

MINISTERE DE L'EDUCATION

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de médecine, de pharmacie
et d'odontostomatologie

Année universitaire : 2005-2006

Thèse N° _____

***RAISONS DU RETARD DE LA PRISE EN CHARGE DES
CATARACTES BLANCHES CECITANTES A L'IOTA A PROPOS DE
410 CAS EN 2005***

THESE

Présentée et soutenue publiquement le...../...../ 2006
devant
la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie par

MLLE MARIE NATHALIE MAAH
Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur **SIDI YAYA SIMAGA**

Membre : Docteur **TRAORE JEANNETTE THOMAS**

Codirecteur de thèse : Docteur **LAMINE TRAORE**

Directeur de thèse : Professeur **ABDOULAYE DIALLO**

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : MASSA SANOGO – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : GANGALY DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETARE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	: Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	: Pneumo-phtisyologie
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
Mr Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	: Urologie
Mr Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
Mr Alhousseni Ag MOHAMED	: O.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
Mr Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
Mr Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	: Anesthésie –Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
Mr Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie
Mr Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	: Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
Mr Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	: Orthopédie –Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	: Urologie
Mr Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	: Odontologie
Mr Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	: Bactériologie- Virologie (OMS)
Mr Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie
Mr Yéya T. TOURE	: Biologie (OMS)
Mr Amadou DIALLO	: Biologie
Mr Moussa HARAMA	: Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
Mr Amadou TOURE	: Histo- embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	: Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE	: Biologie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
Mr Adama DIARRA	: Physiologie
Mr Mamadou KONE	: Physiologie
Mr Massa SANOGO	: Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	: Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
Mr Abdourahamane TOUNKARA	: Biochimie
Mr Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie
Mr Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	: Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	: Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	: Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	: Parasitologie
Mr Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	: Biologie-Parasitologie
Mr Bokary Y. SACKO	: Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	: Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	: Neurologie
Mr Issa TRAORE	: Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie-Hépatologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
Mr Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubakar DIALLO	: Cardiologie
Mr Somita KEITA	: Dermato-Leprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	: Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamady KANE	: Radiologie
Mme Tatiana KEITA	: Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	: Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	: Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	: Gastro-Entérologie
Mr Saharé FONGORO	: Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie

Mr Kassoum SANOGO	: Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	: Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	: Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	: Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	: Radiologie
Mr Idrissa CISSE	: Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
Mr Anselme KONATE	: Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	: Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	: Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	: Psychologie
Mr Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses
Mr Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses
Mr Cheïck Oumar GUINTO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	: Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	: Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	: Législation
Mr Elimane MARIKO	: Pharmacologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	: Chimie Analytique
Mr Alou KEITA	: Galénique
Mr Ababacar MAIGA	: Toxicologie
Mr Yaya KANE	: Galénique

5. ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	: Pharmacognosie
------------------	------------------

Mr Saïbou MAIGA : Législation
Mr Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire
Mr Boubacar TRAORE : Immunologie-Pharmacologi

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA : Santé Publique, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Moussa A. MAIGA : Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE : Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE : Santé Publique
Mr Adama DIAWARA : Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO : Santé Publique
Mr Massambou SACKO : Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO : Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP : Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA : Epidémiologie
Mr Oumar THIERO : Biostatistique

6. CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA : Botanique
Mr Boubou DIARRA : Bactériologie
Mr Salikou SANOGO : Physique
Mr Boubacar KANTE : Galénique
Mr Souleymane GUINDO : Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA : Mathématiques
Mr Modibo DIARRA : Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA : Hygiène du milieu
Mr Mahamadou TRAORE : Génétique
Mr Yaya COULIBALY : Législation

7. ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	: Bromatologie
Pr Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr Eric PICHARD	: Pathologie Infectieuse
Pr Mounirou CISSE	: Hydrologie
Pr Amadou DIOP	: Biochimie

DEDICACES

A Dieu Tout Puissant,

Vers Toi, j'ai levé mes yeux ô, Toi qui habites dans les cieux. Tu m'as gardé et secouru durant ces longues années. Que ta main serve à me venir en aide. Béni sois-Tu pour tes bienfaits.

A mon père Maître BALENG MAAH Célestin,

L'occasion, pour moi, est précieuse de te renouveler ici les témoignages de la profonde reconnaissance pour tous les soins dont tu nous as toujours entouré. Les années se sont enfouies, les jours se sont succédés aux autres, toujours ton image est demeurée devant mes yeux. La conduite que je tiendrai dans la vie sera la tienne et je ne chercherai d'autre chemin que celui que tu m'as tracé, celui de l'honneur, du travail, du devoir. Ton souhait était que je fasse médecine, tu en es récompensé aujourd'hui. Merci pour avoir fait de nous des femmes de demain.

A ma mère Mme BALENG MAAH née NGO NYOGOG Marie Paule,

Dévouée, tu m'as accompagnée durant toutes ces années ;
Ingénieuse, tu as toujours su parler sans ambages ;
Habile, tes conseils ont guidé mes pas et éclairé ma lanterne ;
Complicités, rires et pleurs, hauts et bas ont été partagés ;
Oui, c'est pour moi une joie indicible de t'avoir à mes côtés.
Tu es irremplaçable. Merci maman.

A ma sœur Docteur **BALENG MAAH Bernadette,**

Les moments les plus heureux et les plus tristes, nous les avons traversés ensemble. Je bénis le ciel chaque jour d'avoir permis que nous soyons réunies en cette terre malienne. Les années passées ensemble ont été merveilleuses et ton soutien indéfectible est ce qui restera gravé dans mon cœur. Puisse Dieu te soutenir dans la voie que tu as choisie et que tes vœux se réalisent.

A ma petite chérie, **BALENG MAAH Marie Paule,**

Tu es un véritable cadeau de Dieu. Tu éclaires nos vies, et quand je pense à toi, mon cœur est heureux. Avec l'aide de Dieu, je te promets que je ne ménagerai aucun effort pour que tes jours soient joyeux.

A mes frères **Samuel MAAH BALENG, BALENG MAAH Celestin Cyrille, BALENG MAAH Celestin Patrick,**

Chacun de vous est unique et l'on ne peut que se retrouver dans cette diversité. La distance qui nous sépare a davantage renforcé nos liens. Toujours à l'écoute, vous n'avez cessé de m'encourager. Voici le fruit de notre séparation. Bonne chance dans vos études et que le Seigneur donne encore longue vie à nous tous.

A ma grand-mère, Mme **MAAH Marie Thérèse,**

Tu m'a dit il y'a quelques années que tu serais là quand je finirais mes études au Mali. Ton vœux se réalise en ce jour. Que le Seigneur te prête encore longue vie.

A mes grands parents, Feu **MAAH Samuel Théodore, Feu NGO NYOGOG Jeanne,**

Que ce travail soit le témoignage de toute mon estime et de la fierté de faire partie de votre progéniture.

A mes oncles et tantes, je leur dis merci.

A mes cousins et cousines, neveux et nièces,
Bonne chance dans vos études, et surtout courage.

REMERCIEMENTS

A tout le Peuple Malien,
Pour son hospitalité et sa générosité. Merci.

Au **CAMEROUN**,
Terre patrie, berceau de nos ancêtres. Merci

Aux Docteurs **Thierry NONG** et **Anderson KAMSI**,
Pour vos conseils et pour votre soutien, recevez mes sincères remerciements.

Au Docteur **Germain MOMO**,
Vos conseils ont contribué à l'élaboration de ce travail ; trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance.

Au Docteur **Sambaouma MONIE**,
Tu m'as ouvert les bras quand je suis arrivé à l'IOTA. Affectueuses pensées.

Aux médecins en CES d'ophtalmologie, aux infirmiers d'état spécialisés d'ophtalmologie et à tout le personnel de l'IOTA,
Votre dévouement et votre disponibilité vous honorent. Vous avez participé à l'amélioration de ce travail à travers vos remarques. Merci et brillante carrière.

Aux faisant fonction d'internes de l'IOTA,
Courage et persévérance.

A Messieurs **FAMOLO** et **KEITA** du PNLC,

Vous avez été les premiers à croire en ce travail et m'y avez encouragé. Je vous en suis reconnaissante.

A la promotion **ASPRO** (Ambition, Solidarité, Persévérance, Réussite, Organisation), cela a été une joie pour moi de faire partie de cette famille.

A **Christian NGOM** et **Didier BELEK**,

Compagnons de galère nous avons été, compagnons de demain nous resterons.

Ce fut pour moi une joie immense d'être à vos côtés. Nous avons partagé des moments inoubliables. Merci d'avoir été là durant ces longues années.

Au Docteur **Lionel AVEBE**,

Tu as su être un véritable ami. Les années traversées et les obstacles rencontrés n'ont entachés en rien le lien qui nous unit. Tu as participé à la réalisation de ce travail et tu n'as pas compté le temps consacré. Merci d'avoir été là. Je te souhaite une bonne carrière, succès et réussite dans tes entreprises.

A Monsieur et Madame **SONGUE PIPPAH**,

Vous êtes l'exemple à suivre. L'accueil, les instants et rires partagés, l'écoute, ont amélioré le temps passé à BAMAKO; je vous dis tout simplement merci.

A mes frangines, **Francine NGO LOULOUGA**, **NGO LIPENDA Elise**, **Raphaella NYEKEL**, Docteur **AMBADIAN Bibiane**,

Merci pour ces moments passés ensemble et courage.

A mes cadets affectueusement **AVEBE Manfred, Gabin KOOH, José KOOH, Louise Nathalie BENDJAKA, Cristella EROUME, Nancy, Sandrine, Steve, Olivier BEKOLO, Arnaud NKOUMOU, Berthe NGO YANA**

Courage et persévérance.

A mes ami(e)s : **Notthurge DITENGOU, Patrick NGASSA, EYOKO Sandrine, Freedy EBELLE, Claude TCHONKO, HONGA Vanina, Charles BISSE, Thierry BOTORO, Marlyse NGO LISSOM, Sandrine NENGOM, Rachelle EDIMO, Armelle ZAFACK, Christelle BOYOM, Carine ALOUGOU, Aline ALOUGOU, Christian TIENTCHEU, Ibrahim NJOYA, Irène NGO TJE, Moussa, Moustapha, Amida, MOUMBE Mado, Maimouna SANGO, Sandrine CHAPCHET ,Virginie KEMOGNE...**

Pour les joies et les moments partagées.

Aux familles **MAIGA Fatoumata, MAIGA valentine**

Vous m'avez ouvert les portes de vos maisons.

A tantine **Nana Diane TRAORE,**

Ta gentillesse et ta bonté n'ont pas d'égale.

Les acteurs de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.

HOMMAGES PARTICULIERS

AUX

HONORABLES MEMBRES DU JURY.

A notre Maître et Président du jury: **Professeur Sidi YAYA SIMAGA**

-Chef du DER de santé publique

-Professeur de Santé Publique à la FMPOS

-Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Cher Maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations prouve votre générosité et votre modestie.

Votre engagement dans la formation fait de vous une personnalité exemplaire. Vos qualités humaines et scientifiques ont forcé notre admiration. Veuillez agréer cher maître l'expression de notre profond respect et notre reconnaissance.

A notre Maître et juge : **Docteur TRAORE JEANNETTE THOMAS**

-Maître de conférence à la FMPOS

-Responsable de la formation paramédicale à l' IOTA

En acceptant d'apprécier ce modeste travail, vous contribuez cher maître, à son indispensable amélioration. Recevez l'expression de nos respectueux hommages.

A notre Maître et co-Directeur de thèse ; **Docteur Lamine TRAORE**

-Assistant Chef de clinique en ophtalmologie

-Responsable du département de recherche à l'IOTA

Vous nous avez fait l'honneur de codiriger cette thèse. Vous n'avez ménagé aucun effort pour son élaboration. La spontanéité avec laquelle vous m'avez accueillie me va droit au cœur. Votre simplicité, votre pragmatisme et la qualité de votre enseignement font qu'il est aisé d'apprendre à vos côtés. Pour la confiance que vous nous avez accordée en nous proposant ce sujet, et pour votre aide précieuse dans sa réalisation, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse : **Colonel Abdoulaye DIALLO**

-Professeur agrégé en ophtalmologie

-Directeur de l'IOTA par intérim

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service et en nous confiant ce travail. Nous avons bénéficié de vos connaissances scientifiques et de vos qualités humaines. Pour votre aide précieuse dans la réalisation de ce travail, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

AV : Acuité visuelle

CLD 1m : compter les doigts à 1mètre

CLD 2m : compter les doigts à 2 mètres

CSCOM : Centre de santé communautaire

CP : Centre primaire

EEC : Extraction extra capsulaire

HTA : Hypertension artérielle

IOTA : Institut d'ophtalmologique tropicale de l'Afrique

LAF : Lampe à fente

IOL : Lentille intra oculaire

Mg : milligramme

PL: Perçoit la lumière

OD : Oeil droit

OG: Œil gauche

ODG: Oeil droit et gauche

OMS : Organisation mondiale de la santé

RPM : Réflexe protomoteur

PPL : Ne perçoit pas la lumière

PNLC : Programme national de lutte contre la cécité

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	1
II- OBJECTIFS.....	2
III-GENERALITES.....	3
1-Rappels anatomique et physiologique de l'œil.....	3
2-La cataracte.....	5
3-Les barrières de la chirurgie de la cataracte.....	20
IV- METHODOLOGIE.....	27
V-RESULTATS.....	33
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	52
VII-CONCLUSION ET RECOMANDATIONS.....	58
VIII-REFERENCES.....	60

INTRODUCTION

Dans le monde, environ 161 millions de personnes sont affectées par un déficit visuel, dont 37 millions d'aveugles [1]. Ainsi, c'est en Afrique sub-saharienne que l'on observe la situation la plus préoccupante puisque 1% de la population est affectée par un déficit visuel, soit 5 fois plus que dans les pays industrialisés. S'agissant des causes, la cataracte représente de loin la première cause (47%), ce qui montre à quel point les services de soins oculaires restent insuffisants. Le nombre annuel de nouveau cas de cataracte cécitante serait estimé à 300 000 [2].

En effet, la cataracte, véritable problème de santé publique est une opacification partielle ou complète du cristallin qui est normalement transparent. Elle crée une baisse progressive de la vision et peut être uni ou bilatérale. Une pupille devenue blanche est un signe très révélateur de la cataracte. Si elle survient plus souvent chez les personnes de plus de 60 ans, elle touche aussi des personnes plus jeunes, parfois des enfants.

La chirurgie constitue le seul moyen d'améliorer la vision. Toutefois, la population recourt rarement aux services du chirurgien ophtalmologue et son équipe médicale. Selon l'OMS, à l'échelle mondiale, les services de soins oculaires ne sont actuellement utilisés que par un quart de personnes qui en ont besoin [3], les patients qui pourraient bénéficier d'une chirurgie de la cataracte restent chez eux.

Au Mali comme dans beaucoup de pays en développement, la prise en charge de la cataracte souffre de nombreuses barrières. Ces obstacles de divers ordres tant socioculturels que financiers seraient responsables de l'inaccessibilité aux soins ophtalmiques. Le but de notre étude est tenter de mettre en relief les raisons pour lesquelles les patients hésitent à faire appel à la chirurgie oculaire correctrice de la fonction visuelle . Aussi, le présent travail vise les objectifs suivants :

OBJECTIFS

➤ *OBJECTIF GENERAL*

Etudier les différentes raisons du retard de la prise en charge de la cataracte cécitante à l'IOTA de mars à septembre 2005.

➤ *OBJECTIFS SPECIFIQUES*

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients.
- Décrire les caractéristiques cliniques des patients.
- Apprécier les connaissances de la population sur la cataracte.
- Transcrire les principales raisons invoquées pour ne pas recourir tôt à la chirurgie de la cataracte à l'IOTA.

GENERALITES

I- RAPPELS ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'ŒIL [4 ,5]

Le globe oculaire de forme sphérique siège dans l'orbite qui est recouverte de tissu adipeux. Sa paroi est formée de trois couches individualisées ; au niveau de sa couche interne siègent les structures de protection et de réfringence. Les sensations visuelles sont transmises au télencéphale par le nerf optique qui émerge du pôle postérieur de l'œil. Les mouvements du globe oculaire dépendent de six muscles oculaires extérieurs. Les structures de protection de l'œil sont les sourcils, les paupières, les cils, la conjonctive et l'appareil lacrymal. [4]

I-1 Le globe oculaire

Le globe oculaire est composé de trois couches : l'enveloppe externe, moyenne et interne. L'enveloppe externe comprend la sclérotique composée de tissu conjonctif résistant, elle entoure le globe oculaire antérieurement, se confond avec la cornée translucide, avasculaire et richement innervée et est à l'origine du réflexe de clignement [5].

L'enveloppe moyenne richement vascularisée est appelée choroïde. Dans sa partie antérieure, elle se confond avec le corps ciliaire auquel est attaché le cristallin par des fibres conjonctives. L'humeur aqueuse remplit la chambre antérieure de l'œil, ainsi que la chambre postérieure. L'écoulement de l'humeur aqueuse se fait par le canal de schlemm situé au niveau de la jonction entre la sclérotique et la cornée.

Plus en avant, l'iris s'attache au corps ciliaire. Ce dernier est un disque circulaire qui possède un trou en son milieu, la pupille.

L'enveloppe interne: la couche la plus interne du globe oculaire est composée de la rétine, et de l'épithélium pigmenté qui recouvre la rétine et assure les échanges métaboliques entre la rétine et la choroïde. La rétine est alimentée par l'artère centrale de la rétine et est formée d'une couche de cellules cérébrales et d'une couche de cellules

sensorielles. La couche de cellules sensorielles contient les cônes et les bâtonnets sensibles à la lumière. La zone riche en cônes est appelée tache jaune ou macula ou foveola et est le lieu de la vision la plus fine.

I-2 Les milieux transparents

Ils sont inclus à l'intérieur de la cavité du globe oculaire et assurent la transmission de la lumière depuis la cornée jusqu'à la rétine. Ce sont : l'humeur aqueuse, le vitré, le cristallin.

I-3 Les muscles oculaires

Ils assurent la motilité oculaire extrinsèque binoculaire par six couples musculaires qui fonctionnent simultanément de manière coordonnée pour permettre aux yeux de se mouvoir.

Les muscles droits sont au nombre de quatre : médial, latéral, supérieur, inférieur.

Les muscles obliques sont au nombre de deux : grand et petit obliques.

Le III innerve le droit médial, le droit supérieur, le droit inférieur, le petit oblique.

Le IV innerve le grand oblique.

Le VI innerve le droit latéral.

I-4 Les protections de l'œil

Les paupières, les cils, les sourcils, la conjonctive et l'appareil lacrymal.

Les paupières de nature musculo-aponévrotique forment le plan protecteur de l'œil vis-à-vis du milieu extérieur [5].

Les cils et les sourcils protègent l'œil des rayons de soleil et des corps étrangers.

La conjonctive est une muqueuse richement vascularisée et innervée, elle est très sensible à la douleur pour des stimulations extérieures et sert de liaison entre le globe oculaire et les paupières.

L'appareil lacrymal est composé de glandes lacrymales et des conduits lacrymaux. Ces glandes produisent des larmes qui évitent la dessiccation de la surface cornéenne, permettent le glissement de la paupière supérieure sur la cornée et la conjonctive lors du clignement et protègent du milieu extérieur.

II- LA CATARACTE

II-1 Historique [6]

Le mot cataracte a fait son apparition au XVI^e siècle. Il vient du grec kataraktès qui signifie « chute » car on pensait alors que cette maladie était un fluide en provenance du cerveau qui s'est précipité et solidifié en avant du cristallin. La cataracte est responsable de la moitié des malvoyances à travers le monde. Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, elle est devenue la première cause d'acte chirurgical chez les personnes de plus de 65 ans dans les pays industrialisés. Avec près de 400 000 interventions pratiquées chaque année en France, elle représente la pathologie oculaire numéro 1. [2]

II-2 Définition [7]

La cataracte est une opacification du cristallin entraînant une baisse de l'acuité visuelle. C'est une affection très fréquente. A peu près toutes les personnes de plus de 70 ans présentent une certaine opacification cristallinienne.

Le cristallin est une lentille transparente et élastique suspendue dans le globe oculaire. Situé en arrière de la pupille et de l'iris, le cristallin est maintenu par de minces fibres capables d'en modifier la courbure grâce à l'action du muscle ciliaire. C'est un organe

vivant qui augmente progressivement de volume au cours du temps (65 mg à la naissance, 220mg à 60 ans). Le cristallin ne possède pas de vaisseaux sanguins. Il reçoit ses éléments nutritifs et énergétiques d'un autre milieu transparent liquide, appelé « humeur aqueuse » et situé devant lui. Ainsi, le cristallin se trouve entre deux milieux transparents de l'œil que tout rayon lumineux doit traverser avant de se porter sur la rétine : l'humeur aqueuse en avant et l'humeur vitrée en arrière.

Le cristallin permet l'accommodation, c'est-à-dire la mise au point sur la rétine de l'image des objets qui se situent à des distances variables de l'œil. Quand les fibres du muscle ciliaire sont tendues, il est plat et assure la vision de loin. Lorsqu'elles se détendent, le cristallin est plus bombé, ce qui permet d'obtenir une vision nette de près. En l'absence de cataracte, le cristallin est normalement transparent : il possède un noyau central composé de fibres cristalliniennes de nature protéique et est entouré d'une enveloppe également transparente et élastique : la capsule. La transparence et l'élasticité sont donc les qualités essentielles permettant au cristallin d'exercer ses fonctions. [7]

II-3 Manifestations cliniques de la cataracte [6]

La diminution lentement progressive de l'acuité visuelle est le principal symptôme qui amène à consulter. La vision du patient se modifie et lui laisse penser qu'il a besoin de changer de verres correcteurs. Cette baisse d'acuité concerne le plus souvent la vision de loin. Au début, la vision de près est très souvent préservée, voire paradoxalement améliorée, permettant dans certains cas la lecture sans lunettes. Il s'agit alors d'une myopie d'indice ou myopie cristallinienne, induite par la cataracte, qui supprime artificiellement l'ancienne presbytie (car ces deux troubles de la vision se compensent en vision de près). L'atteinte est le plus souvent bilatérale, mais au début asymétrique : un œil est plus atteint que l'autre. Le patient décrit une impression de voile, de brouillard ou de flou visuel permanent qui gêne la conduite automobile, la lecture des sous-titres à la télévision, etc. Les contours des objets perdent leur netteté.

La photophobie ou intolérance à la lumière est le deuxième grand symptôme très évocateur de la cataracte. Ce symptôme s'explique par la diffraction des rayons lumineux (naturels ou artificiels) qui traversent les opacités du cristallin. Cette diffraction induit des phénomènes d'éblouissement, voire une diplopie monoculaire. La modification de la perception des couleurs dans leur intensité accompagne généralement la cataracte « brune » très évoluée. Seuls les rouges et les orangés conservent alors leur éclat.

II-4 Diagnostic positif

Le diagnostic de cataracte est fondé sur la mesure de l'acuité visuelle, l'examen biomicroscopique de l'œil et du cristallin en particulier, et un examen du fond de l'œil.

II-5 Les facteurs de risque [8]

Les facteurs de risque identifiés sont :

- Une exposition aux radiations ultraviolettes B : plusieurs études ont montré une prévalence plus élevée de cataractes et d'opacités cristalliniennes dans les populations vivant dans des zones à haute exposition aux ultraviolets. Des études ont montré que la fréquence des opacités corticales et sous capsulaires postérieures cristalliniennes augmentait avec la durée d'exposition aux radiations ultraviolettes B.
- Le diabète : les diabétiques ont plus de risques de développer une cataracte par rapport aux non diabétiques. Des opacités sous capsulaires postérieures, corticales et mixtes sont les types les plus fréquemment rencontrés chez les diabétiques.
- La myopie forte
- Certains médicaments : l'association entre corticoïdes au long cours et cataracte sous capsulaire postérieure est bien connue, bien que des controverses persistent sur le rôle de la susceptibilité individuelle et la durée de la corticothérapie; les diurétiques et les tranquillisants (en particulier les phénothiazines comme la chlorpromazine) ont été incriminés comme pouvant être cataractogènes.

- D'autres facteurs pourraient être cataractogènes comme le tabagisme, l'alcoolisme chronique, des épisodes diarrhéiques fréquents, la carence en vitamines antioxydantes.

II-6 Classifications de la cataracte [5]

II-6-1 Formes évolutives et formes topographiques

➤ Cataracte partielle

Avant d'aboutir à ce stade dit de « cataracte mûre », le processus d'opacification du cristallin est partiel et n'intéresse que ses zones. Seul l'examen bio microscopique permet d'observer et d'évaluer ces opacités, car au stade de l'opacification partielle, la pupille garde son aspect noir habituel.

Selon la topographie de l'opacité cristalliniennne, quatre types de cataractes sont décrits : la cataracte nucléaire, la cataracte corticale, la cataracte cortico-nucléaire, la cataracte sous capsulaire.

-Cataracte nucléaire : Le noyau du cristallin, constitué par l'apposition progressive des fibres cristalliniennes les plus anciennes, subit une opacification très lente, qui est étalée sur plusieurs années. La cataracte nucléaire est habituellement bilatérale et symétrique. La myopie est l'une de ses étiologies les plus fréquentes.

-Cataracte corticale : Les opacités occupent le cortex cristallinien constitué des fibres les plus jeunes. Les zones opacifiées sont fragmentaires, souvent entrecoupées d'espaces hydriques symptomatiques d'un déséquilibre métabolique en particulier du métabolisme glucidique.

-Cataracte cortico-nucléaire : L'association d'opacités nucléaires et corticales est la modalité évolutive la plus usuelle de la cataracte. Elle est observée avec une fréquence particulière dans la cataracte liée à l'âge.

-Cataracte sous capsulaire : L'opacification ne touche que la surface du cortex cristallinien, dans sa partie antérieure et /ou postérieure. Le traumatisme contusif ou perforateur, la corticothérapie, les désordres hormonaux en sont les étiologies habituelles.

➤ **Cataracte totale**

L'évolution naturelle de l'opacification du cristallin est d'aboutir à une cataracte totale dans laquelle il ne persiste plus aucune zone de transparence. Elle peut être de :

- Couleur blanche

-Forme intumescence avec aplatissement de la chambre antérieure et parfois, glaucome secondaire.

-Forme morgagnienne (dégénérescence tardive) avec un petit noyau brunâtre flottant dans un petit liquide laiteux.

-Forme congénitale : parfois héréditaire.

- Couleur brune, noire, aboutissement d'une cataracte nucléaire

➤ **Cataracte hyper mûre**

L'évolution de l'opacification ne s'arrête pas lorsque l'ensemble du cristallin est touché. A ce stade de maturité vont succéder des étapes d'hyper maturité caractérisées par une liquéfaction corticale qui aboutit à une chute du noyau dense à la partie inférieure du sac capsulaire (cataracte morgagnienne), puis à une déshydratation corticale réduisant le volume du cristallin (cataracte régressive). En fin d'évolution, la déstructuration cellulaire et tissulaire touche toute la zonule et aboutit à déstabiliser le cristallin (subluxation, puis luxation postérieure).

Ces stades d'hypermaturité ne sont plus qu'exceptionnellement observés dans les pays industrialisés ; ils sont à l'opposé encore fréquents dans les régions moins favorisées où ils reflètent le degré de sous-médicalisation.

Des complications sont susceptibles d'émailler cette évolution vers l'hypermaturité : l'hypertonie intraoculaire et l'uvéite phaco-antigénique.

II-6-2 Formes étiologiques

Les circonstances qui mènent à l'opacification du cristallin sont multiples. Elles conduisent à décrire cinq catégories de cataracte : Cataracte liée à l'âge dite cataracte sénile ,Cataracte pathologique liée à un processus pathologique général ,Cataracte compliquée liée à un processus pathologique local , Cataracte traumatique , Cataracte de l'enfant dominée par la cataracte congénitale.

1. Cataracte liée à l'âge

Classiquement dénommée comme telle à partir de l'âge de 65 ans lorsque aucune étiologie ne peut être mise en évidence. Elle est consécutive au processus de vieillissement du cristallin et en particulier à l'altération des métabolismes protidique et glucidique. Plus de 50% de la population âgée de plus de 60 ans présente des opacités cristalliniennes. La cataracte sénile la plus fréquente est cortico-nucléaire.

2. Cataractes pathologiques

Elles se définissent comme un processus d'opacification du cristallin secondaire à une cause générale extra oculaire. Il peut s'agir d'une pathologie endocrinienne, d'une affection dermatologique, d'une dystrophie neuromusculaire, d'une cause iatrogénique. Dans les pays sous développés, les facteurs nutritionnels et en particulier les carences vitaminiques interviennent dans le développement de cataractes précoces. Leur traitement chirurgical ne présente pas de difficultés particulières.

2.1 Cataracte et diabète

Il ya lieu de différencier la cataracte sénile du patient diabétique de la cataracte diabétique. Dans tous les cas, le bilan préopératoire doit s'efforcer de rechercher une rétinopathie diabétique qui conditionne le résultat fonctionnel de l'intervention.

Les opacités sont de topographie sous-capsulaire et corticale. Le risque infectieux postopératoire est nettement majoré par le diabète.

2.2 Cataracte et hypoparathyroïdie

Les échanges ioniques trans-capsulaires et en particulier ceux du calcium et du potassium, jouent un rôle essentiel dans le métabolisme du cristallin, ce qui explique la fréquence (plus de 50%) des opacités sous-capsulaires antérieures et postérieures dans les insuffisances parathyroïdiennes, notamment dans la tétanie et dans le syndrome des thyroïdectomies (ablation des glandes parathyroïdes lors de l'exérèse de la thyroïde).

2.3 Cataracte et affections dermatologiques

Une cataracte bilatérale de type sous-capsulaire postérieure peut être observée dans certaines pathologies dermatologiques. Cette cataracte doit être recherchée dans la dermatite atopique (eczéma constitutionnel) et dans les dysplasies ectodermiques congénitales (syndrome de Rothmund et syndrome de Werner).

La cataracte sous-capsulaire qui comporte une opacité centrale en écusson caractéristique, est régulièrement observée dans la dystrophie neuromusculaire de Steinert : affection généralisée autosomique dominante définie par un trouble de la relaxation de la musculature volontaire.

2.4 Cataracte iatrogénique

Elle est l'apanage de la corticothérapie locale ou générale prolongée. Mais la cataracte sous-capsulaire antérieure a aussi été observée chez 25% des malades traités au long cours par les phénothiazines et en particulier la chlorpromazine.

3. Cataractes compliquées

Ce sont un processus d'opacification du cristallin secondaire à une pathologie oculaire. Les principales causes oculaires de la cataracte sont l'uvéite, la myopie forte, la rétinopathie pigmentaire, la dystrophie rétinienne héréditaire et cécitante, les désordres intraoculaires (détachement de rétine irréversible, hypotonie terminale= phtisie

4. Cataractes traumatiques

L'opacification du cristallin est l'une des conséquences les plus constantes des traumatismes oculaires. Ces cataractes sont principalement dues à une contusion et une perforation, d'autres types de traumatismes oculaires sont notés tels que la brûlure, un agent physique, un corps étranger intraoculaire, et les traumatismes survenant après une chirurgie intraoculaire.

5. Cataracte de l'enfant et cataractes congénitales

Les cataractes congénitales sont de gravité particulière en raison du risque majeur d'amblyopie. Elles sont responsables de plus de 20% de cécités de l'enfant. Il est nécessaire de souligner le rôle essentiel de la prise en charge orthoptique dans le traitement des cataractes congénitales, car il encadre, oriente et prolonge l'acte chirurgical.

II-7 Traitement chirurgical [5,9]

La décision d'opérer une cataracte est généralement prise après avoir jugé du retentissement de la cataracte sur la fonction visuelle du malade, avoir évalué les besoins visuels du malade et la gêne fonctionnelle causée par la cataracte, et après avoir réalisé un examen ophtalmologique clinique complet. Les plaintes visuelles sont comparées avec les mesures de l'acuité visuelle et le résultat de l'examen oculaire pour confirmer la présence d'une cataracte, et évaluer le retentissement fonctionnel d'éventuelles autres causes de mauvaise vision.

L'opération consiste à extraire chirurgicalement le cristallin opaque et à le remplacer par une lentille intraoculaire (LIO) transparente. L'implantation de la LIO est permanente et assure une vision périphérique naturelle et une bonne perception de la profondeur.

II-7-1 Objectifs

Le traitement de la cataracte vise deux objectifs complémentaires et indissociables :

-Rétablir la transparence intraoculaire pour permettre à la lumière de parvenir à la rétine par l'extraction du cristallin cataracté : c'est la phacoexérèse qui mène à l'aphakie ;
-Préserver la fonction visuelle en remplaçant la puissance de convergence du cristallin (20 dioptries) par une lentille convergente équivalente : c'est la correction de l'aphakie par verres correcteurs (lunettes), par verres de contact ou, actuellement, par implant intraoculaire.

L'ophtalmologiste doit respecter deux règles fondamentales :

Réaliser un examen préopératoire orienté vers la recherche de pathologies oculaires associées susceptibles de limiter le bénéfice fonctionnel de l'intervention : dégénérescence maculaire liée à l'âge, glaucome, myopie forte, neuropathie optique, dystrophie cornéenne... ;

Informé le patient de manière compréhensible et complète sans masquer les risques inhérents à toute chirurgie intraoculaire (risque infectieux) et les éventuels obstacles à une amélioration visuelle (cause de déficience visuelle associée à la cataracte).

II-7-2 Indications [10]

La décision n'est pas toujours facile et il y'a plusieurs facteurs à considérer :

- 1) Quel est le degré de maturité de la cataracte ?
- 2) De quel type de vision le patient a-t-il besoin ?
- 3) Y a-t-il présence d'autres maladies dans le même œil ?
- 4) Quel est l'état de l'autre œil ?
- 5) Quel est l'équipement disponible ?

1. Quel est le degré de maturité de la cataracte ?

Durant les premiers stades d'une cataracte le patient voit assez bien et ne s'aperçoit que de certains troubles de la vision. Ceci est appelé une cataracte immature. Peu à peu, la cataracte devenant plus dense et plus opaque, la vision se détériore jusqu'au moment où le

patient est aveugle et ne peut percevoir et pointer que dans la direction d'une lumière forte. Ceci est alors appelé une cataracte mûre.

Il n'arrive que très rarement que la capsule du cristallin se déchire spontanément ou coule. Les matières corticales dégénératives passent par la chambre antérieure où elles entraînent généralement une uvéite. On arrive alors au stade de la cataracte hyper mûre.

Eventuellement, la capsule endommagée et un petit noyau sont tous ce qui va rester, mais à ce stade l'œil est généralement aveugle.

La plupart des cataractes empirent graduellement mais la vitesse à laquelle ce processus survient est variable. Le patient peut passer d'une vision parfaite à une cécité complète dans l'espace de quelques mois. Généralement, le processus prend plusieurs années, mais occasionnellement les cataractes ne progressent que très lentement ou sont complètement statiques.

A quel stade une cataracte devrait-elle être enlevée ? Une cataracte hyper mûre devrait toujours être enlevée d'urgence. Toutes maladies associées telles que le glaucome ou l'uvéite devrait être traitée médicalement pour au moins un jour mais ne se rétablira complètement que lorsque la cataracte sera enlevée.

Les cataractes intumescents devraient aussi être enlevées. L'œil est généralement aveugle et il existe un risque de complications surtout hypertoniques accompagnées de douleurs.

Une cataracte mûre doit être enlevée. Néanmoins, si l'autre œil est complètement normal l'amélioration apportée à la vision du patient sera limitée à moins qu'on utilise une lentille intraoculaire ou un verre de contact.

Dans le cas des cataractes du sujet jeune, la décision d'opérer ou non dépend beaucoup des besoins visuels du patient et de son style de vie.

Dans des cas d'uvéite phakolytique, un traitement local intensif doit être administré et la cataracte doit être extraite en urgence.

Une cataracte mûre doit aussi être enlevée mais si l'autre œil est tout à fait normal, l'amélioration de la vision du patient sera limitée sans un implant intraoculaire.

Pour les cataractes immatures, la décision d'opérer ou non dépend beaucoup plus des besoins de vision du patient ou de son style de vie. L'usage des lentilles intraoculaires signifie qu'on est en train d'opérer maintenant des cataractes immatures à une étape beaucoup plus précoce.

Sans l'usage d'implant, le patient n'a pas beaucoup d'avantages à tirer d'une opération de cataracte à moins que son acuité visuelle ne baisse jusqu'à 1/20.

Cependant avec un implant, beaucoup de chirurgiens recommanderaient une extraction de cataracte avec une acuité visuelle autour de 3/10. La technique la plus moderne : la phacoémulsification peut produire de si bons résultats que certains chirurgiens recommandent même une opération avec acuité visuelle parfois au-delà de 5/10. En plus d'une perte de l'acuité visuelle la cataracte peut causer d'autres symptômes visuels tels que le vide d'un regard au contact de la lumière vive ou des images « fantômes » qui peuvent être tout à fait dérangeantes. La manifestation de ces symptômes peut obliger le médecin à décider de la période de l'opération de la cataracte.

2 .De quel type de vision le patient a-t-il besoin ?

Evidemment tout le monde aspire à la meilleure des visions possibles. Cependant une perte modérée de la vision pour quelqu'un qui a besoin de lire ou de conduire une voiture cela peut signifier un arrêt de travail, mais pour une vieille personne, un paysan illettré et une ménagère, ce ne serait pas un handicap très sérieux. En général le moment pour une extraction de la cataracte est celui où le patient ne peut pas voir assez pour exécuter ses activités normales. En gros une acuité visuelle moindre que de pouvoir compter les doigts d'une main est l'indication générale dans les pays en développement.

3 .Y a-t-il preuve d'autres maladies dans le même œil ?

Une opération de la cataracte a plus de chances de réussite si le reste de l'œil est normal. 4 tests simples peuvent confirmer cela.

La tension : vérifier la tension intraoculaire

La pupille : vérifier la réaction de la pupille à la lumière vive

La projection lumineuse : reconnaître la direction d'une lumière

La partie postérieure de l'œil : vérifier la rétine et le nerf optique.

4. Quel est l'état de l'autre œil ?

Il y a 4 conditions possibles de l'autre œil, bien que tous les cas ne puissent être insérés exactement dans ces groupes.

- l'autre œil est normal (une cataracte unilatérale)
- l'autre œil aussi a une cataracte (une cataracte bilatérale)
- l'autre œil a bénéficié d'une extraction de cataracte réussie (une cataracte du second œil)
- l'autre œil est irréversiblement aveugle (une cataracte limitée à un seul œil).

5. Quel est l'équipement disponible ?

Dans les pays en voie de développement un bon traitement chirurgical n'est pas souvent disponible. Il peut être difficile de décider s'il faut opérer un patient aveugle à côté de son domicile où la logistique n'est pas idéale mais le patient est dans un milieu familial, ou s'il faut l'envoyer dans une unité ophtalmologique distante de plusieurs kilomètres. En général, les résultats d'une opération de la cataracte effectuée par un ophtalmologue inexpérimenté sont assez bons parce que les principes de base de la chirurgie sont bien respectés. Cependant un jeune aveugle de cataracte ou souffrant de cataracte dans un seul œil doit être traité par un chirurgien expérimenté avec la meilleure logistique.

II-7-3 Techniques chirurgicales d'extraction de la cataracte : la phaco-exérèse Technique moderne : l'extraction extra capsulaire du cristallin avec implantation en chambre postérieure (EEC+ ICP)

Arguments : Elle est définie par l'ablation du contenu du cristallin, le sac capsulaire transparent, maintenu par la zonule, étant laissé en place.

L'EEC fait l'objet d'un consensus unanime en raison de ses avantages :

- elle respecte la compartimentation naturelle de l'œil en un segment antérieur dans lequel est situé le cristallin, et un segment postérieur rempli par le vitré. Il s'agit là d'un argument décisif, car l'EEC maintient le vitré en arrière du plan capsulaire sans induire de traction intempestive sur la rétine. Le taux de décollement de rétine après EEC ne dépasse pas celui du sujet possédant son cristallin, soit moins de 1% ;
- elle permet le positionnement d'un cristallin artificiel à l'endroit même où se trouve le cristallin naturel. La réfraction intraoculaire est ainsi restituée dans sa normalité physiologique.

L'intervention [11]

On pratique l'anesthésie et l'akinésie des paupières en injectant une solution mixte de Xylocaïne de Marcaïne. On commence par nettoyer la peau des paupières et de la région peri-orbitaire. Un champ opératoire en toile ou en papier à usage unique est mis en place laissant à découvert l'œil et les paupières. Ces derniers sont à leur tour recouverts par un champ en plastique non troué 3M, paupières ouvertes. Ce champ adhésif, qui n'adhère pas sur une surface mouillée est coupé mettant à nu la cornée et la conjonctive. Puis à l'aide d'un fil de soie noire 4-0, on fait une traction des muscles droit supérieur et droit inférieur qui sont fixés aux draps par une pince hémostatique pour exposer le champ opératoire. Ensuite on réalise une désinsertion de la conjonctive de 11 à 12 millimètres de long à cheval sur 12 heures. Après oblitération de tous les vaisseaux apparents, la région est bien nettoyée pour dégager le limbe.

Puis on réalise une incision non perforante dans la région limbique centrale. Ensuite on procède à l'ouverture de la capsule antérieure après injection de l'hyaluronate de sodium ou du visqueux qui maintient la profondeur de la C.A. (ou bien la C.A. doit être maintenue par une perfusion de sérum salé isotonique pendant la capsulotomie). Une fois la capsulotomie au kystitome de Kelman achevée, on commence l'extraction du noyau qui sera suivie par une aspiration des masses corticales favorisée par l'irrigation avec une

solution salée isotonique, ensuite on introduit l'implant à travers l'ouverture. Une légère rotation assure un bon centrage de l'implant qui sera placé dans le sulcus ciliaire.

L'incision est ensuite refermée.

L'extraction du cortex et du noyau peut être réalisée par la phaco-émulsification.

- la phaco-émulsification, technique de référence, utilise les ultrasons pour creuser le cristallin en le pulvérisant et en aspirant en même temps les fragments. Ses avantages sont multiples : elle est compatible avec une incision pariétale très courte, de 3 à 4 mm, qui ne nécessite qu'un seul point de suture, voire aucun ; elle conduit à une cicatrisation très rapide et permet la chirurgie ambulatoire dans de bonnes conditions de sécurité ; elle permet de réaliser la phaco-exérèse sans variation de volume intraoculaire et préserve en conséquence du comportement fréquemment imprévisible du vitré (poussée antérieure). Son désavantage est de nécessiter l'utilisation d'un matériel onéreux dans le cadre d'une équipe soignante très avertie ;

- La phacophagie [11]

C'est un système d'irrigation et d'aspiration séparées.

L'irrigation est assurée par une perfusion de Ringer à travers un cathéter et se fait de manière gravitationnelle.

L'aspiration est pratiquée à l'aide d'une seringue de 5 CM³ sur laquelle est montée une canule et se fait de manière manuelle.

Il ya deux types d'approche : l'approche par la pars plana et l'approche limbique.

-l'approche par la pars plana : deux lambeaux conjonctivaux sont réalisés à 2 mm en arrière du limbe. L'ablation et l'aspiration du matériel cristallinien sont réalisées de façon centrifuge jusqu'à ce que le sac lenticulaire, soit vidé. Les restes capsulaires sont alors coupés et aspirés.

Cette approche est moins utilisée à l'IOTA.

-l'approche limpique : un lambeau conjonctival à base fornix est réalisé et une incision est réalisée au limbe. L'aspiration du matériel cristallinien se fait de manière progressive en commençant par le cortex antérieure en regard de la zone de capsulotomie.

C'est l'approche la plus utilisée.

II-7-4 Complications de la chirurgie de la cataracte

Les complications per-opératoires sont dominées par la rupture de la capsule postérieure. [12]

Les complications post-opératoires sont nombreuses :

-Immédiates : oedemes cornéens, hypertension intra oculaire, uvéite [13] ;les complications infectieuses(endophtalmie),oedeme maculaire cystoïde,amétropie en cas d'erreur dans le calcul de la puissance de l'implant[14] sont également rencontrées.

-Tardives : décollement de rétine, glaucome, atrophie du globe et fibrose de la capsule postérieure. [12,15]

III- LES BARRIERES DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

En Afrique, et plus particulièrement au Mali (IOTA), la chirurgie de la cataracte représente plus de 80% des gestes chirurgicaux effectués [16]. Cependant, il reste toujours un grand nombre de personnes qui sont atteintes de cécité évitable ou sont inutilement aveugles.

Divers types de barrières entravent l'accès aux soins ophtalmologiques. Elles sont associées au patient, à leur famille, aux unités de soins ophtalmiques.

❖ Obstacles associés au patient

Peur : [17]

La crainte de devoir subir une intervention chirurgicale est présente. Les patients sont souvent effrayés à l'idée de mettre en jeu le peu de vision résiduelle surtout si l'opération de l'un des yeux a été sans succès. Les histoires colportées sur la chirurgie oculaire d'un patient à l'autre entraînent des réticences.

Coût : [19 ,22]

Les familles qui subsistent sont sans doute moins motivées à dépenser de l'argent pour la santé d'une personne âgée. Ceci pourrait se vérifier non seulement dans un cas de cataracte, mais aussi de tout autre problème de santé associé à l'âge. Le facteur coût est souvent surestimé ou mal interprété. Il est vrai que les membres de ces communautés ne disposent pas tout au long de l'année de ressources pécuniaires .Cependant, des rentrées d'argent sont disponibles à certaines époques de l'année, par exemple après la récolte, ou lorsque le fils revient de la ville, etc. Mais, ce moment peut éventuellement ne pas coïncider avec la période jugée opportune pour une intervention chirurgicale. Si la date du « Rendez-vous » est prévue à une période pendant laquelle ils n'ont pas de rentrées d'argent, il y a peu de chance de les voir apparaître au rendez-vous. Souvent, de peur de représailles, ils n'osent plus revenir. De plus, ils peuvent hésiter à accepter un autre « rendez-vous ». Le personnel hospitalier sous-estime très souvent le coût d'une intervention chirurgicale, car il tient uniquement compte du coût des soins dispensés à l'hôpital [21]. Toutefois, les patients et leur famille doivent faire face à toute une avalanche de coûts : frais de transport, frais de prise en charge pour l'intervention chirurgicale, médicaments post-opératoires,consultation, petits achats utiles pour le voyage (suivant la culture locale, il est indispensable de se procurer quelques habits pour le séjour à l'hôpital, voire même des vivres supplémentaires, etc.), victuailles pour deux personnes, achat de petits présents en échange de l'hébergement concédé par les membres de la famille vivant en ville, perte de revenu pour l'escorte ou l'accompagnateur pendant toute la durée du séjour.

Manque d'escorte ou d'accompagnateur : [20]

Ne pas disposer d'escorte ou d'accompagnateur est l'une des barrières à laquelle se trouve confronté le patient, et l'empêche de se rendre à la ville pour bénéficier de l'acte chirurgical. De fait, un parent proche doit accompagner le patient. Pour cette personne, ceci implique éventuellement de se tenir à la disposition du patient pendant une période de temps donnée. Par là même, les frais de transport et d'hébergement ainsi que la dépense en nourriture sont d'autant plus élevés.

L'âge: [18]

L'idée de devoir subir une opération chirurgicale ophtalmologique éveille chez beaucoup de patients un sentiment d'effroi, d'autant plus qu'ils ont atteint un certain âge. Les malades étant au crépuscule de leur vie, ils estiment qu'ils sont trop vieux ; Déjà, dans leurs jeunes années, se rendre « à la ville » pouvait parfois représenter un effort considérable. Souvent, l'âge peut ne pas être la principale barrière. Cependant, ce facteur explique pourquoi fréquemment peu d'efforts sont fournis afin de triompher d'autres causes de blocages telles que la difficulté à trouver un accompagnant, à faire face au coût exigé par le traitement, à parcourir la distance séparant le lieu d'habitation de l'hôpital, à revendiquer sa différence de femme. Dans certaines sociétés, l'âge est un argument souvent invoqué par les membres de la famille, justifiant ainsi de ne pas conduire le parent aveugle au centre de soins le plus proche. Il peut s'agir ici de barrières plus facilement surmontables comme le manque d'informations concernant le coût total des prestations, ou l'absence de moyens de transport.

La distance: [20]

Le facteur distance est étroitement lié, quand bien même en partie seulement, au facteur «coût ».Le fait de quitter son milieu,la durée et les contraintes du voyage,l'état des routes

sont souvent les raisons évoquées. Les unités de soins ophtalmologiques situées dans les grandes villes ne sont pas autant confrontées au problème de l'éloignement. Nombreuses sont les familles vivant en milieu rural qui connaissent des gens ou bien ont même un proche parent vivant en ville et prêt à héberger l'accompagnateur. Ainsi, la décision de quitter le village est prise plus facilement et le coût associé à ce projet est de ce fait moins élevé.

Être aveugle ne constitue pas un problème majeur (négligence) : [18]

La cécité causée par la cataracte sénile n'apparaît pas d'un jour à l'autre. Souvent, un certain nombre d'années s'écoule avant que la personne ne perde sa « vision fonctionnelle », et pendant ce temps personne n'a réalisé ce qui était en train de se produire. A un stade donné de la maladie, le patient éprouve le besoin impérieux de porter des lunettes. D'ailleurs, le patient a peut-être essayé, sans grand succès, une paire de vieilles lunettes appartenant à d'autres membres de la communauté. Finalement, un beau jour un membre de la communauté constate que la pupille s'opacifie. Alors, l'entourage réalise qu'il ou elle devient aveugle, et doit être conduit à l'hôpital ou chez un tradipraticien. En raison de la baisse extrêmement lente de la vue, les patients vivant dans un milieu rural sont encore en mesure d'exécuter la plupart de leurs activités quotidiennes, même s'ils souffrent déjà de «cécité fonctionnelle ». Les femmes peuvent encore aller chercher de l'eau, préparer les repas, s'occuper des enfants et nourrir le troupeau. Suivant leur âge, les patients de sexe masculin ne demandent rien de plus que d'être conduit à l'endroit voulu, de pouvoir s'asseoir, discuter avec d'autres, assister à l'office religieux, se rendre à la mosquée, participer aux réunions de la communauté. Nous ne devons pas nous attendre à ce que les membres d'une communauté pauvre considèrent le traitement d'une cataracte comme étant une priorité absolue. Notons que le souhait de se faire opérer est souvent fonction du stade de vision fonctionnelle et du type de métier.

❖ **Barrières associées aux parents proches.**

La discrimination des femmes

Dans la plupart des pays, le nombre de femme semble être supérieur à celui des hommes, et elles bénéficient d'une espérance de vie plus longue. Ainsi, le nombre de patients de sexe féminin atteints de cataracte et devant se soumettre à la chirurgie de la cataracte devrait augmenter. La réalité est souvent tout autre. Dans certaines régions, plus de 70 % des patients ayant subi une opération de la cataracte sont de sexe masculin [18]. Ce sont ces derniers qui détiennent l'argent indispensable à la survie. Les femmes ne pourvoient pas à la subsistance de la famille et donc il y'a un manque de participation à la prise de décision [21]. La discrimination basée sur la différence de sexe est propre à certaines cultures et il faudra attendre des générations avant de pouvoir surmonter cette barrière.

Rôle social des personnes aveugles [18].

L'idée la plus répandue mais néanmoins fautive sur les personnes aveugles consiste à penser qu'elles « ne sont pas capables de faire quoique ce soit ». En raison de leur âge, leur rôle peut effectivement être réduit ; cependant les personnes aveugles assument certaines fonctions. Dans certaines cultures, en particulier dans les pays musulmans, certaines tâches sont confiées aux personnes aveugles. Comme en Égypte où les hommes aveugles, du haut du minaret de la mosquée, appellent les fidèles à la prière, récitent les Écritures au début de chaque manifestation. Dans les foyers, et surtout ceux des communautés pauvres, tout le monde sans exception, y compris le membre aveugle de la famille assume un rôle bien déterminé. Il n'est pas rare, que les personnes aveugles, comparées aux autres membres, exécutent davantage de tâches propres à l'organisation fonctionnelle de la famille. Elles « s'occupent de l'entretien de la maison » ou prennent soin des enfants. Elles sont « toujours présentes », « toujours disponibles »...Ce qui permet aux autres membres de la famille de s'absenter plus souvent qu'il leur serait possible si la

personne aveugle n'était pas à la maison. Ces deux aspects de la réalité participent certainement à faire perdurer l'idée que le recours à un traitement chirurgical n'est pas indispensable et parfois même renforcent leur attitude de rejet à l'égard de toute offre de traitement médical.

Plutôt attendre les prestations gratuites des clubs philanthropiques

Partout où les clubs philanthropiques offrent des traitements oculaires gratuits, les patients devront vraisemblablement patienter « jusqu'à leur retour » avant de pouvoir bénéficier de cette assistance chirurgicale. Cependant, souvent ces prestations sont proposées seulement une fois l'an et ne peuvent venir en aide qu'à un petit nombre de personnes.

❖ Les barrières associées à la communauté

Barrière due au manque d'information :

Il s'agit d'une catégorie de malade qui, ignorant l'existence d'un traitement de la cataracte ne recourent pas aux prestations médicales, même si un traitement chirurgical est possible. Cela n'est pas en soi un problème isolé. Le flot d'informations concernant les nouvelles formes de chirurgie pénètre assez lentement les régions rurales. Parfois aussi, le patient ne constate pas à temps que sa vue baisse et reste avec la maladie pendant longtemps.

Croyances culturelles et religieuses sur la cécité et les traitements ophtalmologiques

[18].

Parfois, certaines personnes font tout leur possible pour ne pas subir d'opération chirurgicale, étant fortement influencées par une interprétation particulière des croyances religieuses ou culturelles. Citons ici l'exemple de certains musulmans et habitants de l'Asie de l'Est qui rejettent toute intervention chirurgicale, convaincus qu'ils ne doivent en aucun cas se séparer d'une partie de leur corps s'ils veulent être admis au paradis. La plus petite perte de liquide organique (oculaire) lors d'une opération de la cataracte les effraie, une bonne raison selon eux de vouloir rester aveugle (cette croyance peut sembler bizarre

à tous ceux qui ne la partagent pas. Néanmoins, nous ne devons pas oublier que toute religion ou culture possède quelques aspects ou interprétations qui de même peuvent sembler étranges aux non-initiés). Dans nombre de cultures, les personnes aveugles jouissent d'une telle considération de la part des membres de la communauté, que personne ne pense suggérer un traitement chirurgical. Ceci peut avoir un effet secondaire indésirable, entraîner une démotivation des patients et donc renforcer leur rejet de tout traitement même si leur forme de cécité est guérissable.

La prière aussi constitue parfois un moyen de guérison pour le patient ainsi que **les sorciers et marabouts**.

❖ Unités de soins ophtalmiques

Mauvais résultats des anciennes pratiques chirurgicales

Les interventions chirurgicales peu efficaces sont parfois dues aux comorbidités n'étant pas visible au moment de la consultation et des examens complémentaires.

Les patients obtiennent des rendez-vous pour une intervention chirurgicale alors qu'ils n'ont aucun revenu. Ils n'osent pas le dire, et reviennent ultérieurement. Parfois, ils sont surpris des coûts et de la décision de poser un acte chirurgical.

METHODOLOGIE

I. Cadre d'étude :IOTA

1.1 Situation

Il est situé en commune III, facile d'accès pour la majorité de la population.

1-2 Historique

Crée en 1953, l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (I.O.T.A.) appartenait à une structure régionale : l'O.C.C.G.E(Organisation pour la coopération et la coordination dans la lutte contre les grandes endémies),qui regroupait 8 états d'Afrique

occidentale :Bénin,Burkina Faso,Côte d'Ivoire,Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal,Togo.

Depuis le 1janvier 2001, l'IOTA à la suite de la dissolution de l'O.C.C.G.E., est placé sous la tutelle de l'Etat malien.

Après une période de flottement pendant laquelle l'IOTA n'avait aucun statut et était régi par une seule lettre de fonctionnement du ministère de la santé, un décret du premier ministre a mis en place une « mission de restructuration » dirigée par un chef de mission s'appuyant sur deux cellules : scientifiques, administrative et financière.

Pendant cette période, la loi hospitalière a été promulguée, de même que la loi portant création de l'institut en tant qu'établissement public à caractère hospitalier. Les décrets d'application ont été adoptés dans le courant du mois de janvier 2003 marquant la fin de la mission de restructuration et la naissance de la nouvelle structure.

La loi de création du nouvel IOTA prévoit la mise en place d'un conseil scientifique et définit ses objectifs, ses missions et sa composition. Sa fonction de conseil auprès de la direction de l'IOTA , en fait le garant de sa politique scientifique, dans les domaines de soins, de la formation et la recherche avec son volet santé publique.

1-3 Les missions :

Statutairement les missions de l'IOTA sont : les soins ophtalmiques, la formation médecins, d'infirmiers spécialistes en ophtalmologie et de techniciens lunetiers,

la recherche opérationnelle incluant un volet essentiel de santé publique et d'appui aux états. Ces trois missions sont étroitement intriquées et interdépendantes.

II. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive.

III. Période d'étude

L'étude s'est étalée de Mars à Septembre 2005

IV. Population d'étude

Patients ayant consulté à l'I.O.T.A. pour une baisse de l'acuité visuelle.

V. Echantillonnage

➤ Critères d'inclusion

- patients atteints de cataractes bilatérales cécitantes
- patients âgés d'au moins 40 ans
- patients vus à la première consultation ophtalmologique à l'I.O.T.A.

➤ Critères de non inclusion

- patients atteints de cataracte unilatérale
- patients âgés de moins de 40 ans
- anciens patients suivis ou opérés à l'I.O.T.A.

Au total, 410 patients ont été retenus dans l'étude.

V- Recueil des données

Les données ont été récoltées de la manière suivante : A l'aide de l'interrogatoire, nous avons essayé d'amener le patient à nous faire part des différentes raisons pouvant expliquer le retard de la prise en charge de sa pathologie, ceci après avoir recueilli ses données socio-démographiques ; quant aux éléments relatifs à la clinique et l'examen ophtalmologique, ils étaient relevés à partir des dossiers médicaux de l'IOTA ouverts à chaque patient dès son arrivée pour une consultation.

Le recrutement était fait les jours ouvrables et les cas de cataracte nous étaient envoyés par les ISO et médecins diagnostiqués par les CES en formation.

L'examen clinique :

L'examen clinique des patients a été fait par des médecins ophtalmologistes seniors et des médecins étudiants en ophtalmologie.

Cet examen a comporté :

- un interrogatoire

Le médecin demandait au patient le motif pour lequel il consultait, ses antécédents médicaux et chirurgicaux et éventuellement les traitements ophtalmologiques antérieurs reçus.

- l'examen clinique proprement dit

Il était bilatéral et consistait essentiellement à l'appréciation de l'acuité visuelle, l'examen à la lampe à fente et l'examen du segment postérieur.

a- l'acuité visuelle

La mesure de l'acuité visuelle à distance et en vision rapprochée est la méthode la plus facile, utilisée pour évaluer la fonction visuelle.

b- l'examen à la LAF

L'examineur appréciait :

-Les annexes (le système oculomoteur, l'orbite, les paupières, les conjonctives, l'appareil lacrymal).

-La transparence de la cornée.

-La profondeur de la chambre antérieure.

-La morphologie de la pupille : la pupille normale est ronde et centrée. A ce niveau on apprécie également la présence ou l'absence du réflexe photomoteur, mais aussi la dilatation pupillaire après instillation de collyre.

-La transparence du cristallin.

- La pression intra oculaire

c- l'examen du fond d'œil

L'examineur appréciait l'état de la rétine avec un ophtalmoscope.

VI. Interprétation des résultats des examens clinique et ophtalmologique

a- L'acuité visuelle d'une cataracte bilatérale cécitante

Pour confirmer la présence d'une cataracte bilatérale cécitante chez les malades, l'acuité de l'un des yeux devait être au minimum à la perception de la lumière, tandis que l'autre devait être au minimum sur la capacité du malade à compter les doigts à 2,5 mètres.

Selon l'OMS [23], les deux critères les plus pertinents de cécité due à une cataracte sont :

- perte de la vue (en général, incapacité de compter les doigts d'une main à une distance de 3 mètres) ;
- une pupille grise ou blanche.

b- Le cristallin

L'état du cristallin était apprécié à l'aide de l'examen à la LAF.

Pour examiner correctement le cristallin, la pupille était dilatée par des collyres le cristallin normale à la LAF avait un aspect transparent et en cas de cataracte il était opacifié ; Au cours de cet examen, trois possibilités peuvent être observées :

- Aucune opacité cristallinienne n'implique un cristallin transparent.
- Cataracte partielle : cataracte nucléaire, cataracte corticale, cataracte cortico-nucléaire, cataracte sous- capsulaire antérieur et postérieur.
- Cataracte totale implique qu'on n'observe aucune zone de transparence cristallinienne.

Outre ces possibilités sus- cités, il est possible également de constater une absence de cristallin sur oeil opéré ou en cas de traumatisme oculaire ; il s'agit d'une aphaquie. On parle de pseudophaquie en cas d'observation d'un implant de cristallin.

L'examen à la LAF permettait enfin d'observer des cas de « cristallin abaissé » c'est à dire des cataractes ayant subies une tentative de thérapeutique traditionnel traumatique.

VII. Retard de la prise en charge

Le but de notre enquête était de ressortir les raisons du retard de la prise en charge de la cataracte chez nos patients. Pour ce faire, nous avons procédé à un interrogatoire individuel de chaque patient ceci avec parfois l'aide d'un interprète parlant le dialecte du patient.

Nous avons recensé entre autres :

- La peur de l'acte chirurgical : le malade est effrayé à l'idée de mettre en jeu le peu de vision résiduelle.

- L'enclavement : difficulté de transport empêchant le malade de se rendre à l'IOTA qu'il trouve éloigné.

- Perte progressive de l'autonomie : incapacité progressive de réaliser les gestes de la vie courante, c'est-à-dire faire sa toilette, s'habiller, manger, aller aux toilettes, marcher, préparer les repas, faire le ménage, faire la lessive, faire ses courses, prendre ses médicaments, se promener, conduire sa voiture ou d'autres moyens de transport, payer et rendre sa monnaie, téléphoner, s'adonner à ses passe-temps ou toute activité de loisir (lire, regarder la télévision...).

- Coût présumé élevé : le malade suppose avant son arrivée à l'hôpital que les prix de la prise en charge sont élevés.

- Coût élevé : le malade arrivé à l'IOTA estime que les prix sont élevés pour ses moyens.

VIII. Saisie et analyse des données

Nos données ont été saisies sur Windows xp et analysées sur le logiciel SPSS version 11.0. Le test statistique utilisé a été le khi carré avec un seuil de signification statistique $p \leq 0,05$

IX. Aspect éthique

Le consentement du patient et des familles a été acquis avant toute inclusion des patients dans l'étude. La confidentialité de l'entretien était garantie.

RESULTATS

A-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'ages

Tranches d' age	Effectif absolu	%
[40 ans - 60 ans[	114	27,8
[60 ans - 80ans[	271	66,1
80 ans et +	25	6,1
Total	410	100,0

La tranche d'âge de 60-80 ans était la plus représentée avec 271 patients soit 66,1%.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif absolu	%
Masculin	211	51,5
Féminin	199	48,5
Total	410	100,0

Le sexe masculin était le plus représenté avec 51,5%, soit un sexe ratio H/F=1,06

Tableau III : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut	Effectif absolu	%
marié	295	72,0
veuf	114	27,8
Célibataire	1	0,2
Total	410	100,0

295 patients soit 72% étaient mariés.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif absolu	%
Bamanan	122	29,8
Peulh	66	16,1
Malinké	65	15,8
Soninke	63	15,4
Sonrhai	39	9,5
Senoufo	16	3,9
Miniaka	11	2,7
Bozo	10	2,4
Dogon	6	1,5
Bobo	5	1,2
Kakolo	4	1,0
Tamacheck	3	0,7
Total	410	100,0

Les ethnies bamanan et peulh étaient les plus représentées, avec respectivement 29,8% et 16,1%.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif absolu	%
Ménagère	182	44,4
Agriculteur	121	29,5
Commerçant	25	6,09
Autres	23	5,6
Petit commerce informel	16	3,9
Eleveur	13	3,2
Manœuvre ouvrier qualifié	10	2,4
Marabout	7	1,7
Fonctionnaire d'état	6	1,6
Artisan	4	1,0
Travailleur domestique	2	0,5
Pêcheur	1	0,2
Total	100,0	100,0

Les ménagères et les agriculteurs représentaient 44,4% et 29,5%.

Autres : chômeurs, retraités, chauffeur

Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation en français

Niveau		Effectif absolu	%
Analphabète français	en	184	44,9
Coranique		181	44,1
Premier cycle		29	7,1
Second cycle		10	2,4
Secondaire		5	1,2
Supérieur		1	,2
Total		410	100,0

Les analphabètes représentaient 44,9%.

Tableau VII: Répartition des patients selon leur provenance

Provenance	Effectif absolu	%
Bamako	49	12,0
Autres régions	311	75,8
Hors du Mali	50	12,2
Total	410	100,0

Il ressort de ce tableau que 12,2% des patients provenaient de l'extérieur du Mali.

Tableau VIII : Répartition des patients selon leur lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectif absolu	%
Kayes	80	19,5
Segou	53	12,9
Hors du mali	50	12,2
Bamako	49	12,0
Sikasso	49	12,0
Mopti	38	9,3
Koulikoro	35	8,5
Gao	29	7,1
Tombouctou	18	4,4
Kidal	9	2,2
Total	410	100,0

Les patients résidaient en majorité dans les régions de kayes et segou avec respectivement 19,5% et 12,9%.

Tableau IX: Répartition des patients selon l'aptitude à travailler

Aptitude	Effectif absolu	%
Oui	72	17,6
Non	338	82,4
Total	410	100,0

La majorité des patients 82,4% ne pouvait plus travailler.

Tableau X : Répartition des patients selon la durée d'arrêt du travail

Durée d'arrêt	Effectif absolu	%
moins de 5 ans	127	37,6
plus de 5 ans	211	62,4
Total	338	100,0

Il y avait 62,4% des patients qui ne travaillaient plus depuis plus de 5ans.

B- DONNEES CLINIQUES

Tableau XI : Répartition des patients selon le mode d'admission à l'IOTA

Mode d'admission	Effectif absolu	%
Référés	16	3,9
Non référés	394	96,1
Total	410	100,0

Parmi les patients admis à l'IOTA, seulement 3,9 % ont été référés.

Tableau XII : Répartition des patients selon les structures sanitaires de référence

Structures de référence	de	Effectif absolu	%
Hôpital		8	50
CSCOM		4	25
Cp		2	12,5
Personnel de santé	de	2	12,5
Total		16	100,0

Selon leur référence, 50 % des patients provenaient d'un hôpital.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la durée de la baisse de l'acuité visuelle

Durée de la baisse de l'AV	Effectif absolu	%
< 6 mois	15	3,7
[6 mois - 12 mois [	61	14,9
[12 mois – 24 mois [	130	31,7
[24 mois - 48 mois [	121	29,5
[48 mois - 60 mois]	56	13,7
> 60 mois	27	6,6
Total	410	100,0

Une baisse de l'acuité visuelle depuis [12 mois – 24 mois [a été observée chez 31,7% des patients.

Tableau XIV: Répartition des patients selon l'existence des antécédents oculaires autres que la cataracte

Antécédents	Effectif absolu	%
Oui	83	20,2
Non	327	79,8
Total	410	100,0

Les antécédents oculaires ont été retrouvés chez 20,2% des patients.

Tableau XV : Répartition des patients selon les types d'antécédents oculaires autres que la cataracte

Types	Effectif absolu	%
Glaucome ODG	3	0,7
Ptérygion ODG	32	7,8
Traumatisme oculaire	6	1,5
Aucun antécédent	369	90
Total	410	100,0

Le type d'antécédent oculaire le plus retrouvé était le ptérygion .

Tableau XVI: Répartition des patients selon l'acuité visuelle sans correction

	Acuité visuelle droite		Acuité visuelle gauche	
	N	%	N	%
Cld 2m	99	24,1	76	18,5
Cld 1m	58	14,1	49	12
Pl	247	60,2	274	66,8
PPL	6	1,5	11	2,7
Total	410	100	410	100

L'acuité visuelle gauche avec correction la plus représentée était Pl=13 dans 66,8% des cas.

Tableau XVII : Répartition des patients selon la gêne visuelle partielle

Gêne visuelle partielle	Effectif absolu	%
Oui	282	68,8
Non	128	31,2
Total	410	100,0

La gêne visuelle partielle représentait 68,8% des cas.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon l'existence de la gêne visuelle totale

Gêne visuelle totale	Effectif absolu	%
Oui	145	35,4
Non	265	64,6
Total	410	100,0

La gêne visuelle totale représentait 35,4% des cas.

Tableau XIX : Répartition des patients selon l'existence de la perte progressive de l'autonomie

	Effectif absolu	%
Oui	400	97,6
Non	10	2,4
Total	410	100,0

La perte progressive de l'autonomie représentait 97,6% des cas.

Tableau XX : Répartition selon l'existence des résultats fonctionnels incertains

R.F.I.	Effectif absolu	%
Oui	164	40,0
Non	246	60,0
Total	410	100,0

Les résultats fonctionnels étaient incertains dans 40% des cas.

C-RAISONS DU RETARD DE LA PRISE EN CHARGE

a-A leur arrivée à l'IOTA

Tableau XXI: Répartition des patients selon les raisons prioritaires invoquées pour ne pas recourir tôt au traitement

Obstacles prioritaires	Effectif absolu	%
Manque de moyens financiers	97	23,7
Négligence	88	21,5
Distance	55	13,4
Autres	51	12,4
Traitement traditionnel	36	8,8
Peur de l'acte chirurgical	29	7,1
Manque d'informations sur l'iota	29	7,1
Manque d'accompagnant	25	6,1
Total	410	100,0

La manque de moyens financiers était l'obstacle prioritaire le plus retrouvé avec 23,7 %.

Autres : conflits, vieillesse, autre maladie qu'il fallait d'abord soigner, manque d'infrastructures ophtalmiques dans les pays voisins(Côte d'ivoire, Guinée), fatalisme (c'est la volonté de Dieu),responsabilités professionnelles.

b- Avant leur arrivée à l'IOTA

Tableau XXII : Répartition des patients selon l'existence de la peur de l'acte chirurgical comme obstacle à la prise en charge

Peur	Effectif absolu	%
Oui	98	23,9
Non	312	76,1
Total	410	100,0

La peur de l'acte chirurgical était retrouvée chez 23,9% des patients.

Tableau XXIII: Répartition des patients selon l'existence de l'enclavement comme obstacle à la prise en charge

Enclavement	Effectif absolu	%
Oui	180	43,9
Non	230	56,1
Total	410	100,0

L'enclavement représentait 43,9% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'existence du coût présumé élevé comme obstacle à la prise en charge

Coût présumé élevé	Effectif absolu	%
Oui	269	65,6
Non	141	34,4
Total	410	100,0

La majorité des patients 65,6 % pensait que le coût de la prise en charge était élevé.

Tableau XXV: Répartition des patients selon l'existence du coût élevé comme obstacle à la prise en charge

Coût	Effectif absolu	%
Oui	258	62,9
Non	152	37,1
Total	410	100,0

Le Coût de la prise en charge était élevé pour 62,9 % des patients.

Tableau XXVI: Répartition des patients selon l'existence de la négligence de la pathologie

Négligence	Effectif absolu	%
Oui	141	34,4
Non	269	65,6
Total	410	100,0

La négligence de la pathologie était retrouvée dans 34,4% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon l'existence de manque d'accompagnant

Manque d'accompagnant	Effectif absolu	%
Oui	45	11,0
Non	365	89,0
Total	410	100,0

Le manque d'escorte représentait 89,0% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'attribution de la cataracte à une pratique traditionnelle

	Effectif absolu	%
Oui	99	24,1
Non	311	75,9
Total	410	100,0

Il ressort de ce tableau que 24,1% des patients avaient des croyances traditionnelles.

Tableau XXIX: Répartition des patients selon les types de pratiques traditionnelles

	Effectif absolu	%
Potion traditionnelle	74	74,7
Abaissement	12	12,12
Marabout	7	7,1
Prière	6	6,1
Total	99	100,0

La lotion traditionnelle était utilisée par 74,7% des malades.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon l'existence d'une discrimination liée au sexe

	Effectif absolu	%
Oui	21	10,6
Non	178	89,4
Total	199	100,0

Il y avait 10,6 % des femmes qui avaient subi une discrimination liée au sexe.

D- Appréciation des connaissances de la population sur la cataracte

Tableau XXXI: Répartition des patients selon l'existence de la connaissance de la cataracte

Connaissance	Effectif absolu	%
Oui	214	52,2
Non	196	47,8
Total	410	100,0

Nous avons retenu que 47,8 % des patients ignoraient la signification de la cataracte.

Tableau XXXII: Répartition des patients selon l'existence de l'ignorance de la pathologie et du traitement

Ignorance	Effectif absolu	%
Oui	208	50,7
Non	202	49,3
Total	410	100,0

L'ignorance de la pathologie et du traitement représentait 50,7% des cas.

Tableau XXXIII: Répartition des patients selon les causes de retard évoquées

Causes	Effectif absolu	%
Fatalisme	165	40,2
Vieillesse	96	23,4
Maladie incurable	74	18,0
Traumatismes	37	9,0
Hérédité	24	5,9
Sort	8	2,0
Autres	6	1,46
Total	410	100,0

Parmi nos patients 41,2% pensaient que la cataracte était une fatalité.
Autre : Maux de tête, HTA

RESULTATS ANALYTIQUES

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la peur de l'acte chirurgical et le sexe

Peur Sexe	Oui	Non	Total
Masculin	41	170	211
Féminin	57	142	199
Total	98	312	410

P= 0 ,02

Khi carrée =4,78

Tableau XXXVIII: Répartition des patients selon la connaissance de la cataracte et la négligence de la pathologie

Négligence Connaissance	Oui	Non	Total
Oui	64	150	214
Non	77	119	196
Total	141	269	410

P= 0,046

Khi carrée= 3,99

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I. Limites et difficultés de notre étude

Les difficultés rencontrées étaient que les patients ne souhaitent pas toujours répondre aux questions malgré un counseling, jugeant que le fait de venir à l'IOTA étaient déjà un grand effort fourni ; la multitude de dialecte également ne facilitaient pas toujours les échanges bien qu'il y'avait un interprète .

Résoudre la question en interrogeant les malades dans les campagnes auraient apporté une autre approche du problème bien que nécessitant le déplacement d'un personnel médical avec du matériel approprié.

Au terme de cette étude qui a durée 7mois portant sur 410 patients atteints de cataracte cécitante ayant subi un examen clinique et ayant été interrogés individuellement par la suite , nous avons obtenus les résultats suivants :

II. Données socio-démographiques

1. Tranche d'age

La tranche d'age la plus représenté était celle de 60 -80 ans dont 66,1% des cas. Dolo [24], Bakayoko [25], Guindo [26], et Touré [27], ont trouvé que la tranche d'age la plus représentée dans leur échantillon était de 61-70ans. Cela s'explique certainement par le fait que l'age d'installation de la maladie se situe vers 50ans ; la majorité de la population étant agriculteurs et ménagères, la vision fonctionnelle est encore conservée.

2. Sexe

Les hommes étaient les plus représentés avec 51,5 % de cas par rapport aux femmes avec un sexe ratio de 1,06 en faveur des hommes. Cette prédominance masculine a été également retrouvée par Touré [27] et Rabiou MM [28]. Ce constat

se justifierait probablement par le fait que les hommes sont les chefs de famille et toute décision pouvant inclure des dépenses demandent leur approbation.

3. Aptitude à travailler

Seulement 17,6% des patients étaient apte à travailler . Cela est dû à l'âge de nos patients qui était majoritairement en âge de ne plus exercer une activité. Etant donné que la majorité de nos patients étaient sans revenus, la famille reste la principale alternative pour la prise en charge des soins ophtalmologiques.

III. Examen ophtalmologique

1. Acuité visuelle

60,2% des patients avaient une cataracte blanche totale de l'OD tandis que 66,8% des patients avaient une cataracte blanche totale de l'OG . Ali [12] retrouve 60,9 % de cas de cataracte blanche totale dans son échantillon. La cataracte mûrit graduellement au cours des années [28] ce qui laisse penser que le malade sentait déjà que sa vision baissait mais restait à la maison pour des raisons diverses. Cela devrait être combattu car plusieurs personnes deviennent aveugles alors qu'elles auraient pu l'éviter.

2. Clinique

2.1 Baisse de l'AV constatée par le patient

3,7% des patients estiment que la baisse de l'AV dure depuis moins de 6 mois. Il s'agit d'un dénie de la maladie ou alors le malade ignore la maladie. Cependant, 13,7% des patients sont restés chez eux pendant 4 ans tandis que 6,6% des patients sont restés chez eux pendant plus de 5ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le malade pense que la maladie disparaîtra progressivement surtout lorsqu'elle est accompagnée de maux de tête ou de l'HTA qu'il soigne déjà. Notons

que beaucoup de ces personnes âgées ne veulent pas souvent «déranger» les membres de leur famille estimant que ceux-ci n'ont pas d'argent ; la honte de parler également de la maladie surtout dans les régions les plus reculées du Mali est un grand handicap d'où l'intérêt de sensibiliser la population au problème de la cataracte pour s'assurer de sa coopération future pour une prise en charge précoce de la pathologie.

IV. Retards de la prise en charge

1. les principales causes

Nous avons constaté que les moyens financiers étaient la première cause de retard quand le malade répondait spontanément avec 23,7 % suivi de la négligence 21,5% et la distance 13,4%. Cela s'expliquerait peut être par la pauvreté, le manque de participation à la prise de décision, le fait que la personne âgée n'a pas souvent les moyens suffisant pour se déplacer en temps voulu. Sapkota[29] au Nepal a retrouvé le coût 24,1%, la distance 32,8% et la peur de la chirurgie 31,1%. Pongo Aguila au Peru [30] a retrouvé le coût 28%, manque d'information sur la cataracte 25%, la peur de la chirurgie 40%. Il ressort de ces différentes études quelques similitudes d'obstacles entravant la prise en charge précoce des patients tels que le coût et la distance, avec des proportions superposables aux nôtres. Mais les différences sur la classification de ces causes dans ces différents pays pourraient s'expliquer par la divergence environnementale et culturelle mais aussi une différence d'approche méthodologique des différentes études.

Mme Magneta K. témoigne : « J'étais d'abord en Côte d'ivoire chez une parente, nourrie et logée. Je n'osais pas signaler que j'étais malade de peur d'ajouter un fardeau à la famille là bas ; c'est quand j'ai commencé à ressentir des douleurs que je suis rentré dans ma famille ici au Mali pour me faire soigner »

La veuve Bintou K. dit : « Je n'ai pas de garçons, je n'ai que des filles et elles ne travaillent pas .Je ne voulais pas les déranger. C'est quand c'est devenu vraiment grave que j'ai signalé.... »

Cependant, les raisons étaient intriquées quand il s'agissait de donner les véritables raisons pour lesquelles ils restaient chez eux : Le coût élevé dans 62,9% de cas, l'enclavement 43,9 %, la négligence 34,4%, les croyances traditionnelles 24,1% et la peur de l'acte chirurgical 23,9 %. Le désistement liée à la peur de cet acte , le déplacement pour ceux qui résident dans les régions reculées, la guerre dans les pays frontaliers,le port de lunettes ,l'absence d'assistance par l'entourage sont les raisons souvent évoqués par les patients .

Rabiu MM [38] dans son étude a retrouvé que le coût était la principale cause avec 61%. Oluleye [31] au Nigeria à retrouvé que le coût de la chirurgie était la première cause avec 52,8% et la distance 33,8 %. Snellingen [32] a retrouvé le coût 48%, la distance 44,8%, la peur de la chirurgie 33,3% et la négligence 18,8%. Ces résultats bien que rapprochées pour certaines barrières à la prise en charge précoce ont été obtenus à partir de protocoles différents.

2. relations entre barrières et données socio-démographiques dans le retard de la prise en charge des patients

❖ Sexe et peur de l'acte chirurgical

28,6% des femmes ont plus peur de l'acte chirurgical que les hommes 19,46 %, ce qui serait compréhensible car les femmes représentent le « sexe faible ». Notons que aucun acte chirurgical n'est sans risque ce qui expliquerait aussi cette peur. Toutefois, les unités de soins ophtalmologiques devraient promouvoir la chirurgie

de la cataracte au sein de la population car la méconnaissance des possibilités de soins de qualité peut contribuer au refus de la population de se faire opérer.

❖ **Négligence et connaissance de la cataracte**

39,3 % des personnes qui avaient la cataracte ne savaient pas ce que signifiait la maladie. L'information sur cette maladie pénètre assez lentement les régions rurales. La majorité de notre échantillon était une population pauvre et âgée vivant en milieu rural. Eduquer les populations en matière de santé et les informer sur les prestations chirurgicales offertes serait souhaitable.

3. impact de la couverture médiatique sur la cataracte

50,7% des patients ignoraient la cataracte et son traitement. L'ignorance explique sans doute que dans certains cas les services de soins oculaires ne soient pas utilisés. Le fatalisme et le manque d'information pourrait peut être aussi expliquer le peu d'intérêt qu'ont les populations pour la pathologie.

Mpyet C [33] au Nigeria a retrouvé que 39,2% savait ce qu'est la cataracte et que son traitement est chirurgical. Certaines pratiques dues à l'ignorance entraînent de sérieux « dégâts » tels que les croyances traditionnelles retrouvées chez 24,1% de nos cas. L'abaissement a été retrouvé chez 2,9% des patients à l'OG et 2,1% des patients à l'OD. Cela est quand même énorme lorsque l'on sait que ce sont des yeux irrécupérables, d'où la nécessité de mener une lutte acharnée contre ces pratiques douteuses entravant une prise en charge correcte des patients, à travers la médiatisation de la cataracte et de sa prise en charge auprès des populations.

Dans la plupart des études faites sur les barrières de la prise en charge de la cataracte, le coût reste la principale cause de retard de cette prise en charge. En effet, le coût global intègre les dépenses préopératoires, per opératoires et

postopératoires. Les études sur le coût de la chirurgie de la cataracte sont peu nombreuses (34, 35, 36). Le coût moyen total de l'intervention de la cataracte est déterminé par établissement et par modalité de prise en charge [37].

La mise en place d'un service social pourrait peut être alléger la tâche ; la création de structures hospitalières ophtalmologiques de qualité dans les régions les plus touchées contribuerait certainement à diminuer le nombre d'aveugles par cataracte.

CONCLUSION

Notre étude était transversale et descriptive. Elle portait sur les raisons du retard de la prise en charge des cataractes blanches cécitantes à l'IOTA à propos de 410 cas recensés de mars à septembre 2005.

Au terme de notre étude, nous constatons que les barrières à cette prise charge retrouvées étaient diverses et intriquées.

44,9% de notre population était non scolarisés et 82,4% de la population n'était plus apte à travailler.

Le coût était la barrière prioritaire avec 62,9% de cas.

L'enclavement représentait 43,9 %, la négligence 34,4%, les croyances traditionnelles 24,1% et la peur de l'acte chirurgical 23,9 %.

47,8 % des patients ignoraient la signification de la cataracte. De plus le taux assez élevé de non scolarisés dans notre échantillon soit 44,9% illustre davantage l'impact de l'ignorance dans la prise en charge de cette pathologie.

Des stratégies de réduction du nombre de personnes atteintes de la cataracte cécitantes sont déjà mise en place notamment le PNLC qui contribue grandement à l'élimination de la cécité à travers de divers projets et programmes d'opérations des yeux au Mali.

D'autres structures de soins ophtalmologiques sont également mise en place .Toutefois, le chemin à parcourir reste long pour vaincre les complications de cette pathologie en particulier la cécité et passe inéluctablement par la levée des entraves à une meilleure prise en charge des patients.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, des recommandations sont proposées et s'adressent respectivement à :

➤ **Aux autorités**

° Au ministère de la santé

- Former d'avantage de spécialistes (Ophtalmologistes, assistants médicaux) pour une meilleure couverture des différentes régions du pays.

- Créer de nouvelles structures dans les régions en fonction des pathologies locales.

° Au ministère du développement social

-Rendre effectif à travers les autorités municipales l'affectation budgétaire pour la prise en charge des malades indigents des communes.

➤ **Aux prestataires de l'IOTA**

- Promouvoir des campagnes d'information et de sensibilisation de la population sur la cataracte et ses complications par des affiches, des émissions radio et télévisuels.

-Convaincre la population de l'efficacité de la cure chirurgicale de la cataracte.

-Mettre l'accent sur les méfaits de la thérapie traditionnelle en cas de cataracte.

➤ **Aux populations**

- S'informer le plus possible sur la cataracte, son traitement et ses complications.

- Croire à l'efficacité de la cure chirurgicale de la cataracte.

REFERENCES

1- RESNIKOFF S.

Prévention de la cécité : Nouvelles données et nouveaux défis. Santé oculaire communautaire, vol 2, N°1 Août 2005.

2- INITIATIVE MONDIALE POUR L'ELIMINATION DE LA CECITE EVITABLE

Lancement de l'initiative VISION 2020 en Afrique Francophone.
Communiqué de presse OMS/9 25 février 2000.
Santé oculaire communautaire volume 1, numéro 1 2004, page 4.

3- OMS, VISION 2020:

The Right to Sight, Communiqué de presse WHO/12, 18 février 1999, OMS, Genève.

4- SCHÄFFLER ARNE, SCHMIDT SABINE

Anatomie, physiologie, biologie à l'usage des professions de santé
Edition Maloine Paris 2002, 342p, p 166

5-FLAMENT J.

Pathologie du système visuel édition Masson

6- BOKOBZA Y.

La nouvelle chirurgie de l'œil : Myopie, cataracte , glaucome
Odile Jacob février 2005 p 148-154

7- BATTERBURY MARK , BOWLING BRAD

Campus illustré ophtalmologie : cristallin
Elsevier mars 2005 p 50

8-www.docteurinfo.com

La cataracte chez l'adulte
Consensus cataract 2005

9- ALCON

Chirurgie de la cataracte ; 2005 Alcon canada Inc.
www.alconlabs.com

10- STANDFORD SMITH J. , HUGHES D.:

Eye surgery in hot climates, International Centre for Eye Health.

11- LARCHE L., MONTARD M.

Chirurgie de la cataracte

Edition Masson (Paris) 1996 .457pages

12- HAOUA A.

Résultats anatomiques des yeux opérés de cataracte à l'IOTA en 2005 : a

A propos de 614 cas, mémoire CES ophtalmologie Bamako 2005

13- PARUL D , MINASSIAN D.

Cataract surgery survey in the UK 1997-8:a report of the results of the clinical outcomes. Br J Ophtalmology 1999; 83:1336-1340.

14-THERON H.P. ; LESOUTIVIER D ; MARSAULT M.

Le cristallin

Feuillet de pathologie oculaire (Monaco) 53 pages

Centre national d'Ophtalmologie des Quinze- Vingt.

15- POULIQUEN Y.

Précis d'ophtalmologie

Edition Hermann 1990 ; 637 pages

16- IOTA

Projet de restructuration avril 2005

17- FLETCHER A.E, DONOGHUE M, DEVAVARAM J, et al (1999)

Law uptake of eye services in rural India: a challenge for programs of blindness prevention. Archives of Ophthalmology , 117 (10) : 1393 – 99.

18- VANNEST G.

Franchir les barrières, comment augmenter le taux des opérations de la cataracte. CBM Christoffelblindenmission, Nov 2000 ,46 P

19-SCHEMANN J.F, BAKAYOKO S., et coll

Barriers to cataract surgery in an African subsaharian country, Mali

Thèse Méd. Mali 1997 N° 108 IOTA

20- JOHNSON J.G, GOODE SEN V, FAAL H (1998)

Barriers to the uptake of cataract surgery.

Archives of ophtalmology, 28 (4) : 218- 20

21- DONOGHUE M.

Ceux qui n'utilisent pas les services de soins oculaires : rendre visible l'invisible
Revue de santé oculaire communautaire
Vol .2 N° 1 Août 2005

22- COURTRIGHT P, KANJOLORI S, LEWALLEN S (1995)

Barriers to acceptance of cataract surgery among patients presenting to district hospital in rural Malawi.
Tropical and Geographical médecine 47(1) : 15- 18

23- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Prise en charge de la cataracte par les services de soins de santé primaires Genève
1997 2^{ème} édition p 14.

24-Dolo M.

Résultats fonctionnels des malades opérés de cataracte par les CES 4 à l'IOTA à propos de 258 cas, mémoire CES ophtalmologie, Bamako 2004.

25-Bakayoko S.

Etude coût-efficacité de la chirurgie avancée de la cataracte dans la région de Mopti,à propos de 104 cas,mémoire CES ophtalmologie Bamako 2001.

26-Guindo A I.

Implatation intra oculaire en zones rurale et urbaine à propos de 204 cas , mémoire,CES ophtalmologie,2002 IOTA.

27-Touré O .

Implantation intra oculaire en milieu rural :à propos de 80 cas à Ouléssoubougou,mémoire,CES ophtalmologie,2003 IOTA.

28- SOCIETE CANADIENNE D'OPHTALMOLOGIE

Les maladies oculaires et leur traitement- Cataracte
Congrès et exposition annuel de la SCO, 2004
Le service d'information de la SC

29- Sapkota Y.D, Pokharel G.P, Dulal S , Byanju R.N, Maharjan I .M.

Barriers to up take cataract surgery in Gandaki Zone, Nepal.

Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2004 Apr- jun; 2(2):103-12.

30-Pongo Aguila L, Carrion R, Luna W, Silva JC, Limburg H.

Cataract blindness in people 50 years old or older in a semirural area of northern Peru.

Rev Panam Salud Publica .2005 May-jun;17(5-6):387-93

31-Oluleye T.S.

Cataract blindness and barriers to cataract surgical intervention in three rural communities of oyo State, Nigeria.

Niger J Med; 2004 Apr-Jun: 13(2); 156-60.

32-Snelligen T, Shrestha B.R, Gharti M.P, Shresta J.K , Upadhyay M.P, Pokhrel R.P;

Socioeconomic barriers to cataract surgery in Nepal: the South Asian cataract management study.

Br J Ophthalmol.1998 Dec;82 (12):1424-8.

33-MPYET C,DINEEN BP,SOLOMON A.W.

Cataract surgical coverage and barriers to uptake of cataract surgery in leprosy villages of north eastern Nigeria.

Br J Ophtalmol. 2005 Aug; 89(8)936-8.

34- BLOOM B.B, KRUEGER N.

Cost and quality effects of outpatient cataract removal.

Inquiry 1988 ;25 :383 -7.

35-ASIMAKIS P, COSTER D.J ,LEWIS D.J .

Cost effectiveness of cataract surgery.

A comparaisn of conventionel extracapsular surgery phacoemulsification at Finders Medical Centre.

Aust N Z J Ophtalmol 1996; 24:319-25.

36-STRONG N.P, WIGMORE W, SMINTHSON S, RHODES S,

Daycase cataract surgery surgery.

Br J Ophtalmol 1991; 75:731-3.

37- M.H. NGHIEM-BUFFET, G de POURVOUVILLE, et al

Evaluation en hospitalisation traditionnelle et en chirurgie de jour

Cout de la prise en charge de la cataract
Presse Médicale, 2001 ; N°30 :1924.

38- Rabiou M.M.

Cataract blindness and barriers to uptake of surgery in a rural community of
northern Nigeria.

Br J Ophthalmol, 2001 Jul; 85(7):776-80.

ANNEXES

I

FICHE D'ENQUETE

RETARDS DE LA PRISE EN CHARGE DES CATARACTES BLANCHES CECITANTES A L' IOTA

I - IDENTIFICATION

N°Region /__/
Date/__/__/ __/__/ __/__/

N°Dossier : /__/__/__/__/ Nom de l'examineur.....

Etat civil

Q1 Nom :

Q2 Prénom :

Q3 Age : /__/__/ ans

Q4 Sexe : (1=masculin , 2=féminin) /__/

Q5 Statut matrimonial : /__/

(1=marié, 2=veuf, 3=divorcé , 4=célibataire)

Q6 Ethnie : /__/

(1=bambara, 2=malinké, 3=khassouké, 4=sénoufo, 5=miniaka, 6=bobo, 7=bozo, 8=peulh, 9=sonrhai, 10=tamacheck, 11=sarakolé , 12=autre)

II - ORIGINE GEOGRAPHIQUE DU PATIENT /__/

Q7 Bamako et environs :

Q8 Région :

Q9 Etranger :

Q10 Adresse permanente :

Q11 Adresse du logeur :

Référence

Q12 Etes vous referés par une structure sanitaire ou un personnel de santé ? : /__/

1=oui 2=non

Q13 Si oui quel type : /__/

1=cscm , 2=cp , 3=hopital , 4=personnel de santé 5=autre

Q14 Etes vous venu avec une fiche de reference : /__/

1=oui 2=non

Situation socio-économique

Q15 Scolarisation : /__/

(1=premier cycle, 2=second cycle, 3=coranique, 4=analphabétisation, 5=secondaire,6=supérieur)

Q16 Profession /__/__/

1 –Agriculteur , 2-Eleveur , 3-Pecheur , 4-Manœuvre , ouvrier qualifié , 5-Travailleur domestique , 6-Commerçant , 7-Petit commerce informel , 8-Artisanat 9-Fonctionnaire , 10-Retraité , 11-Inactif , 12-Autres

Q17 Travaillez vous encore ? /__ / 1=oui 2=non
 Q18 Si oui est ce un travail rémunéré ? /__ / 1=oui 2=non
 Q19 Si non depuis combien d'années avez vous arrêté ?

III- CLINIQUE

Q20 Depuis combien de temps ne voyez vous plus rien du tout ? : /__ / __ / , /__ / (en mois)
 Q21 Pourquoi n'êtes-vous pas venus vous faire opérer plus tôt ?
 1=Manque de moyens, 2=Manque d'escorte, 3=Distance, 4=Autres: /__ / /__ / /__ /

ANTECEDENTS

Q22 Antécédents oculaires (autres que la cataracte) /__ / 1-oui 2-non
 Si oui spécifier

IV - EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE

OD OG

Acuité visuelle

Q23-Sans correction /__ / __ / /__ / __ /
 de 1 à 10 /10=1 à 10 ; cld.3m=11 ; cld.1m=12 ; Pl=13 ; VO=14
 Q24-Avec correction ou TS /__ / __ / /__ / __ /
 correction éventuelle (indiquez le signe) /__ / __ / /__ / __ /
 Q25-Test de Mawas /__ / /__ /
 (1=normal, 2=altéré, 3=non fait)

Cornée

Q26-Opacité cornéenne 1=oui 2=non /__ / /__ /
 Q 27-Si oui, situation / axe visuel /__ / /__ /
 (1=centrale, 2=paracentrale)

Profondeur chambre antérieure

Q28-Dimension /__ / /__ /
 (1=normale 2=diminuée 3=indéterminée)
 Q29- RPM : /__ / /__ /
 (1=présent 2=absent 3=incertain)

Cristallin

Q30 -Opacités cristalliniennes :
 (absence=0 ; cataracte partielle=1 ; cataracte totale=2) /__ / /__ /
 Q31 -aphaquie :
 (Non=0, chirurgicale=1, pseudophaquie=2, abaissement=3) /__ / /__ /
 Q32 -autres anomalies /__ / 1-oui 2- non
 Si oui, spécifier

Q33 -Fond d'oeil /__ / /__ /
 (Normal=1, anormal=2, non visible=3, non testé=4)

V – RETARDS DE LA PRISE EN CHARGE

1 – Individuelles

Q34 - Peur de l'acte chirurgical / _____ /	1-oui	2-non
Q35 – Enclavement / _____ /	1-oui	2-non
Q36 – Perte progressive de l'autonomie / _____ /	1-oui	2-non
Q37-ignorance du traitement / _____ /	1-oui	2- non
Q38 – Coût présumé élevé / _____ /	1-oui	2-non
Q39 – Ignorance de la pathologie / _____ /	1-oui	2-non
Q40 – Gène visuelle partielle / _____ /	1-oui	2-non
Q41- Gène visuelle totale / _____ /	1-oui	2-non
Q42- Résultats fonctionnels incertains / _____ /	1- oui	2-non
Q43-cout élevé / _____ /	1- oui	2-non
Q44- Négligence de la pathologie / _____ /	1- oui	2-no

2 – Socio-culturelles

Q45- Connaissez vous la cataracte ? / _____ /	1-oui	2-non
Q46– Appréhension de la cataracte par le patient / _____ /		
1=sort 2=hérédité 3=maladie incurable 4=don de Dieu 5=vieillesse 6=traumatisme 7=autres		
Q47 – Manque d'escorte / _____ /	1-oui	2-non
Q48 – croyances traditionnelles / _____ /	1-oui	2-non
Si oui , préciser.....		
Q49-discrimination de la femme / _____ /	1-oui	2-non

II

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : MARIE NATHALIE

PRENOM : MAAH

TITRE DE LA THESE: Raisons du retard de la prise en charge des cataractes blanches cécitantes

A l'IOTA à propos de 410 cas en en 2005

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2005- 2006

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Cameroun

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.

SECTEUR D'INTERET : Ophtalmologie-Santé publique

RESUME

Notre étude était transversale et descriptive. Elle s'est déroulée de mars 2005 à septembre 2005.

L'objectif général consistait à étudier les différentes raisons du retard de la prise en charge des cataractes blanches cécitantes à l'IOTA..

Nous avons enregistré 410malades atteints de cataracte bilatérales cécitantes, âgés d'au moins 40 ans et étant à leur première consultation ophtalmique. Dans notre étude, le sexe masculin était majoritaire 51,5%, la tranche d'âge la plus représentée était compris entre 60 et 80 ans. 44,9% de notre population était non scolarisés et 82,4% de la population n'était plus apte à travailler .Le coût était la barrière prioritaire avec 62,9% de cas. L'enclavement représentait 43,9 %, la négligence 34,4%, les croyances traditionnelles 24,1% et la peur de l'acte chirurgical 23,9 %. 47,8 % des patients ignoraient la signification de la cataracte. De plus le taux assez élevé de non scolarisés dans notre échantillon soit 44,9% illustre davantage

l'impact de l'ignorance dans la prise en charge de cette pathologie ainsi que sa négligence soit 34,4% retrouvés dans notre étude.

Le sexe et l'acte chirurgical sont étroitement liés avec 28,6% des femmes qui ont plus peur de l'acte chirurgical que les hommes 19,46 % .Le chemin à parcourir reste long pour vaincre les complications de cette pathologie en particulier la cécité et passe inéluctablement par la levée des entraves à une meilleure prise en charge des patients.

MOTS CLES : cataracte, cécitantes, bilatérale, IOTA, Mali.

III

Serment d'Hippocrate

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et **n'exigerai jamais** un salaire au dessus de mon travail, **je ne participerai** à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure