicaps: Modèle de Wood	6
3-Déficience-Incapacité-Handicap Classification internationale (OMS)	8
4- Mesure de la déficience	12
5- Mesure du désavantage	13
<b>Chapitre III HYPOTHESES DE RECHERCHE</b>	16
<b>Chapitre IV MATERIELS ET METHODES</b>	17
1 Population cible	17
2- Objectifs de l'enquête	18
3-Sondage	19
4-Tirage et Répartition des grappes	19
5-Réalisation	20
6-Mesure de l'acuité visuelle	21
7-Examen anatomique	22
8-Questionnaire	24
9- l'Enquête qualitative	29
<b>Chapitre V NOS RESULTATS</b>	30
A- Description de la population	30
B-Conditions socio-Economiques	37
C- Score Vision Perçue	42
D- Score Qualité de Vie	49
E- Vecu de la Maladie et Itinéraire Thérapeutique	56
F- Travail	60
G- Prévalence et Causes de la Cécité Bilatérale	66
<b>Chapitre VI ETUDE QUALITATIVE</b>	71
I- Population de L'Enquête	71
II-Interprétation de la Maladie	71
III-Itinéraires Thérapeutiques	74
<b>Chapitre VIII DISCUSSION ET COMMENTAIRES</b>	76
<b>Chapitre IX RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION</b>	84
<b>Chapitre X BIBLIOGRAPHIE</b>	87
<b>Chapitre XI Annexes</b>	

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION :

La cécité est un problème majeur de santé publique dans les pays en développement. 38 millions d'individus sont aveugles de par le monde (28) et ce chiffre ne fera qu'augmenter du seul fait de l'accroissement démographique prévisible dans les prochaines années. En l'an 2020 le nombre d'aveugles devrait doubler.

La cécité est non seulement un mot qui indique la condition d'un être humain privé de la fonction visuelle, mais qui comporte également, de nombreuses implications médicales, sociales et économiques. Elle peut être à l'origine d'une incapacité de travail de 100% et aussi d'une réduction considérable de l'espérance de vie (11).

La cécité avec son cortège de malheur, comme les charges et inconvénients de la dépendance, l'altération de la joie de vivre, mérite d'être endiguée à tout prix.

Le Mali compte plus de 100000 aveugles selon l'UMAV (Union malienne des aveugles). Par ailleurs, des millions de personnes vont devenir aveugles, uniquement par manque de mesures sanitaires appropriées (Y.F MAICHUK).

Ainsi, la cécité est un problème de santé publique, à conséquences socio-économiques limitant le développement des nations. L'objectif des programmes de prévention de la cécité de l'OMS, qui consiste à ramener l'ensemble des taux nationaux de cécité à moins de 0,5%, et des taux dans des collectivités les plus gravement touchées à 1% au plus, est à saluer.

Pour atteindre cet objectif, il est indispensable de réunir des informations précises, sur les différentes causes de cécité (11).

Au Mali, de nombreuses enquêtes épidémiologiques de terrain, ont été réalisées dans les différentes régions, leurs résultats ont été exprimés dans des rapports, des thèses ou des mémoires. Ces documents très détaillés sont précieux; mais aucune étude n'a été faite sur la qualité de vie et le travail des Handicapés Visuels.

Les études épidémiologiques sont nécessaires pour la mise en oeuvre des programmes de santé publique, mais sont insuffisantes pour définir les actions de prévention ou de réhabilitation des aveugles. Les données quantitatives permettent, de comprendre comment une même déficience physique est vécue différemment, selon les contextes sociaux précis.

A l'interface entre, l'incapacité physique objectivement observée et son interprétation sociale, le handicap doit être défini notamment en fonction des statuts sociaux, des obligations et des tâches spécifiques des différents groupes constituant une population.

La prise en compte de ces caractéristiques, permet de mieux comprendre la situation sociale des personnes aveugles, d'expliquer leurs stratégies économiques et matrimoniales, et de concevoir des programmes sanitaires adaptés (13).

Compte tenu de la valeur de cette enquête, nous avons jugé utile, de consacrer la rédaction de notre thèse de doctorat en médecine, sur une étude aussi bien quantitative que qualitative des handicaps visuels dans la région de Mopti. C'est ainsi que nous nous sommes intégrés dans une équipe restreinte pour participer à:

- la préparation,
- la réalisation et la collecte des données,
- l'information et l'analyse des données,
- la rédaction du rapport final,

qui représentent les différentes phases de notre étude.

L'objectif principal étant de démontrer, comment une déficience visuelle pouvait se transformer en handicap dans une société rurale Africaine:

En déterminant la prévalence de la cécité chez les adultes de plus de 40 ans.

En identifiant les principales causes de cécité et de malvoyance.

En décrivant les caractéristiques socio-économiques des handicapés visuels.

En estimant la qualité de vie des aveugles et des malvoyants, à l'aide d'instrument mesurant la vision perçue et la qualité de vie.

En déterminant, l'influence du handicap visuel sur le travail et le revenu familial.

En appréciant la connaissance et le savoir des handicapés visuels, sur leurs maladies et des traitements possibles.

Et enfin, en décrivant les itinéraires thérapeutiques des handicapés visuels rencontrés.

Après quelques généralités nous allons rappeler la méthodologie de l'enquête, puis en partant des données recueillies nous allons préciser:

- les caractéristiques de l'échantillon,
- les causes des handicaps visuels,
- les prévalences de baisse de vision et de cécité.

## **CHAPITRE I**

# **RAPPEL SUR LA CECITE ET LA MALVOYANCE**

Enfin, nous tenterons de dégager les priorités à accorder à la politique sanitaire et de réinsertion des handicapés visuels, pour qu'à l'avenir la cécité ne constitue plus un problème de santé publique dans la région de Mopti, et que le handicap visuel ne soit plus considéré un stigmate dans la société.

## **I-RAPPEL SUR LA CECITE ET LA MALVOYANCE**

### **1- DEFINITIONS DE LA CECITE ET DE LA BAISSE**

#### **DE VISION (Malvoyance)**

Conformément aux recommandations de l'OMS, le terme « baisse de vision se réfère exclusivement aux catégories 1 et 2 des déficiences visuelles proposées par la Dixième Révision de la Classification Internationale des Maladies. Elles correspondent à une acuité visuelle inférieure à  $3/10$  mais supérieure à  $1/10$  (catégorie 1) non améliorable pour le meilleur des deux yeux, et à une acuité visuelle inférieure à  $1/10$  mais supérieure ou égale à  $1/20$  (catégorie 2). Le terme cécité se réfère quant à lui, exclusivement aux catégories 3, 4 et 5 et regroupe les acuités visuelles non améliorables, inférieures à  $1/20$ , ou encore les yeux présentant un champ visuel réduit à moins de  $10^\circ$  autour du point de fixation, même si l'acuité visuelle centrale reste acceptable.

Il est admis qu'une incapacité de compter les doigts d'une main, présentée dans de bonnes conditions de lumière, à une distance de 3 mètres, est l'équivalent d'une acuité visuelle inférieure à  $1/20$ . Cette équivalence s'avère souvent utile lorsque les optotypes classiques ne sont pas disponibles, dans des conditions très précaires de recueil de données sur le terrain.

Ces définitions, sont aujourd'hui largement acceptées sur le plan international par les épidémiologistes, et les responsables des programmes de lutte contre la cécité (22).

## 2- IMPORTANCE DE LA CECITE DAN LE MONDE:

Il n'est pas aisé à l'échelle mondiale, d'estimer l'importance de la cécité et des déficiences visuelles profondes. La difficulté de l'exercice provient du défaut presque universel, de données épidémiologiques fiables. Il a été estimé qu'il y avait en 1990, environ 38 millions de personnes aveugles dans le monde (11) et 110 millions d'autres personnes atteintes de déficiences visuelles bilatérales profondes. Ainsi 148 millions de personnes répondraient aux critères de déficiences visuelles présentés par la Dixième Révision de la Classification Internationale des Maladies (22).

A ce jour, rares sont les pays industrialisés qui ont effectués des enquêtes de prévalence pour estimer le poids de la cécité dans leurs populations. Ainsi curieusement, le Programme de l'OMS dispose aujourd'hui de plus d'informations épidémiologiques pour les pays en développement, que pour les pays industrialisés. Une analyse plus précise révèle qu'il n'est pas rare que, dans certaines régions rurales des pays en développement, jusqu'à 3 % des habitants soient atteints de cécité, alors que dans les pays industrialisés, la prévalence est de l'ordre de 0,3 %. Ainsi, presque 90 % des aveugles du monde vivent dans les pays en développement. De plus dans 80 % des cas la maladie responsable de la cécité aurait pu être prévenue, ou pourrait être guérie (cataracte) si, les personnes qui en sont atteintes, avaient vécu dans un environnement socio-économique et sanitaire différent (17).

On constate que 75 % des cas de cécité sont concentrés en Afrique et en Asie; 58 % des cas (soit 22 millions de personnes) affectent des personnes âgées de plus de 60 ans, alors que 3,8% des cas ( soit 1430 000 enfants ) ont moins de 15 ans. La cataracte liée à l'âge et non opérée, représente de loin la principale cause de cécité, alors que le trachome (15,5 %) et les différentes formes de glaucomes (13,5%) restent des fléaux préoccupants. L'onchocercose ne représente aujourd'hui qu'environ 0,9% des cas (soit 360.000 personnes), compte tenu des résultats de la lutte efficace contre la maladie entreprise par l'OMS en Afrique depuis vingt ans.

Ainsi, si les mesures qui s'imposent ne sont pas arrêtées, et pérennisées dès à présent, il est prévu que dans le groupe d'âge des personnes de plus de soixante ans, le nombre des aveugles passera de 22 à 54 millions d'ici l'an 2020; 50 millions d'entre eux vivront dans les pays en développement (28).

Au Mali, le taux de prévalence de la cécité est de 1,20 %; la cataracte représente environ 50 % des cécités (15).

**CHAPITRE II**  
**RAPPEL SUR LE HANDICAP**



## **II- RAPPEL SUR LE HANDICAP:**

L'organisation mondiale de la santé (O.M.S) définit la santé comme étant, un état de complet bien-être, physique, mental et social, et non l'absence de maladie ou d'infirmité.

Cette définition suggère que l'évaluation des interventions thérapeutiques et préventives, doivent aller au delà, de l'évaluation des états physiques utilisées habituellement en médecine.

La définition de l'O.M.S montre que l'évaluation du patient doit considérer également les conséquences physiques, mentales et sociales des différentes maladies étudiées (2).

### **1- Evolution de concept du handicap:**

Le mot « handicap » a pour racine l'expression anglaise « hand in cap ». Il s'agissait de « mettre la main dans le chapeau » pour effectuer un tirage au sort. C'est une expression qui désignait un jeu de hasard, où l'on faisait des paris.

Dès 1854, ce mot est utilisé dans les courses de chevaux, où tous les concurrents n'avaient pas les mêmes chances au départ. Il convenait donc de donner un « handicap » aux meilleurs (c'est-à-dire à ceux qui se situaient au dessus de la norme), de façon à les gêner et à rétablir par ce biais l'intérêt du jeu et des paris, en ramenant les candidats à des chances équivalentes.

Progressivement, cette terminologie a glissé sur la notion de « gêne ». Comme le souligne Chanoit « le mot a acquis un sens contraire à l'acceptation première, servant à définir ce qui devait compenser la supériorité de certains, il dénonce à présent ce qui fait l'infériorité de quelques uns ».

## 2- De la lésion aux handicaps : Modèle de Wood: (1)

Le modèle médical traditionnel (ontologique) de la maladie, introduit par Broussais, repose sur les manifestations cliniques secondaires à des lésions, relevant d'une étiologie connue ou non. Ce modèle ne prend pas en compte, ou pas suffisamment les perturbations induites par la maladie dans la vie quotidienne. La maladie empêche l'individu de s'acquitter de ses fonctions et de ses obligations courantes, d'accomplir son rôle vis-à-vis d'autrui et de la société. La maladie implique pour la société d'intégrer ses malades, ce qui réclame la connaissance et l'appréciation de ses effets sur la communauté. L'examen, puis le traitement de l'ensemble des conséquences d'une maladie, sous tous ses aspects (médicaux, sociaux, économiques), s'avèrent particulièrement importants, quand les troubles induits deviennent chroniques, évolutifs ou irréversibles.

Ces constatations ont conduit l'OMS, en particulier à la suite des travaux de H.P. Wood (1973) a adopté en 1980 un modèle relationnel, tridimensionnel réunissant l'ensemble de la chaîne des phénomènes liés à la maladie initiale. Celui-ci peut s'exprimer de la façon suivante:

MALADIE →	DEFICIENCE →	INCAPACITE →	HANDICAP DESAVANTAGE
Lésion Expression intrinsèque	Extériorisation clinique	Expression fonctionnelle	Expression sociale situationnelle

Ce concept fait appel aux notions de déficience, d'incapacité et de désavantage; le terme désavantage a été retenu pour traduire le mot anglais « handicap » utilisé en français dans diverses acceptions et de ce fait, source de confusion.

- La déficience représente l'extériorisation d'un état pathologique et reflète des troubles manifestés au niveau de l'organe. Elle correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

- L'incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Elle comporte plusieurs catégories: comportement, communication, soins corporels, locomotion...

Le handicap d'un individu, est le préjudice qui résulte de sa déficience et de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement, d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe, et des facteurs socioculturels.

Il se rapporte donc à une situation et reflète pour l'individu les conséquences culturelles, sociales, économiques, et environnementales issues de la déficience ou de l'incapacité.

Pour une même déficience, le désavantage se manifeste de façon différente, selon les situations que la personne doit affronter. Le handicap exprime donc l'aptitude d'adaptation de l'individu à son milieu et représente le désavantage social de la maladie.

La maladie (ou trouble) et la déficience relèvent de soins médico-chirurgicaux, à visée étiologique ou symptomatique, faisant appel à des agents chimiques, physiques, psychologiques...L'incapacité relève essentiellement de soins de rééducation. Le désavantage (ou handicap) relève de mesures de réadaptation et d'aides, notamment sociales.

Il existe aujourd'hui de nombreuses définitions du concept de « handicapé ».

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (29): « Un handicapé est un sujet dont l'intégration physique, ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une anomalie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi; s'en trouvent compromises ».

Pour l'Assemblée Générale des Nations Unies (Déclaration des droits des personnes handicapées 9/12/75): « Le terme handicapé désigne, toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même, tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales ».

Pour Labrégère (1981) (29): « Le handicap est la somme des frustrations durables qui résultent pour une personne, d'un déficit ou d'une incapacité entraînant l'impossibilité partielle ou totale de remplir le rôle qui aurait normalement été le sien. Le handicap se définit donc par la discordance, entre les performances ou le statut d'une personne et les attentes de cette personne ou du groupe, auquel il appartient ».

Cette définition marque une rupture importante, car elle s'appuie sur le rapport de l'individu et de son environnement social. En effet, ne considérer une personne que par ce qui la différencie des autres en occultant tout ce qui peut se cacher derrière l'étiquette n'est plus acceptable. La désignation du déficit, a tendance à focaliser l'attention sur les manques plutôt que sur les potentialités, ce qui n'est pas sans répercussion, sur l'éducation et la formation de ces personnes.

### **3 - Déficience - Incapacité - Handicap / Classification Internationale (O.M.S.): (29)**

Les définitions précédentes montrent, que les aspects multidimensionnels de la notion de « handicap » sont complexes. Fréquemment, sous ce concept général, ont été confondues les difficultés rencontrées par la personne et la déficience qui en est la cause.

Wood s'est attaché dès 1975 à la décomposition de ce concept en déficience, incapacité et handicap, et a proposé un projet de classification, adopté par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1980. Cette classification ne cherche pas à aborder de façon globale les problèmes des personnes handicapées, il s'agit de développer une approche individualisée, de chaque cas rencontré. La personne handicapée, est avant tout une personne qui vit de façon spécifique ses difficultés.

La classification distingue trois éléments, s'appuyant sur des dimensions organiques, fonctionnelles et sociales du handicap.

#### **3-1- La déficience:**

« Tout perte de substance, ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique »

La déficience correspond, à l'aspect lésionnel du handicap. Elle peut être un état, temporaire ou permanent. Elle n'implique pas forcément que l'individu soit malade.

La classification de l'OMS identifie 9 catégories de déficience:

- 1- déficiences intellectuelles
- 2- déficiences du psychisme
- 3- déficiences du langage et de la parole
- 4- déficiences auditives
- 5- déficiences visuelles
- 6- déficiences des organes internes
- 7- déficiences du squelette et de l'appareil de soutien et de la commande motrice
- 8- déficiences esthétiques
- 9- déficiences des fonctions générales (métaboliques, sensibles.....)

### **3-2- L'incapacité :**

«Correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées, comme normales pour un être humain ».

L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel du handicap.

9- catégories sont identifiées:

- 1- incapacité concernant le comportement
- 2- incapacité concernant la communication
- 3- incapacité concernant les soins corporels
- 4- incapacité concernant la locomotion
- 5- incapacité concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches
- 6- maladresse (activités quotidiennes ou manuelles)
- 7- incapacité révélées par certaines situations
- 8- incapacités concernant des aptitudes particulières
- 9- autres restrictions d'activités.

### **3-3- Le désavantage (Handicap):**

« Résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge le sexe et les facteurs socioculturels) ».

Le désavantage correspond à l'aspect situationnel du handicap. Comme le souligne le Courrier de l'UNESCO « Le handicap n'est pas, le fait de l'invalidité mais celui de la société. Aussi, diffère-t-il selon les cultures et les traditions, et surtout selon le niveau de développement ».

Il devient donc indispensable de connaître l'environnement et les conditions de vie et de travail d'une personne, pour déterminer son handicap et ainsi, définir avec précision ses besoins et les aides, qui sont nécessaires pour réajuster l'individu à son groupe d'appartenance.

Nous notons ici 7 catégories de désavantages:

- 1- désavantages d'orientation
- 2- désavantages d'indépendance physique
- 3- désavantages de mobilité
- 4- désavantages d'occupations
- 5- désavantages d'intégration sociale
- 6- désavantages d'indépendance économique
- 7- autres désavantages.

### 3-4- Le processus de production du Handicap : (29)

Il est important de comprendre, que lorsqu'on évoque une déficience, on ne renvoie qu'à un diagnostic, à une caractéristique d'une personne particulière, qui par ailleurs en possède d'autres faisant son individualité propre. Il y a fréquemment une confusion entre l'existence d'une déficience et la réalité individuelle et sociale de ses conséquences. Etiqueter ou croire que l'on peut définir une personne sur la base de sa ou de ses déficiences, produit un effet réducteur lié à cette anomalie. Ainsi, ceci conduirait à considérer que des personnes ayant, des déficiences identiques pourraient avoir les mêmes besoins ou les mêmes caractéristiques. Il faut utiliser les diagnostics, comme une information utile, mais limitée; et éviter de proposer des programmes d'activités stéréotypés selon les déficiences. Professionnellement, il est plus important de rechercher des informations qualitatives, reliées capacités fonctionnelles de la personne dans des activités quotidiennes, et physiques jugées normales dans son milieu de vie habituel. L'approche proposée par la Classification Internationale permet également aux professionnels, de mieux cibler leurs actions. Comment agir en fonction du processus de production du handicap ?

LES CAUSES →	La prévention
LES DEFICIENCES →	Le diagnostic et le traitement
LES INCAPACITES →	L'adaptation et la réadaptation
LES HANDICAPS →	La suppression des obstacles sociaux à l'intégration

#### 4- Mesure de la déficience : l'acuité visuelle

Son intérêt est primordial pour recenser, et classer les différentes déficiences visuelles. Son but est d'identifier toutes les personnes chez qui, l'AV est inférieure à 0,3 (3/10) pour les deux yeux.

Selon la classification de l'OMS, les catégories de la perte de vision et de cécité se résumaient dans le tableau ci-dessous :

**TABLEAU 1 : ( 22 )** Catégories de perte de vision, d'après la Dixième Révision de la Classification Internationale des Maladies, Organisation Mondiale de la Santé, 1992.

Catégories de perte visuelle	Acuité visuelle avec la meilleure correction possible	
	Maximum (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 des doigts à 1mètre)
4	1/50 (0,02) (capacité de compter les doigts à 1 mètre)	perception de le lumière
5	PL	Pas de perception de la lumière VO
9	indeterminée ou non précisée	



### **5- Mesure du désavantage:**

Cette mesure comprenait en plus de la mesure de la vision perçue, la mesure de la qualité de vie individuelle.

#### **5-1-Mesure de la vision perçue :**

Pour cela nous avons utilisé le questionnaire de vision perçue.

#### **Questionnaire vision perçue :**

Le questionnaire sur la vision perçue, vise à refléter différentes dimensions théoriques de la vision à savoir:

- l' acuité visuelle
- le champ visuel
- l' adaptation à la lumière ou à l'obscurité
- la poursuite visuelle
- la discrimination des couleurs
- le relief
- et l'éblouissement

### 5-2 -Qualité de vie : (7)

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 questionnaires) ont été développés et testés sur de nombreuses populations, tout d'abord en Amérique du nord et en Europe. Ces instruments ont été utilisés dans différents études, entre autres l'évaluation dans le domaine clinique des nouvelles molécules pharmaceutiques, pour la mesure de leurs effets et l'impact qu'elles ont sur, la qualité de vie du patient.

Les gouvernements sont aussi intéressés par les mesures de la qualité de vie, pour aider à prendre 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 aider à l'évaluation individuelle du patient; enfin, les instruments de qualité de vie peuvent être utilisé également 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 (1).

Dans la perspective de mesure de la qualité de vie, de nombreux instruments de mesure généraux ou globaux ont été développés.

Ils prennent en compte de plus en plus, tous aspects de la qualité de vie individuelle du patient

Ils permettent, d'identifier et de quantifier l'impact du handicap visuel, sur les différents aspects de la vie quotidienne tels que: l'autonomie, la mobilité et la dépendance.

Plusieurs instruments sophistiqués, permettent de mesurer les effets psychologiques et émotionnels sur l'individu; par exemple: comment l'importance de la déficience affecte le contact social avec les autres; ou comment l'individu couvre émotionnellement le changement de son style de vie.

Des personnes ayant des manifestations similaires de la maladie peuvent avoir des manifestations différentes dans la réceptivité de la maladie, les individus ayant des pathologies similaires peuvent être affectés différemment par les termes de la qualité de vie.

Pour les services de santé oculaires et de prévention de la cécité, l'intérêt de la qualité de vie est particulièrement importante, car la cécité est une condition qui peut affecter indirectement la vie.

Les index statistiques sur la prévalence du handicap visuel, ne peuvent pas répondre aux questions suivantes:

Quel est l'impact du déficit visuel sur le bien être physique, mental et social de l'individu ?

Comment pourra-on comparer cet impact avec celui créé par d'autres maladies et d'autres infirmités ?

Les instruments de qualité de vie peuvent donner un schéma compréhensif sur la dépendance créée par la cécité, en allant au delà des mesures cliniques de la fonction visuelle (9).

## **CHAPITRE III**

# **HYPOTHESES DE RECHERCHE**

### **III- HYPOTHESES DE RECHERCHE:**

1. Le handicap du à la perte de la vision ne correspond pas nécessairement aux critères de l'OMS définissant la cécité ( ne pas compter les doigts à trois mètres ). La perception de la cécité correspond vraisemblablement à une acuité inférieure. L'aveugles étant dans nos sociétés »celui qui ne voit plus du tout ».
2. Le handicap est vécu de façon différente chez les hommes et chez les femmes, le statut social habituellement inférieur de celle-ci accroît le handicap.
3. Le non recours des aveugles aux thérapeutiques modernes qui leurs sont offertes est souvent du à la méconnaissance des thérapies possibles.
4. Les conceptions magico-religieuses de la maladie peuvent être un obstacle à une demande de soins.
5. La condition d'aveugle entraîne une diminution des conditions économiques et sociales des patients.

**CHAPITRE IV**  
**MATERIELS ET METHODES**

## **IV -MATERIELS ET METHODES**

Notre étude était une étude transversale, qui intéressait les handicaps visuels dans la Région de Mopti.

Cette étude comprenait deux parties distinctes : l'étude quantitative et l'étude qualitative.

Conformément aux recommandations de L'OMS, nous avons choisi pour cette étude la méthode de sondage en grappes à deux degrés sur un échantillon représentatif de la population de la 5ème région administrative du Mali ( Mopti ).

Après avoir défini la population cible, nous allons exposer les objectifs de l'enquête, la méthode d'échantillonnage utilisée puis, la réalisation qui comprend:

- la phase préparatoire de l'enquête,
- la phase d'exécution des opérations,
- et enfin le recueil de l'information .

### **1- POPULATION CIBLE:**

Cette étude, a été effectuée dans la région de Mopti. Cette région présentait l'avantage, d'être une région ayant une diversité ethnique et linguistique, avec une bonne cohabitation, entre les multitudes de groupes ethniques .

Notre étude a porté sur les personnes ayant plus de 40 ans tout sexe confondu du cercle de Mopti et du cercle de Djenné, sauf la commune de Mopti et la ville de Djenné .

L'effectif de la population était estimée à 1.261.383 habitants, d'après le recensement 1987 de la région de Mopti .

## **2- OBJECTIFS DE L'ENQUETE:**

### **A- Objectif principal :**

Notre étude avait pour objectif principal de démontrer comment une déficience visuelle se transforme en handicap dans une société rurale africaine.

### **B- Objectifs secondaires**

1-Déterminer la prévalence des cécités chez les adultes de plus de 40 ans

2-Identifier les principales causes de cécité et de malvoyance

3-Décrire les caractéristiques socio-économiques des handicapés visuels

4-Estimer la qualité de vie des aveugles et des malvoyants à l'aide d'instruments mesurant la vision perçue et la qualité de vie

5-Déterminer l'influence du handicap visuel sur le travail et le revenu familial

6-Apprécier la connaissance et le savoir des handicapés visuels sur leurs maladies et des traitements possibles

7-Décrire les itinéraires thérapeutiques des handicapés visuels rencontrés.



### **3- SONDAGE:**

#### **-Nombre de sujets nécessaires dans l'échantillon:**

Selon la méthode de sondage en grappe à deux degré, le nombre de sujets nécessaires dans l'échantillon, est donné par la formule suivante:

$$N = \sum^2 \alpha - PQ / I^2$$

N= nombre de sujets nécessaires

P= prévalence de la cécité dans la région qui est estimé à 1,13% selon une enquête effectuée dans cette région en 1984 (Négre, Boré)

I= degré de précision voulue = I = 0,2 %

$\alpha$ = risque d'erreur consenti = 5%

(la valeur se lit sur une table pour le risque), ainsi pour un risque  $\alpha$  de 5%  $\sum \alpha = 1,96$

N = 10729 personnes.

Nous avons estimé qu'il nous fallait 10729 personnes. Le nombre de personnes à examiner dans chacune des grappes est de 268 personnes. 40 grappes ont été tirées au sort.

#### **4 - TIRAGE ET REPARTITION DES GRAPPES:**

La méthode utilisée était celle de sondage en grappe à deux degré, nous avons tiré au hasard 40 grappes par la méthode des totaux cumulés.

La base de sondage était donnée par le recensement national de 1987 avec la listes des villages et leurs effectifs respectifs.

Nous avons localisé les 40 grappes. Elles ont été réparties comme suit: (cf. annexe 1)

Dans chaque village, l'équipe se plaçait au centre géographique du village ou du quartier (mosquée, marché, place publique).

On jetait un bic qui montrait la direction du premier foyer. Puis nous tirions au sort une concession sur cet axe.

L'inclusion des concessions s'effectuait de proche en proche, le côté gauche ou droit de l'axe de progression était déterminé par tirage au sort.

Dans cette chaque concession incluse dans la grappe, toutes les personnes âgées de plus de 40 ans étaient recensées et soumises à l'examen de la fonction visuelle.

Nous progressions en tortillon dans le village de proche en proche. Nous passions ensuite dans la concession immédiate adjacente jusqu'à obtenir 268 personnes.

L'examen et l'interrogatoire a concerné toutes les personnes aveugles et un nombre équivalent de malvoyants .

### **5- REALISATION:**

- Elaboration du plan de sondage, rédaction du plan de l'enquête, regroupement des éléments bibliographiques.
- Pre-test de l'enquête dans les environs de Bamako à Djoliba et à Koula Markala (Koulikoro)
- Exécution des opérations sur le terrain.

#### **5-1- Composition de l'équipe**

L'équipe se composait de:

- Un responsable scientifique assurant la planification, le bon déroulement de l'enquête sur le terrain et l'analyse des résultats, en la personne du directeur de recherche de l'IOTA.
- Un étudiant de l'école nationale de médecine et de pharmacie en fin de scolarité qui parlait le Bambara et le Peul.
- Des interprètes qui comprenaient en plus du Bambara une des langues suivantes:  
le peul, le bozo, le marka.
- Des guides villageois mis à notre disposition pour la circonstance par le chef du village.

### **5-2- Matériels d'examen:**

L'enquêteur se déplaçait sur une moto Yamaha 100 mise à sa disposition par l'IOTA Bamako. Il se déplaçait de village en village.

Le responsable scientifique supervisait à bord d'une Toyota Land Cruiser.

Le matériel médical sélectionné et de camping était composé de:

- L'échelles de Snellen;
- Trois torches pour examen oculaire;
- 1 dictaphone pour l'enregistrement;
- 1 lot de cassettes;
- 2 caches-oeil;
- Des pommades auréomycine 1%;
- Des boîtes d'aspirine 500 mg, et de chloroquine 100 mg;
- Des piles pour dictaphone;
- Une paire de lunettes avec verres correcteurs de +10;
- Un sac en cuir;
- Des noix de cola pour les notables du village.

### **5-3- Etat civil:**

L'état civil de la personne recensé comprenait, son nom, son prénom, l'âge. La détermination de l'âge était difficile car peu de gens avaient un bulletin d'état civil en milieu rural. Le risque de sur ou sous estimation de l'âge de ces personnes existe donc.

## **6- MESURE DE L'ACUITE VISUELLE:**

Son intérêt était primordial pour recenser et classer les différents handicaps visuels. Son but était d'identifier toutes les personnes chez lesquelles l'acuité visuelle est inférieure à 0,3 (3/10) pour les deux yeux, selon la classification de l'O.M.S.

### **6-1- les Optotypes:**

L'acuité visuelle a été mesurée à l'aide d'optotypes adaptés, au degré de compréhension de tout un chacun. Nous avons utilisé:

- Echelle d'optotype E de Snellen
- La capacité de compter les doigts (CLD)aux distances de:  
5 mètres

3 mètres

1 mètre

-La lumière émise par la lampe de poche pour la recherche d'une éventuelle perception lumineuse, et préciser sa localisation dans les différents secteurs du champ visuel.

### **6-2- Technique d'examen:**

Pour chaque sujet ayant plus de 40 ans, l'acuité visuelle de l'oeil droit est relevé en premier. Quand un oeil est testé, l'occlusion effective de l'oeil adelphe est systématiquement vérifiée. Le test débute systématiquement par la présentation de l'optotype correspondant à 3 dixièmes. Lorsque le sujet le reconnaît sans erreur pour chacun des deux yeux, l'examen n'était pas poursuivi.

Lorsque l'optotype correspondant à 0,3 n'était pas reconnu par le patient l'examineur s'assurait de la bonne compréhension des instructions données au sujet retenu et de sa bonne coopération. On présente les optotypes correspondant à la détermination des différentes catégories de baisse de vision défini par la classification de l'OMS.

Il commence par la présentation des tests les plus grands (c'est à dire les plus faciles à percevoir).

Chaque fois que l'optotype est reconnu, on présentait un optotype plus petit jusqu'à l'obtention d'une non-réponse. C'est le dernier test perçu qui chiffre l'acuité visuelle résiduelle de l'oeil testé. Si le sujet se montrait incapable de reconnaître l'optotype le plus grand, 0,1 à 5m, on lui présentait à 3m, on teste alors la capacité de compter les doigts à 1m (cld 1m), s'il en était incapable, l'examineur tentait alors la capacité de l'oeil à percevoir la lumière dans les différents secteurs du champ visuel, pour éventuellement le classer dans la catégorie 5 de la cécité (pas de PL).

### **7- EXAMEN ANATOMIQUE:**

- Son but était d'identifier les causes éventuelles de cécité.

Un examen à l'aide de la loupe et d'une torche était pratiqué pour déterminer la cause de la cécité ou de la baisse visuelle. L'examen de la lueur pupillaire à l'aide d'un ophtalmoscope permettait de faire le diagnostic des opacités cristalliniennes.

Ce simple examen a permis de faire les diagnostics d'entropion trichiasis trachomateux, d'opacités cornéennes et de cataractes, causes les plus fréquemment rencontrées. De nombreux

globes étaient atrophiques ou phtisiés secondairement à une infection du segment antérieur ayant évolué défavorablement, il était habituellement difficile de faire le diagnostic exact de la maladie causale. De nombreux patients avaient subis un abaissement du cristallin par un tradithérapeute, l'interrogatoire et l'examen ophtalmoscopique ont permis de faire le diagnostic.

Il n'était pas possible de prendre le tonus et d'assurer le diagnostic de glaucome, néanmoins les cas de mydriase aréfectiques pouvaient être la conséquence de glaucomes évolués.

Ces constatations anatomiques ont permis d'attribuer une première cause à la cécité. Lorsque deux pathologies étaient constatées on retenait la plus ancienne et/ou la plus incurable. C'est ainsi que lorsqu'un oeil avait à la fois une cataracte et une opacité cornéenne centrale, cette dernière était retenue puisqu'opérer la cataracte n'aurait pas résolu le problème.

Il nous a semblé important d'attribuer une cause principale responsable de la cécité bilatérale.

Cela est aisé lorsqu'il s'agit d'une cataracte bilatérale ou d'un trachome bilatéral, cela l'est moins lorsque l'on observe d'un côté une cataracte et de l'autre une opacité cornéenne. A été privilégiée alors la lésion la plus facilement curable. Il importe en effet du point de vue des responsables de la santé publique de bien définir les points d'actions possibles.

## **8- QUESTIONNAIRE:**

Le questionnaire a été conçu en collaboration avec des anthropologues et sociologues, il a été testé deux fois dans les environs de Bamako avant de prendre sa forme définitive. Le questionnaire a été écrit en français. La traduction en bambara ou en peul a été faite sur le terrain par l'enquêteur qui pratique communément le français, le bambara et le peul. Les questionnaires relatives à la fonction visuelle et à la qualité de vie ont été adaptées à partir d'un questionnaire en anglais et ont été traduites en français. Ce questionnaire comprenait deux types de questions : les questions fermées et les questions ouvertes.

Il était également divisé en 8 chapitres:

- 1- l'identification,
- 2- les caractéristiques socioprofessionnelles,
- 3- les caractéristiques socio-économiques,
- 4- l'histoire de la maladie,
- 5- la vision perçue,
- 6- la qualité de vie,
- 7- l'impact du handicap visuel sur le travail ,
- 8- l'acuité visuelle.

Parmi ces chapitres seuls le 4 et le 6ème chapitre comprenaient des questions ouvertes.

Au cours de l'enquête , les questions ouvertes étaient enregistrées sur bandes magnétiques, à l'aide d'un dictaphone et ensuite retranscrite et traduites en français.

### **8-1 QUESTIONS RELATIVES AU STATUT PERSONNEL**

Après avoir demandé l'âge, l'enquêteur posait plusieurs questions concernant le statut matrimonial et familial de la personne, ceci afin d'apprécier son rôle dans la cellule familiale.

Le niveau d'éducation était aussi recherché dans le but de corrélérer niveau d'éducation et handicap.

### **8-2 QUESTIONS RELATIVES A L'EXODE**

Les handicapés visuels sont souvent tentés de partir en « exode », terme qui recouvre toute émigration temporaire en ville ou à l'étranger, il était donc important de connaître ces flux migratoires et de tenter de les analyser.

Ont été considérés comme « migrants » les personnes ayant séjourné plus de six mois consécutifs soit dans une ville de province, soit à Bamako, soit à l'étranger.

### 8-3 QUESTIONS RELATIVES AUX CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES

Un certain nombre de caractéristiques du village étaient notées: présence d'école, de dispensaire, de marché etc.

D'autres questions étaient relatives à l'habitat et aux biens matériels présents dans la concession. La possession de biens personnels a peu de sens et est de plus difficilement estimable, par contre les biens possédés collectivement par la famille de l'aveugle sont plus faciles à dénombrer.

L'agrégation d'un certain nombre de variables nous a permis de construire un « score niveau de vie » qui ne reflète donc pas tant le niveau de vie de l'aveugle ou du malvoyant que celui de sa famille.

Nous avons inclus dans ce score:

- L'habitat: une maison en dur, un toit en tôle= 2 points

-L'éclairage: L'électricité= 2, la lampe à pétrole=1

-L'équipement audiovisuel: TV=2, radio=1

Les moyens de locomotion: voiture=2, mobylette=1, bicyclette=1, l'âne=1 et la charrette=1

-Les moyens de cultiver: le boeuf de traction et la charrue=2.

### 8-4 HISTOIRE DE LA MALADIE

Après s'être enquis de l'ancienneté de la malvoyance il était demandé à la personne de raconter son histoire, de nommer sa maladie et d'en donner la ou les causes.

Il était aussi important de connaître les démarches thérapeutiques qu'avait entrepris le malade, ceci fut demandé par une question ouverte enregistré au magnétophone.

### 8-5 IMPACT DU DEFICIT VISUEL SUR LE TRAVAIL

L'apparition de la cécité entraîne fréquemment l'arrêt de toute activité rémunératrice, nous avons donc tenté d'apprécier le retentissement du déficit visuel sur le travail et par conséquence sur le revenu de l'aveugle ou du malvoyant et de sa famille. Plusieurs questions ont été posées pour apprécier le taux d'activité professionnelle des aveugles et malvoyants et évaluer les conséquences d'un arrêt de travail sur le revenu familial.

## 8-6 QUESTIONS RELATIVES A LA FONCTION VISUELLE OU QUESTIONNAIRE « VISION PERCUE » ( cf annexe 2)

Les 13 questions du questionnaire ont été groupées en cinq sous échelles, pour établir des scores :

- 1- Score appréciation générale de la vision SG (question 1 )
- 2- Score de perception visuelle SPV (questions 2,3,4,5 )
- 3- Score champ visuel SCV (question 6 )
- 4- Score adaptation sensorielle SAS (questions 7,8,9,10,12,13)
- 5- Score relief SR (question 11)

TABLEAU 2 : Noms et symboles des sous échelles du questionnaire fonction visuelle administré aux malvoyants et aveugles. Nombres de questions par sous échelles et nombre de modalité de réponses par question à l'intérieur de chaque sous échelle.

nom des sous échelles	Symbole	nombre de questions	Modalités de réponses
Score appréciation générale	SG	1	4
Score perception visuelle	SPV	4	3
Score champ visuel	SCV	1	3
Score adaptation sensorielle	SAS	6	3
Score relief	SR	1	3
<b>Score vision perçue</b>	<b>SVP</b>	<b>13</b>	<b>3 à 4</b>

**le Score de perception visuelle** : est la sommation des items, portant sur la reconnaissance des gens dans la rue, les gens assis à coté, la reconnaissance des petits ou minuscules objets ( tels que les graines ou les lignes de la main)

**Le Score Champ Visuel** : Il correspond à l'item portant sur, l'identification des objets placés à coté en marchant.



**Le Score Adaptation Sensorielle** : somme des items portant sur, la reconnaissance des gens à la lumière à l'obscurité, la localisation d'un objet parmi tant d'autres (comme identifier un morceau de viande dans un plat), la reconnaissance des couleurs, la reconnaissance des gens en pleine lumière ou quand on est ébloui par la lumière éclatante.

**Le Score Relief** : Correspond au seul item portant sur, l'appréciation des distances (question 11)

### 8-7 LE QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE ( cf annexe2 )

Le questionnaire sur la qualité de vie est constitué de 13 questions posées par l'enquêteur lors de l'entretien. Ces questions évaluent 4 sous échelles de la qualité de vie du malvoyant ou de l'aveugle.

1. l'autonomie ( SA1 à SA4 )
2. la mobilité ( SD1 à SD4 )
3. la vie sociale ( SS1 à SS3 )
4. la psychologie ( SP1 à SP2 )

Le questionnaire était facile à administrer et à coter. La durée ne dépassait pas 10 minutes par sujet. Le questionnaire français s'est inspiré du questionnaire anglais administré à Madurai en Inde. La traduction en Bambara ou en Peul ou en Bozo a été faite par un interprète pratiquant communément ces trois langues. Il est nécessaire de prendre en considération les problèmes d'adaptation linguistiques et culturels pour interpréter les résultats de ces questionnaires.

**TABLEAU n°2 :** Noms et symboles des sous échelles du questionnaire Qualité de vie administré aux malvoyants et aveugles. Nombres de questions par sous échelles et nombre de modalité de réponses par question à l'intérieur de chaque sous échelle.

Noms des sous échelles	Symboles	Nombres de questions	Modalité de réponses
Score autonomie	SA	4	5
Score déplacement	SD	4	5
Score social	SS	3	3
Score psychologique	SP	2	5
Score qualité de vie	SQDV	13	3 à 5

Ici nous avons construit pour tester la qualité de vie des Scores tels que: le Score Autonomie, le Score Déplacement, le Score Social et le Score Psychologique.

**Le Score Autonomie :** Il a été construit à partir de questions, évaluant la faculté d'effectuer certaines activités avec ou sans l'aide de quelqu'un: manger, s'habiller, aller aux toilettes, se laver.

**Le Score déplacement :** Construit à partir des questions, évaluant la possibilité de faire certaines activités: se déplacer dans la concession, aller chez les voisins, faire des courses, aller au marché, aller aux cérémonies.

**Le Score Social :** il évalue la sensation, d'être un fardeau pour les autres, la possibilité de participer aux cérémonies dans le village et le fait d'avoir quelqu'un pour s'occuper de soi.

**Le Score Psychologique :** Construit à partir de questions, évaluant le moral de la personne et l'impact de la vision sur le moral, le fait d'avoir ou non des amis.

### **9- L'ENQUETE QUALITATIVE:**

L'enquête qualitative a été faite à partir des questions ouvertes qui ont été enregistrées et traduites en français. Ces questions retranscrites nous ont permis de comprendre l'histoire de la maladie, les itinéraires thérapeutiques, le nom de la maladie et les sentiments des aveugles.

## **CHAPITRE V**

# **NOS RESULTATS**

## V- NOS RESULTATS :

### A- DESCRIPTION DE LA POPULATION

#### 1- Sexe:

TABLEAU n° 1: Répartition selon le sexe des aveugles et des malvoyants

Sexe	Effectif	Aveugle	Malvoyant
Homme	126 (62,1%)	58 (51,8)	68 (74,7%)
Femme	77 (37,9%)	54 (48,2)	23 (25,3%)
TOTAL	203 (100%)	112 (100%)	91 (100%)

Ce tableau nous montre autant d'aveugles hommes que femmes par contre nous constatons une prédominance d'homme dans l'échantillon des malvoyants.

#### 2- Age :

TABLEAU n°2 : l'âge moyen en fonction des différentes catégories de déficit visuel

Acuité Visuelle	Effectif	Moyenne
Aveugles	112	67,3
Malvoyants	91	65
TOTAL	203	66,2

La moyenne d'âge des aveugles est de 67,3 ans avec une distribution de 41 à 92 ans celle des malvoyants est de 65 ans.

### 3- Ethnie

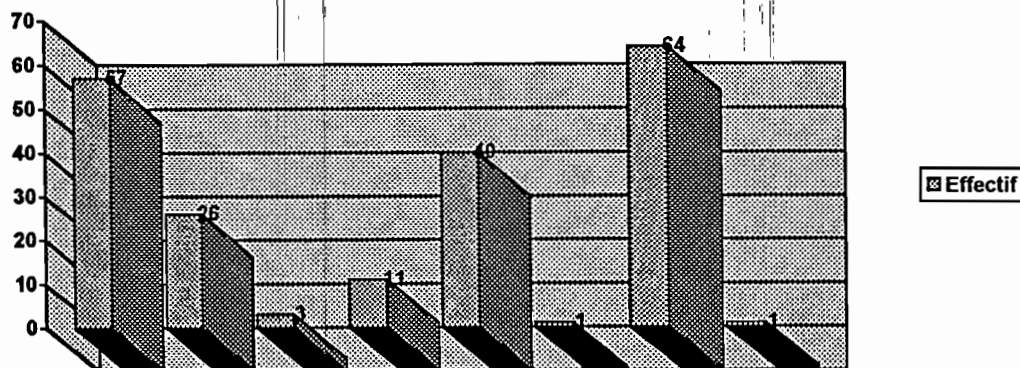
TABLEAU n°3: Répartition selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Peul	57	28,1
Bozo	26	12,8
Dogon	3	1,5
Somono	11	5,4
Bambara	40	19,7
Sonrhäi	1	0,5
Marka	64	31,5
Bellah	1	0,5
TOTAL	203	100

Ce tableau nous montre que les Marka ( ou Marka-fin ou encore Djenneka-fin) avec 31,5% constituent l'ethnie dominante, ensuite viennent les Peuls (28,1%), les Bambara (19,7%) et les Bozo (12,8%)

Les Dogon (1,5%) sont sous représentés dans notre échantillon car le pays Dogon ne faisait pas partie de l'enquête.

L'entretien a été fait en langue Bambara , Bozo, Peul et Marka avec parfois l'aide d'interprètes dans les langues que nous ne pratiquons pas.



Graphique 1 : REPARTITION SELON L'ETHNIE

#### 4- Statut matrimonial et familial :

**TABLEAU n° 4 : le statut matrimonial des aveugles et des malvoyants**

Statut matrimonial	Effectif total	Aveugle	Malvoyant
Marié	132 (65%)	63 (56,3%)	69 (75,8%)
Veuf	64 (31,5%)	45 (40,2%)	19 (20,9%)
Divorcé	4 (2%)	2 (1,8%)	2 (2,2%)
Célibataire	3 (1,5%)	2 (1,8%)	1 (1,1%)
TOTAL	203 (100%)	112 (100%)	91 (100%)

96, 5 % des aveugles et des malvoyants ont été mariés(es) ou sont veufs (ves)

La proportion des personnes sans soutien conjugal est plus importante parmi les aveugles que parmi les malvoyants ( 43,8 % contre 24,2 % )

**TABLEAU n°5 : Statut matrimonial en fonction du sexe**

Statut Matrimonial	Homme	Femme	Total
marié	111 (88,10 %)	21 (27,27%)	132
veuf	10 (7,93%)	54 (70,13 %)	64
divorcé	3 (2,38%)	1 (1,3 %)	4
célibataire	2 (1,59 %)	1 (1,3 %)	3
TOTAL	126 (100%)	77 (100 %)	203

Les hommes vivent pour la plupart ( 88,10 % ) dans une situation de conjugalité alors que les femmes sont le plus souvent seules ( 74,7 % )

**TABLEAU n°6: Répartition selon la position dans la famille de nos sujets**

POSITION	Effectif		Aveugles		Malvoyants	
Chef de Famille	135	(66,5%)	69	(61,6%)	66	(72,5%)
Epoux / Epouse C.F	17	(8,4%)	11	(9,8%)	6	(6,6%)
Autres membres F	41	(25,1%)	32	(28,6%)	19	(20,9%)
TOTAL	203	(100%)	112	(100%)	91	(100%)

Notre échantillon est constitué en majorité de Chef de famille, ils constituent 66,5% de l'effectif total.

**TABLEAU n°7: Répartition des hommes aveugles ou malvoyants en fonction du nombre de femme**

Nombre de femme	Effectif		Aveugle		Malvoyant	
Une femme	67	(61,5%)	34	(68%)	33	(55,9%)
Deux femmes	32	(29,4%)	12	(24%)	20	(33,9%)
trois femmes	10	(9,2%)	4	(8%)	6	(10,2%)
TOTAL	109	(100%)	50	(100%)	59	(100%)

Il y a une majorité de monogames dans les deux catégories, la proportion des hommes polygames est moins importante parmi les aveugles que parmi les malvoyants 32 % contre 44,1 % . La différence n'est pas statistiquement significative (  $X^2=1,66$   $p=0,19$  )



**TABLEAU n° 8: Répartition selon la possession d'enfants**

Possession	Effectif		Aveugles		Malvoyants	
Ont des enfants	185	(91,1%)	100	(89,3%)	85	(93,4%)
N'en ont pas	18	(8,9%)	12	(10,7%)	6	(6,6%)
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>(100%)</b>	<b>112</b>	<b>(100%)</b>	<b>91</b>	<b>(100%)</b>

Ce tableau montre que la majorité de nos sujets ont des enfants (91,1%)

Il n'y a pas une différence significative entre les deux catégories.

**TABLEAU n° 9: Nombre moyen d'enfant**

Acuité visuelle	Effectif	Moyenne
Aveugles	50	3,35
Malvoyants	59	4,02
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>3,66</b>

Ce tableau nous démontre que les malvoyants ont plus d'enfants que les aveugles

### **5- Religion :**

**TABLEAU n°10: Répartition selon la religion**

Religion	Effectif	Aveugles	Malvoyant
Musulmane	203	112 (100%)	91 (100%)
Chrétienne	0	0	0
Animiste	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>112 (100%)</b>	<b>91 (100%)</b>

Toutes les personnes interrogées se déclarent musulmanes.

**6- Education:****TABLEAU n°11: Répartition selon la fréquentation de l'école**

Fréquentation	Aveugles		Malvoyants	
N'ont pas fréquenté	52	(46 %)	35	(38,5 %)
Ecole coranique	59	(53 %)	51	(56 %)
Ecole moderne	1	(1 %)	5	(5,5%)
TOTAL	112	(100%)	91	(100%)

Le taux de fréquentation de l'école moderne semble moindre chez les aveugles (1 %) que chez les malvoyants (5,5 %), mais ceci n'est pas significatif.

**TABLEAU n°12: Répartition de la fréquentation par sexe**

Fréquentation	Hommes		Femmes	
N'ont pas fréquenté	46	(36,50 %)	42	(54,54 %)
Ecole coranique	75	(59,52 %)	35	(45,46 %)
Ecole moderne	6	(4,76 %)	0	
TOTAL	126	(100 %)	77	(100 %)

Aucune femme n'a fréquenté l'école moderne.

**7- L'exode:****TABLEAU n°13: Répartition selon le départ en exode**

Exil	Effectif		Aveugles		Malvoyants	
Sont partis en exode	79	(38,9%)	42	(37,5%)	37	(40,7%)
Ne sont pas partis	124	(61,1%)	70	(62,5%)	54	(59,3%)
TOTAL	203	(100%)	112	(100%)	91	(100%)

Près de 40 % des aveugles et des malvoyants sont partis en exode, terme qui recouvre toute émigration un peu longue dans une ville importante ou à l'étranger.

**TABLEAU n°14: Répartition selon la fréquence de l'exode en fonction du sexe**

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	126	62,1
Féminin	77	37,9
TOTAL	203	100

Ce tableau montre que l'exode concerne plus les hommes que les femmes ( 62,1 %).

**TABLEAU n°15: Répartition selon la destination du flux migratoire**

Destination	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Mopti et provinces	29 (39,19%)	21 (53,85%)	8 (22,86%)
Bamako	12 (16,21%)	4 (10,25%)	8 (22,86%)
Etranger	33 (44,60%)	14 (35,9%)	19 (54,28%)
TOTAL	74 (100%)	39 (100%)	35 (100%)

(44%) de ceux qui vont en exode vont à l'étranger , les malvoyants vont plus à l'extérieur que les aveugles: 54,28% contre 35,9%.

Par contre les aveugles vont plus à Mopti et dans les provinces que les malvoyants.

Très peu ont été a Bamako.

## B- CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES

### 1- Caractéristiques du village:

Les variables que nous considérons ici ont été seulement étudiées pour les aveugles

TABLEAU n°16 : Caractéristiques du village

Caractéristiques	Moyenne
distance village chef-lieu cercle	45,6 Km
distance village route principale	30,47 Km
nombre d'habitants	1661 Hbts

En moyenne il faut 45,6 Km à parcourir pour atteindre le chef-lieu de cercle cela correspond aussi au centre médical le plus proche, 30,47 Km pour atteindre une route principale.

Les villages comptent en moyenne 1661 habitants.

TABLEAU n°17: Répartition selon l'accès aux infrastructures suivantes dans le village

Infrastructures	Effectif	Pourcentage
Ecole	44	21,7
Dispensaire	39	19,2
Centre d'alphabétisation	106	52,2
Marché	50	24,6

La moitié des villages ont un centre d'alphabétisation , 1/4 ont un marché hebdomadaire, et 1/5 une école ou un dispensaire.

## 2- La maison et les signes de richesse

**TABLEAU n°18:** Répartition selon le nombre de pièces moyen dans la concession

	Effectif	Moyenne
Aveugles	112	4,08
Malvoyants	91	5,6
TOTAL	203	4,8

Ce tableau montre qu'avec 5,6 pièces en moyenne les malvoyants vivent dans des maisons plus grandes que les aveugles. La comparaison des moyennes par analyse de variance ne met pas en évidence de différence significative (  $F= 1,86$ ;  $p=0,17$  )

**TABLEAU n°19:** Répartition selon la moyenne d'habitants dans la concession

Moyenne habitants dans la concession	Effectif	Moyenne
Aveugles	112	14,96
Malvoyants	91	17,06
TOTAL	203	15,9

Ce tableau nous montre que les malvoyants vivent dans des concessions plus peuplées que les aveugles.

**TABLEAU n°20:** Répartition selon la taille du ménage

Acuité visuelle	Effectif	Moyenne
Aveugles	112	8,04
Malvoyants	91	8,65
TOTAL	203	8,30

On constate qu'il n'a pas de différence significative quant à la taille du ménage.

**TABLEAU n°21: Répartition selon le type de construction**

Type de maison	Effectif		Aveugles		Malvoyants	
En Banco	202	(99,5%)	111	(99,1%)	91	(100%)
En Dur	1	(0,5%)	1	(0,9%)	0	
TOTAL	203	(100%)	112	(100%)	91	(100%)

Dans notre population seul un aveugle habite une maison en dur, la construction est en quasi-totalité dominée par le banco.

**TABLEAU n°22: Répartition selon le toit de la maison**

Type de toit	Effectif		Aveugles		Malvoyants	
En Dur	3	(1,5%)	2	(1,8%)	1	(1,1%)
En Banco	199	(98%)	110	(98,2%)	89	(97,8%)
En Paille	1	(0,5%)	0		1	(1,1%)
TOTAL	203	(100%)	112	(100%)	91	(100%)

On observe 98% des toits en banco.

**TABLEAU n°23: Répartition selon le type l'éclairage employé**

Type d'éclairage	Effectif		Aveugles		Malvoyants	
Electricité	1		1	(0,9%)	0	
Lampe à pétrole	157		83	(74,1%)	74	(81,3%)
Lampe à huile	29		15	(13,4%)	14	(15,4%)
Bougie	0		0		0	
Autres	16		13	(11,6%)	3	(3,3 %)
TOTAL	203		112	(100%)	91	(100%)

La lampe à pétrole est la plus employée et nous constatons également que les lampes à huiles viennent en seconde position, les autres sont dominés essentiellement par le feu de bois utilisé plus chez les aveugles.

**TABLEAU n°24:** Répartition selon le type d'approvisionnement en eau

Type	Effectif		Aveugles		Malvoyants
Robinet à l'intérieur	1	( 0,5 %)	1	(0,9%)	0
Robinet externe	13	(6,4 %)	7	( 6,3%)	6 (6,6%)
Puits dans la maison	12	( 6 % )	9	( 8% )	3 (3,3%)
Puits à l'extérieur	120	(59,1 %)	66	(58,9%)	54 (59,3%)
Rivière	57	( 28 %)	29	(25,9%)	28 (30,8%)
TOTAL	203	(100%)	112	(100%)	91 (100%)

Les puits communs (puits extérieurs) constituent la principale source d'approvisionnement en eau de notre population , ensuite viennent les cours d'eau, il n'a pas de différence significative entre les deux groupes.

**TABLEAU n°25:** Répartition selon les objets possédés dans le foyer

Objets	Aveugles	Malvoyants
Bicyclette	22,3 %	30,8 %
Mobylette	17 %	6,6 %
Ane	39,3 %	50,5 %
Charrette	25 %	35,2 %
Voiture	0	0
Frigo	0	0
T V	0,9 %	0
Radio	29,5 %	37,4 %
Foyer à gaz	0	0
TOTAL	100 %	100 %

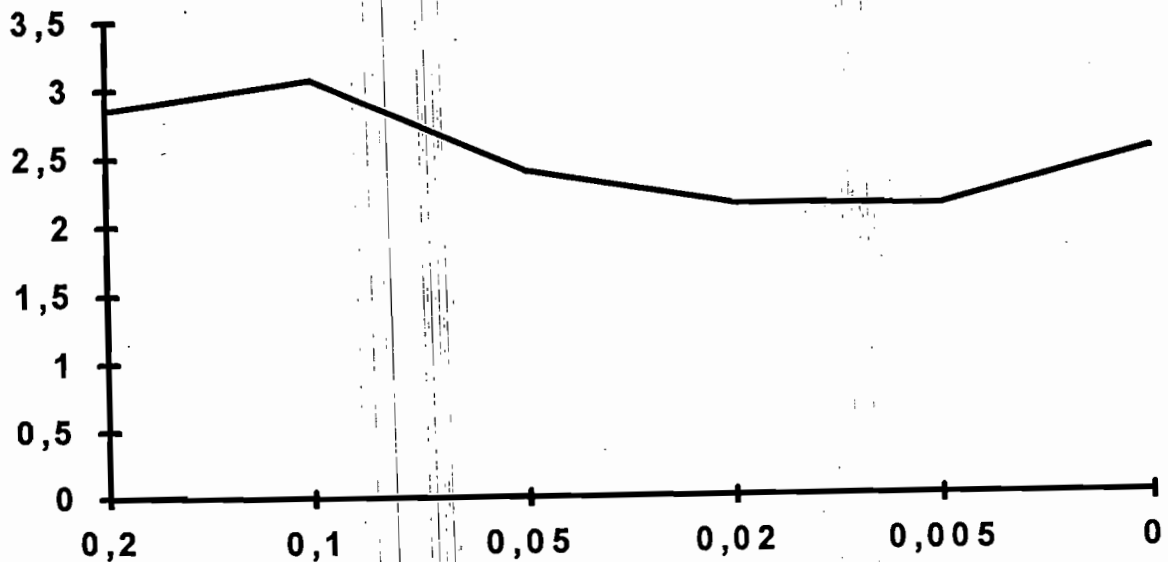
Il n'apparaît pas de différence importante entre les aveugles et les malvoyant.

**TABLEAU n°26 : Répartition selon le Score niveau de vie moyen en fonction de l'acuité visuelle**

Acuité visuelle	Effectif	Moyenne
2\10 (0,2)	16	2,85
1\10 (0,1)	24	3,07
CLD 3 m (0,05)	27	2,40
CLD 1m (0,02)	32	2,15
PL (0,005)	35	2,13
V0 (0)	18	2,54

On observe pas de décroissance du score lorsque l'acuité visuelle diminue.

Si l'on regroupe les malvoyants, le score niveau de vie moyen est de 2,75. Celui des aveugles est de 2,22, donc un peu inférieur.



**GRAPHIQUE n°2**

**SCORE MOYEN DE NIVEAU DE VIE EN FONCTION DE L'AV**

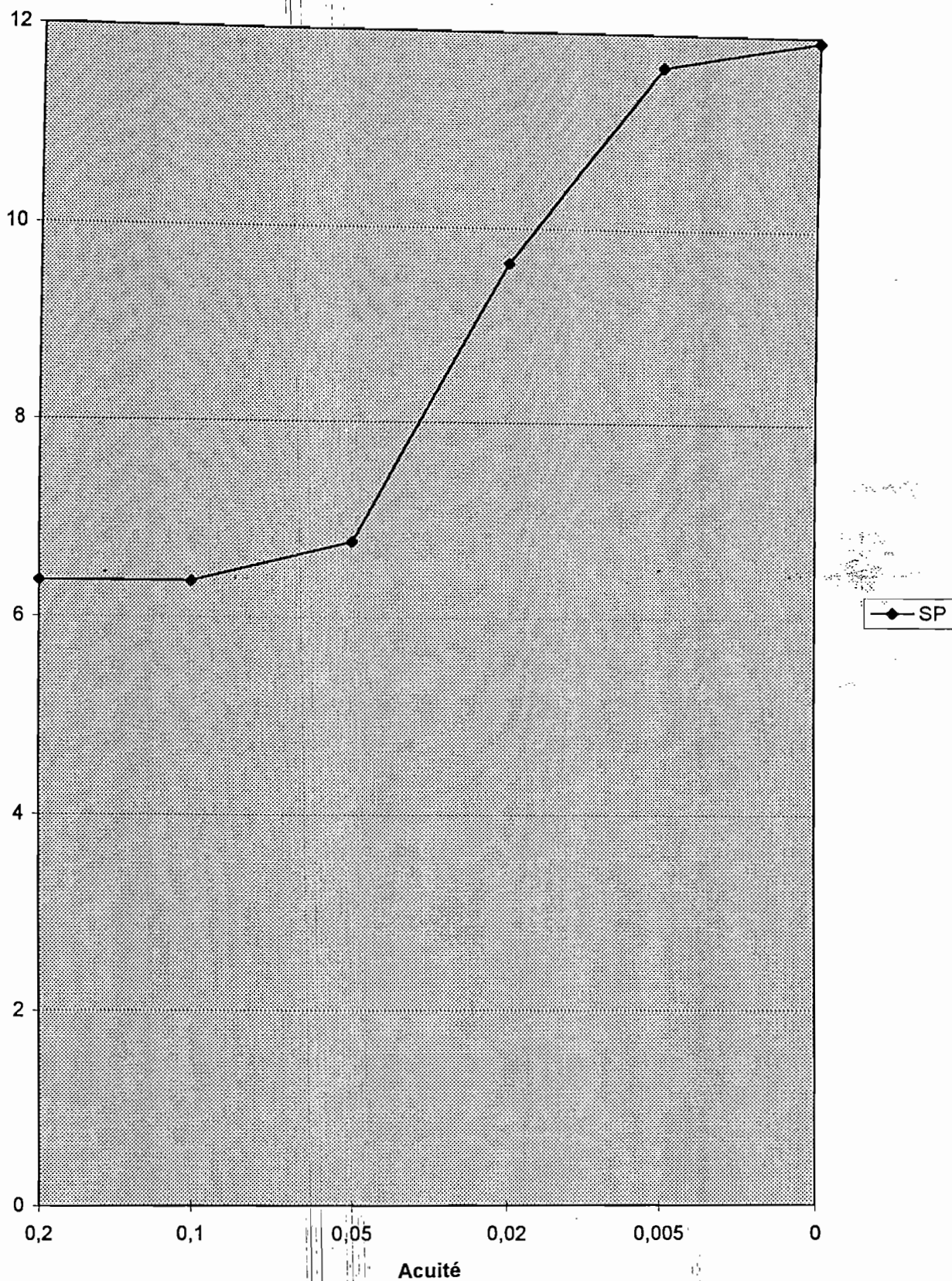


**C- SCORE VISION PERCUE:****TABLEAU n°27: les scores visuels en fonction de l'acuité visuelle**

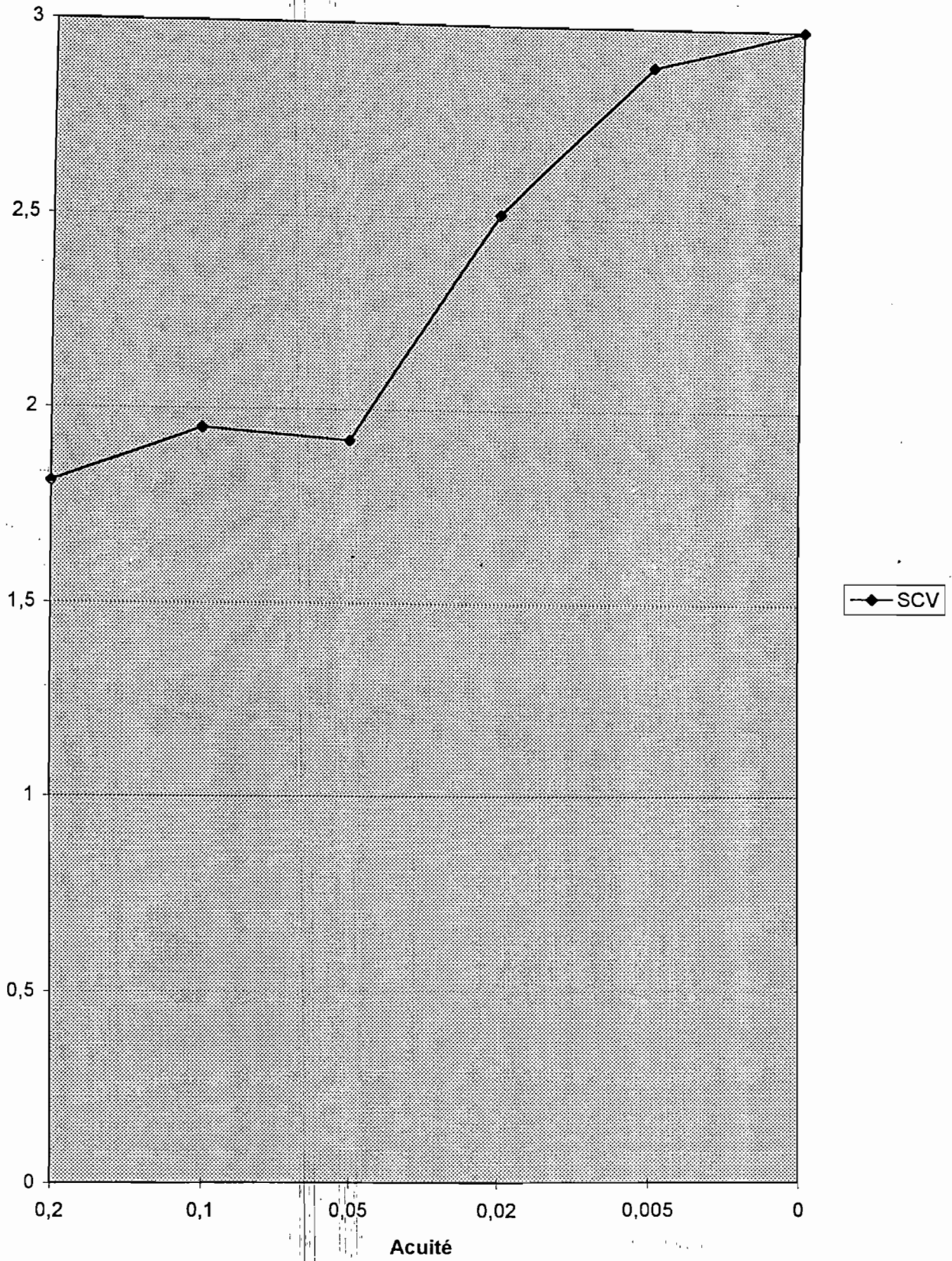
acuité visuelle	effectif	Score perception	Score champ visuel	Score adaptation sensorielle	Score relief	Score vision perçue
0,2	27	6,37	1,81	10,66	1,18	20,77
0,1	24	6,37	1,95	11,41	1,25	21,79
0,05	41	6,78	1,92	11,12	1,39	21,90
0,02	39	9,64	2,51	14	2,33	29,03
0,005	51	11,66	2,90	15,03	2,86	33,37
0	22	11,95	3	15,54	3	34,54

Tous les scores de la vision perçue augmentent quand l'acuité visuelle baisse.

Graphique3:Score perception visuelle

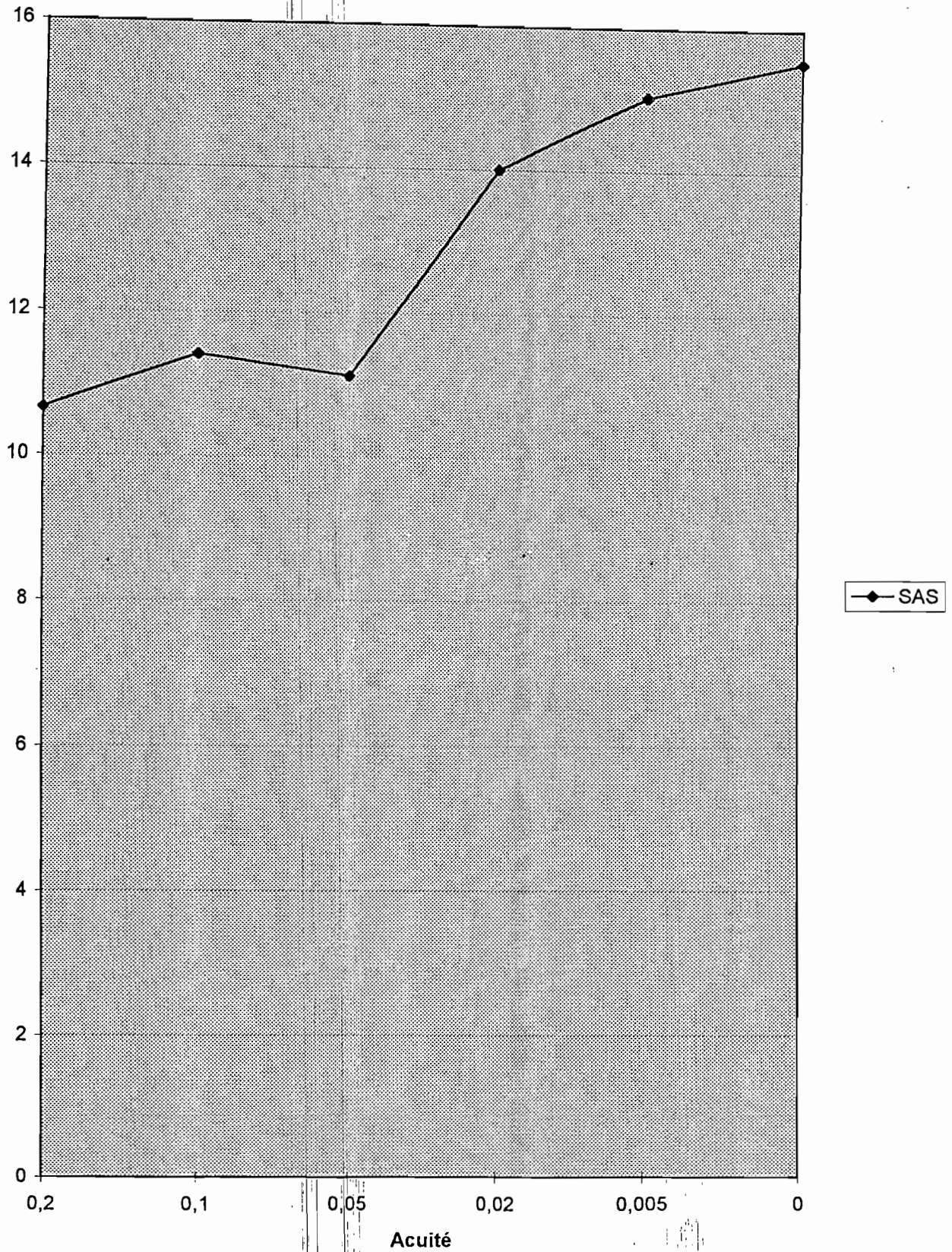


Graphique4: Score champ visuel





Graphique5: Score adaptation sensorielle



Graphique6: Score relief

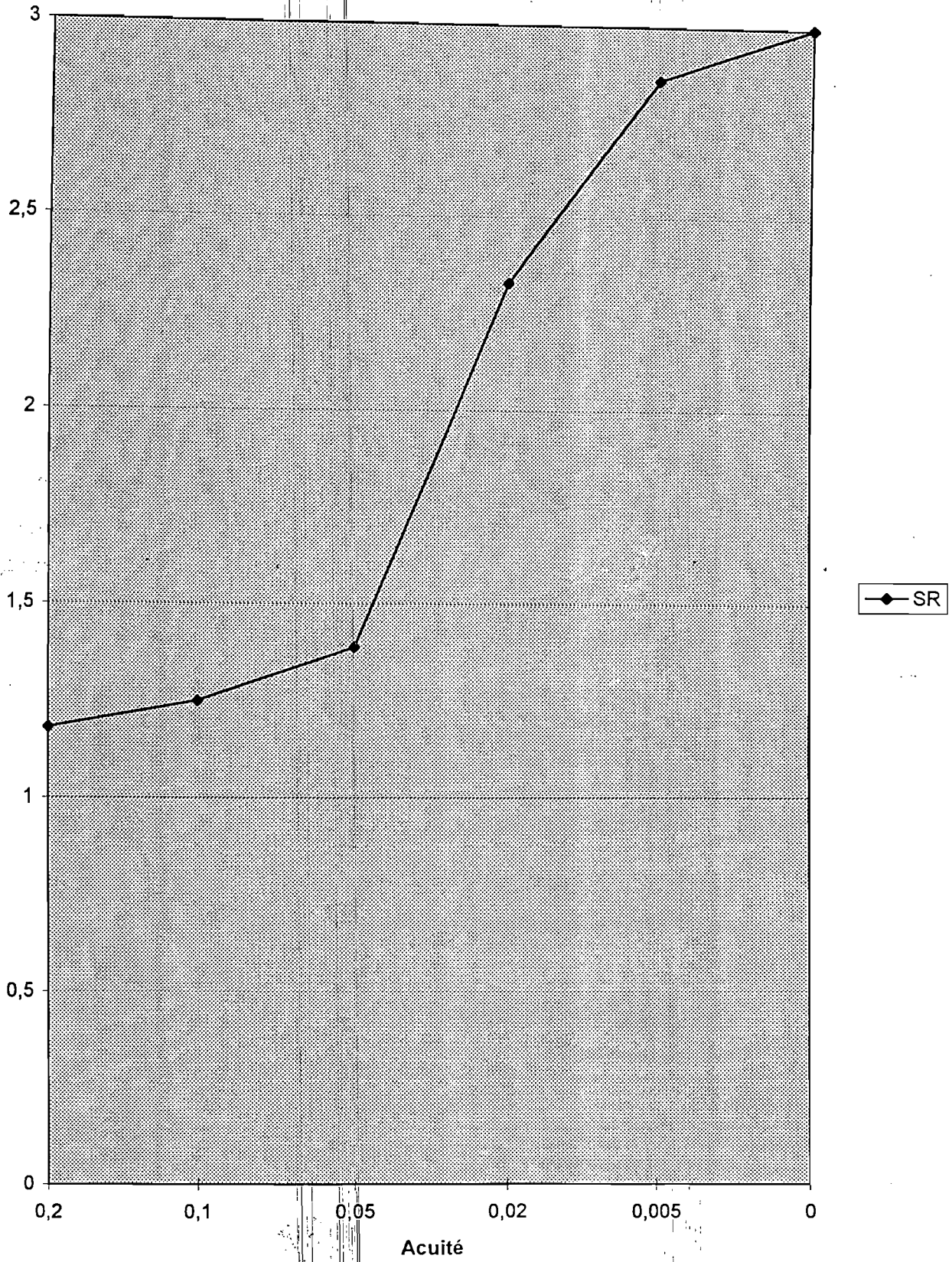


TABLEAU n°28: Moyenne des échelles vision perçue selon le sexe.

AV	Vision perçue Homme	Vision perçue femme
0,2	22,48	24,00
0,1	24,56	22,00
0,05	24,65	22,83
0,02	31,67	31,67
0,005	36,04	36,41
0	36,58	38,60

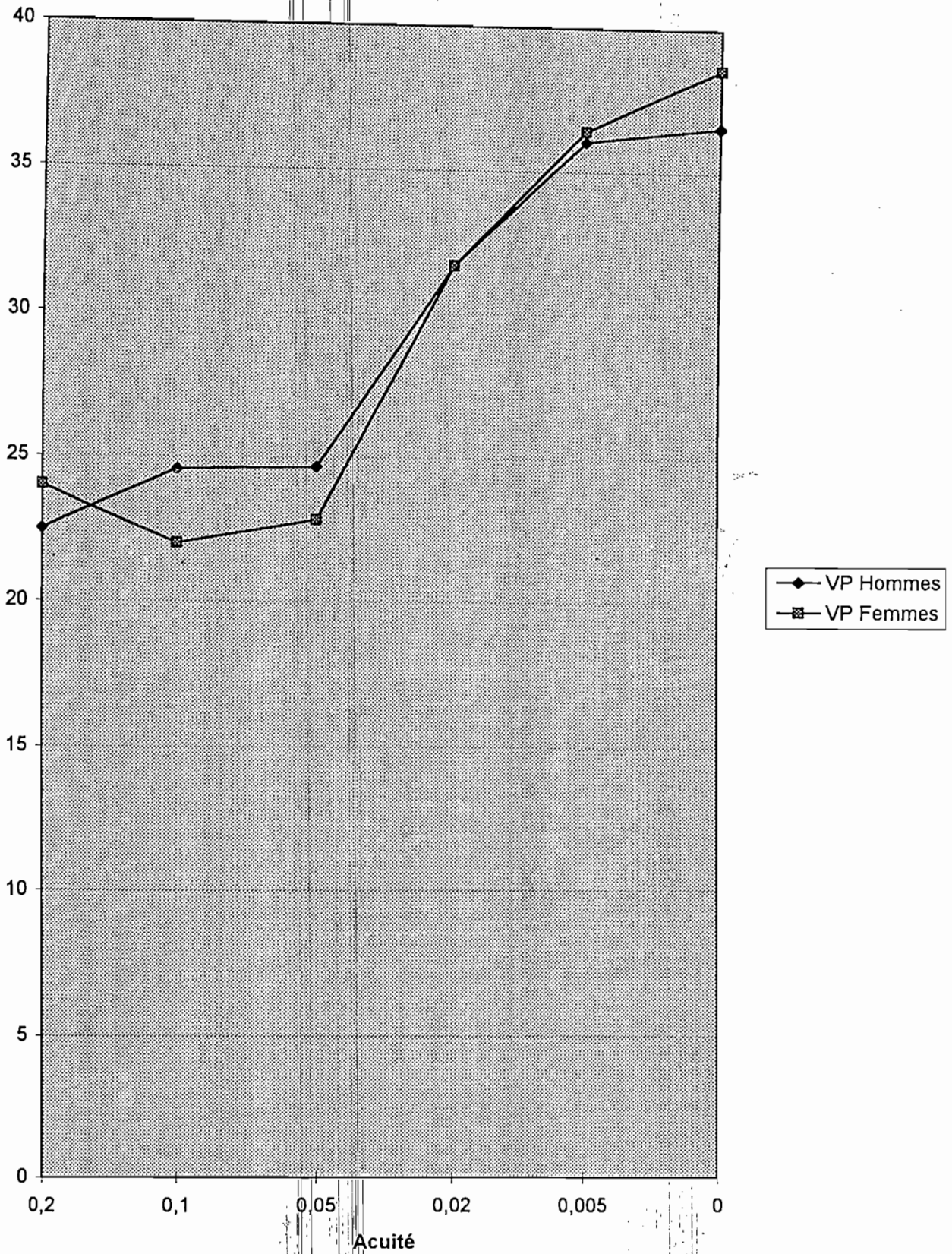
Les scores moyens de vision perçue sont de 28,7 chez les hommes et de 31,8 chez les femmes.

La différence est statistiquement significative (  $F= 8,85$   $p=0,002$  )

L'examen des courbes des scores de vision perçue montre des courbes très parallèles.



Graphique7:Score vision percue H/F



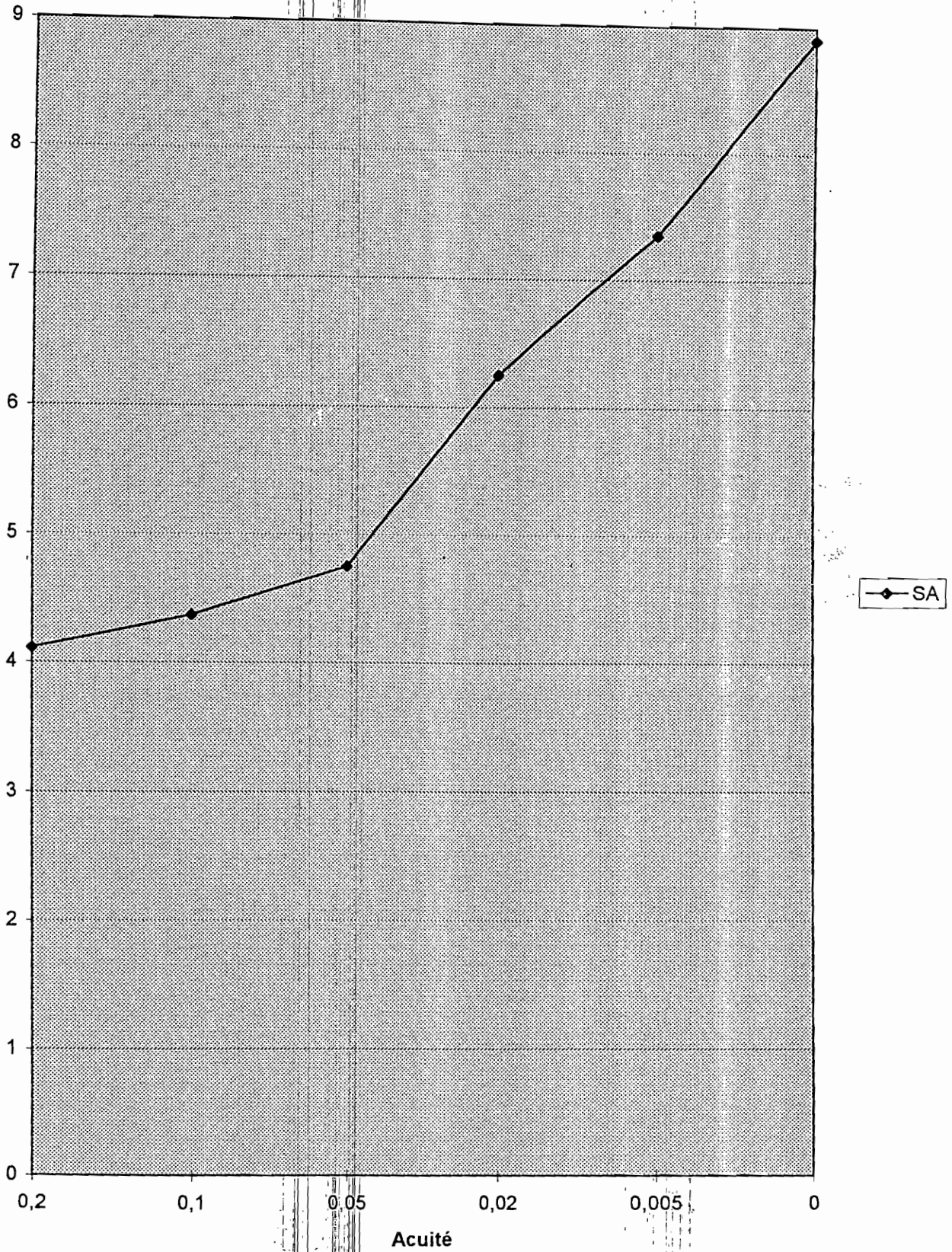
**D - QUALITE DE VIE :****TABLEAU n°39: Répartition selon le Score Qualité de Vie en fonction de l'acuité visuelle**

Acuité visuelle	Effectif	Score autonomie	Score déplacement	Score social	Score psychologique	SCORE QDV
0,2	27	4,11	5,8	5,19	6,29	21,4
0,1	24	4,37	7,4	5,41	6,83	24
0,05	41	4,75	7,5	4,95	6,24	23,5
0,02	39	6,25	11,8	7,61	6,94	32,6
0,005	51	7,35	13,2	8,54	6,94	36,1
0	22	8,90	15,6	9,36	7,45	41,3

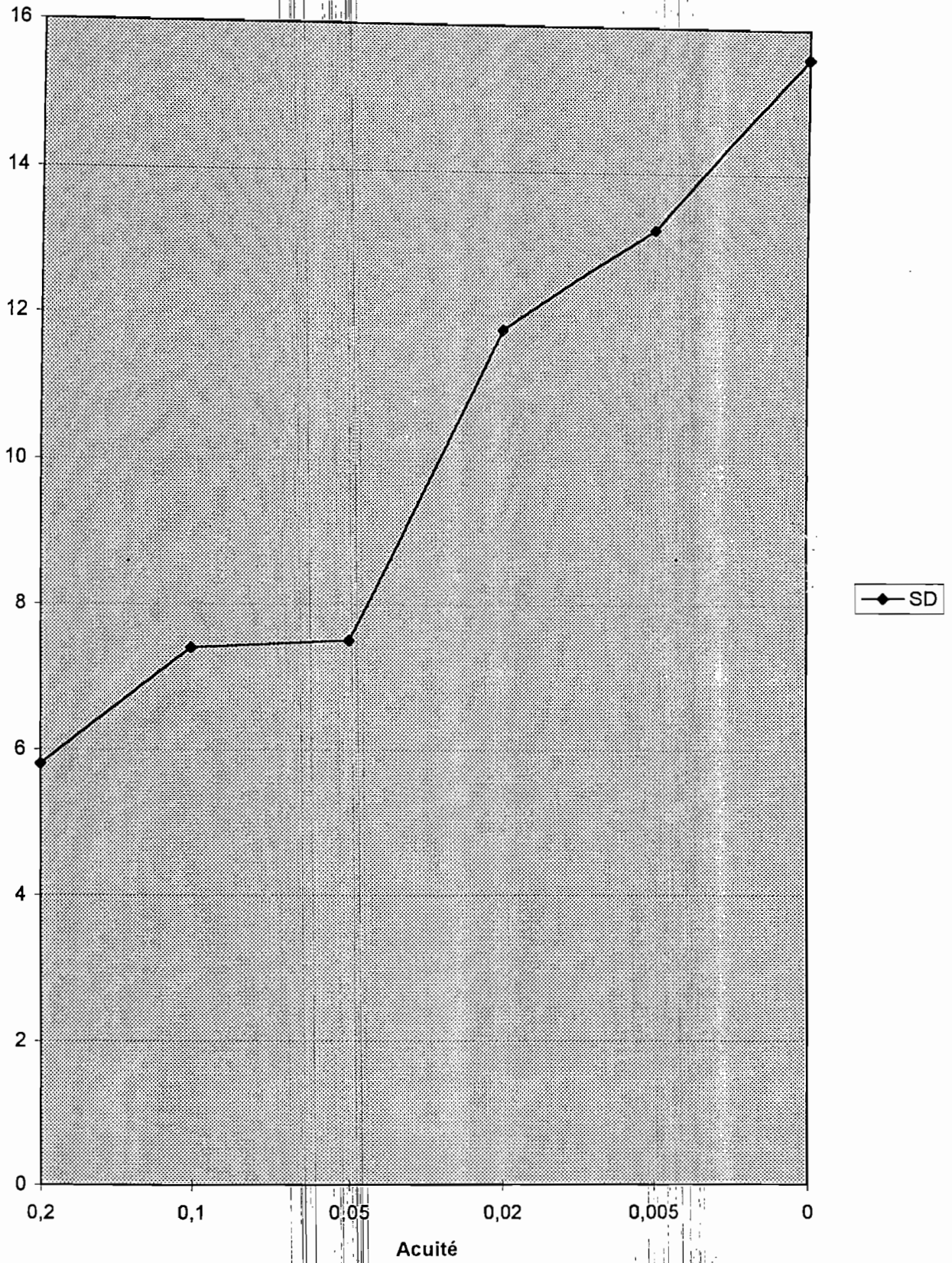
Tous les scores de la qualité de vie augmentent quand l'acuité visuelle baisse.



Graphique8:Score Autonomie

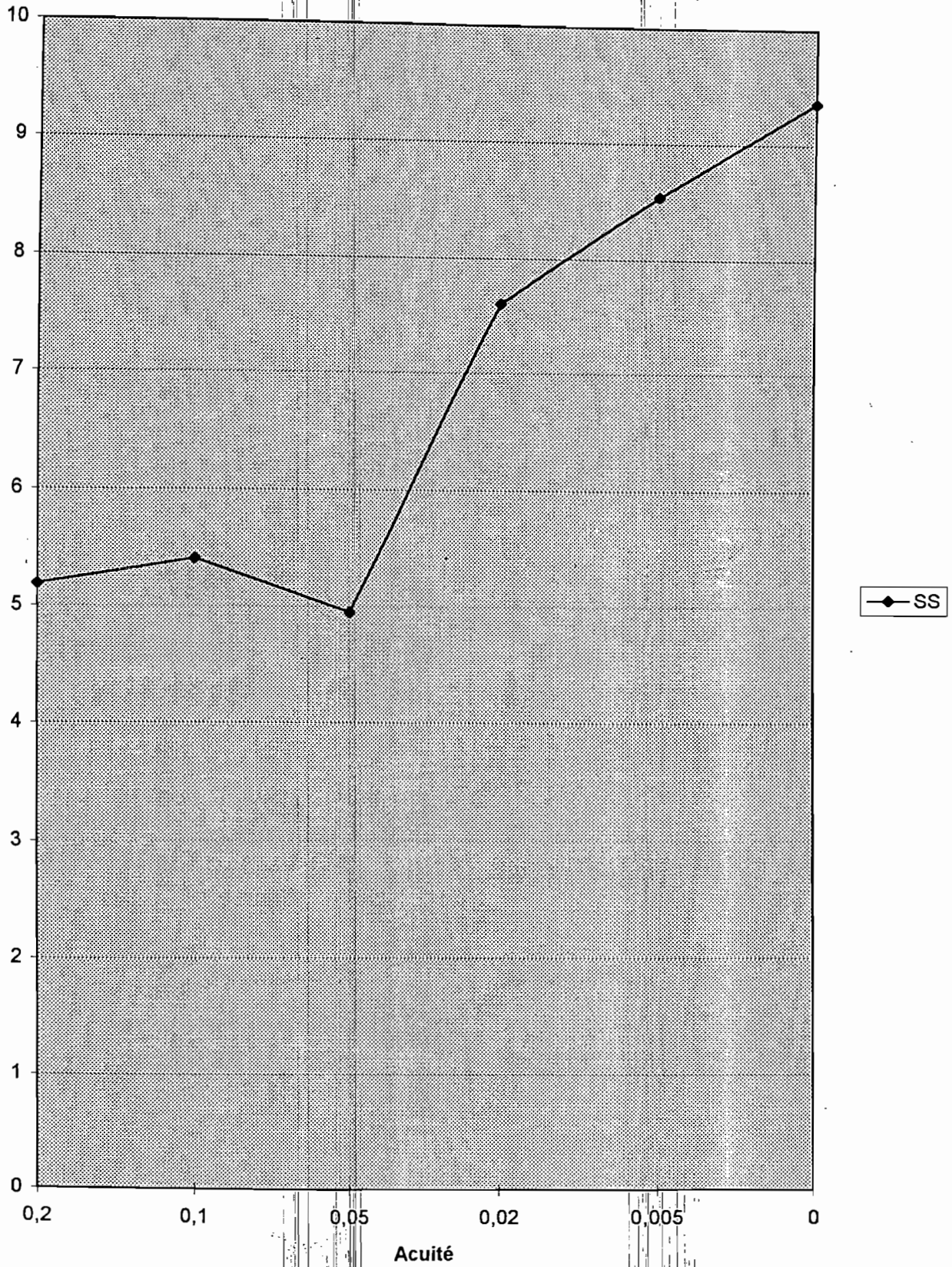


Graphique9: Score Déplacement





Graphique10: Score social



Graphique11: Score psychologique

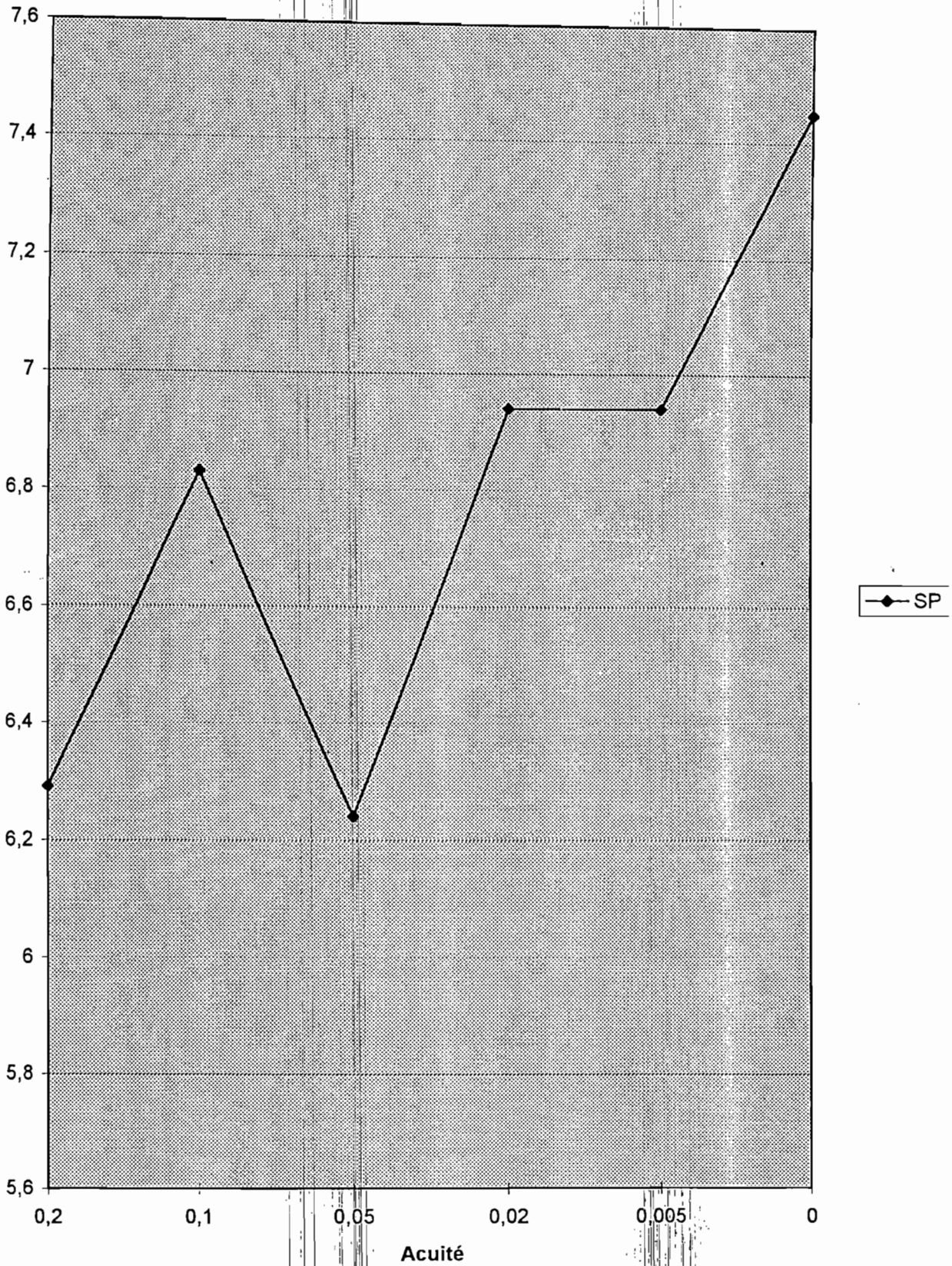


TABLEAU n°30: Moyenne des échelles de qualité de vie en fonction du sexe

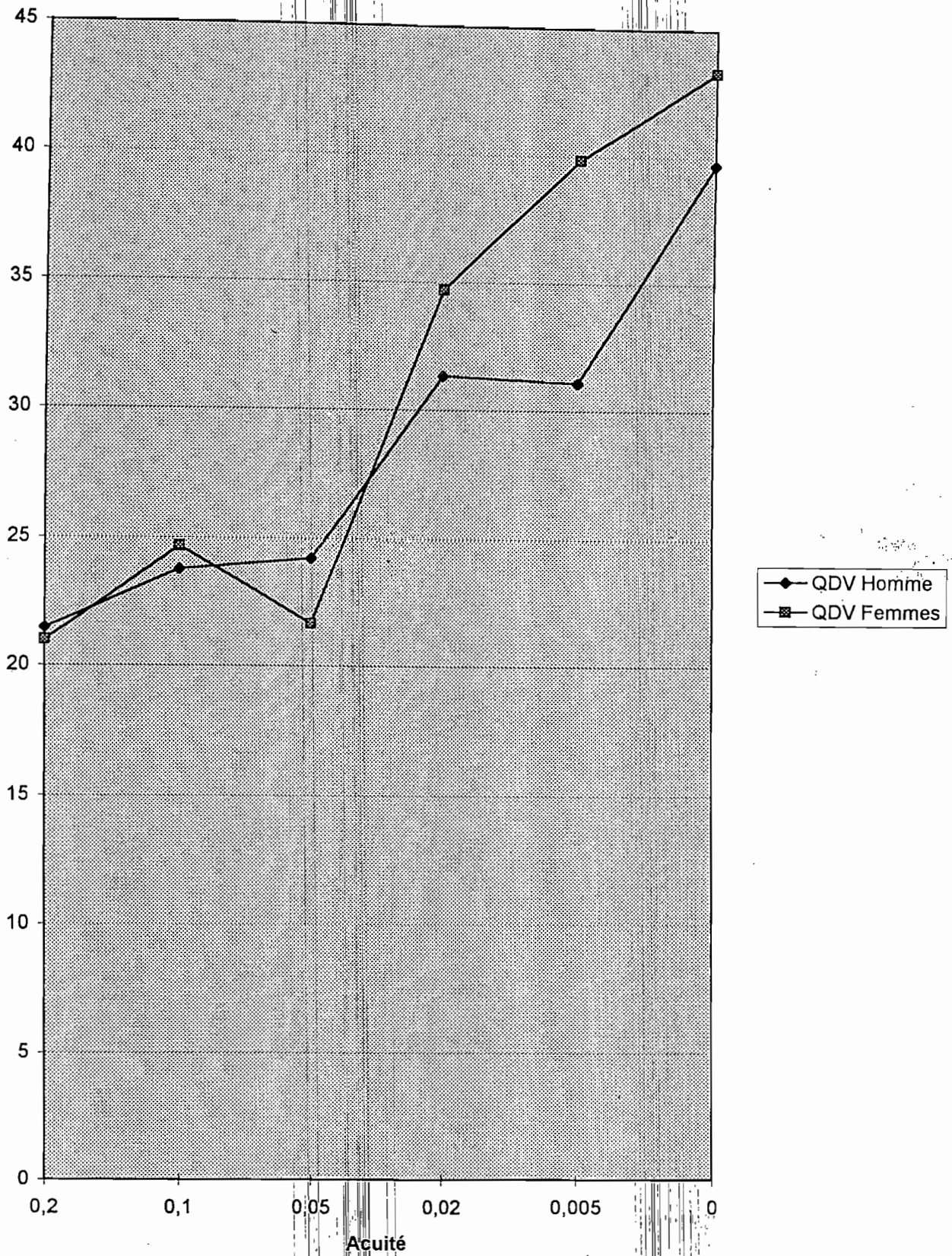
AV	Qualité de vie Homme	Qualité de vie Femme
0,2	21,48	21,00
0,1	23,78	24,67
0,05	24,21	21,67
0,02	31,33	34,73
0,005	31,09	39,83
0	39,67	43,30

Les scores moyens de qualité de vie sont de 27,72 chez les hommes et de 34,05 chez les femmes. La différence est là aussi significative ( $F=23$ ,  $p=0,000000$ ).

L'examen des courbes qualité de vie chez les hommes et les femmes montre qu'après un plateau entre 0,2 et 0,05 les 2 courbes se séparent très nettement et la qualité de vie des femmes aveugles apparaît beaucoup plus altérée que celle des hommes.



Graphique 12: Score Qualité de vie H/F



## E - VECU DE LA MALADIE ET ITINERAIRE THERAPEUTIQUE

**TABLEAU n°31:** Répartition selon l'ancienneté de la maladie

Tranche d'âge	EFFECTIF	AVEUGLES	MALVOYANTS
moins de 1 an	2 (0,9 %)	1 (0,9 %)	1 (1,09 %)
De 1 à 4 ans	91 (44,8 %)	49 (43,75 %)	42 (46,15 %)
De 5 à 9 ans	55 (27 %)	29 (25,89 %)	26 (28,57 %)
De 10 à 19 ans	24 (11,8 %)	16 (14,28 %)	8 (8,80 %)
De 20 à 29 ans	8 (3,9 %)	4 (3,58 %)	4 (4,40 %)
De 30 à 39 ans	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)	0
40 ans et plus	4 (1,9 %)	3 (2,67 %)	1 (1,09 %)
Ne sait pas	18 (8,8 %)	9 (8,03 %)	9 (9,90 %)
<b>TOTAL</b>	<b>203 (100%)</b>	<b>112 (100%)</b>	<b>91 (100%)</b>

Pour les aveugles, la survenue de la cécité remonte à moins de 5 ans pour 44,65 %.

1 seul cas de cécité inférieur à 1 an.

**TABLEAU n°32:** Répartition selon l'ancienneté de la maladie en fonction de l'acuité visuelle

Acuité visuelle	Effectif	Moyenne
0,2	23	6,54
0,1	24	6,13
0,05	36	4,88
0,02	36	5,86
0,005	48	5,93
0	19	11,94

L'ancienneté moyenne de la baisse visuelle varie de 4,88 à 6,54 années hormis pour les aveugles ne percevant pas de la lumière ou elle est de 11,94 ans.

**TABLEAU n°33: Cause de l'incapacité visuelle selon les patients**

CAUSE	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Volonté de Dieu	15 (7,4%)	11 (9,8%)	4 (4,4%)
Traumatismes	27 (13,3%)	12 (10,7%)	15 (16,5%)
Génies de la brousse	33 (16,3%)	24 (21,4%)	9 (9,9%)
Céphalées	32 (15,8%)	22 (19,6%)	10 (11%)
Aliments insuffisants	16 (7,9%)	8 (7,1%)	8 (8,8%)
Rougeole	11 (5,4%)	7 (6,3%)	4 (4,4%)
Ne sait pas	66 (32,5%)	28 (25%)	38 (41,8%)
Vieillesse	3 (1,5%)	0	3 (3,3%)
TOTAL	203 (100%)	112 (100%)	91 (100%)

32,5 % de nos sujets ne connaissent pas la cause de leur mal (41,8% de malvoyants et 25% d'aveugles).

16,3% pensent que leur mal vient des génies de la brousse (21,4 % d'aveugles et 9,9 % des malvoyants).

15,8% des aveugles et malvoyants en attribuent la responsabilité aux céphalées et 7,9 % à une alimentation insuffisante. Au total une cause organique est invoquée par 43,7% des aveugles et une cause magico-religieuse pour 31,2 % d'entre eux.



**Recours thérapeutiques :****TABLEAU n°34 : Répartition selon le traitement de première intention**

Traitement	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Médical	6 (3 %)	3 (2,7 %)	3 (3,3 %)
Traditionnel	100 (49,3 %)	61 (54,5 %)	39 (42,9 %)
Traditionnel et moderne	46 (22,7 %)	21 (18,8 %)	25 (27,5 %)
Aucun traitement	51 (25,1 %)	27 (24,1 %)	24 (26,4 %)
<b>TOTAL</b>	<b>203 (100%)</b>	<b>112 (100%)</b>	<b>91 (100%)</b>

Ce tableau démontre que le traitement traditionnel est le traitement de premier recours en milieu rural.

Seuls 21,5 % des aveugles ont eu recours à un traitement médical moderne et 24,1 % n'ont absolument rien fait.

**TABLEAU n°35: Connaissance sur les possibilités de traiter leurs affections**

Connaissance	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Non	9 (4,4%)	7 (6,3%)	2 (2,2%)
Oui	61 (30%)	29 (25,9%)	32 (35,2%)
Ne sait pas	133 (65,5%)	76 (67,9%)	57 (62,6%)
<b>TOTAL</b>	<b>203 (100%)</b>	<b>112 (100%)</b>	<b>91 (100%)</b>

Plus du 1/4 des aveugles pensent qu'il existe un traitement pour leur affection, mais plus des 2/3 affirment ne pas le savoir. Une ignorance totale n'est le fait que de 6,3 % d'entre eux.

**TABLEAU n°36: Répartition selon la cause du non recours au traitement moderne**

Cause	EFFECTIF	AVEUGLES	MALVOYANTS
Manque de moyen	52 (88,1 %)	24 (82,75 %)	28 (93,3 %)
Peur	2 (3,4 %)	2 (6,90 %)	0
Trop âgé	3 (5,1 %)	1 (3,45 %)	2 (6,7 %)
Déçu	1 (1,7 %)	1 (3,45 %)	0
Perdu espoir	1 (1,7 %)	1 (3,45 %)	0
TOTAL	59 (100 %)	29 (100 %)	30 (100 %)

La plupart de ceux qui connaissent l'existence de traitement par la médecine moderne n'ont pas les moyens de se faire soigner (82,75% des aveugles et 93,3% des malvoyants).

La fatalité ou le désespoir est cité par 10% de ces aveugles et la peur par 6,9% des aveugles.

## F- LE TRAVAIL

### 1- Situation antérieure à la déficience:

TABLEAU n° 37: Répartition selon le travail avant la déficience visuelle

Travail avant	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Travaillait Avant	200 (98,5%)	109 (97,3%)	91 (100%)
Ne travaillait pas	3 (1,5%)	3 (2,7%)	0
TOTAL	203 (100%)	112 (100%)	91 (100%)

98,5 % de notre population travaillait avant la survenue du problème visuel, 97,3% des aveugles et 100 % des malvoyants.

Les 1,5 % des aveugles qui ne travaillaient pas ont été frappé par la cécité dès leur jeune âge.

**TABLEAU n°38: Répartition selon la profession**

Profession	Aveugles		Malvoyants	
	Métier 1	Métier 2	Métier 1	Métier 2
Agriculteur	50 (45,9%)	5 (7,4 %)	63 (69,2 %)	2 (3,6 %)
Eleveur	3 (2,8 %)	0	0	1 (1,8 %)
Pêcheur	0	9 (13,2 %)	2 (2,2 %)	27 (48,2 %)
Manoeuvre	3 (2,8%)	4 (5,9 %)	4 (4,4 %)	3 (5,4 %)
Ménagère	6 (5,5%)	27 (39,7 %)	0	15 (26,8 %)
Commerçant	1 (0,9%)	1 (1,5 %)	1 (1,1 %)	0
Petit-Commerce	28 (25,7%)	5 (7,4 %)	11 (12,1%)	0
Fonctionnaire	0		0	0
Sans Profession	0		0	0
Retraité	0	0	0	0
Autres	18 (16,5%)	0	10 (11%)	0
Total	109 (100%)	68 (100 %)	91 (100%)	56 (100%)

La profession dominante était celle d'agriculteurs, suivie par le petit commerce. La profession pêcheur n'est citée qu'au 2ème métier.

**TABLEAU n°39: Répartition selon la rémunération du travail avant**

Rémunération	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Etaient rémunérés	197 (98,5%)	106 (97,2%)	91 (100%)
N'étaient pas rémunérés	3 (1,5%)	3 (2,8%)	0
TOTAL	200 (100%)	109 (100%)	91 (100%)

Les gens qui travaillaient étaient rémunérés ( 98,5% de la population qui travaillaient avant). 97,2% des aveugles étaient rémunérés contre 100% des malvoyants.

**2- Situation actuelle :****TABLEAU n°40: Activité actuelle**

Travail	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Travaille actuellement	38 (18,7%)	8 (7,1%)	30 (33%)
Ne travaille pas	165 (81,3%)	104 (92,9)	61 (67%)
TOTAL	203 (100%)	112 (100%)	91 (100%)

Seulement 7,1 % des aveugles travaillent encore et 33 % des malvoyants.

**TABLEAU n°41: Travail actuel en fonction du niveau d'incapacité**

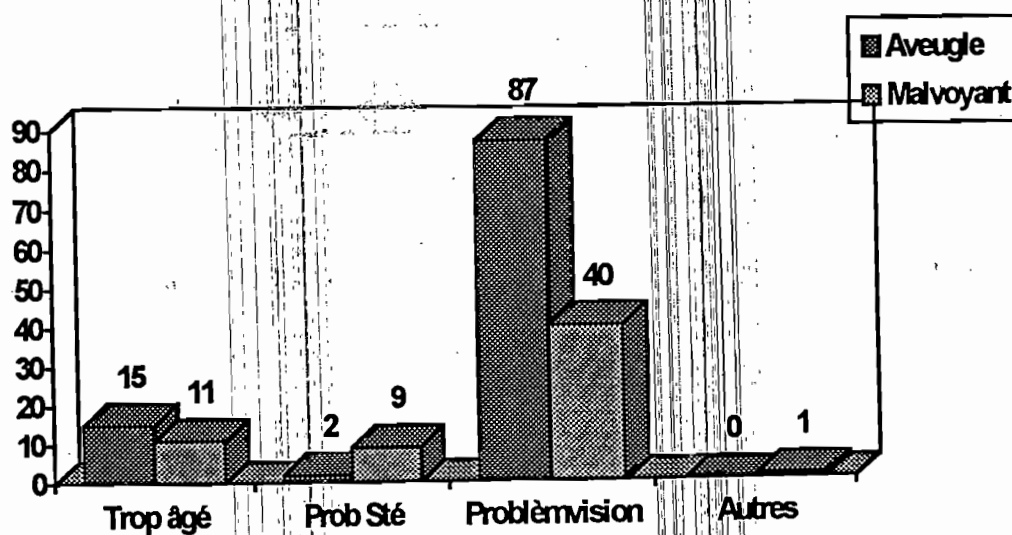
Acuité visuelle	Effectif	Pourcentage
0,2	10	26,3
0,1	8	21,1
0,05	12	31,6
0,02	5	13,2
0,005	1	2,6
0	2	9,1
Total :	38	100

On note une diminution progressive du travail au fur et à mesure que l'acuité visuelle baisse.

TABLEAU n°42: Cause invoquée pour la cessation du travail

Cause	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Trop âgé	26 (15,8%)	15 (14,4%)	11 (18%)
Problème de santé	11 (6,7%)	2 (1,9 %)	9 (14,8 %)
Pas besoin de travailler	0	0	0
Problème visuel	127 (77%)	87 (83,7%)	40 (65,6%)
Autres	1 (0,6%)	0	1 (1,6%)
TOTAL	165 (100%)	104 (100%)	61 (100%)

Ce tableau atteste que le problème visuel est la cause majeure pour 77 % des sujets ( 83,7 % chez les aveugles et 65,6 % chez les malvoyants). L'âge n'est invoqué que chez 15,8 % des sujets.



GRAPHIQUE n°13

REPARTITION SELON LA CAUSE DE LA CESSATION DU TRAVAIL

**TABLEAU n°43: la Baisse du Revenu familial suite à la déficience.**

Revenu	Effectif		Aveugles		Malvoyants	
N'a pas diminué	18	(10,9%)	12	(11,5%)	6	(9,8%)
A changé un peu	43	(26,1%)	22	(21,2%)	21	(34,4%)
A beaucoup changé	104	(63%)	70	(67,3%)	34	(55,7%)
TOTAL	165	(100%)	104	(100%)	61	(100%)

Le revenu de la famille a beaucoup changé (63 % d'entre elles)

**TABLEAU n°44: Mesure prise par la famille suite à la baisse de Revenu.**

Mesures prises	Effectif		Aveugles		Malvoyants	
Pas de mesure	22	(16,8%)	13	(16%)	9	(18%)
Travail supplémentaire	108	(82,4%)	67	(82,7%)	41	(82%)
En vendant des biens	1	(0,8%)	1	(0,8%)	0	
TOTAL	131	(100%)	81	(100%)	50	(100%)

Pour équilibrer le budget, les autres membres de la famille sont obligés de faire un travail supplémentaire ( 82,4 %).

### 3- Ceux qui travaillent encore :

**TABLEAU n°45: Travail de ceux qui peuvent travailler encore.**

Profession	AVEUGLES		MALVOYANTS	
	Métier 1	Métier 2	Métier1	Métier2
Agriculteur	1 (12,5 %)	0	20 (66,7 %)	1 (16,7 %)
Pêcheur	0	1 (50 %)	0	4 (66,7 %)
Manoeuvre	1 (12,5 %)	0	1 (3,3 %)	0
Ménagère	0	0	3 (10 %)	1 (16,7 %)
P commerce	4 (50 %)	0	2 (6,7 %)	0
Autres	2 (25 %)	1 (50 %)	4 (13,3 %)	0

Un seul aveugle est encore agriculteur. Le petit commerce est pratiqué par la moitié des 8 aveugles qui travaillent encore. Chez les malvoyants 20 pratiquent encore l'agriculture.

**TABLEAU n°46: Gêne au Travail**

Gêne	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Pas du tout	4 (10,5%)	2 (25%)	2 (6,7%)
Un peu	19 (50%)	0	19 (63,3%)
Beaucoup	15 (39,5%)	6 (75%)	9 (30%)
TOTAL	38 (100%)	8 (100%)	30 (100%)

75 % des aveugles qui travaillent se disent très gênés contre 30 % des malvoyants.



**TABLEAU n°47: Rémunération de ceux qui travaillent encore**

Rémunération	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Sont Rémunéré	36 (94,7%)	8 (100%)	28 ( 93,3%)
Ne le sont pas	2 (5,3%)	0	2 (6,7%)
TOTAL	38 (100%)	8 (100%)	30 (100%)

Tous les aveugles qui travaillent encore sont rémunérés

**TABLEAU n°48: la Baisse du revenu familial pour ceux qui travaillent encore**

Revenu	Effectif	Aveugles	Malvoyants
Pas changé	7 (18,4%)	1 (12,5%)	6 (20%)
un peu changé	25 (65,8%)	6 (75%)	19 (63,3%)
Beaucoup changé	6 (15,8%)	1 (12,5%)	5 (16,7%)
TOTAL	38 (100%)	8 (100%)	30 (100%)

Néanmoins le revenu de la famille a un peu diminué pour les 6 des 8 aveugles qui travaillent encore.

### **G- PREVALENCE ET CAUSES DE LA CECITE BILATERALE**

L'échantillon tiré au sort et visité comportait 10690 personnes, parmi lesquelles 2021 adultes de plus de 40 ans ont eu leur acuité visuelle mesurée.

Nous avons découvert 112 aveugles ce qui correspondrait à une prévalence de cécité bilatérale supérieure à 1,05 %

Chez les plus de 40 ans cette prévalence est de 5,54 %.

**TABLEAU n° 49: Causes de cécité.**

Cause	Oeil droit/gauche	Cause prédominante de cécité bilatérale
Cataracte	48,6%	59,5%
Trichiasis	12,6%	14,4%
Luxation du cristallin	10,4%	9,9%
Opacité cornéenne	9,5%	4,5%
Panophtalmie, anophtalmie	14,4%	8,1%
Mydriase	3,6%	3,6%
Ptérygion	0,4%	
Autres	0,4%	

48,6% des yeux sont aveugles du fait de la cataracte, 12,6% du fait d'un trichiasis et 10,4% à la suite d'abaissement du cristallin par un tradipraticien.

Si l'on considère la cause principale ( c'est à dire la plus facilement curable) la cataracte compte pour 59,5% des causes.

Graphique14: Cause prédominante de cécité bilatérale

68

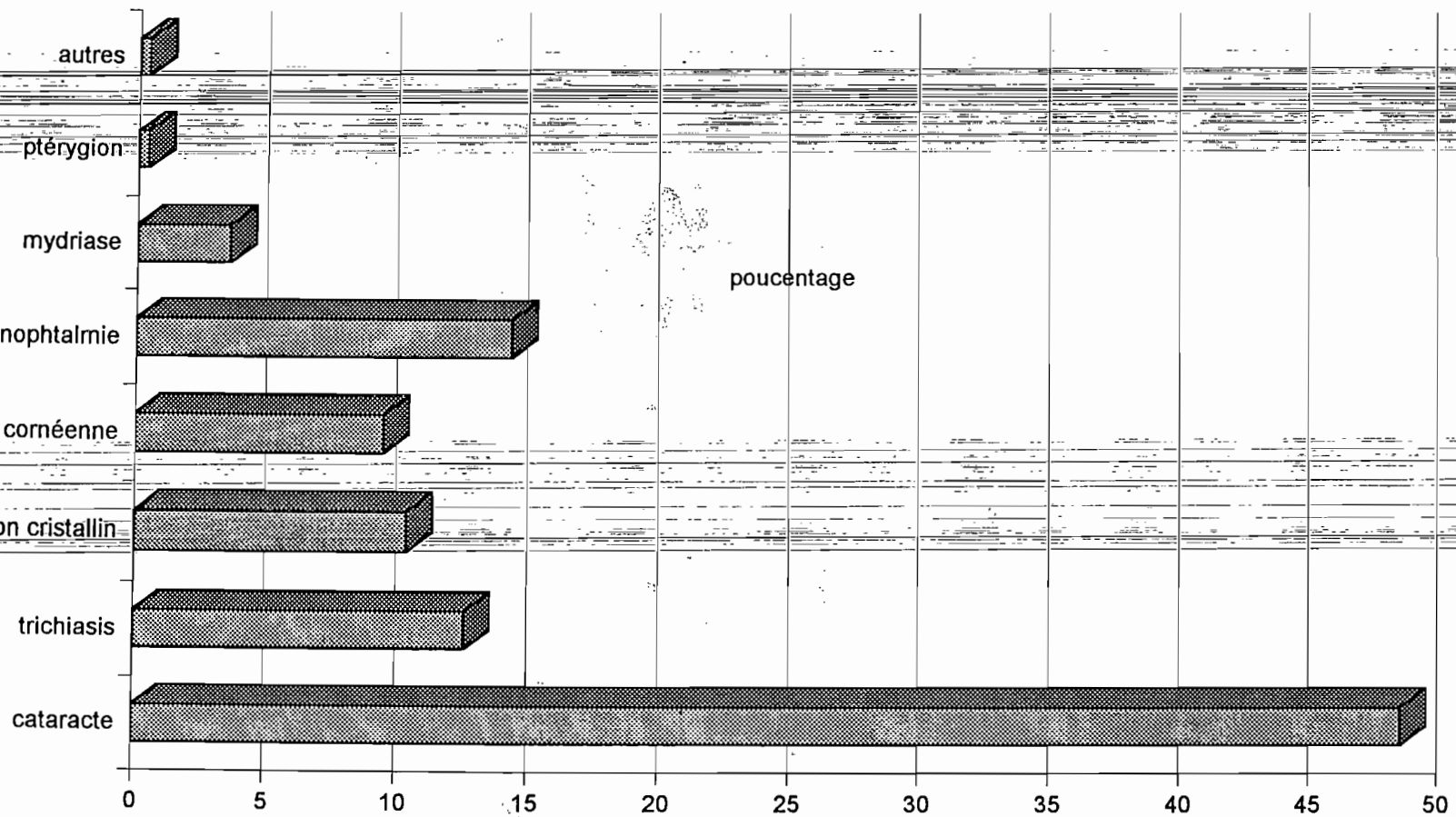
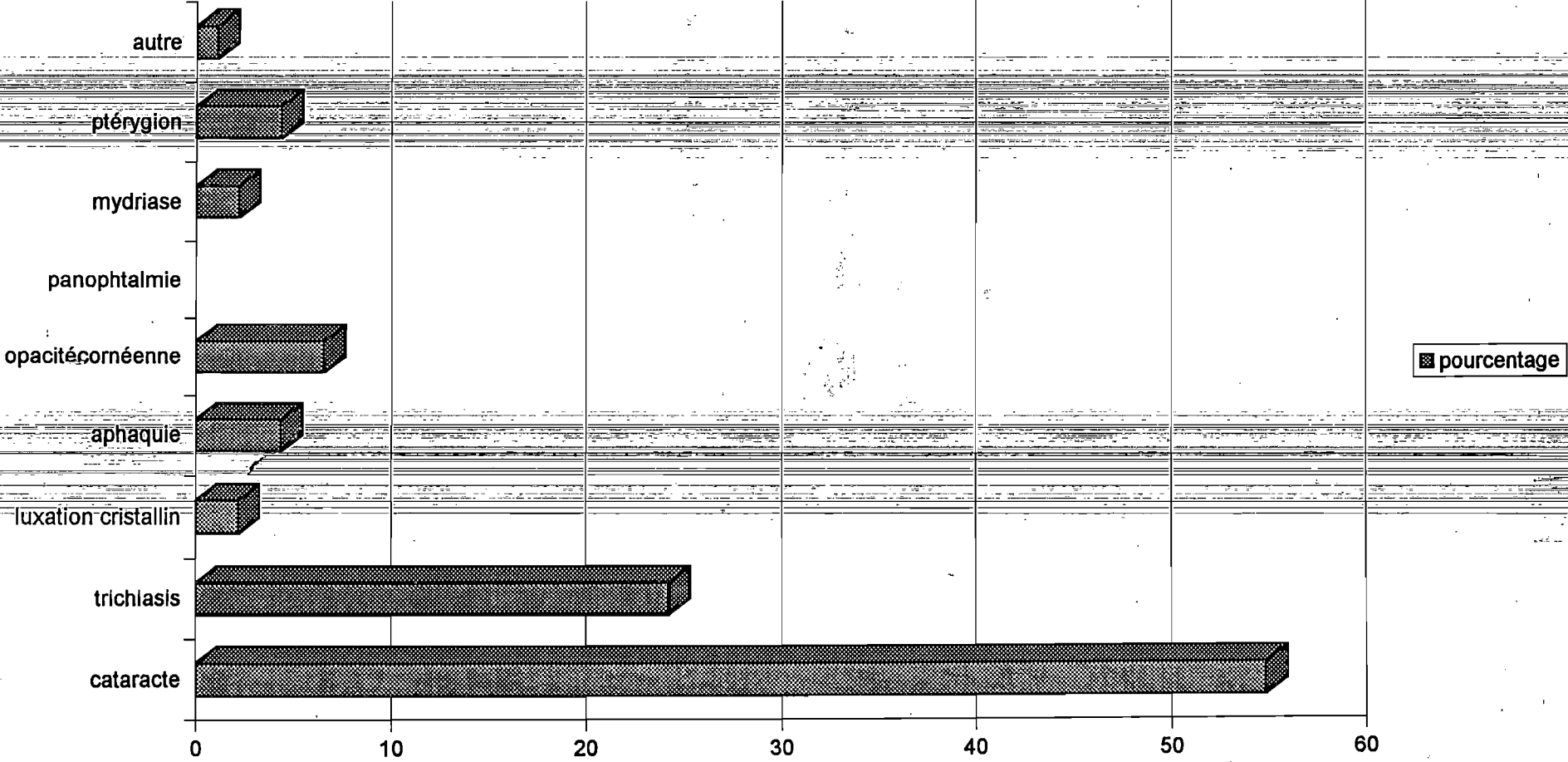


TABLEAU n° 50: Causes de malvoyance

Cause	Oeil droit/gauche	Cause prédominante
Cataracte	48,4%	54,9%
Trichiasis	19,8%	24,2%
Luxation cristallin	3,9%	2,2%
Aphaquie	4,9%	4,4%
Opacité cornéenne	6%	6,6%
Panophtalmie	3,4%	
Mydriase	1,6%	2,2%
Ptérygion	6%	4,4%
Autre	6%	1,1%

Graphique15:cause prédominante de malvoyance

70



**CHAPITRE VI**

**ETUDE QUALITATIVE**

## VI- ETUDE QUALITATIVE

Notre étude sur les handicaps visuels à Mopti comprenait deux parties distinctes : une étude quantitative et une étude qualitative.

Dans notre étude qualitative, nous avons essayé de dégager les situations vécues par les aveugles : le début de la maladie, de l'itinéraire thérapeutique, les sentiments des aveugles face à leur mal ainsi que le nom de leur maladie dans les différentes langues.

### I - POPULATION DE L'ENQUETE

Nous avons effectué notre enquête, dans plusieurs langues ( Bambara, Bozo, Marka, Peulh ) Dans un souci de qualité, et dans l'impossibilité de prendre de façon exhaustive toute la population , nous avons sélectionné au hasard 20 aveugles ( 10 hommes et 10 femmes ) souffrant tous de cataracte bilatérales non opérée et cela dans un souci d'uniformisation des données.

### II -INTERPRETATION DE LA MALADIE:

#### A- Mode de Début:

Dans la plupart des entretiens, il ressort un mode de début progressif sans douleur ni démangeaisons, les sujets ne se plaignant en général, que d'une baisse progressive de la vision et de l'impression de voir la fumée devant les yeux. Nous avons également noté au cours de l'enquête qu'un même déficit est perçu différemment d'un individu à un autre.

Les symptômes ressentis sont nombreuses et complexes:

Femme Bozo 66 ans

*« J'ai eu des céphalées intenses ( Tafari ), la chaleur descendait dans yeux et progressivement tout devenait flou à tel point que je ne pouvait plus distinguer les gens dans la rue. Ainsi j'ai constaté que l'oeil gauche, ensuite l'oeil droit ne voyait plus bien ( Ntà djimbèrè kànà). »*

Femme Peulh, 60 ans

*« Je parle et je prend Dieu comme témoin , un jour je suis parti en brousse ( Laddè ), il y a eu un tourbillon qui m'a entouré ; après quelques tours , j'ai constaté que les yeux ont commencé a me piquer comme si il y avait de la paille là dedans, les yeux me brûlaient comme si c'était le feu, surtout pendant la nuit. Dans ma pensée c'est une maladie du vent ( Herndu ) . Ici la dame veut faire allusion à une maladie de la brousse.*

Homme Bambara 61 ans:

*« J'ai constaté qu'au tout début , j'avais des céphalées, je n'avait ni douleurs oculaires , ni démangeaisons; mai quelquefois des larmoiements ».*

### B- Causes de la maladie

Dans les différents entretiens que nous avons mené nous constatons que les causes sont nombreuses et multiples :

Ces causes vont, des causes d'origine nutritionnelle:

Femme peule 52 ans

*« Un jour de retour de la foire , j'ai eu une maladie oculaire qui a duré plusieurs jours . j'ai été aveugle à la suite de cette maladie ( mi wumi ). Les gens ont donné plusieurs versions: ils disent que c'est la maladie du génie ( nyaw Laddè ).*

*Moi je pense plutôt que c'est du à un changement de mon habitude alimentaire , c'est à dire en terme de manque ( marassi ou màarey ) car nous les peulhs nous avons l'habitude de boire du lait en quantité , manger beaucoup de viande, mais depuis la sécheresse cela n'est qu'un vieux souvenir . C'est cela qui a contribuer à augmenter la cécité dans notre contrée ) ».*

En passant par les causes socioculturelles

Homme peul, 66 ans

*« Un jour je suis rentré dans la maison pour faire des wurdj pendant 40 jours ( incantations par le chapelet pour implorer Allah )*

*je me suis trompé de verset ( sourate ) et j'ai récité la partie des séitanes ( génies qui détournent l'homme dans le mauvais sens) ,ils se sont acharnés sur moi en m'insultant.*

*J'ai pris peur et j'ai demandé à Dieu de me protéger ,il m'a recommandé de réciter un verset ( Lanatullah aléikum ).*

*lorsque j'ai réciter cette sourate ils sont partis ,d'autres sont tombés. dès lors j'ai constaté ma vision diminue du jour le jour » .*

Aux causes surnaturelles



Bambara 75 ans masculin

*« Mon père était un grand chasseur, il passait pour être le plus réputé des chasseurs de notre contrée, jusqu'à notre naissance il jouissait de ce prestige. un jour le malheur s'est abattu sur notre famille .Ce malheur provenait des animaux tués par mon père dans sa carrière (Nyama )*

*Mon frère aîné en est décédé et moi qui ai eu la chance j'ai perdu la vue seulement. Cette malédiction va se pérenniser de génération en génération dans notre famille )*

Ces modèles explicatifs de la cause probable de la cécité ouvrent les itinéraires thérapeutiques

### III- ITINERAIRES THERAPEUTIQUES :

Dans les différents entretiens que nous avons eu avec ces patients, il ressort que le traitement traditionnel est le traitement de première intention en milieu rural.

La plupart de ces handicapés visuels ont commencé par un traitement à base d'essence d'arbre (gouttes préparées à partir de sève d'écorce ou de racines d'arbre). Si cela ne donne pas le résultat escompté on passe le soin des yeux aux désaveugleurs. En milieu rural, on a recours au traitement médical moderne le plus souvent tardivement. L'ignorance de cette médecine par nos patients, a beaucoup contribué à élever le taux de cécité, en sachant que la plupart des cécités étaient curables.

En général le traitement médical moderne est le traitement de dernier recours soit par faute de moyens ou par ignorance.

Peul masculin 70 ans:

*« Les céphalées qui m'ont aveuglé ont commencé il y a longtemps, mais j'ai attendu l'arrivée d'un désaveugleur qui m'a proposé d'ouvrir mes yeux. Dès qu'il a touché à mes yeux il les a tous abîmé »*

Nous avons constaté que l'abaissement du cristallin est la méthode de traitement très répandue en milieu rural, et la plus acceptée par les personnes; même s'il y a peu de succès dans la plupart des cas.

*« depuis qu'il ( désaveugleur) a touché mes yeux je n'avait plus aucun espoir , car le pu sortait des deux yeux et cela a fini par me retirer la vue »*

Les seules personnes qui ont bénéficié d'un traitement moderne dans un centre ophtalmologique furent les personnes qui ont eu l'assistance apportée par des oeuvres de bienfaisance tel que les missionnaires.

Autrefois des missionnaires venaient dans les villages , pour dépister les maladies cécitantes et les amener dans une localité burkinabé pour traitement. Cela a existé bien avant la création du centre Yeelen de Mopti qui est le seul centre de référence en ophtalmologie dans la région .

Les personnes qui ont bénéficié de ce traitement en sont satisfaites.

Femme Bambara 52 ans

*« Lorsque mes yeux ont commencés à me donné des problèmes, cela a coïncidé avec l'arrivée des missionnaires dans notre village, ils m'ont amené à Nouna (BURKINA FASO) ils m'ont transporté, soigné sans que je paye un franc et le traitement s'est bien passé »*

Ces propos attestent que:

Premièrement le manque de moyens est une cause du non recours au traitement moderne

secondairement le traitement sur place est également souhaitable.

Dans la plupart des cas les gens qui ont subi un traitement traditionnel sans succès, ont tendance à rejeter en bloc toutes les autres possibilités de traitement.

Homme Peul 75 ans :

*« Lorsque cette maladie m'a attrapé , les gens m'ont conseillé de mettre de la poudre noire de pile électrique dans mes yeux. Après plusieurs séances j'ai constaté que cela n'a servi à rien, dès lors je n'ai tenté aucun autre traitement, je m'en remet entièrement à Dieu »*

Homme Bozo 66 ans:

*« J'ai subi un premier traitement par abaissement du cristallin(Oeil droit), cela a bien réussi, mais peu de temps après l'oeil s'est fermé de nouveau, j'ai tout essayé en traitant par le nassi ( potion obtenue en lavant les versets du Coran préalablement écrits sur une ardoise) mais cela n'a servi à rien.*

Quelquefois le traitement traditionnel réussi à telle enseigne qu'il redonne le goût à la vie :

Homme Bozo 64 ans:

*« Lorsque je me faisais ouvrir les yeux, je ne pouvais reconnaître une personne que par sa voix, je ne parlais nul part , mais Dieu merci avec le passage du tradipraticien il a ouvert mes deux yeux. Maintenant j'ai eu une vue d'adolescent , je peux partir à la mosquée Bien vrai que je ne travaille pas je peux pas me plaindre beaucoup ».*

Dans la plupart des propos que nous avons pu recueillir il en ressort nettement que les modes interprétatifs de la maladie permettent de guider l'itinéraire thérapeutique .

Cette itinéraire est d'après notre constatation uniforme en milieu rural bien que complexe souvent.

Elle va de traitement traditionnel en traitement traditionnel jusqu'au succès ou à l'échec total puis le traitement moderne si cela a été recommandé par quelqu'un .

Ceux qui fondent leur modèle interprétatif sur une conception magico religieuse rejettent systématiquement le traitement moderne car , ils ne voit en ça un résultat salutaire car, d'après eux la médecine moderne est incapable de soulager les symptômes ressentis.

**CHAPITRE VIII**

**DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES**

## **VIII DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES**

Le but principal de notre étude était, de montrer comment une déficience visuelle pouvait se transformer en handicap en milieu rural. Nous tenterons de faire une comparaison de nos résultats avec ceux d'études antérieures effectuées dans les différentes régions du Mali et de la sous région, de l'Afrique et du Monde.

### **1- Caractéristiques de l'échantillon**

Notre étude était une étude transversale qui portait sur les handicaps visuels de plus de 40 ans dans la Région de Mopti. 203 patients ont répondu à notre questionnaire. Les aveugles de notre échantillon étaient représentatifs car toutes les personnes qui avaient une acuité visuelle inférieure à 1/20 étaient prises en compte. Par contre il existait un biais de sélection pour les malvoyants puisque tous n'étaient pas inclus dans l'échantillon et que les hommes ont été privilégiés.

### **2- Prévalence et causes de la cécité:**

Nous ne pouvons donner le chiffre pour l'ensemble de la population puisque notre échantillon concerne les plus de 40 ans, nous pouvons seulement dire que parmi cette tranche d'âge, la prévalence est de 5,54 %.

Comme dans l'échantillon nous ne tenons compte que des plus de 40 ans, on peut assurément affirmer que la prévalence globale dépasse les 1,05 % trouvés.

Nous avons eu un taux supérieur à celui de Thylefors et coll (28) qui ont montré que chez les plus de 60 ans, ce taux était de 4,4 %.

Lorsque nous considérons les yeux examinés, nous constatons que 48,6 % des cécités sont dues à une cataracte. Cela est tout à fait en accord avec les données de la littérature et avec les enquêtes pratiquées au Mali, d'après Guindo (11) environ 50% des cécité au Mali sont dues à la cataracte.

Le trachome avec 12,6 % des yeux aveugles représente encore une cause majeure de cécité.

Ceci est la conséquence d'affections répétées durant l'enfance, qui abouti à un entropion trichiasis à l'âge adulte et ultérieurement à l'opacification de la cornée et à la perte de vision.

Le trachome reste un problème de santé publique au Mali.

Les infections cornéennes et les panophtalmies sont nombreuses, près d'un quart (24,9%) des aveugles sont aveugles du fait d'une infection cornéenne non traitée. Il est impossible d'en retracer l'histoire rétrospectivement, ce peut être la rougeole qui, associée à un déficit vitaminique A latent, détruit la cornée, ce peuvent être des traumatismes, des herpès ou des kératoconjunctivites bactériennes surajoutées à un trachome actif. Cela aboutit souvent à une perforation et à une atrophie du globe. Il est alors bien difficile, de retracer l'histoire de l'affection causale.

Si l'on considère maintenant la cause principale d'une cécité bilatérale, c'est à dire celle qui peut être le plus facilement traitée, on s'aperçoit que la cataracte vient de façon encore plus évidente en première ligne ( 59,5% ). Elle est suivie par le trachome 14,4% les opacités cornéennes et atrophies du globe ne représentent plus que 12,6% des cas.

Répartition selon les deux premières causes de cécité selon les études précédentes sur la cécité au Mali

Etiologie	Mopti Thèse Keïta ( 1997)	Sikasso Thèse Diakité (1993)	Niono Thèse Coulibaly (1991)	Ségou Thèse Coulibaly (1991)	Baraouéli Thèse Coulibaly (1991)	Mopti Thèse Boré (1986)	Kayes Thèse Yattassaye (1989)
1ère Cause	Cataracte 48,6 %	Cataracte 32 %	Cataracte 68,3 %	Cataracte 58,3 %	Cataracte 68,8 %	Trachome 34 %	Cataracte 32,11 %
2ème Cause	Trichiasis 14,4%	Chorio- rétinite 21,9%	Glaucome 21,05%	Trachome 14,6 %	Trachome 12,5 %	Cataracte et Glaucome	Trachome 28,4 %

Une augmentation de la prévalence de la cécité avec l'âge est notifié par Saley au Niger (24) qui démontre que 89 % des aveugles appartiennent à la tranche d'âge de 41 ans à 61 ans.

A part l'étude de Boré (5), nous constatons que la cataracte est la première cause de cécité dans les différentes régions du Mali.

Notre étude montre un taux supérieur à l'étude de Brenner et coll (4), ou le taux de cataracte sénile est de 57,7 %, et de Thylefors et coll (28) en Amérique latine et Caraïbes ou il trouve 57,6 % ; par contre l'étude de Scott U et coll (25) donne un résultat contraire, 60,7 % de rétinopathie diabétique, 25 % de dégénérescence maculaire.

Nous avons trouvé, un taux de cécité due à la cataracte comme cause première supérieur à celui de Thylefors et coll en Inde (28) 51,2 % de l'ensemble des causes.

### 3- Le sexe

L'échantillon d'aveugles est réparti de façon équitable entre hommes et femmes (51,8 contre 48,2%). Par contre cet équilibre n'est pas retrouvé chez les malvoyants ou les hommes prédominent. Il sera souvent nécessaire pour pouvoir comparer les catégories entre elles de standardiser sur le sexe.

### 4- L'ethnie

La répartition de l'échantillon par ethnie correspond bien à celle de la population du cercle de Mopti. Elle montre une prédominance de Peuls éleveurs (28,1%) et de Bambara (19,7 %); ils sont suivis par les Bozo (12,8%) population de pêcheurs du bord du fleuve et les Somonos (5,4%).

### 5- Le statut matrimonial et familial

Il ressort de notre enquête, que 86,2% des aveugles hommes de notre échantillon sont mariés alors que 72,2% des femmes aveugles sont veuves.

Le statut de chef de famille est revendiqué par 84,5% des hommes et seulement par 37% des femmes aveugles.

Cette différence de statut familial peut en partie expliquer la manière de vivre des aveugles hommes et femmes, leur différence de qualité de vie que l'on met en évidence de façon très nette après que l'acuité soit devenue inférieure au seuil de 1/20ème. Le handicap à niveau d'incapacité identique est beaucoup plus important chez la femme. Le fait de se trouver en position de dépendance familiale et de marginalisation dans la structure familiale ne fait que renforcer la difficulté de vivre des femmes atteintes de cécité.

On peut invoquer aussi, les stratégies matrimoniales très différentes des hommes et des femmes. Comme le dit Jaffré (13) il est beaucoup plus difficile pour une femmes aveugle de se marier et elle ne trouve pas en faisant de valorisation sociale. L'homme au contraire va en épousant une femmes réduire son handicap.

Le soutien d'enfants est assuré pour la plupart, des aveugles puisque 89,3% d'entre eux disent avoir des enfants. Il n'y a pas de différence entre les deux sexes.

## 6- Scolarisation

La scolarisation moderne est très faible dans les deux catégories et nulle chez les femmes aussi bien aveugles que malvoyants.

Le taux de fréquentation de l'école moderne, est de 1% chez les aveugles et 5,5% chez les malvoyants. La différence n'est pas statistiquement significative.

On note également une très grande fréquentation de l'école coranique, 53 % de nos aveugles ont fréquenté l'école coranique contre 56% de malvoyants.

## 7- Exode

« Partir en exode », est un phénomène très courant dans les sociétés subsahariennes. Nous avons constaté un flux migratoire dans la sous région, à Mopti et à Bamako. C'est surtout les pays limitrophes qui sont concernés par cette migration.

Les aveugles vont surtout à Mopti et province (53,85 %) alors que les malvoyants vont en général à l'extérieur ( 54,28 % ).

La baisse du pouvoir d'achat des populations, la nécessité de monnayer son handicap sous d'autres horizons, loin des regards font que l'exode est fréquent chez les aveugles, pour aller à la recherche des moyens de subsistances.

Nos résultats vont, dans le même sens que celle de Jaffré et Moumouni (13), qui pensent que du village à la ville la cécité ne s'inscrit pas dans les mêmes rapports sociaux. En passant d'une société d'interconnaissance à une société de l'anonymat urbain, permutent les rapports entre la personne et sa déficience. En milieu rural, l'individu est objectivement diminué par son incapacité à accomplir les tâches dévolues à son âge ou sexe, inscrit dans de stricts rapports de parenté et de hiérarchie sociale, il ne peut non plus mendier sans déroger ou s'humilier. En milieu urbain, l'aveugle devenu anonyme pourra utiliser son handicap, notamment en pratiquant la mendicité, pour essayer de vivre normalement. C'est dans ce cadre qu'il faut situer l'exode des aveugles.



## 8- Richesse et possession de biens

Nous avons fait l'hypothèse que la cécité s'accompagnait d'une baisse de revenus et par conséquent d'un accroissement de la pauvreté. Nous avons constaté qu'il n'y a pas de différence significative entre les objets possédés dans la famille des deux catégories.

Il faut tout d'abord souligner qu'un certain nombre de biens n'ont pas de valeur discriminante parce qu'ils ne sont possédés que par trop peu de gens: c'est le cas des téléviseurs, frigidaires, ou des voitures. d'autres au contraire appartiennent à la presque totalité des gens étudiés, ainsi les maisons en banco qui sont la règle dans notre échantillon.

Il eut été sans doute plus productif de s'intéresser aux revenus réels des ménages. Ceci est malheureusement une entreprise extrêmement difficile parmi une population où domine l'économie informelle et où les revenus monétaires ne reflètent qu'une partie de la richesse réelle. La production agricole ou le cheptel possédés sont en règle minimisés pour éviter tout recoupement par l'administration fiscale.

## 9- Itinéraires thérapeutique et vécu de la maladie

L'ancienneté moyenne de la cécité ou de la malvoyance est peu différente selon les catégories d'incapacité.

Dans notre étude la baisse visuelle a une ancienneté moyenne variant entre 4,88 à 6,54. Pour 43,75% des aveugles la cécité remonte à moins de 5ans, seuls les aveugles qui ne perçoivent pas la lumière ont près de 11,94 années d'ancienneté en moyenne et constituent la seule différence notable.

Les causes évoquées peuvent être regroupées en deux catégories: les étiologies liées à la représentation du corps: ce sont l'alimentation insuffisante (7,1%), la rougeole (6,3%), les traumatismes (10,7%) et les céphalées (19,6%).

Les étiologies liées à une conception magico-religieuse: ce sont les génies de la brousse (21,4%). On peut y rattacher la volonté divine qui donne une explication surnaturelle de la maladie.

Un aveugle sur quatre n'attribue aucune cause à sa cécité. Les causes magico-religieuses évoquées par nos patients, pourraient constituer un frein au traitement moderne.

Les malades pensent qu'une maladie provoquée par Dieu ou les génies, ne peut être soignée en médecine moderne.

C'est cela qui justifie la fréquence du traitement par les médicaments traditionnels 54,5%, qui parfois est associé au traitement par les médicaments de la médecine moderne (18,8%).

Le malade ne voit ni d'opposition ni de compétition entre les deux médecines. Pour lui l'essentiel est d'être guéri. 80 % des personnes qui ont été interrogées affirment n'avoir pas les moyens de se faire traiter en milieu moderne. L'ignorance du traitement médical des yeux, son coût fait souvent de lui, un traitement de dernière intention ou plutôt de désespoir en milieu rural.

Les constatations anatomiques révèlent une fréquence du traitement par abaissement du cristallin . 10,36% des yeux sont aveugles du fait de cette pratique.

## **10- Le travail:**

La profession dominante de notre population est l'agriculture, suivi du petit commerce la pêche est une activité secondaire très pratiquée dans la région.

97,3 % des aveugles travaillaient avant leur problème visuel, mais actuellement 92,9 % ne travaillent plus , même ceux qui travaillent encore sont très gênés dans leur travail. Plus de 30% des malvoyants travaillent encore et seulement 7% des aveugles. On note une diminution progressive du taux de travailleurs au fur et à mesure que décroît l'acuité visuelle.

Le problème visuel constitue la principale cause d'arrêt de travail ( 68,5 %)

La déficience visuelle, suite à l'arrêt de travail qu'elle engendre, entraîne une baisse du revenu familial.

Les autres membres de la famille sont obligés de travailler plus pour combler ce déficit, 82,7 % des résidents des familles où il y a un aveugle, font un travail supplémentaire. Ce grand fardeau , qu'est la dépendance, crée un sentiment de frustration, de désolation chez les aveugles à tel enseigne que les aveugles sont en général psychologiquement fragiles.

Nos résultats vont dans le même sens qu'une étude faite par Shaar et Mc Carthy au Koweït (2) où 78,4 % des personnes avec déficience sont économiquement inactives, Les handicapés travaillent dans les pays développés et ont un rendement certain, car il y a une réadaptation et une intégration satisfaisante dans leur société. Une intégration et une réadaptation s'impose pour les personnes déficientes vivant dans les pays en voie de développement en général et pour les déficients visuels en particulier, pour que la perte de la vue ne soit plus synonyme de perte socio-économique pour le pays.

## 11- Vision perçue et qualité de vie

Nous avons attaché beaucoup d'importance lors de cette étude à l'utilisation d'un instrument mesurant la vision perçue et la qualité de vie des aveugles et des malvoyants. Nous avons ainsi, établi un questionnaire qui répondait parfaitement à l'univers et aux préoccupations des populations rurales d'Afrique. Nous nous sommes inspiré d'un questionnaire utilisé à Madurai en Inde. Les modes de vie étant différents, il fallait un questionnaire adapté et facile à administrer aux aveugles.

Se posait aussi le problème de traduction non seulement d'anglais en français mais surtout de français en peul ou en bambara. Dans l'appréciation de la gêne, « quite a bit » et « a lot » furent confondus avec beaucoup, la distinction en bambara ou en peul des deux expressions nous paraissant illusoire.

Notre étude a montré qu'il existe une relation entre l'AV et la vision perçue la qualité de vie.

Lorsque l'acuité visuelle diminue, on note une détérioration de la vision perçue dans toutes les dimensions investiguées: la vision générale la perception visuelle, le champ visuel l'adaptation sensorielle et la vision du relief.

Nous constatons de la même façon une baisse de toutes les dimensions de la qualité de vie: l'autonomie, le déplacement, la fonction sociale et la fonction psychologique.

Nous pouvons en déduire qu'une relation importante existe entre l'acuité visuelle et la vision perçue et des fonctions de la qualité de vie. Quand l'acuité visuelle change, toutes les fonctions visuelles se détériorent et par conséquent toutes les fonctions de la qualité de vie. Notre étude est comparable à celle de Brenner et coll (4), qui montre que si la vision perçue baisse, toutes les fonctions de la qualité de vie baissent également. Quand à la suite d'un traitement la vision perçue s'élève, toutes les fonctions de la qualité de vie augmentent également dans le même sens.

Scott (25) a démontré également que la qualité de vie est associée à une modification de la vision.

## **12- Etude qualitative :**

Cette étude qui constituait la deuxième partie de notre étude, se faisait à l'aide d'un dictaphone.

Le questionnaire comportait des questions ouvertes qui étaient enregistrées puis retranscrites en français à l'aide d'un interprète si nécessaire.

Nous avons sélectionné par souci d'uniformité, 20 aveugles ayant tous une cataracte bilatérale

De cette étude il ressort, que le début est progressif avec sensation de fumée ou diplopie bilatérale en générale, souvent les patients se plaignent de démangeaisons.

Les causes surnaturelles, sont les plus fréquemment évoquées, suivies des causes nutritionnelles. La médecine traditionnelle est le traitement de premier recours en milieu rural.

C'est l'ignorance du traitement moderne qui compromet en général la vue chez les personnes qui souffrent d'affections cécitantes en milieu rural, car la plus part de ces affections pouvaient être traitées si seulement nos patients avaient eu la chance d'être vue et traités dans un milieu spécialisé. Le coût, la peur ainsi que le déplacements constituent un frein aux recours du traitement moderne.

Les villageois qui ont bénéficié d'un traitement chez les missionnaires étaient traités gratuitement, le déplacement, le traitement et tous les autres frais étaient à la charges des missionnaires.

Lorsque le centre Yeelen fut crée à Mopti il n'y a pas eu de campagne soutenue pour informer les populations de la région sur l'existence d'une unité de soins oculaires, c'est cela qui fait que beaucoup ignorent l'existence de traitement des yeux dans la région.

Ceux qui n'ont pas eu la chance, se remettent au seul soin du désaveugleur qui leur propose un traitement acceptable par la majorité, mais aux conséquences le plus souvent déplorables.

**CHAPITRE IX**  
**RECOMMANDATIONS ET**  
**CONCLUSION**

## IX- RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

Au terme de notre étude sur les handicaps visuels, dont l'objectif principal était de montrer, comment une déficience visuelle pouvait se transformer en handicap en milieu rural, nous pouvons affirmer, que effectivement le déficit visuel entraîne un handicap. Cette étude nous a permis d'obtenir les données suivantes:

La prévalence de la cécité chez les adultes de plus de 40ans est de 5,54 %.

La cataracte représente 59,5% de l'ensemble des causes prédominantes de cécité bilatérale et 54,9% des malvoyances.

Le trichiasis trachomateux 14,4% des cécités et de 24,2% des malvoyances.

La luxation du cristallin avec 9,9% des causes prédominantes de cécité et une cause iatrogène majeure de cécité dans la région.

Selon les résultats de notre étude, on note une légère supériorité du niveau de vie des malvoyants par rapport aux aveugles.

Le seuil de baisse visuelle fixé par l'OMS pour définir la cécité correspond bien ainsi que le montre notre étude sur la qualité de vie des aveugles au moment où la gêne ressentie par le patient augmente de façon importante.

Pour une même baisse de vision, le handicap est pour la femme beaucoup plus important que chez l'homme.

Mais nous ne pouvons pas affirmer, faute d'un instrument de mesure adéquat que le niveau socio-économique décroît au fur et à mesure que l'acuité visuelle chute.

La déficience visuelle est responsable de la cessation de travail de 77% de notre population (83,7% des aveugles et 65,6% des malvoyants) entraînant ainsi, une baisse de revenu familial (63%). Pour solutionner à ce problèmes, les autres membres de la famille sont obligés de faire un travail supplémentaire pour équilibrer le budget familial (82,4 font un travail supplémentaire).

Plusieurs causes sont évoquées par nos patient, comme étant la cause principale de leur déficience visuelle:

Les causes se fondant sur une représentation du corps:

L'alimentation insuffisante (7,1 %) surtout évoquée par les peuls (*Marassi ou Mâàrey* ou encore manque), la rougeole (6,3%), les traumatismes oculaires (10,7%) et les céphalées (19,6%).

Les causes magico-religieuses:

Les génies de la brousse (21,4%), auxquelles il faut rattacher la volonté divine qui donne une explication surnaturelles de la maladie.

Beaucoup de nos sujets n'attribuent aucune cause à leur maladie (1 aveugle sur 4).

Ces modèles explicatifs ouvrent sur les itinéraires thérapeutiques.

54,5% de nos patient ont eu recours au traitement traditionnel mais, souvent associé au traitement médical moderne dans 18,8% des cas. Le malade ne voit ni opposition ni compétition entre les deux médecines, car l'essentiel pour lui est de guérir. Mais le manque de moyens constitue le principal obstacle à l'utilisation du traitement médical moderne.

Il ne nous est pas non plus possible de dire que la méconnaissance des thérapies possibles empêche le recours aux traitements modernes ni que les conceptions magico-religieuses sont un réel obstacle au traitement. De toute façon, si intéressantes que soient ces dernières hypothèses, elles ne doivent pas nous détourner du fait que l'accessibilité des soins dépend tout d'abord d'une offre de soins de qualité à des tarifs abordables pour les patients et leurs familles.

La mise au point d'un instrument mesurant la qualité de vie des malvoyants apparaît au terme de cette étude une voie de recherche pertinente. C'est en effet le seul moyen de connaître de façon statistiquement significative ce que perçoivent réellement les malades de leur maladie. La mise au point d'un questionnaire en langue française qui soit facilement transposé dans les différentes langues de l'Afrique francophone permettrait de réduire la prévalence de la cécité.

Les cas de cécité rencontrés au cours de notre étude étaient à 59,5 % curables et/ou évitables. Il est donc possible de juguler le problème de cécité dans la région à condition que certaines mesures soient prises:

- L'approvisionnement en eau potable et l'assainissement du cadre de vie de la population
- La mise en place d'antennes ophtalmologiques au niveau des services socio-sanitaires de cercle.
- Le recyclage du personnel actuel, équiper le centre Yeelen de Mopti, ainsi que la formation des médecins spécialistes et des techniciens supérieurs en ophtalmologie.
- L'instauration et le perfectionnement des systèmes G.O.M (groupement ophtalmologique mobile) dans la région et l'augmentation de leur capacité d'intervention.
- Accorder la priorité à toute politique de santé pour la prévention, la détection précoce des maladies cécitantes et leur prise en charge effective.

La réinsertion et la réhabilitation des victimes de la cécité de la région.

La solution à mon avis, est la prévention des maladies cécitantes précocement, par des actions soutenues de santé publiques allant dans le sens aussi bien de l'hygiène individuel que collective, et aussi en se basant sur des études anthropologiques pour démystifier les causes de la cécité.

Au terme de notre étude, nous sommes satisfait et inquiet en même temps.

Notre satisfaction réside du fait d'avoir pu mettre au point un document qui reflète à un certain degré l'image des aveugles de la région.

Notre inquiétude réside du fait que si rien n'est entrepris et avec urgence pour la région, la cécité augmentera de façon considérable. Aussi, la cécité qui entraîne des pertes socio-économiques pourrait constituer à la longue, un goulot d'étranglement pour l'économie de la région et même du pays.



## **X- BIBLIOGRAPHIE**

### **1- André J.M.**

Handicaps, définitions, principes de traitement, processus de récupération  
Bull. Acad. Natle. Méd; 1994, 178, n°7, 1301-1317.

### **2- Badley E.M.**

The genesis of handicap : definition, models of disablement and role of external factors.  
Disability and Rehabilitation, 1995; vol 17, n°2, 53-62 .

### **3-Curbow B., Legro M W., and Brenner M H.**

The inflence of patient related variables in the timing of Cataract Extraction.  
American Journal of Ophthalmology , 1993, 115:614-622.

### **4-Brenner H M., Curbow B., Javitt J C., Legro M W., Sommer A.**

Vision changes and Quality of life in the Elderly. Response to cataract Surgery and treatment of other chronic ocular conditions.  
Arch Ophthalmol , 111 , 1993, 680-684.

### **5- Boré O.**

Les handicaps visuels en Zone rurale sahélienne: Prévalence et étiologies.  
Thèse Médecine Bamako (Mali). 1985.

### **6- Diakité S.**

Evaluation de la prévalence et de l'étiologie des handicaps visuels dans la 3ème Région du Mali .  
Thèse ENMP Bamako Mali 1993.

### **7- Ellwein L B., Fletcher A., Negrel AD et Thulasiraj R D.**

Quality of life assessment in blindness prevention interventions.  
International Ophthalmology , 18: 263-268, 1995.

### **8- Fassin D.**

Handicaps physiques, pratiques économiques et stratégies matrimoniales au Sénégal.  
Social Sc and Med, 1982, 5: 2: 390-402.

**9- Ferguson B.A., Buxton M.J., Drummond M.F.**

Measuring and Valuing Health Status relating to visual impairment :A review of Litterature, concepts, and methods.

HERG Research Report n°3, brunel university, Vxbridge 1988.

**10- Gado N F.**

La cataracte sénile au Niger, aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques .

Thèse Fac .Sc. Sant. Niamey (Niger), 1987.

**11- Guindo A.**

Cartes épidémiologiques d'ophtalmologie du Mali 1980-1993.

Thèse Médecine Bamako (Mali), 1993-1994.

**12- I.O.T.A.**

Prévalence et étiologies des handicaps visuels dans la zone du delta intérieur du fleuve Niger 5ème région du Mali., Avril 1988.

**13- Jaffré. Y., Moumouni A.**

« Etre aveugle ». La cécité, entre une définition épidémiologique et sociale.

Bull.Soc. Path, Ex., 86, 295-299, 1993.

**14- Kyelem D.**

Les causes de Cécité dans les services d'ophtalmologie du centre hospitalier National Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou.

Thèse médecine Ouagadougou ( Burkina Faso), 1991-1992.

**15- Konaté M .**

Valeur diagnostique de différentes méthodes d'examen du cristallin

Thèse médecine Bamako (Mali), 1995-1996

**16- Khuzama S.Mc Carthy M.**

Definitions and determinants of handicap in people with disabilities

Epidemiol Rev. Vol 16 (2), 228-242, 1994.

**17- Lachesnais D., Mawas E D.**

Aspects cliniques du parcours psychologique des opérés de la cataracte sénile.  
Clinique Ophtalmologique, 1987, 2: 97-102 .

**18- Le Marcis F.**

Résultats de l'enquête ethnologique :Cécité en milieu Peul ; cause, recours, et statut de l'aveugle.

ORSTOM Bko 1996; 27p.

**19- Liang M H.**

Measuring the Quality of life of people with Visual impairment.  
Proceedings of a Workshop.National institutes of Health, 1988.

**20-Legro M W.**

Quality of life and cataracts : A review of patient-centered studies of cataract surgery outcomes.

Ophth.Surgery, 22 n°8, 1991, 431-440.

**21- Morgan M., Donald L., Charlton J. et Charlton P.**

Social networks and psychosocial support among disabled people.

Social Science and Medicine, 1984, 19, 5, 489-497.

**22- Negrel A D .**

L'adversaire

Med. Trop. 1995; 4 bis : 405-408

**23- Negrel A D.**

De la Santé oculaire à la cécité: Communication au Congrès « Outils linguistiques d'aide à la médiation médicale ».

Paris ( 15-16 Mars 1993),INALCO.

- 24- Saley S.**  
Epidemiologie de la cécité au Niger.  
Thèse Niger 1990
- 25- Scott I U.**  
Functional status and Quality of life measurement among Ophthalmic patients.  
Arch Ophthalmol, Vol 112, 1994,329-335.
- 26- Thylefors B.**  
La cécité pourrait souvent être évitée.  
O.M.S., Forum mondial de la santé, 12 : 88-97.
- 27- Thylefors B.**  
Much blindness is avoidable.  
World Health Forum, 1991,12 : 78-86.
- 28- Thylefors B., Négrel A D., Pararajasegaram R., Dadzie K Y.**  
Global data on blindness.  
The Bulletin of the World Health Organisation, 73(1): 115-121,1995
- 29- Evolution du concept de handicap**

## ANNEXES:

### ANNEXE I

#### **CERCLE DE MOPTI**

##### **\*Arrondissement Mopti-central**

- 1- Barbé
- 2- Kobaka
- 3- Sakarel
- 4- Tongorongou

##### **\*Arrondissement Dialloubé**

- 5- Kagnio
- 6- Saba
- 7- Tebby

##### **\*Arrondissement Fatoma**

- 8- Fatoma
- 9- Manako
- 10- Sougui

**\*Arrondissement Konna**

11- Kinani

12- Konna

13- Kotaka

14- Ninga

15- Takoutalla

**\*Arrondissement Korientzé**

16- Kéra

17- N'Dissorè

**\*Arrondissement Ouro-Modi**

18- Koubaye

**\*Arrondissement Sendegué**

19- Bokorè

**\*Arrondissement Soufouroulaye**

20- Neima

21- Somadougou

**\*Arrondissement Soye**

22- Sahona

23- Soye-tagga

**CERCLE DE DJENNE**

**\*Arrondissement Djénné-central**

24- Djéra

25- Kobassa

26- Sénossa

**\*Arrondissement Konio**

27- Bougoula

28- Noukina

**\*Arrondissement Kouakourou**

29- Koa

30- Mourrah

31- Saré-Hamadoun

**\*Arrondissement Mougna**

32- Kandara

33- Sabara

34- Tié

**\*Arrondissement Sofara**

35- Dégou

36- Madiama

37- Sofara

38- Tombona

39- Torokoro

**\*Arrondissement Taga**

40- N'Dobougou

## ANNEXE-2

**TABLEAU : Questionnaire de la vision perçue:**

	très bonne	bonne	moyenne	mauvaise
1- En général pouvez vous dire que votre vision(avec lunette si vous les portez ) est	1	2	3	4
2- votre problème visuel vous limite t-il dans vos activités	pas du tout		un peu	beaucoup
3- avez vous des problèmes à reconnaître les gens dans la rue?	1		2	3
4- avez vous des problèmes à reconnaître des gens assis près de vous	1		2	3
5- avez vous des problèmes à reconnaître les petits ou minuscules objets (tels que les graines ou les lignes de la main)	1		2	3
6- avez vous des problèmes à voir les objets sur le coté quand vous marchez ?	1		2	3
7- avez vous des problèmes à vous adaptez à l'obscurité après avoir quitté la lumière ?	1		2	3
8- avez vous des problèmes à vous adapter à la lumière après avoir quitté l'obscurité ?	1		2	3
9- avez vous des problèmes à localiser quelque chose entouré de plusieurs objets ? (comme identifier un morceau de viande dans un plat)	1		2	3
10- avez vous des problèmes à identifier ou reconnaître les couleurs	1		2	3
11- quand vous cherchez un objet (comme prendre un verre) avez vous des problèmes à le retrouver parce qu'il vous semble plus éloigné ou plus proche que vous le pensez ?	1		2	3
12- avez vous des problèmes à reconnaître une personne avec laquelle vous êtes en pleine lumière ?	1		2	3
13- avez vous des problèmes quand les lumières éclatantes vous vont directement dans les yeux ? (telle que les phares d'une voiture)	1		2	3



**TABLEAU n°1 : Questionnaire qualité de vie**

**a- AUTONOMIE**

Avez vous des problèmes à cause de votre vision pour effectuer des activités suivantes sans être aidé ?

	pas du tout	un peu	beaucoup	quelqu'un vous aide t-il	
				non	oui
1. manger	1	2	3	0	2
2. Vous habiller	1	2	3	0	2
3. aller aux toilettes	1	2	3	0	2
4. Vous laver	1	2	3	0	2

## **b- DEPLACEMENT**

avez vous des problèmes à cause de votre vision pour effectuer des activités suivantes sans être aidé ?

	pas du tout	un peu	beaucoup	quelqu'un vous aide t-il	
				non	oui
1 Vous déplacer dans la concession	1	2	3	0	2
2 aller chez les voisins	1	2	3	0	2
3 aller faire des courses	1	2	3	0	2
4 aller faire le marché	1	2	3	0	2

---

## **c- SOCIAL**

1 a cause de votre problème visuel vous sentez vous gêné pour participer aux rencontres sociales telles que les cérémonies

pas du tout un peu beaucoup

2 vous sentez vous un fardeau pour les autres

1 2 3

3- qui s'occupe de vous (coté de 1 à 4)

---

## **d- PSYCHOLOGIE**

1 avez- vous de nombreux amis et êtes- vous entouré par eux ?

ou

coté 1

avez-vous peu d'amis et vous sentez-vous un peu marginalisé ?

2 vous sentez-vous heureux et détendu la plupart du temps ?

ou

coté 3

vous sentez-vous anxieux et déprimé très souvent ?

---

# QUESTIONNAIRE

## I/ IDENTIFICATION

- 1- Numero .....  
2- Date de l'interview ..... / ..... / .....  
3- Nom Prenom: .....  
4- Cercle.....  
- Arrondissement: .....  
- Village : .....  
- Numero de la grappe: .....  
5- Langue de l'entretien.....

1 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

2 [ ] [ ]

3 [ ] [ ] [ ] [ ]

4 [ ] [ ] [ ] [ ]

5 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

6 [ ] [ ] [ ] [ ]

## II/ CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES:

1- Sexe M [ ] F [ ]

7 [ ] [ ]

2- Age: .....

8 [ ] [ ] [ ] [ ]

3- A quelle ethnie appartenez-vous ?

9 [ ] [ ] [ ] [ ]

- Peulh 1 [ ]

- Bozo 2 [ ]

- Dogon 3 [ ]

- Somono 4 [ ]

- Bambara 5 [ ]

- Sonrhai 6 [ ]

- Mossi 7 [ ]

- Autres 8 [ ]

4- Quel est votre statut matrimonial ?

10 [ ] [ ] [ ] [ ]

- Marié 1 [ ]

- Veuf 2 [ ]

- Divorcé 3 [ ]

- Célibataire 4 [ ]

- Nombre de femmes (facultatif) 5 [ ]

11 [ ] [ ] [ ] [ ]

5- Avez-vous des enfants ?

12 [ ] [ ] [ ] [ ]

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

- Nombre d'enfants [ ]

13 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

6- Quelle est votre religion ?

14 [ ] [ ] [ ] [ ]

- Musulman 1 [ ]

- Chretien 2 [ ]

- Animiste 3 [ ]

- Autres 4 [ ]

- Sans reponse 5 [ ]

7- Avez-vous fréquenté l'école ?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

15 [ ]

Si oui

- Ecole moderne 1 [ ]

- Medersa 2 [ ]

- Ecole coranique 3 [ ]

- Alphabétisation 4 [ ]

16 [ ]

8- Si oui quel est votre niveau d'éducation ?

- Premier cycle 1 [ ]

- Second cycle 2 [ ]

- Secondaire 3 [ ]

- Supérieur 4 [ ]

- Autres 5 [ ]

- Sans réponse 6 [ ]

17 [ ]

9- Etes-vous déjà parti en exode?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

18 [ ]

.....

.....

.....

.....

### III/ CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES:

1- Caractéristique du village:

- Ecole [ ]

19 [ ]

- Dispensaire [ ]

20 [ ]

- Centre d'alphabétisation: [ ]

21 [ ]

- Distance du village au chef lieu de cercle: [ ]

22 [ ]

- Marché [ ]

23 [ ]

- Distance à la route principale: [ ]

24 [ ]

- Nombre d'habitants [ ]

25 [ ]

2- Concession:

- Nombre de pièces dans la concession: [ ]

26 [ ]

- Nombre d'habitants dans la concession: [ ]

27 [ ]

- La taille du ménage: [ ]

28 [ ]

- Position dans la famille: .....

29 [ ]

- Autres constatations:

.....

.....

.....

## 3- Maison:

- en dur: [ ] 30 [ ]
- en banco: [ ] 31 [ ]
- toit de paille [ ] 32 [ ]
- toit en tôle: [ ] 33 [ ]

## 4- Sources d'éclairage:

- Electricité: 1 [ ] 34 [ ]
- Lampe à pétrole: 2 [ ]
- Lampe à huile: 3 [ ]
- Bougie 4 [ ]
- Autres: 5 [ ]

## 5- L'approvisionnement en eau:

- Robinet partagé à l'intérieur 1 [ ] 35 [ ]
- Robinet partagé à l'extérieur: 2 [ ]
- Puits forages à la maison: 3 [ ]
- Puits forages à l'extérieur: 4 [ ]
- Rivière: 5 [ ]

## 6- Les objets possédés dans le foyer:

- Bicyclette: [ ] 36 [ ]
- Mobylette [ ] 37 [ ]
- Ane: [ ] 38 [ ]
- Charette [ ] 39 [ ]
- Voiture: [ ] 40 [ ]
- Frigo: [ ] 41 [ ]
- TV [ ] 42 [ ]
- Radio [ ] 43 [ ]
- Foyer à gaz: [ ] 44 [ ]
- Autres (à préciser) [ ] 45 [ ]

## IV/ HISTOIRE DE LA MALADIE:

## 1- Depuis quand vous ne voyez plus ou plus bien ? 46 [ ]

- Moins de 6 mois 1 [ ]
- Entre 6 mois - 1 an 2 [ ]
- De 1 an - 5 ans 3 [ ]
- Plus de 5 ans 4 [ ]
- Ne sait plus 9 [ ]



5) Qu'est ce que vous avez fait depuis ?

49

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6) Peut- on soigner cette maladie (ou ce problème) ?

50

NON 1 [ ] OUI 2 [ ] Ne sait pas 3 [ ]

7) Comment:

51

.....

.....

.....

.....

**V/ FONCTION VISUELLE:**

1- En général pouvez-vous dire que votre vision (avec lunettes, si vous les portez) est :

52 

- Très bonne 1 [ ]
- Bonne 2 [ ]
- Moyenne 3 [ ]
- Mauvaise 4 [ ]

2- Votre problème visuel vous limite t-il dans vos activités ?

53 

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

3- Avez-vous des problèmes à reconnaître les gens dans la rue ?

54 

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

4- Avez-vous des problèmes à reconnaître les gens assis près de vous ?

55 

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

5- Avez-vous des problèmes à reconnaître les petits ou minuscules objets (tels que les graines ou les lignes de la main) ?

56 

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

6- Avez-vous des problèmes à voir des objets sur le coté quand vous marchez ?

57 

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

7- Avez-vous des problèmes à vous adapter à l'obscurité après avoir quitté la lumière ?

58 

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

8- Avez-vous des problèmes à vous adapter à la lumière après avoir quitté un endroit sombre ?

59 

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



9- Avez-vous des problèmes à localiser quelque chose entouré de plusieurs objets ? (comme identifier un morceau de viande dans un plat). 60

- Pas du tout 1

- Un peu 2

- Beaucoup 3

10- Avez-vous des problèmes à identifier ou reconnaître les couleurs ? 61

- Pas du tout 1

- Un peu 2

- Beaucoup 3

11- Quand vous cherchez un objet (comme prendre un verre) avez-vous des problèmes à le retrouver parce qu'il vous semble plus éloigné ou plus proche que vous le pensez ? 62

- Pas du tout 1

- Un peu 2

- Beaucoup 3

12- Avez-vous des problèmes à reconnaître une personne avec laquelle vous êtes en pleine lumière ? 63

- Pas du tout 1

- Un peu 2

- Beaucoup 3

13- Avez-vous des problèmes quand les lumières éclatantes vous vont directement dans les yeux ? (telle que les phares d'une voiture). 64

- Pas du tout 1

- Un peu 2

- Beaucoup 3

14) Savez-vous lire ? 65

- En français ?

NON 1  OUI 2

- En arabe ?

NON 1  OUI 2

Si oui êtes-vous gêné pour la lecture ? 67

- Pas du tout 1

- Un peu 2

- Beaucoup 3

15) Avez-vous des problèmes pour faire le tressage ? (pour les femmes): 68

- Pas du tout 1

- Un peu 2

- Beaucoup 3

**VI/ QUALITE DE VIE:****A/ Autonomie:**

Avez-vous des problèmes à cause de votre vision pour effectuer des activités suivantes sans être aidé ?

**1- Manger:**

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

69 

- Quelqu'un vous aide t-il ?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

70 **2- Vous habiller:**

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

71 

- Quelqu'un vous aide t-il ?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

72 **3- Aller aux toilettes:**

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

73 

- Quelqu'un vous aide t-il ?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

74 **4- Vous laver:**

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

75 

- Quelqu'un vous aide t-il ?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

76 **5- Faites-vous toujours la cuisine ? (pour les femmes):**

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

77 

Si oui avez-vous des problème ?

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

78 

Quelqu'un vous aide t-il ?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

79

B/- Déplacement:

-Avez-vous des problèmes à cause de votre vision pour effectuer des activités suivantes sans être aidé ?

1- Vous déplacer dans la concession:

- Pas du tout 1 [ ]

- Un peu 2 [ ]

- Beaucoup 3 [ ]

- Quelqu'un vous aide t-il ?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

2- Aller chez les voisins:

- Pas du tout 1 [ ]

- Un peu 2 [ ]

- Beaucoup 3 [ ]

- Quelqu'un vous aide t-il ?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

3- Aller faire des courses:

- Pas du tout 1 [ ]

- Un peu 2 [ ]

- Beaucoup 3 [ ]

- Quelqu'un vous aide t-il ?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

4- Aller faire le marché:

- Pas du tout 1 [ ]

- Un peu 2 [ ]

- Beaucoup 3 [ ]

- Quelqu'un vous aide t-il ?

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

C/ Social:

A cause de votre problème visuel vous sentez-vous gêné pour participer aux rencontres sociales telles que les cérémonies ?

- Pas du tout 1 [ ]

- Un peu 2 [ ]

- Beaucoup 3 [ ]

80

81

82

83

84

85

86

87

88

A cause de votre problème visuel vous sentez-vous un fardeau pour les autres ? 89

- Pas du tout 1 [ ]

- Un peu 2 [ ]

- Beaucoup 3 [ ]

- y-a t-il souvent quelqu'un qui vient s'occuper de vous ? 90

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

Si oui qui ? ..... 91

D/ Psychologie:

1- Quel est votre moral maintenant ? 92

.....  
.....

2- En quoi votre vision joue t-elle sur votre moral ? 93

.....  
.....  
.....

3- Avez-vous de nombreux amis et êtes-vous très entouré par eux ? 1 [ ] 94

Ou bien

4- Avez-vous peu d'amis et vous sentez-vous un peu marginalisé ? 2 [ ]

.....  
.....  
.....  
.....

\* Vous sentez-vous heureux et détendu la plus part du temps ? 1 [ ] 95

Ou bien

\* Vous sentez-vous anxieux et déprimé très souvent ? 2 [ ]

.....  
.....  
.....  
.....



- 3- Quel était votre métier principal ? 1er travail 1 [ ] 99 [ ] 2<sup>em</sup> travail 2 [ ] 100 [ ]
- Agriculteur 1 [ ]
  - Eleveur 2 [ ]
  - Pêcheur 3 [ ]
  - Manoeuvre ou ouvrier non qualifié 4 [ ]
  - Ménagère 5 [ ]
  - Travailleur domestique 6 [ ]
  - Commerçant 7 [ ]
  - Petit commerce 8 [ ]
  - Fonctionnaire 9 [ ]
  - Sans profession 10 [ ]
  - Retraité 11 [ ]
  - Autres (preciser) 12 [ ] .....
- 4- Etiez-vous payé pour ce travail ? 101 [ ]  
NON 1 [ ] OUI 2 [ ]
- 5- Travaillez-vous actuellement que ce soit chez vous ou à l'extérieur . 102 [ ]  
NON 1 [ ] OUI 2 [ ] Si oui passez à 10
- 6- Pourquoi ne travaillez-vous pas maintenant ? 103 [ ]
- Trop âgé ou en retraite 1 [ ]
  - Autres problèmes de santé (à preciser) 2 [ ]
- 
- Pas besoin de travailler 3 [ ]
  - A cause du problème de vision 4 [ ]
  - Autres (à preciser) 5 [ ]
- 
- 7- Depuis combien de temps avez-vous arrêté de travailler ? 104 [ ]
- Moins de 6 mois 1 [ ]
  - Entre 6 mois - 1 an 2 [ ]
  - De 1 an - 5 ans 3 [ ]
  - Plus de 5 ans 4 [ ]
  - Ne sait plus 5 [ ]
- 8- Etes-vous aidé par la charité publique ? 105 [ ]  
NON 1 [ ] OUI 2 [ ]
- 9- Le revenu de votre famille a t-il changé à cause de votre arrêt d'activités ? 106 [ ]
- Pas de changement 1 [ ]
  - Un peu diminué 2 [ ] Si 1 [ ] passez à 10
  - Beaucoup diminué 3 [ ]

- 10- Comment votre famille s'est-elle arrangée avec cette diminution de revenu ? 107
- En se débrouillant avec ce qui est disponible 1 [ ]
  - D'autres membres de famille ont fait un travail supplémentaire pour avoir de l'argent 2 [ ]
  - En dépensant l'argent économisé 3 [ ]
  - En faisant un emprunt: 4 [ ]
  - En vendant des biens: 5 [ ]
  - Autres (à préciser) 6 [ ]

(Aller à la fin)

11- Quel est votre travail actuel ?

- Agriculteur 1 [ ] 1er travail 1 [ ] 2ème travail 2 [ ]
- Eleveur 2 [ ] 108   109
- Pêcheur 3 [ ]
- Manoeuvre ou ouvrier non qualifié 4 [ ]
- Ménagère 5 [ ]
- Travailleur domestique 6 [ ]
- Commerçant 7 [ ]
- Petit commerce 8 [ ]
- Fonctionnaire 9 [ ]
- Sans profession 10 [ ]
- Retraité 11 [ ]
- Autres (preciser) 12 [ ]

12- Dans ce travail dans quel mesure votre vision vous gêne t-elle ? 110

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

13- Etes-vous payé pour ce travail: 111

NON 1 [ ] OUI 2 [ ]

14- Est ce que le revenu de votre famille a diminué ? 112

- Pas de changement 1 [ ] Si pas de changement allez à la fin.
- Un peu 2 [ ]
- Beaucoup 3 [ ]

15- Comment est ce que votre famille s'est-elle comportée avec cette diminution de revenus ?

a) En se debrouillant avec ce qui est disponible: 1 [ ] 113

D'autres membres de la famille se sont arrangé à avoir un travail supplémentaire:

2 [ ]





## **ANNEXE 3**

## **ABREVIATIONS**

**AV:** Acuité visuelle

**CLD:** Compter les doigts à

**IOTA:** Institut d'ophtalmologie tropicale en Afrique

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé

**PL:** Perception lumineuse

**SA:** Score Autonomie

**SAS:** Score adaptation sensorielle

**SCV :** Score Champ visuel

**SD:** Score déplacement

**SVP:** Score vision perçue

**SG:** Score général de vision

**SPV:** Score perception visuelle

**SR:** Score relief

**SQDV:** Score qualité de vie

**SS: Score Sociale**

**UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation et la culture**

**VO: Pas de perception lumineuse**

**Hbts: habitants**

NOM:KEITA

PRENOM: Tahirou Mamadi

# TITRE DE LA THESE: DE LA DEFICIENCE VISUELLE AU HANDICAP

« ETUDE DE 203 AVEUGLES ET MALVOYANTS  
DANS LA REGION DE MOPTI (MALI) »

ANNEE: 1996-1997

PAYS D'ORIGINE: MALI

LIEU DE DEPOT: BIBLIOTHEQUE FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

SECTEUR L'INTERET: OPHTALMOLOGIE, SANTE PUBLIQUE

## RESUME:

Notre étude avait pour but principal de montrer comment une déficience visuelle pouvait se transformer en handicap dans une société rurale Africaine, elle devait aussi mettre en évidence l'impact que créait cette déficience sur la qualité de vie et le travail des déficients visuels.

Il s'agissait d'une étude transversale concernant les personnes de plus de 40 ans de la région de Mopti.

Un échantillon de 10690 individus, a été tiré au sort et toutes les personnes de plus de 40 ans, soit 2021 personnes, ont été examinées.

Tous les aveugles ( 112 individus ) et 91 malvoyants ont été examinés et interrogés, pour apprécier le retentissement de la perte visuelle sur leur qualité de vie et leur travail.

L'âge moyenne des aveugles est de 66,2 ans chez les aveugles, il y avait 51,8% d'hommes et 48,2% de femmes. La prévalence de la cécité dans la population générale est supérieure à 1,05 % alors qu'elle est de 5,54 % chez les plus de 40 ans. La cataracte constitue la première cause de cécité bilatérale dans notre population car elle est responsable de 59,5% des causes prédominantes de cécité. Le patient évoque pour expliquer son incapacité, une cause organique dans 43,7% des cas et une cause magico religieuse dans 31,2%. Un aveugle sur quatre n'attribue aucune cause à sa cécité. Le premier recours reste la médecine traditionnelle (54,5%), parfois associée aux médicaments de la médecine moderne (18,8%). Seuls 2,7% des aveugles ont consulté dans un centre médical. 24,1% prétendent n'avoir rien fait. La plupart des aveugles ( 93% ) ont arrêté leur travail et dans 83,7% des cas à cause du problème visuel. Ceci a entraîné une diminution importante du revenu familial (67,3%) et oblige les membres de la famille (82,7%) à accomplir un travail supplémentaire. La qualité de vie diminue de façon très importante lorsque le seuil de 1/20 fixé par l'OMS pour définir la cécité est franchi. pour un même niveau d'incapacité la qualité de vie des femmes est plus mauvaise que celle des hommes. Il faut noter que 72,2% des femmes aveugles sont veuves ou célibataire alors que 86,2% des hommes aveugles sont mariés.

**Mots clés:** cécité, incapacité, déficience, handicap, qualité de vie, itinéraire thérapeutique.

## 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.*