

SOMMAIRE

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
LISTE DES ABREVIATIONS	III
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	IV
RESUME.....	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I. PROBLEMATIQUE	3
1.2. DEROULEMENT DES CONCEPTS	7
Objectifs	11
CHAPITRE II. METHODOLOGIE.....	12
2.1. Lieu de l'étude.....	12
2.2. Justification du choix du lieu d'étude	12
2.3. Brève description du lieu de l'étude.....	12
2.4. Type d'étude.....	12
2.5. Population de l'étude.....	12
2.6. Méthode de recherche	13
2.7. Instruments de collecte des données	13
2.8. Pré test des instruments de collecte.....	14
2.9. Validation des instruments de collecte.....	14
2.10. Technique de collecte des données	14
2.11. Respect de l'éthique de recherche.....	14
2.12. Limites de l'étude.....	14
CHAPITRE III. PRESENTATION DES RESULTATS	15
III.2. Identification des connaissances des répondants	20
III.3. Identification des attitudes et pratiques	23
CHAPITRE IV. SYNTHESE ET DISCUSSIONS	26
CHAPITRE V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS	29
- CONCLUSION	29
- SUGGESTIONS.....	30
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	31
ANNEXES	32

DEDICACE

Je dédie ce travail à :

- Mes parents ;

- Mes enfants.

REMERCIEMENTS

Au Nom de DIEU Le Tout Miséricordieux Le Très Miséricordieux.

Je tiens à remercier à :

Mes Directeurs :

- Madame PILA ;
- au Docteur OWONO ;
- mes enseignants particulièrement Docteur NOAH, Monsieur OSSONGO, Madame ENGAMBA, Docteur MATIP, Monsieur NTALABE ;
- Mr. SALIHOU du Ministère de la Santé Publique ;
- mes encadreurs ophtalmo-sans frontière de Maroua ;
- la famille ABDOULAYE MAZOU, Fadimatou Mazou, Youssoufa Oumarou
- mes collègues et mes amis ;

LISTE DES ABREVIATIONS

- **AV** : Acuité Visuelle
- **CAP** : Connaissance Attitudes et Pratiques
- **CCC** : Causerie pour le Changement de Comportement
- **NLES** North London Eye Study
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PNLC** Programme Nationale de Lutte contre la Cécité
- **UV** : Ultra Violet

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Répartition des répondants selon le genre

Figure 2 : Identification des répondants selon l'âge

Figure 3 : Identification des répondants selon l'ethnie

Tableau I : Identification des répondants selon la fonction

Tableau II : Identification des répondants selon le genre et le niveau d'étude

Tableau III : Répartition des réponses concernant les causes de la cataracte

Tableau IV : Répartition des réponses quant aux signes de la maladie

Tableau V : Le moyen par lequel on peut guérir la cataracte selon les
répondants

Tableau VI : Répartition des réponses sur la prise en charge des cataractes par
religion

Tableau VII : Répartition des réponses sur les complications de la cataracte

Tableau VIII : Répartition des réponses sur la prévention de la cataracte

RESUME

Une étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations du quartier Hardé Maroua par rapport à la cataracte. La cataracte est une opacification du cristallin, c'est une maladie sénile dû au vieillissement de cristallin. Elle explique 40% des cas des aveugles dans le monde. Elle est la troisième cause de cécité dans les pays industrialisés et la première cause de cécité en Afrique. Notre étude s'est déroulée du 01 au 31 janvier 2009.

C'est une étude exploratrice par sondage. Notre échantillon a été obtenu en divisant les 666 maisons que compte le quartier concerné par 10 et obtenu 10 groupe de 66 maison environ. Dans chaque groupe, nous avons tiré les grappes de 10 maisons ce qui nous a donné 100 maisons.

De cette étude, il ressort que 42 % sont âgés de plus de 35 ans. Les femmes représentent 46 % de notre échantillon contre 44 % d'hommes. Le niveau d'étude de nos enquêtés : ceux qui n'ont jamais été à l'école est de 45 % alors 7% ont le niveau supérieur. L'éducation vis-à-vis de la jeune fille demeure un facteur discriminatif.

96 % de l'échantillon connaissent la cataracte comme maladie des yeux, 31 % de l'échantillon ne connaissent pas ce qui favorise cette maladie. 79,36 % des musulmans de notre population cible se rendent à l'hôpital quand ils en sont victime contre 90,32 % des chrétiens, alors 66,67 % des païens consultent les tradipraticiens laissant ainsi croire que la religion influencerait fortement les comportements dans cette localité.

En conclusion la cataracte est une pathologie bien connue au quartier Hardé Maroua. Toutefois, l'analphabétisme et le manque d'information seraient à l'origine des comportements négatifs face à cette pathologie qui pourtant est réversible.

ABSTRACT

A study was carried out on the knowledge, attitudes and practices of the inhabitants of Hardé Maroua locality towards cataract. Cataract is an opacification of the crystalline lining of the eye; it is a disease that results from the aging of the crystalline lining and is associated with old age. It is the major cause of 40% of blindness in the world and the third most important cause of blindness in industrialized countries and the number one cause of blindness in Africa. Our study ran from the 1st to the 31st of January 2009.

This study is an exploratory sampling. Out sampling was obtained by fractioning the 666 households that make of the quarter into 66 groups of 10 households each. In each group, we brought out a cluster of 10 houses, and that gave us 100 houses.

From this study, 42% of the inhabitants are older than 35 years. Our sample is made up of a proportion of 46% and 44% for women and men respectively. The level of education of our target population: 45% have never been to school while 7% have attended higher education. Education of the girl child remains a discriminatory factor in favour of the male child.

96% of the sample population knows cataract to be an eye infection and 31% of the sample do not know what causes the disease. 79.36% of Muslims go for consultation at the hospital when they fall victim to the infection against 90.32% for Christians. 66.67% of pagans consult a tradipractionner; an observation which implies that religion has great influences on behaviour in the locality.

Conclusively, cataract is a well known disease in Hardé Maroua quarter. However, illiteracy and the lack of information are the cause of negative behaviour towards this disease which is curable.

INTRODUCTION

La cataracte c'est l'opacification du cristallin qui entraîne une baisse d'acuité visuelle progressive. C'est une maladie connue depuis l'antiquité et observée aussi bien chez les animaux que chez l'homme, c'est la première cause de cécité dans le monde. Elle explique près de 40% d'aveugles de part le monde.

Au Cameroun on dénombre 170.000 aveugles et 510.000 mal voyants. La cataracte elle seule constitue 50% de tous les cas de cécité. Cependant, la cécité causée par la cataracte est réversible (I, 1), (III, 2)

La prévention de la cécité est un concept utopique pour certains, mais parfaitement une réalité dont l'objectif est de fournir une aide aux potentiels malades, et aux malades existants.

Tous les patients ne sont pas égaux devant la maladie, sur le plan socioculturel, économique, encore moins sur la connaissance vis-à-vis de la maladie, les attentes d'information et d'espoir dans le traitement.

Ce qui peut être considéré comme illettrisme médical, est à l'origine d'une démotivation à l'endroit des processus sanitaires et dont source est la diminution de la qualité de vie. Dans la région de l'Extrême-Nord (Maroua-Hardé) l'on remarque que la première cause de cécité est la cataracte. Certains paramètres tels : l'âge avancé, les facteurs climatiques tels que le soleil, par les rayons *UV*, la pauvreté, la sous information, l'analphabétisme, concourent à la prolifération des cas de cécité dû à la cataracte. Alors que cette cécité peut être évitée par une opération simple et qui devrait être accessible à tout le monde.

Compte tenu de ce qui précède, il serait mieux de mettre un accent particulier sur la sensibilisation de la population par rapport à cette pathologie.

Il n'y a que l'adoption des comportements responsables qui favorisera la prise en charge précoce de la cataracte où même retarder son apparition. Ainsi,

nous nous sommes penchés sur ce point, pour en faire une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations du quartier Hardé Maroua par rapport à la cataracte.

Le travail dans son ensemble, se présente en cinq (05) chapitres :

- Chapitre I Problématique ;
- Chapitre II Méthodologie ;
- Chapitre III Présentation des résultats ;
- Chapitre IV Synthèse et discussions ;
- Chapitre V Conclusion et suggestions.

CHAPITRE I. PROBLEMATIQUE

La cataracte est une opacification du cristallin qui entraîne une baisse d'acuité visuelle progressive. C'est la première cause de cécité dans le monde avec 37 millions d'aveugles, 124 millions de baisse significative de vision ce qui donne un total de 161 millions de handicapés visuels.

La cataracte est un problème de santé publique. 90% des handicapés visuels vivent dans les pays en développement, 75% sont évitables. La cécité continue de s'accroître malgré qu'elle soit curable par la chirurgie c'est ainsi qu'on dénombre plus de 2 millions de cas par an et ce chiffre doublera d'ici 2020 si rien n'est fait. La cataracte est responsable de 50% de cas de cécité dans le monde. (I,1)

Dans les pays industrialisés la cataracte est la troisième cause de cécité, selon l'Institut de Recherche en Santé du Canada (15 octobre 2006) le taux de cécité estimé au Canada est de l'ordre de 0,3% (région éloignée) et les groupes de population (autochtones, personnes âgées).

Au Canada, l'estimation actuelle est de 2,5 millions de canadiens touchés. L'estimation pour 2020, on prévoit que 3,1 millions de canadiens développeront des cataractes.

Les principales causes de cécité au Canada sont congénitales, héréditaires, métaboliques ou liées à l'âge. Les personnes âgées représentent le segment de la population le plus atteint par les pertes de fonction visuelle. Dans 70% des cas, il est possible de remédier à ce problème par des soins ophtalmologies préventifs ou curatifs.

La cataracte est responsable de 3,5% des causes de cécité au Canada. Aux Etats-Unis, elle touche 14% des plus de 40 ans entraînant des coûts de 3,4 milliards de Dollar par année pour quelques 13 millions de chirurgie de

cataracte. Chez les 50 ans et plus, la prévalence de la cataracte causant une baisse significative (inférieur à 6/12) est de l'ordre de 30%. La prévalence de la cataracte augmente dramatiquement entre 50 ans et 90 ans : 50% des personnes âgées de 70 à 80 ans et 100% en haut de 90 ans présentent une cataracte significative. Plus d'une personne sur deux sera opérée pour une cataracte au cours de sa vie.

Dans les pays développés comme le Canada, la cataracte est souvent considérée comme une maladie « conquise » parce qu'un traitement chirurgical permet de restaurer la vision avant que la perte visuelle ne soit trop prononcée. Malgré cela, la cataracte entraîne une baisse significative de la vision chez nombre de personnes âgées. (II,1)

Dans l'étude effectuée chez 1547 personnes âgées de 65 ans et plus au Royaume-Uni par NLES. Plus de 88% des personnes avec une cataracte opérable n'avait pas de contact avec les services des soins de santé. Le temps d'attente influence le degré de satisfaction des patients. La liste d'attente dépend entre autre du seuil AV par lequel, il y a indication thérapeutique. Une série d'audite réalisée au Royaume-Uni entre 1982 et 2000 montre le seuil moyen est passé en AV de 6/60 en 1982 à une AV de 6/12 en 2000. (II,1)

Plusieurs facteurs tels que la demande des patients, l'excellente récupération visuelle poste chirurgicale et l'accessibilité aux cliniques privées diminuent le seuil. Par contre, les limites budgétaires, les contraintes du personnel et la disponibilité des salles opératoires tendent à hausser ce seuil.

D'après l'OMS, la cataracte liée à l'âge est la première cause de cécité dans le monde (48%). Cela représente 18 millions de personnes.

La chirurgie de la cataracte est l'acte chirurgical le plus pratiqué en France : plus de 560.000 interventions ont été réalisées en 2006 pour un montant de 880 millions d'Euro. Etant donné, la prévalence de cet acte, son

développement prévaut en raison du vieillissement de la population (plus de 60% des personnes âgées de 85 ans sont concernés).

Cette pathologie est essentiellement liée à l'âge : la cataracte touche 20% de la population à partir de 65 ans, et plus de 60% à partir de 85 ans. Sa fréquence est en augmentation constante dans les pays industrialisés du fait de l'allongement de l'espérance de vie. Seule une réussite de la chirurgie oculaire peut restituer une fonction visuelle quasi normale. Le traitement chirurgical permet dans plus de 90% des cas, une récupération fonctionnelle excellente et rapide dès le lendemain de l'intervention. (II,2).

Dans les pays en développement la cataracte est la première cause de cécité. En Afrique anglophone, on estime à 3,4 millions le nombre d'aveugles et 10-12 millions le nombre de déficients visuels plus de 60% de ces cas sont imputables à la cataracte (I,1). Selon l'OMS, environ 2,4 millions de personnes vivant dans cette partie de la région sont aveugles à cause de la cataracte, et on dénombre environ 600.000 nouveaux cas de cataracte cécitantes chaque année. En 1984, le Dr Serge Resnikoff coordonnateur du Programme Prévention de la Cécité et de la Surdité de l'OMS   Genève affirme « aujourd'hui moins de 10% seulement de ces cas bénéficient d'un traitement chirurgical en réalité, la fourniture de services de traitement de la cataracte de bonne qualité et l'accès à ceux-ci varient énormément au sein de la sous région et même au sein des pays». (III,4)

Au Mali, le PNLC a souhaité depuis des années une prise en charge gratuite de l'intervention chirurgicale de cette cataracte. Les spécialistes du programme travaillaient dans cet esprit. Ils officiaient à un tarif de 15.000 FCFA contrairement à d'autres structures à la prise en charge est de 50.000 FCFA.

Le Docteur SANOUSI BAMANI coordonnateur du PNLC relève qu'il est enregistré chaque année environ 12.000 cas incidents (nouveaux cas) de la cataracte au Mali est 1,2% soit environ 156.000 aveugles dont la moitié (78.000

cas de cécité) est lié à la cataracte. Il y a urgence et nécessité absolue de donner une autre tonalité à la lutte contre la cécité en général et la cataracte en particulier.

Les ratios recommandés par l’OMS en matière de prise en charge chirurgicale de la maladie sont fixés à 2 milles interventions par million d’habitants et par an. Mais il faut noter que, notre pays qui regroupe actuellement près de 12 millions d’aveugles est largement en dessous de ces ratios, avec près de 9669 cataractes opérés en 2006. Les préventions sur les quatre prochaines années programment 17.000 interventions contre la cataracte date année, 28 milles opération en 2008, 32.000 en 2009 et afin 35 mille interventions à l’horizon 2010 (III,5)

Au Togo, pays de l’Afrique subsaharienne, la prévalence de la cécité est de 1%. La moitié de ces cécités sont imputables à la cataracte. La prise en charge de ces cataractes reste faible. (III,6)

Au Cameroun on dénombre 170.000 aveugles et 510.000 mal voyants identifiés. Selon le Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC). Comme la plupart des pays de l’Afrique le taux de cécités est environ 1% ce qui signifie que pour un pays comme le Cameroun avec une population de 18.000.000 d’habitants, il y aurait 180.000 d’aveugles et la moitié de ceux-ci soit 90.000 serait aveugle de la cataracte. (I,3)

Dans la Région de l’Extrême-Nord l’on remarque que la première cause de cécité est la cataracte. Certains paramètres tels, le vieillissement de la population les facteurs climatiques (les rayons ultra-violet) la pauvreté, (alimentation) la sous information concourent à la prolifération des cas de cécité dû à la cataracte. A Maroua, on rencontre beaucoup de cas de cécités dues à la cataracte, en général, ces cécités sont souvent compliquées de glaucomes et de taies cornéennes qui serait dues peut être à la prise en charge tardive des cataractes et aussi, au traitement traditionnel qui provoquent le taie cornéenne.

C'est ce qui explique l'augmentation de taux des mendiants qu'on rencontre en ville, à ce propos en 2004, Dr Ebrahim Malik Samba Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique affirme « pourtant les aveugles ont une vie difficile en Afrique, où les services d'aides sociales sont inexistantes, la cécité ou une vision extrêmement faible sont synonymes, en tout premier lieu, d'humiliation. Mendier devient la seule façon de survivre pour les personnes touchées ».

*Au regard de ce qui précède, nous nous sommes posés la question de recherche suivante : *quelles sont les connaissances, attitudes et pratiques des populations. De Hardé Maroua sur la cataracte.*

1.2. DEROULEMENT DES CONCEPTS

Connaissance

Selon Larousse la connaissance est la faculté de connaître et de se représenter ici, on parle des représentations collectives d'Emile Durkheim un Anthropologue 1898.

Attitude

Selon Larousse l'attitude est la manière dont on se comporte selon le dictionnaire, ici il s'agit de l'attitude de la famille face au problème de la cataracte.

Pratique

Selon Larousse la pratique est l'application mise en œuvre qu'est ce que la famille fait devant la cataracte.

Cataracte

Contrairement à la croyance populaire, la cataracte n'est pas une « peau » sur l'œil. Elle consiste plutôt en une opacification progressive du cristallin congénitale ou acquise, uni ou bilatérale partielle ou totale, caractérisée par une baisse d'acuité visuelle le plus ou moins importante selon le degré d'opacification et la topographie des opacités cristalliniennes. Cette perte de transparence traduit la mort de l'ensemble ou d'une partie des cellules cristalliniennes. (III,3)

Le cristallin

Est une lentille transparente située dans la chambre postérieure entre l'iris en avant et vitré en arrière. Sa constitution est comparable à celle d'un fruit avec apparition chronologique pendant l'embryogenèse. C'est l'opacification de tel ou tel de ces éléments qui conditionnera les différents types anatomocliniques de la cataracte. Le cristallin participe à la dioptrie oculaire dont le métabolisme se fait par diffusion à partir de l'humeur aqueuse. Toute perturbation de l'intégrité du cristallin anatomique ou biologiques, les fibres cristalliniennes vont alors dégénérer, s'opacifier. (I,2)

Symptômes

- Une baisse progressive de vision malgré les changements de verres ; changer les verres correcteurs peut amener une amélioration transitoire, dont la durée d'efficacité est impossible à apprécier. L'hypermétropisation est un phénomène semblable à la myopisation, mais dans un sens optique inverse. La myopisation est liée à la modification de la couleur et de la transparence du cristallin. Il arrive ainsi que sa puissance optique se modifie. L'acuité visuelle diminuera de façon lente et progressive, en quelques mois ou quelques années.

Certaines situations peuvent provoquer une cataracte d'évolution plus rapide, comme certains traumatismes, des chocs brutaux au niveau de l'œil (par projection d'un bouchon de champagne, par exemple), ou encore un traumatisme crânien violent, comme on en rencontre dans les accidents graves de la circulation. Fait qui attire l'attention de l'ophtalmologiste, la vision de loin est diminuée alors que la vision de près est relativement préservée (bien que cela puisse être inversé dans certaines cataractes postérieures). (III,1)

- Une vue embrouillée ou obscurcie ;
- Une vision double la diplopie monoculaire désigne le fait de voir double avec un seul œil. L'évolution de la cataracte n'opacifie pas toujours de façon homogène le cristallin, aussi il existe des phénomènes de distorsions optiques responsables de vision double sur l'œil ainsi atteint ou éblouissement gêne considérablement la conduite automobile nocturne ; les éblouissements surviennent souvent le soir, la lumière des ampoules allumées crée alors des halos gênants. Les phares de voitures peuvent ainsi être en cause, ce qui, associé avec la baisse de vision, génère des situations parfois dangereuses pour les automobilistes concernés. (III,1)
- Une perception fade et moins vive des couleurs ; l'altération de la sensibilité du contraste est peu spécifique, classique, bien que sans utilité pratique.
- Vision nocturne faible ;
- Une distorsion des images, qui fait paraître les objets comme s'ils étaient vus à travers une chute d'eau ou une vitre sale. (III,3)

Personnes à risque

Toutes personnes sont à risque de cataracte, car le vieillissement de l'œil est le principal facteur de risque. Cependant, les personnes suivantes sont plus à risque.

- Les personnes diabétiques depuis plusieurs années ;
- Les personnes ayant des antécédents familiaux de cataracte ;
- Les personnes qui ont déjà subi un traumatisme ou un traitement chirurgical à l'œil ;
- Les personnes qui vivent en haute altitude auprès de l'équateur, davantage exposées aux rayons UV du soleil ;
- Les personnes qui ont reçu des traitements de radiothérapie, un traitement couramment utilisé contre le cancer. (III,3)

Facteurs de risque

- L'exposition aux rayons UV du soleil. Elle accroît les risques d'apparition des cataractes séniles. Les rayons du soleil, plus particulièrement les rayons UV, transforment les protéines du cristallin ;
- La prise de corticostéroïdes à long terme ;
- Le tabagisme. Le tabac endommage les protéines du cristallin ;
- L'alcoolisme ;
- Une alimentation déficiente en fruits et légumes, en aliments riches en vitamines et en minéraux antioxydants ;
- Sa prise certains médicaments. (III,3)

Objectifs

1)- Objectif général

1.1. Identifier les connaissances attitudes et pratiques des populations de Maroua sur la cataracte afin de favoriser leur prise en charge précoce.

2)- Objectifs spécifiques

2.1. Identifier les populations cibles selon leurs caractéristiques sociodémographiques ;

2.2. Déterminer à base d'un questionnaire les connaissances des populations sur la cataracte ;

2.3. Identifier à partir d'un questionnaire les attitudes et pratiques des populations sur la cataracte ;

2.4. Proposer à partir des lacunes observées des mesures susceptibles de réduire les cas de cécités dues à la cataracte.

CHAPITRE II. METHODOLOGIE

2.1. Lieu de l'étude

Notre étude s'est déroulée au quartier Hardé à Maroua chef lieu de la région de l'Extrême-Nord.

2.2. Justification du choix du lieu d'étude

Le choix de ce site a été influencé pour plusieurs raisons :

- On dénombre plus de cas de cécités dues à la cataracte dans cette région que partout ailleurs dans le pays ;
- Ces malades pour la plupart ne partent pas à l'hôpital pour la prise en charge ;
- On y rencontre beaucoup d'aveugles entrain de mendier.

2.3. Brève description du lieu de l'étude

Le quartier Hardé Maroua a été créé après Boum démographique de la ville de Maroua en 1792.

Dans ce quartier Hardé il y a trois écoles primaires, un centre de santé. C'est un quartier populaire avec 666 maisons et 5200 habitants. Le quartier Hardé est délimité au Nord par Mayo dada mamma, à l'Ouest et au Sud par Domayo, à l'Est par Dougoï.

2.4. Type d'étude

C'est une étude descriptive, exploratrice par sondage.

2.5. Population de l'étude

C'est une population constituée d'hommes et de femmes. Agés à partir de 15ans et plus.

- *Critères d'inclusion*

Sont inclus dans notre étude toute personne (hommes ou femmes âgés à partir de 15 ans et plus consentant à l'étude).

- *Choix de l'échantillon*

Sondage par grappes.

- *Technique de l'échantillonnage et taille de l'échantillon*

C'est un sondage par grappe. Un recensement exhaustif de tous les ménages avait été réalisé au total 666 ménages. Nous avons divisé 66 maisons de 10 groupes. Nous avons travaillé sur des grappes de 10 maisons de chaque groupe de 66 maisons. Ce qui nous donne environ 100 maisons pour 666 maisons. Dans chaque maison, nous avons interrogé la personne la plus consentante pour l'étude.

2.6. Méthode de recherche

C'est une méthode descriptive par sondage à passage unique. Technique transversale. Il s'agit d'une enquête domiciliaire portant sur les CAP de la population de Hardé Maroua sur la cataracte.

2.7. Instruments de collecte des données

L'instrument de collecte de données comprend un questionnaire :

- 90% de questions fermées ;
- 10% de questions ouvertes.

Le questionnaire est divisé en trois grandes parties :

- Identification des répondants ;
- Connaissances des répondants ;
- Attitudes et pratiques des répondants.

Ce questionnaire a été introduit en expliquant la confidentialité des réponses. Les enquêtés sont libres de répondre ou pas.

2.8. Pré test des instruments de collecte

Le pré test a été fait sur 10 personnes à Domayo. Cette phase n'a pas désorganisé notre support de collecte des données au cours de notre étude.

2.9. Validation des instruments de collecte

Après établissement, notre instrument a été porté auprès de nos tuteurs et certains de nos enseignants à l'issue duquel certaines questions ont été reformulées.

C'est après modification que les tuteurs ont validé l'instrument de collecte.

2.10. Technique de collecte des données

Pour obtenir les informations, nous avons un questionnaire la cible répond en notre présence. Ceux qui demandent à remettre plus tard sont exclus de l'enquête.

2.11. Respect de l'éthique de recherche

Pour mener notre enquête, nous avons adressé une demande d'autorisation auprès du Maire de la ville de Maroua I et l'anonymat a été respecté.

2.12. Limites de l'étude

On n'a pas pu avoir un échantillon plus grand par manque de moyens financiers et le temps pour bien mener cette enquête.

CHAPITRE III. PRESENTATION DES RESULTATS

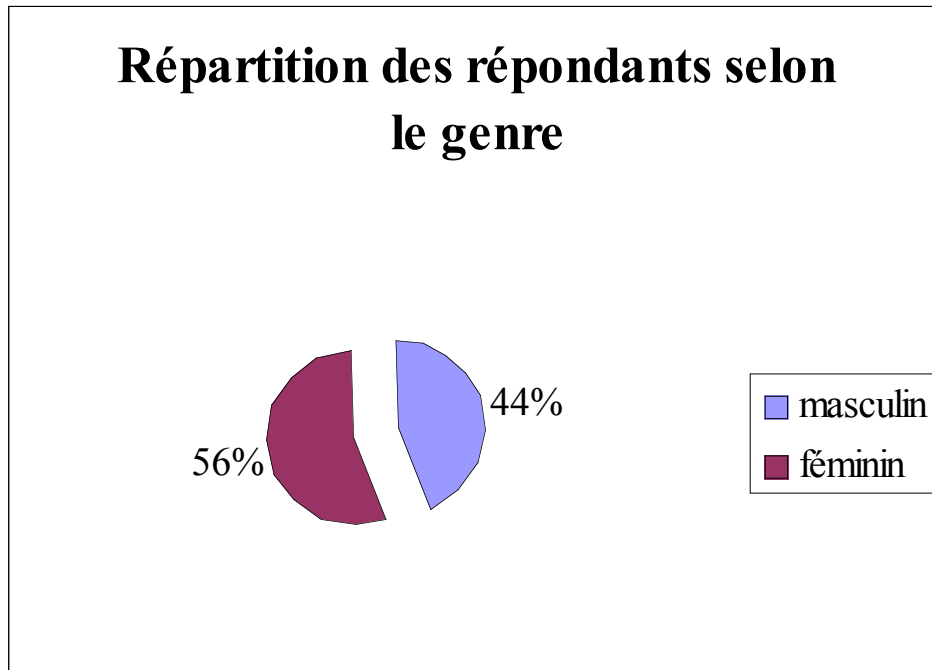


Figure 1 Identification des répondants selon le genre

Le genre féminin est le plus représenté avec 56 %.

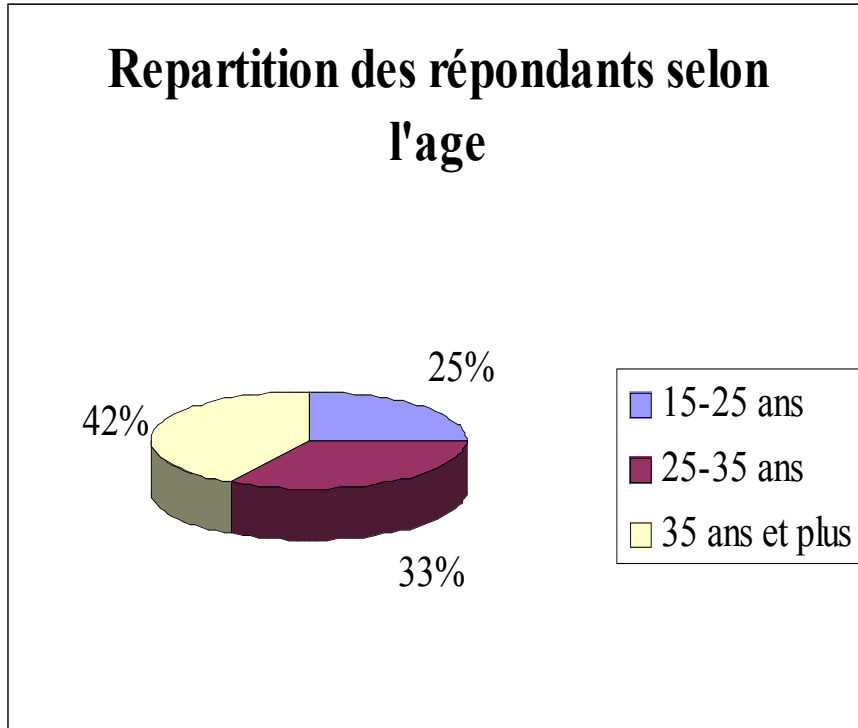


Figure 2 Identification des répondants selon l'âge

42 % des répondants sont âgés de 35 ans ou plus.

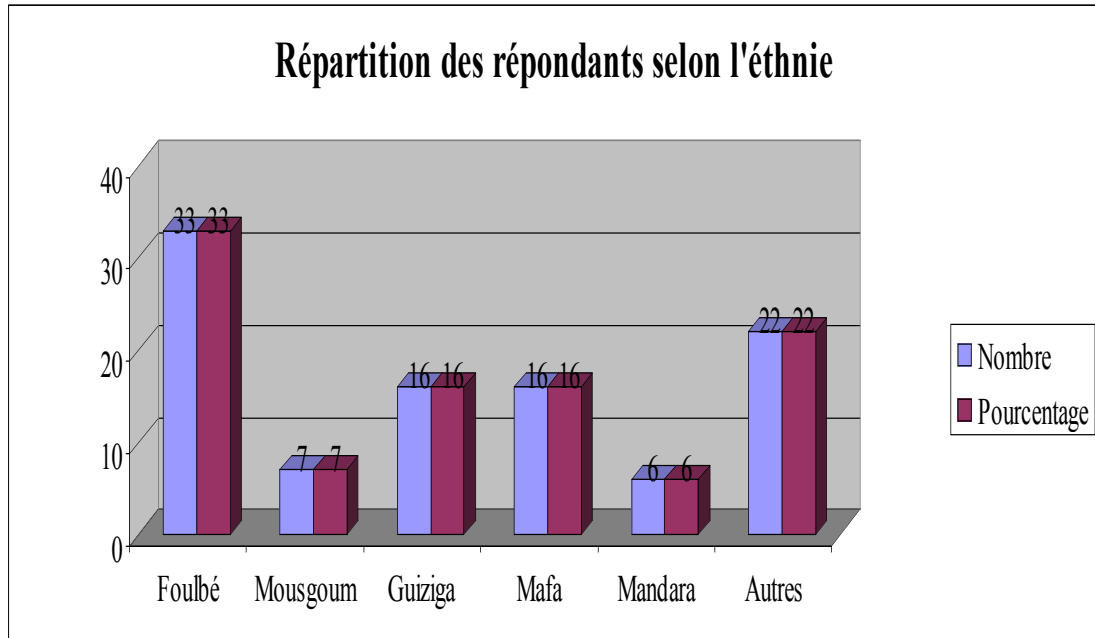


Figure 3 : Identification des répondants selon l'éthnie

L'éthnie foulbé est la plus représentée avec 33 %

Identification des répondants selon la religion

- 63% Musulmans
- 31% Chrétiens
- 6% Autres

Tableau n° I : Identification des répondants selon la fonction

Fonction	Nombre	Pourcentage
Fonctionnaire	06	06%
Commerçant	29	29%
Ménagère	45	45%
Autres	20	20%
Total	100	100%

Les ménagères constituent la fonction la plus représentée avec 45 %.

Tableau II Identification des répondants selon le genre et le niveau d'étude

Genre Niveau d'étude	Masculin		Féminin	
	Nombre	pourcentage	Nombre	pourcentage
N'a jamais été à l'école	13	29,54%	23	41,08%
Primaire	17	38,63%	28	50%
Secondaire	08	18,20%	04	7,14%
Supérieur	06	13,63%	01	1,78%
Total	44	100%	56	100%

Le niveau primaire est le plus représenté : 45%

III.2. Identification des connaissances des répondants

A la question 1 de savoir qu'est ce que la cataracte,

96% pensent que c'est une maladie des yeux,

03% estime que c'est une maladie mystique,

01% pense que c'est une opacification du cristallin.

Tableau III : Répartitions des réponses concernant les causes de la cataracte

Réponses	Nombre	Pourcentage
Vieillessement	09	09%
Exposition au soleil	08	08%
Dénutrition	03	08%
Traumatisme	08	08%
Complication des maladies	13	13%
Sorcellerie	07	07%
Je ne sais pas	31	31%
Autres	02	02%
TOTAL	100	100%

31% des répondants ne savent pas ce qui favorise la cataracte.

A LA QUESTION DE SAVOIR SI LA CATARACTE EST UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

Sur 100 répondants :

90% des répondants considèrent la cataracte comme un problème de santé,

10% des répondants ne considèrent pas la cataracte comme un problème santé.

Tableau IV : Répartition des réponses quant aux signes de la maladie ?

Réponses	Nombre	Pourcentage
Leucocorie	78	78%
Baisse de l'acuité visuelle	16	16%
Rougeur des yeux	03	03%
Autres	03	03%
Total	100	100%

78% reconnaissent la cataracte par la leucocorie.

A LA QUESTION DE SAVOIR SI LA CATARACTE REND AVEUGLE ?

- 92% des répondants pensent oui ;
- 06% des répondants pensent non ;
- 02% des répondants pensent autres.

A LA QUESTION DE SAVOIR SI LA CATARACTE EST CURABLE ?

- 88% des répondants pensent qu'elle est curable ;
- 06% des répondants pensent qu'elle n'est pas curable ;
- 06% pas de réponses ;

Tableau V le moyen par lequel on peut guérir la cataracte selon les répondants

Réponses	Nombre	Pourcentage
Chirurgie	56	56%
Médicaments	18	18%
Port des lunettes	03	03%
Médicaments traditionnels	16	16%
Solution se trouve ailleurs (DIEU)	07	07%
Total	100	100%

56% pensent qu'on peut traiter la cataracte par la chirurgie.

III.3. Identification des attitudes et pratiques

Tableau VI : REPARTITION DES REPNSES SUR LA PRISE EN CHARGE DES CATARACTES PAR RELIGION

Religion Réponses	Musulmans		Chrétiens		païens	
	Nombre	pourcentage	Nombre	pourcentage	Nombre	pourcentage
Hôpital	50	79,36%	28	90,32%	1	16,66%
Automédication	3	4,77%	1	3,23%	1	16,66%
Tradipraticiens	10	15,87%	2	6,45%	4	66,67%
Total	63	100%	31	100%	6	100%

66,67% des païens préfèrent les tradipraticiens.

A LA QUESTION DE SAVOIR SI LA CATARACTE PEUT ENTRAINER D'AUTRES MALADIES

60 répondants disent oui 60% ;

31 répondants disent non 31% ;

09 pas de réponse 09%

Tableau VII : REPARTITION DES REPONSES SUR LES COMPLICATIONS DE LA CATARACTE

Réponses	Nombre	Pourcentage
Cécité	28	46,66%
Glaucome	04	6,66%
Autres	11	18,34%
Ne sais pas	17	28,34%
Total	60	100%

46,66% des répondants pensent que la première complication de la cataracte est la cécité.

**A LA QUESTION DE SAVOIR EST-CE QUE VOUS DONNER UN
MEDICAMENT LORSQUE QUELQU'UN A UNE
CATARACTE ?**

- 22% des répondants pensent donner un médicament ;
- 78% des répondants ne pensent pas donner un médicament.

A la question de savoir si vous donnez-vous un médicament pour prévenir la cataracte ?

- 11% des répondants donnent le médicament ;
- 83% des répondants ne donnent pas le médicament ;
- 06% n'ont pas donné de réponse.

Tableau VIII La répartition des réponses sur la prévention de la cataracte

Réponses	Nombre	Pourcentage
Port des lunettes	04	04%
Bonne alimentation	15	15%
En buvant les écorces	10	10%
Je ne sais pas	71	71%
TOTAL	100	100%

71% des répondants ne savent comment on peut prévenir la cataracte.

CHAPITRE IV. SYNTHÈSE ET DISCUSSIONS

Ce chapitre s'articule autour de 3 axes de ce travail à savoir :

- l'identification des répondants ;
- l'identification des connaissances des répondants ;
- l'identification des attitudes et pratiques des répondants.

1. L'identification des répondants

La répartition de nos enquêtes par âge nous montre que sur les 100 personnes 42% sont âgées de plus de 35 ans.

Par contre, les tranches d'âge de [15-25[et [25,35[partagent respectivement 25 et 33%. Ceci pourrait s'expliquer par nos choix guidés par le fait que les personnes âgées sont beaucoup plus victimes de la cataracte. Au sujet du sexe, 56% de nos répondants sont du sexe féminin, contre 44% des hommes. Ces proportions sont un peu en accord avec la tendance mondiale où il y a plus de femmes que des hommes 52% et 48% respectivement. Et en plus dans les Sarés on retrouve plus les femmes que les hommes.

La répartition des répondants par ethnie nous a permis d'identifier les grands groupes ethniques qui sont par ordre d'importance, les peuls ou foubés, les guiziga, les moufous dans des proportions de 33,16 et 16% respectivement. D'autres groupes ethniques et non de moindre existence, il s'agit des mandara, toupouri, mousgoum entre autres.

Les populations pratiquent comme activité principale de ménage, et commerce dans les proportions de 45 et 29% le fait que près de la moitié de répondants soit des ménagères seraient dû au nombre important des femmes dans l'échantillon 56% et dans cette région, le travail principal de la femme reste

encore le ménage (entretien du Saré). La forte proportion des autres activités 20% se justifie par la récurrence des activités agropastorales.

Le niveau d'étude de nos enquêtés reste faible, 36% n'ont jamais été à l'école 45% ont le niveau du primaire sans CEP seulement 7% ont le niveau du supérieur ces chiffres se justifient par la forte proportion des femmes car dans cette région, on applique une politique d'éducation qui discrimine la jeune fille. Cette dernière s'occupe beaucoup plus aux activités de ménage et parfois victimes des mariages précoces.

En résumé nous pouvons dire que le genre féminin est le plus représenté, l'ethnie foubé est la plus représentée et le niveau d'étude de nos enquêtés est bas.

2. L'identification des connaissances

96% de nos enquêtés ont défini la cataracte comme maladie des yeux ; ce qui montre qu'ils ont une connaissance empirique de la pathologie contre 1% qui a donné une bonne définition.

31% ne connaissent pas ce qui favorise cette maladie ; ceci s'expliquerait par le trio sous-scolarisation, pauvreté, sous information car ils ne cherchent pas à savoir le comment ni le pourquoi des choses. C'est ainsi que les facteurs tels que sorcellerie, maladie divine sont évoqués « boire l'eau du marigot ». Ici, on est dans le contexte des croyances mystico-religieuses.

90% affirment reconnaître la cataracte comme un problème de santé ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'ils sont habitués à voir les cas de cécités consécutives à la cataracte.

La leucocorie est le signe par lequel la cataracte est reconnue soit 78%. Pour ce qui concerne le traitement 88% pensent que la cataracte est curable cela se justifierait par le fait que beaucoup croient à l'efficacité de traitement

chirurgicale et certains à l'efficacité de traitements traditionnels tel le basculement du cristallin dans la chambre postérieure, les collyres traditionnels.

Bien que 56% pensent trouver une solution efficace par la chirurgie.

En somme, nous pouvons dire que nos répondants ont une connaissance empirique de la cataracte.

3. L'identification des attitudes et pratiques

Concernant la conduite à tenir face à la cataracte, il en est ressorti que 79,36% des musulmans se rendent à l'hôpital contre 90,32% des chrétiens tandis que 66,67% des païens consultent les tradipraticiens. Ce qui explique l'influence de la religion dans le comportement.

60% pensent qu'il est probable que la cataracte se complique ; cependant, 46,68% des 60 ayant répondu par oui ignorent par quoi et par quel processus.

A propos de la prévention de la cataracte 11% déclarent prendre du lait acide tôt le matin et des écorces.

71% ignorent totalement ce qu'il faut faire pour prévenir la cataracte. Toutes ces attitudes sont imputables au manque d'information.

Nous pouvons dire que plus de la moitié de notre population pense trouvée la solution grâce à la chirurgie.

CHAPITRE V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

- CONCLUSION

Au terme de notre étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives à la cataracte, il ressort que :

92% de la population cible (quartier Hardé) connaît parfaitement cette pathologie et 60% ses conséquences néfastes.

56% sait qu'il est possible de restaurer la vue par un traitement chirurgical.

71% ne sait pas qu'il est possible de retarder l'apparition de la cataracte par une bonne alimentation ou le port de lunette de protection contre le rayon ultra violet du soleil.

La cataracte est bien connue au quartier Hardé Maroua plus de la moitié de la population de notre étude sollicite aller à l'hôpital lorsqu'elle celle-ci s'est déclarée.

En revanche, on note encore une forte prévalence de cette maladie dans cette zone favorisée par l'âge avancé des populations, le faible taux d'alphabétisation, les conditions climatiques difficiles en particulier la sécheresse, la malnutrition consécutive à la pauvreté et au manque d'information suffisante des masses populaires quant aux possibilités thérapeutiques actuelles.

- SUGGESTIONS

A court terme

- 1- communiquer les résultats de cette étude au responsable du quartier ;
- 2- déposer l'exemplaire du mémoire à la commune et à ophtalmo sans frontière Maroua ;
- 3- faire une sensibilisation au quartier sur la maladie, les facteurs favorisant la prise en charge, les complications avec les autorités territoriales et traditionnelles ;
- 4- faire les descentes sur le terrain pour le dépistage des cataractes.

A moyen terme

- 1- Sensibilisation les populations sur le port de lunettes de protection contre les rayons ultra violet ;
- 2- conseiller de se protéger les yeux en cas de toutes activités qui peut engendrer le traumatisme des yeux ;
- 3- demander à la population de ne pas prendre les médicaments sans avis médical, de ne pas reprendre la même ordonnance sans une nouvelle consultation ;
- 4- organiser les séances de dépistage du diabète et l'équilibrage de ces diabètes.

A long terme

- 1- promouvoir l'éducation de la jeune fille ;
- 2- formation de 2 ou 3 membres de la communauté sur la cataracte et les problèmes oculaires en général, qui seront chargés d'orienter les malades ;
- 3- formation des guérisseurs traditionnels et de travailler en collaboration avec eux ;
- 4- formation de ministres des cultes Imam, Pasteurs, Prêtres ;
- 5- favoriser la formation du personnel sanitaire périphérique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. Livres

1. Cours vision 2020 Dr Noa ;
2. Dictionnaire Petit Larousse ;
3. Ophtalmo Henry HAMALD p. 31
4. Soins oculaires primaires Dr Daniel Etya'alé M.D. p. 27.

II. Mémoires

1. Mémoire présenté par le réseau FRSOE Santé de la vision ;
(Internet)
2. Rapport Caisse Nationale d'Assurance Maladie, France 11 sept
2008 ; (Internet)

III. Sites Internet

1. Coc net information ;
2. <http://fr.wikipedia.org/win/cataracte> (maladie) ;
3. [http://www.passeport santé net/fr/maux/problèmes/fiche.aspec ?doc=](http://www.passeport-santé.net/fr/maux/problèmes/fiche.aspec?doc=)
4. <http://www.who.int> ;
5. www.esor.gov.ml/jour/cgin-bin/wiew article pl? id=15496;
6. [www. John libbey eurotext/fr/fr/print/e-doc s /00/04/2D/30/resume](http://www.libbey-eurotext.fr/fr/print/e-doc_s/00/04/2D/30/resume)
md;

ANNEXES

Questionnaire

I. Identification des répondants

- 1) Genre M F

- 2) Age [15 ans – 25 ans [
 [25 ans – 35 ans [
 [35 ans - +[

- 3) Ethnie : Foulbé
 Mousgoum
 Moufou
 Mandara
 Autres (païens)

- 4) Religion :
 Musulmans
 Chrétiens
 Autres

- 5) Statut Professionnel
 Fonctionnaire
 Commerçant
 Ménagère
 Autres

- 6) Niveau d'étude
 N'a jamais été à l'école
 Primaire
 Secondaire
 Supérieur

II. Identification des connaissances des répondants

1) Qu'est ce que la cataracte ?

Opacification du cristallin

Maladie des yeux

Maladie mystique

Autres

2) Selon vous qu'est ce qui favorise cette maladie ?

Exposition au soleil

Dénutrition

Traumatisme

Complications des maladies

Sorcellerie

Je ne sais pas

Autres

3) Considérez-vous la cataracte comme un problème de santé ?

Oui

Non

4) Comment reconnaissez-vous que quelqu'un est atteint de la cataracte ?

Leucocorie

Baisse d'acuité visuelle

Rougeur des yeux

Autres

5) La cataracte peut- rendre aveugle ? Oui Non

6) La cataracte est-elle curable ? Oui Non

7) Si oui par quel moyen ?

Chirurgie

Médicament

Port des verres

Produits traditionnels

III. Identification des attitudes et pratiques

1) Que faite-vous devant la cataracte ?

Je vais à l'hôpital

Je fais l'auto médication

Je vais chez le tradipraticien

2) Cette maladie peut conduire à d'autres maladies ?

Oui

Non

3) Si oui lesquels ?

Cécité

Glaucome

Autres

Je ne sais pas

4) Lorsque vous avez la cataracte est ce que vous prenez un médicament ?

Oui

Non

5) Donnez-vous un médicament pour prévenir la cataracte ?

Oui

Non

Si oui lequel ?.....

6) Comment peut-on prévenir la cataracte ?

Par :

Le port des lunettes contre le soleil

Une bonne alimentation

En buvant les écorces

Autres a précisé.....

PREVENTION

Selon Larousse la prévention est l'ensemble des mesures prises pour prévenir un danger, un risque, un mal pour l'empêcher de survenir.

Les cataractes sont un phénomène naturel qui accompagne le vieillissement, mais certaines mesures peuvent permettre de ralentir leur développement.

Les mesures préventives sont importantes parce que les maladies des yeux progressent sur une longue période de temps.

Lorsque la cataracte est diagnostiquée chez les patients âgés de 60 à 70 ans, la maladie peut avoir commencée plus de 20 ans auparavant. (III,3)

PREVENTION PRIMAIRE

C'est l'ensemble des mesures prises pour retarder l'apparition de la cataracte.

Mesures préventives de base

- Protéger ses yeux du soleil. Il est reconnu qu'une exposition excessive au soleil entraîne des dommages sur le cristallin pouvant accélérer l'apparition de la cataracte. Il est donc important de porter un chapeau à large bord et des lunettes de soleil assurant une protection contre les rayons UV. Limiter aussi l'exposition aux micro-ondes et aux rayons X et infrarouges, ce qui pourrait également ralentir la formation de cataractes. Protéger les yeux au travail et dans les loisirs ;
- Cesser de fumer. Les fumeurs peuvent réduire leur risque de cataracte sénile en cessant de fumer ;

- Contrôler sa glycémie en cas de diabète. Les personnes diabétiques doivent suivre de près leur glycémie, leur pression sanguine et leur taux de cholestérol afin de prévenir les troubles oculaires.
- Protéger ses yeux au travail et dans les loisirs. On peut prévenir la cataracte attribuable à certaines blessures en portant une protection adéquate au travail et durant des activités sportives.
- Prévenir la transmission d'une infection à l'accouchement. Les femmes enceintes devraient consulter leur médecin pour prendre les mesures nécessaires, s'il y a lieu, afin de prévenir la transmission d'une infection à l'enfant. (III,3)

PREVENTION SECONDAIRE

C'est l'ensemble des mesures prises pour ralentir la progression de la cataracte.

Avoir une alimentation riche en fruits et légumes :

- lutéine de source alimentaire agit comme un antioxydant protéger ainsi les cellules contre les effets nocifs des radicaux libres, on la trouve dans les légumes verts et les fruits comme oranges ;
- vitamine C agit comme filtre des rayons UV servant d'agent protecteur ;
- vitamine E une étude observationnelle a relevé un lien entre la consommation régulière de suppléments, de vitamine E et un risque réduit de moitié de souffrir d'une cataracte.

Les fruits ou les extraits de fruits du bleu et de la myrtille ont été traditionnellement utilisés en Europe pour prévenir la cataracte.

Le curcuma (*curcuma longa*) est une épice utilisée traditionnellement en Inde aux propriétés antioxydantes.

On note : la cataracte ne se traite ni avec des gouttes oculaires, ni avec des rayons laser. La chirurgie est le seul traitement possible.

Lorsque la cataracte commence à se former et que les symptômes ne sont pas trop incommodants, la vision peut être améliorée par des mesures simples :

- porter des lunettes avec des verres antireflet pour atténuer l'éblouissement;
- avoir une prescription de lentilles adéquate ;
- s'assurer d'avoir un éclairage suffisant pour mener ses activités d'intérieur.

On aura aussi avantage à adopter les mesures préventives afin de ralentir la progression de l'affection. Voir la section Prévention. (III,3)

PREVENTION TERTIAIRE

C'est l'ensemble des mesures prises pour traiter la cataracte.

Aucun traitement ne peut restaurer la transparence d'un cristallin opacifié. Par conséquent, lorsque la cataracte est à un stade plus avancé, au point d'altérer la qualité de vie, la seule option thérapeutique consiste en l'ablation chirurgicale du cristallin. Couramment pratiquée, cette intervention améliore nettement la vision chez plus de 90 % des gens. Les personnes qui n'obtiennent pas d'amélioration ont souvent d'autres problèmes oculaires (dégénérescence maculaire ou glaucome). Il arrive aussi qu'une complication chirurgicale survienne (infection, décollement de la rétine, hémorragie, etc.).

La chirurgie se pratique habituellement sous anesthésie locale (sans piqûre), et dure de 15 à 30 minutes. Un seul œil est généralement opéré à la fois.

Il est important d'informer le chirurgien de tout problème de santé et des médicaments utilisés, particulièrement ceux qui agissent sur la prostate de même que les anticoagulants. (III,3)

FICHE DE COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

Break storming (proposer un jeu avant de commencer)

Dire à la population qu'on est venu apprendre avec eux.

Qu'est ce que la cataracte ?

Après les réponses de la communauté, on peut ajouter ceci si elles n'ont pas été proposées parmi les réponses données par la communauté.

C'est une maladie dû au vieillissement du cristallin. C'est un processus naturel, plus le vieillissement du cristallin s'accroît plus la personne perd de la vue. Mais cette cécité peut être évitée par la chirurgie. On peut même retarder son apparition.

Quelles sont les manifestations de la cataracte ?

Après les réponses proposez ceci sinon dit

- une baisse d'acuité ;
- Une distorsion des images, qui fait paraître les objets comme s'ils étaient vus à travers une chute d'eau ou une vitre sale.
- Une vue embrouillée ou obscurcie ;
- Une vision nocturne faible ;

Qu'est une personne aveugle ?

Quels sont ses problèmes ?

Après les réponses proposées celles-ci sinon dites :

Une personne aveugle c'est une personne qui a perdu sa vue.

- C'est une personne qui va dépendre des autres ;
- C'est une personne qui ne pourra pas produire ;
- C'est une personne qui pour tout acte doit mobiliser une autre personne ;

- La personne qui s'occupe de l'aveugle ne pourra pas produire ;
- L'enfant qui accompagne l'aveugle ne pourra pas aller à l'école.

Qu'est ce qu'on peut faire pou prévenir cette cécité ?

Après les réponses proposées ceci :

- Port de verre contre le soleil ;
- Protéger les yeux contre les traumatismes ;
- Cesser de fumer ;
- Equilibrer son diabète ;
- Avoir une bonne alimentation équilibrée.

Qu'est ce qu'on peut faire pour rendre la vue à un aveugle ?

Après les réponses proposées ceci : la chirurgie

La chirurgie consiste à enlever le cristallin opacifié et le remplacer par un implant. Et le malade retrouve la vue le lendemain, sauf s'il y a d'autres complications liées à la maladie ou à la chirurgie.

Qu'est ce qu'on gagne lorsqu'un aveugle retrouve sa vue ?

- Libérer l'aveugle qui pourra se prendre en charge et devenir producteur ;
- Libérer celui qui s'occupe de l'aveugle à la maison ;
- Libérer l'enfant guide qui pourra aller à l'école.

**LISTE DES ENSEIGNEMENTS DU CYCLE DES INFIRMIERS
SPECIALISES EN OPHTALMOLOGIE**

1. Mr. KEMADJOU Pierre Roger (*Infirmier supérieur*)
2. Pr. EBANA (*Ophtalmologiste*)
3. Dr. NOA NOATINA Blaise (*Ophtalmologiste*)
4. Dr. MATIP (*Ophtalmologiste*)
5. Dr. KOKI Godefroy (*Ophtalmologiste*)
6. Dr. NKOCK Luc Louis (*Ophtalmologiste*)
7. Dr. MBIENGANG (*Ophtalmologiste*)
8. Dr. ABOUTOU (*Ophtalmologiste*)
9. Dr. ONGBWA (*Ophtalmologiste*)
10. Dr. ETEME (*Ophtalmologiste*)
11. Dr. EPEE (*Ophtalmologiste*)
12. Mr. OSSONGO EKANI Charles (*Infirmier supérieur*)
13. Mr. ANGOUA (*Infirmier supérieur*)
14. Mr. MBALLA (*TSO*)
15. Mr. FOU DA (*MINSANTE*)
16. Mr. ELOUNDOU (*Informaticien*)
17. Mr. MBOCK Daniel (*Infirmier supérieur*)
18. Mr. NTALABE Joseph NDEM (*Infirmier Supérieur Principal
MINSANTE*)
19. Dr. NOCHE (*Ophtalmologiste*)
20. Dr. OWONO (*Ophtalmologiste*)
21. Mr. BETSI Emmanuel (*Sociologue*)
22. Mme ZOA MANGA Colette (*Infirmière Supérieure Principale*)
23. Mr. EKANI Pierre (*Psychologue*)
24. Mme KETCHIA (*Infirmière Supérieure Principale*)
25. Mme TABI Monique (*Technicienne Médico-Sanitaire*)
26. Mme MPILA (*Infirmière Supérieure*)
27. Mme ENGAMBA Marlyse (*Infirmière Supérieure Principale*)