

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX-TRAVAIL-PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

ECOLE DES INFIRMIERS SPECIALISES

DE YAOUNDE

REPUBLIC OF CAMEROON

PEACE – WORK – FATHERLAND

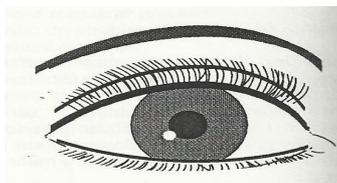
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

GENERAL SECRETARY

DEPARTEMENT OF HUMAN RESSOURCES

SPECIALISED NURSES SCHOOL

OF YAOUNDE



**FACTEURS LIMITANT
L'ACCESSIBILITE AUX SOINS
OCULAIRES DANS LE DISTRICT DE
SANTE DE MAGA**

*Mémoire de fin de formation en vue de l'obtention du Diplôme
d'Infirmier Spécialisé en Ophtalmologie*

PRESENTE ET SOUTENU PUBLIQUEMENT PAR :

MOUSTAFA OUSMAILA

Infirmier Principal

Sous la coordination de :

Mme MBATIVOU ANANGO

Monique épse TEUDJIO

Cadre Supérieur de Santé

M. MBALLA Désiré

Technicien supérieur en ophtalmologie

4^e PROMOTION

MAI 2012

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	ii
DEDICACE	iv
REMERCIEMENTS	v
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANTS	vi
LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES	viii
LISTE DES FIGURES	ix
LISTE DES TABLEAUX	x
RESUME	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE	2
I.PROBLEMATIQUE PRATIQUE.....	3
II. PROBLEMATIQUE THEORIQUE	9
II.1. Facteurs limitant	9
II.2. Accessibilité aux soins oculaires	
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE	15
I. CHOIX DU LIEU DE L'ETUDE.....	16
II. JUSTIFICATION DU LIEU DE L'ETUDE	16
III. DESCRIPTION DU LIEU D'ETUDE.....	16
III-1- Situation géographique	16
III-2- Infrastructures.....	17
III.3. Organisation administrative et sanitaire	17
IV-METHODE DE RECHERCHE	18
IV-1-Type de recherche.....	18
IV-2- Dessenin de l'étude.....	19
IV-3- Méthode d'échantillonnage.....	19
IV-4- Taille de l'échantillon	21
IV-5- Durée de l'enquête.....	21
IV-6- Instruments de collecte des données.....	21
IV.7. Technique de collecte des données	22
IV-8- pré-test de l'instrument	22

IV-9- Validation de l'instrument	23
IV-10- Technique de collecte des données.....	23
IV-11- Dépouillement	23
IV-12- Traitement des données.....	23
IV-13- Ethique de la recherche.....	23
VI- 14- Chronogramme d'activités	25
IV-15- Limite de l'étude.....	26
VI- 16- Budget de l'étude.....	27
TROISIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS, CONCLUSION ET SUGGESTIONS	28
CHAPITRE I : PRESENTATION DES RESULTATS	29
I- RESULTATS DU GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN CHEF DE DISTRICT	29
I-1- Identification du district.....	29
I-2 – Données démographiques	29
I-3- Etat des ressources Humaines	30
I-4- Etat de ressources matérielles et infrastructurelles.....	30
II- RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	31
II-1- Identification des répondants.....	31
II-2- Etat de santé oculaire du répondant.....	32
II-3-Attitudes des répondants par rapport aux facteurs socioculturels.....	33
III- ATTITUDE DES REpondANTS PAR RAPPORT AUX FACTEURS EXTRINSEQUES.	35
III-1- Facteurs environnementaux.....	35
III-2-Avis des répondants par rapport aux facteurs économiques.	36
III-3-Attitudes des répondants par rapport aux facteurs géographiques.	37
CHAPITRE II : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS.....	38
I-SYNTHESE ET DISCUSSION RELATIVES AU GUIDE D'ENTRETIEN ...	38
II- SYNTHESE ET DISCUSSION RELATIVES AU QUESTIONNAIRE ...	39
CHAPITRE III : CONCLUSION ET SUGGESTIONS	44
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	49

DEDICACE

Je dédie ce travail

A ma très chère et tendre épouse Fatimé Moussa

*pour les efforts consentis à l'encadrement de la famille pendant
mon absence. Trouves-y une entière satisfaction.*

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement du fond du cœur tout le staff administratif d'OSF en particulier :

- M. Joindet Marcel le Président fondateur d'OSF
- Dr Bensaid Philippe le vice Président d'OSF
- Mme Broggi Anne. Logisticienne et Représentante d'OSF Cameroun pour sa disponibilité à notre écoute et sa détermination pour cette formation.

A travers tout ce staff ; à la famille du défunt Garrelon E.

Un merci particulier à :

- M. Mamat Apaidi Bernard BAO comme nous aimons l'appeler, pour ses stimulants encouragements, son réconfort consistant et son sens de responsabilité qui m'ont été d'un grand soutien moral.

- La famille Bao, voici le fruit de mes deux années auprès de vous ; trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

- L'inspecteur de Police M.Mamat Ousman, pour ses encouragements et le soutien personnel qu'il n'a cessé de m'apporter pendant les moments difficiles.

- Mme Mani Rachel notre directeur ; pour les efforts consentis pour la cette formation et son sens de responsabilité.

- Tout le personnel administratif, enseignants permanents et temporaires de l'EISY, pour leur encadrement pendant les deux années de formation.

- Mes coordonnateurs : Mme Mbativou Anangou Monique épouse Teudjio et M. Mballa Desiré pour leur disponibilité et dévouement dans l'élaboration de ce travail.

- Merci à mes Parents, mes enfants, sans oublier mes amis et connaissances pour le soutien qu'ils n'ont cessé de m'apporter pendant ces deux années de formation.

- Toutes les équipes OSF du Cameroun en particulier mes collègues de l'équipe OSF de Yagoua pour leur encouragement et leur soutien à ma famille restée proche d'eux.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANTS

Nom et prénom	Fonction	Ancienneté à l'école	Enseignement dispensé
Personnel administratif			
Mme MANI Rachel née NGO Mayo	Directeur	2010	Communication pour le développement
M. DZOCHE Mengoué Jean Paul	Chargé d'étude et stages	2009	Psycho-socio, éthique et déontologie
M. AMBOMO Emmanuel	Chargé des affaires administratives et financières	2010	
M.. KENNE Maurice	Surveillant général	2010	
Personnel d'appui			
Mme SATOU Florence	Agent de l'Etat	2011	Secrétaire
TCHANA Jean Claude	Temporaire	2005	Agent de surface
Enseignants permanents			
M. Alfred MBENDE	TSO	2011	Soins infirmiers en ophtalmologie
Mme. PEDIE Damararis	Enseignant	2011	
Mme MBATIVOU Anangou Monique épouse TEUDJIO	Cadre Supérieur de Santé	2010	Démarche scientifique
Miss NEH Njei Flora	Infirmière supérieure	2010	Langue, recherche, pédagogie
Enseignants associés			
Dr NOA NOATINA Blaise	ophtalmologiste	2009	Pathologies oculaires, cécités et basse vision, élaboration et gestion d'un programme de soins oculaires communautaire.

Dr BILONG	ophtalmologiste	2011	Pathologies oculaires
Dr NKOK Luc Louis	ophtalmologiste	2007	Pathologies oculaires
Dr KOKI Godefroy	ophtalmologiste	2007	Anatomie et physiologie oculaire
Dr MATIP Elias	ophtalmologiste	2007	Pathologies oculaires
M. MANDJECK Emmanuel	TSO	2008	Materiels Opthalmologiques et Soins Infirmiers(SI)
M. MBALLA Désiré	TSO	2008	Pharmacologie et SI
M. EKANI	Informaticien	2010	Informatique
M. BILANA	TSO	2011	Organisation et planification des SI en ophtalmologie
M. KANMEGNE NINKAM C	TSO	2010	Anatomie pathologique, optique et refraction
Mme KECHIA Assumpta	Infirmier supérieur	2008	Langue
M. NGOUMDONG Ferdinand	informaticien	2010	Informatique
M. FOU DA	Administrateur santé	2009	Gestion sanitaire
M. DJEUMEN Elie Bruno	Administrateur santé	2008	Administration
M.MASSODA Salomon	Ingénieur statisticien	2008	Démographie et Biostatistique
Mme EKODI Julienne Louise	anthropologue	2011	Anthropologie
M. BISONG Calvin	Biologiste	2010	Microbiologie
M. NDAYA André D	Statisticien/ Santé publique	2010	Système d'Information Sanitaire.

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES

CSSD	: Chef de Service de Santé de District
CSO	: Centre de Soins Oculaires
DS	: District de Santé
EISY	: Ecole des Infirmiers Spécialisés de Yaoundé
ISO/TSO	: Infirmier Spécialisé en Ophtalmologie/Technicien Supérieur en Ophtalmologie
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OSF	: Ophtalmo Sans Frontières
PNLC	: Programme National de lute Contre la Cécité
RC	: Relai Communautaire
SOP	: Soins Oculaires Primaires
SOS	: Soins Oculaires Secondaires
SOT	: Soins Oculaires Tertiaires
SOM	: Soins Oculaires Mobiles
%	: Pourcentage

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Camembert 1 relatif à l'état des ressources humaines	30
Figure 2 : camembert 2 Relatif à la répartition des répondants selon le sexe.....	31
Figure 3 : Histogramme 1 relatif à la répartition des répondants selon les tranches d'âge et le sexe	32
Figure 4 : histogramme 2 relatif à la répartition des répondants par rapport aux cils qui frottent sur le globe.....	34
Figure 5 : Histogramme 3 relatif à la répartition des répondants par rapport à la fréquentation au moins une fois d'un service de soins oculaires.	35
Figure 6 : Camembert 3 relatif à la répartition des répondants par rapport à la praticabilité des routes qui mènent au service de soins oculaires le plus proche.....	38

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : diagramme de Gantt.....	25
Tableau II : budget de l'étude.....	27
Tableau III : Relatif aux données démographiques.....	29
Tableau IV : Relatif à la répartition d'infrastructures et matériels	30
Tableau V : Relatif à l'état de l'acuité visuelle après correction.....	32
Tableau VI : Répartition des répondants selon la présence de la cécité dans une famille	33
Tableau VII : Répartition des répondants par rapport à l'acceptation du port des lunettes médicales	34
Tableau VIII : Relatif à la répartition des répondants par rapport aux traitements de leurs derniers problèmes oculaires.....	34
Tableau IX : Répartition des répondants par rapport aux difficultés rencontrées lors des consultations ophtalmologiques	36
Tableau X : Répartition des répondants par rapport à la perception du coût de soins oculaires.....	36
Tableau XI : Proposition de plan d'action.....	45
Tableau XII : Proposition d'un plateau technique en rssiources humaines	46

RESUME

Depuis de nombreuses années l'accessibilité aux soins oculaires occupe une place importante dans les pays en développement. C'est dans cette logique que L'OMS préconise dans le cadre de vision 2020 : un Ophtalmologiste pour 250000 habitants ; un Technicien Supérieur en Ophtalmologie (TSO) pour 125000 habitants et un relais communautaire pour 500 habitants. Mais, le Cameroun tarde à intégrer cette norme dans la formation et le déploiement du personnel. D'importants efforts sont encore nécessaires en matière d'amélioration de l'accessibilité aux soins oculaires pour Les populations les plus démunies et les plus isolées à l'instar du District de Santé de Maga.

Ainsi, l'intérêt porté à ce sujet est de mettre en évidence à partir d'un échantillon de 450 enquêtés et examinés, complété par l'entretien avec le chef de service de santé de District de Maga, sur les facteurs limitant l'accessibilité aux soins oculaires dans ce district.

Les résultats de cette étude montrent que :

- sur les 26 personnels que compte le District de Santé de Maga, aucun n'est spécialisé en ophtalmologie et il n'existe aucun relais communautaire oculaire pour une population de 172796 habitants, dispersés sur 2000Km² avec six aires de santé;
- Sur 450 enquêtés et examinés, 70% sont malvoyants et ignorent la bonne santé oculaire car elles n'ont jamais consulté en Ophtalmologie ;
- Toutes les 450 personnes enquêtées vivent au-delà de 50Km d'un centre de soins oculaires le plus proche ;
- 94,44% des personnes enquêtées disent que les soins oculaires coûtent chers ;
- 61,11% des personnes enquêtées ont traité leur dernier problème oculaire au traditionnel.

Après synthèse et discussion des résultats de l'enquête, il ressort que l'accessibilité aux soins oculaires reste dominé par un certain nombre d'entraves socioculturelles, sanitaires, géographiques et économiques : manque de ressources humaines, matérielles, l'ignorance de la bonne santé oculaire, les rumeurs, les pratiques traditionnelles, les croyances socioculturelles, l'éloignement par rapport aux CSO, la négligence, le manque de moyen financier.

Vu l'ampleur du problème, nous avons émis les suggestions orientées vers la politique de formation et le déploiement des ressources humaines en ophtalmologie, les ressources matérielles, le renforcement des stratégies de lutte contre la cécité dans ce district.

Concepts clés : **facteurs limitant ; accessibilité aux soins oculaires**

ABSTRACT

For many years access to eye care plays an important role in developing countries. It is in this sense that WHO recommends as part of Vision 2020: an Ophthalmologist for 250,000 inhabitants, a Senior Technician in Ophthalmology (TSO) for 125,000 inhabitants and a relay for 500 community residents for a population estimated. However, Cameroon is slow to incorporate this standard in training and staff deployment. Significant efforts are still needed in improving accessibility to eye care for the poorest people and most isolated like the Health District of Maga.

Thus, the interest in this subject is to identify from a sample of 450 respondents and examined, supplemented by discussion with the Head of Health Service District Maga, on factors limiting accessibility eye care in this district. The results of this study show that:

- 26 on the personal account of the District Health Maga, none specialized in ophthalmology and there is no relay Community Eye for a population of 172,796 inhabitants, spread over 2000Km² with six health areas;
- Of 450 surveyed and examined, 70% are visually impaired and ignore the healthy eye because they were never consulted in Ophthalmology;
- All 450 people surveyed live beyond 50 km of a center of the nearest eye care;
- 94.44% of those surveyed say that the eye care are expensive;
- 61.11% of those surveyed had treated their last eye problem to the traditional.

After synthesis and discussion of survey results, it appears that access to eye care is dominated by a number of socio-cultural barriers, health, geographical and economic: lack of resources, personnel, ignorance of good eye health, rumors, traditional practices, socio-cultural beliefs, the distance from the CSO, negligence, lack of financial means.

Given the magnitude of the problem, we issued the policy-oriented suggestions for training and deployment of human resources in ophthalmology, physical resources, strengthening strategies against blindness in this district.

Key concepts: limiting factors, accessibility to eye care.

INTRODUCTION

L'œil est l'organe le plus précieux de nos sens ; comme le dit cet adage « *La vue c'est la vie* » pour souligner l'importance de la vision dans la vie d'un Homme. Perdre la vue c'est la pire des choses qui puisse arriver à un être humain. Pour préserver la vision, il faut l'entretenir et la soigner.

Le soin de la vision passe par l'accès aux soins oculaires, d'où la lutte acharnée contre tout facteur pouvant entraver l'accessibilité aux soins oculaires face à une cécité jusqu'à 80 % évitable dans de nombreux pays.

Dans le District de Santé de Maga à l'instar des autres districts de santé du Cameroun, plusieurs facteurs entravent l'accès aux services de soins oculaires. C'est pour cette raison que Noa Noatina et al (2010) affirment que « 77 % des districts de santé ne possèdent pas de centre de santé oculaire ».

Bien que Vision 2020 « *le droit à la vue* » par l'obligation des résultats des stratégies de cette initiative vise à éliminer les cécités évitables d'ici 2020, par des programmes nationaux de lutte contre la cécité, l'accès aux soins oculaires reste de loin le véritable problème dans certains pays en développement comme le Cameroun. Un défi énorme pour la plupart des programmes existants dans ces pays, mais un défi urgent à relever, car la prise en charge de tous les exclus actuels de nos systèmes de soins oculaires est à ce prix.

Notre étude dans le District de Santé de Maga a pour objectif de déterminer les facteurs limitant l'accessibilité aux soins oculaires. Les informations recueillies permettraient aux responsables de réguler leurs actions dans le cadre de la prévention et la lutte contre la cécité.

Pour ce faire, notre travail est subdivisé comme suit :

- première partie : problématique ;
- deuxième partie : méthodologie ;
- troisième partie : présentation, analyse et interprétation des résultats, conclusion et suggestions.



PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE

I. PROBLEMATIQUE PRATIQUE

La déficience visuelle est un problème de santé publique important dans le monde. Au cours de la Journée mondiale de la vue, l'OMS (2011) « estime à 180 millions le nombre des personnes souffrant d'une incapacité visuelle dans le monde, 40 à 45 millions d'entre elles sont aveugles. On s'attend à ce que ces chiffres doublent d'ici à 2020, conséquence de l'accroissement démographique et du vieillissement des populations, aggravant encore une immense tragédie humaine, retardant le développement et déniaient à de nombreuses personnes l'un de leurs droits fondamentaux ».

Selon l'OMS (2011) « Jusqu'à 80 % des cas de cécité sont évitables, soit qu'ils résultent d'affections évitables (20 %), soit qu'ils soient guérissables (60 %) et que la vue puisse être recouvrée. Les interventions destinées à prévenir et traiter la perte de l'acuité visuelle figurent parmi les interventions de santé les plus efficaces par rapport à leur coût et parmi celles qui réussissent le mieux ». Malgré ces constats, des millions de personnes restent exposées aux risques de perte de vision faute de services de soins oculaires.

A cet effet, l'OMS (2010) affirme que près de 90 % des aveugles et malvoyants vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris dans certaines des populations les plus pauvres du monde, n'ont souvent pas accès aux soins oculaires.

Pendant la journée mondiale de la vue OMS (2011), il a été déclaré qu'une personne devient aveugle dans le monde toutes les cinq secondes, un enfant devient aveugle toutes les minutes. On estime à sept millions le nombre de personnes qui deviennent aveugles chaque année. La cécité évitable touche souvent des personnes pauvres, qui n'ont pas accès à des services de soins oculaires de qualité. La cécité évitable est plus courante chez les plus pauvres parmi les pauvres, les femmes et les groupes marginalisés. Quatre-vingt dix pour cent des aveugles dans le monde vivent dans des pays en développement ; on compte au moins 9 millions d'aveugles en Inde, six millions en Chine et sept millions en Afrique. Le risque de cécité est de cinq à dix fois plus élevé chez les habitants des pays en développement que chez les personnes qui vivent dans des pays hautement industrialisés. VISION 2020 envisage donc l'élimination de la cécité évitable et guérissable sous l'angle du développement mondial car

Les incapacités visuelles ont des incidences profondes sur tous les aspects du développement humain –sociaux et économiques et qualité de vie.

Ainsi, Etya'ale D. (2006) déclare : « Avoir le courage de sortir de la clinique ne suffit sans doute pas pour combler le fossé qui existe entre les prestataires de soins oculaires et les millions de personnes aveugles ou sévèrement malvoyantes qui ont besoin de leurs services dans ces zones démunies».

En effet nombreux sont ceux qui ne se déplacent pas pour les soins oculaires, il faut donc développer des stratégies de proximité pour que les plus défavorisés bénéficient des soins oculaires.

Selon Elmien Wolvaardt Ellison et al (2007) « Pour beaucoup de malades, l'arrivée à l'hôpital constitue rarement la fin de leurs problèmes, et nombreux sont ceux qui vivent leur séjour à l'hôpital comme un vrai parcours du combattant. Un sentiment qui, malheureusement, lorsqu'il est rapporté trop souvent à la communauté, n'encourage pas forcément d'autres à revenir ».

Dans les pays en développement, les services de soins oculaires sont rares et demandent des moyens pour y accéder et dans beaucoup de cultures, les femmes ne disposent que de peu d'argent ou n'ont que peu d'influence sur la manière dont l'argent est utilisé et ne peuvent voyager que si elles sont accompagnées par un homme et l'absence d'un compagnon de voyage peut également constituer un obstacle.

C'est pour cela que West SK. et al (2004) estiment que « les femmes et les filles n'utilisent pas les services de soins oculaires aussi souvent que les hommes et les garçons »

De même Lewallen S et al (2001) estiment aussi que « 64 % des personnes aveugles dans le monde sont des femmes ».

Outre la prédominance des certains facteurs socioculturels entravant l'accessibilité des soins oculaires, l'ignorance et l'absence ou l'insuffisance de la participation communautaire mérite d'être prises en compte. Ainsi, Mohammad A Muhit (2007) déclare : «Dans les pays démunis, en particulier dans les zones rurales, un enfant aveugle par cataracte reste souvent confiné à la maison, ses parents ignorant que la déficience visuelle qu'il présente est curable. Les obstacles au dépistage précoce sont liés à la difficulté de reconnaître

la cataracte de l'enfant et aux croyances qui empêchent les membres de la famille d'agir, même s'ils ont pris conscience de l'existence d'une déficience visuelle ; il ne faut pas non plus oublier que les agents de santé au niveau primaire (traditionnels ou appartenant aux services de santé) ne possèdent pas les connaissances qui leur permettraient d'identifier la cataracte chez l'enfant »

Pour Courtright P et al(2007) « Il peut paraître surprenant que, très souvent, dans les pays pauvres, les patients atteints de cécité ou de basse vision n'utilisent pas les services de soins oculaires existants. C'est cependant un fait bien connu des agents de santé oculaire qui travaillent dans ces pays. En Afrique, tout particulièrement, de nombreux programmes ont du mal à convaincre les patients de se faire opérer. Combien d'agents de santé oculaire savent également que l'accès aux soins et leur acceptation sont généralement plus problématiques pour les femmes que pour les hommes et qu'un nombre disproportionné d'aveugles dans le monde sont des femmes ? ». Ainsi, n'est – il pas urgent d'interroger les politiques ?

Allen Foster et al (2006) affirme à cet effet que « Très peu de pays ont à ce jour mis en place une politique claire et cohérente de développement des ressources humaines : une politique basée sur une évaluation des besoins par région en nombre et en type de personnels; qui définit clairement les modalités de recrutement, de déploiement et de rétention du personnel ; et enfin, qui définit les mesures spéciales pour encourager le personnel à travailler dans les régions pauvres et à y rester un minimum de temps ».

C'est ainsi que l'OMS (2000) projette « Dans le cadre de VISION 2020, entre 2000 et 2020, faire passer la disponibilité des services de 50 à 95%, leur accessibilité de 40 à 90%, leur utilisation de 25 à 90% et leur couverture de 25 à 90%, ces chiffres étant considérés comme des minimums ».

Mais, Aubin M-J. (2010) observe que «Malgré les progrès réalisés au cours des dernières décennies pour améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques préventifs et curatifs, de nombreuses barrières à l'utilisation des soins persistent, qu'elles soient d'ordre géographique, socioculturel, organisationnel ou financier. Un des éléments-clés duquel dépend le succès des programmes de santé oculaire, est l'analyse de ces déterminants à l'utilisation des soins ».

Les statistiques et constats ne suffisent pas à décrire les difficultés économiques des aveugles et des personnes atteintes d'une grave déficience visuelle ni à exprimer les souffrances inouïes et les humiliations que connaissent ces personnes dans les pays en développement.

Au Cameroun, la prévalence de la cécité est de 1% et la malvoyance 3% le nombre d'aveugles est estimé à 160 000 et celui de malvoyants à 480 000 au total 640 000 personnes souffrent d'un handicap visuel important.

Noa Noatina B. et al (2010) soulignent que « 77 % des districts de santé ne possèdent pas de centre de soins oculaires. Si l'on veut mettre au point un système cohérent de prise en charge des affections oculaires partant du niveau primaire, secondaire puis tertiaire, la mise en oeuvre des soins oculaires primaires est cruciale. Elle permettrait notamment d'améliorer la couverture des zones rurales ».

Enyegue Oye J. (2006) déclare «qu'au Sud-Ouest Cameroun, il n'existait pas dans les hôpitaux du gouvernement d'ophtalmologistes à demeure ou d'agents de santé spécialisés en santé oculaire. Le centre de soins oculaires à l'hôpital provincial de Limbe possédait des équipements obsolètes et recevait la visite hebdomadaire d'un opticien à temps partiel – puis, par la suite, d'un ophtalmologiste à temps partiel. Les services de chirurgie oculaire étaient délivrés par des équipes mobiles venant d'hôpitaux de mission de la province voisine du Nord (MBingo Baptist Hospital et Acha Tugi Presbyterian Hospital). Ces équipes envoyaient tous les patients nécessitant un acte chirurgical à leur hôpital de base, situé à plus de 300 km (soit environ sept heures de route).»

Dans revue de santé communautaire (2010), le tableau de répartition des centres de soins oculaires (CSO) dans les différentes régions du Cameroun montre que les 28 districts de santé de l'extrême-Nord sont couverts par six centres de soins oculaires de niveaux II soit environ cinq Districts santé pour un seul Centre de Soins Oculaires et soit, 21,4% de pourcentage de District de santé couvert par un Centre Soins Oculaire.

Le Mayo Danay a cinq Districts de Santé avec un seul service d'ophtalmologie de l'Organisation Non Gouvernementale Ophtalmo sans frontières (OSF) crée pour combler le

vide en médecins ophtalmologistes et en structures médicales nécessaires pour soigner ceux qui ont besoin de soins ophtalmologiques.

Tous ces dysfonctionnements viennent conforter les constats faits lors de nos différents stages académiques. En effet nous avons été marqué par :

- L'enclavement et l'éloignement des populations en général et en particulier ceux du district de santé de Maga qui sollicitent peu le service d'ophtalmo sans frontières existant.

- La disparité du District de Santé de Maga par rapport au seul service de soins oculaires existant d'Ophtalmo Sans Frontières.

- Le service d'Ophtalmo Sans Frontières existant a une équipe qui travaille en poste fixe.

- Les pratiques et coutumes dangereuses pour la santé oculaire dans les populations du District de Santé de Maga.

- L'endémicité des troubles oculaires dans la population du district de santé de Maga.

- L'ignorance de la bonne santé oculaire au niveau de la communauté ;

- La propagation des fausses rumeurs dans la communauté.

Face à ces constats nous avons menés la réflexion suivante :

- Pourquoi les populations ont-ils recours aux pratiques de soins oculaires traditionnels ?

- Pourquoi le service d'ophtalmologie existant est-il peu fréquenté par les populations du district de Maga ?

- Pourquoi malgré l'existence de l'initiative Vision 2020, il n'ya pas de service de soins oculaires dans le district de Maga ?

- Comment faire avec le seul service de soins oculaires d'OSF existant pour que les populations enclavées et éloignées du district de santé de Maga bénéficient du droit à la vue ?

- Pourquoi y a-t-il des fausses rumeurs qui accaparent l'esprit sans relâche des populations du Mayo-Danay ?

Tout ce questionnement nous permet d'aboutir à la **question de recherche** suivante :

Quels sont les facteurs limitant l'accessibilité aux soins oculaires dans le district de santé de Maga ?

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes fixés pour **objectif général** de déterminer les facteurs limitant l'utilisation des services de soins oculaires dans le district de santé de Maga afin de contribuer à la prévention de la cécité oculaire.

Pour faciliter l'atteinte de cet objectif générale, nous avons élaboré les objectifs spécifiques suivants :

- Identifier le plateau technique en ressources humaines et matérielles et le ratio agents de santé oculaires-populations du District de Santé de Maga.

- Evaluer les connaissances des populations sur la prise en charge des problèmes oculaires courants et l'influence des facteurs socioculturels, géographiques et environnementaux sur l'accessibilité aux soins oculaires dans le District de Santé de Maga.

- Déterminer les facteurs de la faible fréquentation du service de soins oculaires existant par les populations du District de Santé de Maga.

Hypothèse générale

Les facteurs socio-économiques, politiques, environnementaux et culturels limiteraient l'accessibilité aux soins oculaires dans le District de Santé de Maga..

Hypothèses spécifiques :

- Le dysfonctionnement administratif pour la mise en œuvre de Vision 2020 avec pour conséquence le manque d'infrastructures et de personnels qualifiés ne permettraient pas de multiplier les services de soins oculaires.

- Les pratiques traditionnelles, les croyances, les attitudes fatalistes envers la cécité limiteraient l'accessibilité aux soins oculaires ;

- l'enclavement et l'éloignement des populations du service de soins oculaires, L'ignorance de l'existence de ce service et la propagation des fausses rumeurs limiteraient l'accessibilité aux soins oculaires ;

II. PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Pour mieux cerner les contours de la question de recherche, nous allons dérouler les concepts suivants :

- Facteurs limitant ;
- Accessibilité aux soins oculaires.

II.1. Facteurs limitant

Etymologiquement, facteur vient du latin « factor » qui veut dire élément ;

Selon le *Dictionnaire Larousse* (2004), facteur signifie substance, élément qui joue un rôle dans le déclenchement ou l'évolution d'une réaction, d'une maladie ou d'un phénomène.

Pour Edwin (2005), « *c'est un élément qui est à la base du développement d'un phénomène et qui peut se prêter à une manipulation* ».

Un facteur limitant l'élément est alors cet élément qui empêche la réalisation d'un processus. Il peut être intrinsèque ou extrinsèque.

II.1.1. facteurs extrinsèques

Ce sont des facteurs liés à:

- L'environnement du malade ;
- Son traitement (type de traitement) ;
- Les contraintes professionnelles ;
- Le système d'information sanitaire ;

- Les stratégies de prise en charge des cas de troubles oculaires ;
- Le lieu de résidence par rapport au centre de prise en charge ;
- La disponibilité en ressources humaines et matérielles;
- La relation soignant-soigné ;
- L'aspect socioéconomique (pauvreté et manque de moyens financier).

Dans le cadre de notre étude, les facteurs extrinsèques pivoteront autour de l'environnement du malade, le plateau technique en ressources humaines et matérielles, les facteurs géographique, économique et politique.

II.1.2. facteurs intrinsèques

Il s'agit de :

- l'âge ;
- sexe ;
- le statut matrimonial ;
- l'état physique du patient ;
- la personnalité ;
- Les facteurs socioculturels.

Dans le cadre de notre étude, nous prendrons en compte les facteurs intrinsèques qui portent sur le sexe, l'âge du malade, l'état de santé oculaire du patient et les facteurs socio culturels.

II.2. Accessibilité aux soins oculaires

Dans le dictionnaire de la langue Française *Le Robert & CLE international* (2005)

➤ **L'accessibilité** est un nom féminin qui signifie facilité, viabilité, praticabilité.

En ce qui concerne les soins oculaires, il n'y a pas une définition standard. Mais , nous pouvons les définir de la manière suivante :

➤ **Les soins oculaires** sont un ensemble d'activités visant à prendre en charge les problèmes de santé des yeux par des actions portées sur les symptômes d'une maladie des yeux dans le but de l'améliorer, le soulager ou le guérir ou des actions de prévention et de promotion indépendamment de la qualité de la personne qui l'applique.

➤ **L'accessibilité aux soins oculaires** est la facilité dans les processus qui concourent à la prise en charge des patients ayant les problèmes de santé des yeux.

II.2.1. Composantes du système de soins oculaires

D'après Négrel A-D (2010), le système de soins oculaires complets comprend :

- les soins oculaires primaires ;
- les soins oculaires secondaires ;
- les soins oculaires tertiaires ;
- les soins oculaires mobiles.

❖ Les soins oculaires primaires (SOP)

Ils représentent le premier recours à la disposition des patients présentant une pathologie oculaire, tout particulièrement ceux qui se trouvent en marge du système de santé, du fait de leur méconnaissance de la possibilité de soins ou de l'existence de barrières d'ordre socioculturel et/ou économique (coûts de transport pour se rendre dans un centre de santé, prix excessifs des médicaments, frais de séjour dans une ville distante, etc.). Ces personnes vivent majoritairement en zone rurale, où les problèmes oculaires sont par ailleurs plus fréquents.

Or, les pays en développement souffrent à la fois d'une pénurie de personnels spécialisés et d'une répartition inadéquate des personnels existants. Ces derniers se concentrent en effet dans les centres urbains et délaissent les zones rurales. Comme il est indéniablement souhaitable de commencer la lutte contre les maladies oculaires là où elles surviennent, c'est-à-dire au sein même de la communauté, il semble judicieux d'évaluer dans quelle mesure les programmes de lutte contre la cécité peuvent bénéficier des services de SSP/SOP, de former de nouvelles catégories de personnels œuvrant « en première ligne » et de baliser des itinéraires thérapeutiques, dits « d'orientation recours ».

Les SOP se font dans les Communautés villageoises, semi-urbaines, quartiers urbains

Les personnels en charge sont: Agents de santé villageois, distributeurs de médicaments, infirmiers polyvalents, ophtalmologistes non chirurgiens, généralistes, infirmiers spécialisés.

Les activités principales de ces personnels sont:

- Promotion et prévention : éducation et participation de la communauté ;
- Prise en charge précoce : actes « médicalisés » pour faire face à un œil rouge, un œil douloureux et une baisse de vision ;
- Orientation-recours après traitement /évaluation initial(e).

❖ Les Soins oculaires secondaires (SOS)

Il s'agit là du second maillon de la chaîne. Les SOS regroupent les prestations offertes par des services de soins adéquatement équipés aux malades orientés au niveau communautaire. Il s'agit d'un maillon crucial, surtout en matière de lutte contre la cataracte.

Ces services doivent pouvoir disposer à la fois de personnels qualifiés et d'un équipement adéquat. C'est à ce niveau que le travail en équipe prend toute sa signification. L'efficacité de telles équipes peut être utilement renforcée en recourant à des unités mobiles de chirurgie oculaire, équipées pour dispenser des prestations de qualité au plus près des malades en attente de soins, avec une prédilection particulière pour la prise en charge de la cataracte.

Trop souvent de telles structures n'existent pas avant la mise en œuvre d'un programme de lutte contre la cécité. Lorsqu'elles existent, elles sont fréquemment insuffisamment équipées, manquent de ressources humaines ou accusent de malencontreuses et récurrentes ruptures de stocks de produits indispensables (anesthésiques, ligatures, implants et autres consommables), ce qui les rend peu crédibles auprès des populations.

Les SOS se pratiquent : dans les Hôpitaux régionaux, hôpitaux de district

Les personnels du SOS sont : Ophtalmologistes ou ISO/TSO en l'absence d'un médecin ophtalmologiste.

Ils sont chargés des activités suivantes:

- Prise en charge complète de la cataracte ;
- Correction des vices de réfraction ;
- Chirurgie du trichiasis ;
- Prise en charge des ulcères de cornée et des traumatismes graves du segment antérieur ;
- Si possible, prise en charge du glaucome primitif à angle ouvert ;
- Formation et supervision des agents de santé communautaires et évaluation de leurs activités.

❖ Soins Oculaires Tertiaires (SOT)

Ce troisième maillon regroupant tous les soins oculaires hautement spécialisés, qui impliquent une haute technicité et les meilleures compétences professionnelles, que seuls des centres conçus et équipés à cet effet sont capables d'assurer.

Ces services doivent être capables de proposer un large éventail de prestations diagnostiques et thérapeutiques. Les charges de recherche et de formation leur reviennent, ainsi que celle d'expertise.

Malheureusement, dans bien des contextes défavorisés, le plateau technique dont disposent les centres tertiaires est insuffisant pour assurer pleinement les tâches qui leur sont dévolues. Hélas, dans la pratique ils jouent encore trop souvent le rôle de « premier recours » à la disposition des demandeurs de soins oculaires des milieux urbain et semi-urbain.

Au niveau national, les trois niveaux de soins doivent être mis à la disposition des populations. Lorsque des soins oculaires adaptés sont offerts et fonctionnent, le pays dispose alors d'un système de soins oculaires complets.

Les soins oculaires tertiaires sont pratiqués : dans les Centres hospitaliers universitaires, cliniques disposant de plateaux techniques suffisants.

Les prestataires de ces soins sont: les ophtalmologistes hautement compétents

A ce niveau on fait:

- Prestations diagnostiques de haute technicité (angiographie, électrophysiologie oculaire, échographie, etc.) ;
- Prestations thérapeutiques de haute technicité (chirurgie du décollement de rétine, chirurgie du vitré, greffe de cornée) ;
- Ophtalmo-pédiatrie ;
- Prise en charge de la rétinopathie diabétique ;
- Recherche (clinique, thérapeutique, opérationnelle) ;
- Formation des différentes catégories de personnels nécessaires à la mise en place du programme ;
- Réponse aux demandes d'expertise (ministère de la santé, PNLC).

❖ Les soins oculaires mobiles

Selon OMS Genève (1997), Les Soins Oculaires mobiles Sont des unités ophtalmologiques mobiles qui peuvent assurer des services des soins oculaires primaires et secondaires dans les régions où de tels services font défaut.ces unités peuvent également fournir une aide précieuse aux services oculaires existants, notamment en ce qui concerne l'évaluation épidémiologique et clinique d'affections cécitantes spécifiques. Dans certains pays, on a utilisé avec succès des antennes oculaires mobiles à l'échelon périphérique pour pratiquer l'opération de la cataracte et corriger, au moyen des lunettes, les vices de réfraction ; ces équipes chirurgicales peuvent également procéder à l'iridectomie optique, opération simple permettant de restaurer la vision chez des individus souffrant d'une opacité centrale de la cornée.

Dans le cadre de notre étude, l'accessibilité aux soins oculaires concerne, la prise en comptes de toutes les composantes du système de soins oculaires dans le but de rendre disponible et efficient les activités de prise en charge des affections de la vue.



DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

I. CHOIX DU LIEU DE L'ETUDE

Notre étude a lieu dans le district de santé de Maga, département du Mayo-Danay, région de l'extrême-Nord.

II. JUSTIFICATION DU LIEU DE L'ETUDE

Nous avons choisi le district de santé de Maga pour les raisons suivantes :

- Son enclavement et sa disparité dans le département du Mayo-Danay par rapport au service de soins oculaires existant.
- Le surpeuplement de ce district et l'endémicité des maladies oculaires.

III. DESCRIPTION DU LIEU D'ETUDE

III-1- Situation géographique

Le District de Santé de Maga s'étend dans le Logone et Chari et a une superficie de : 2000Km². Il est situé à 96 km de Yagoua, 100 km de Maroua et 276km de Kousséri qui sont des chefs lieux de département où se trouvent les services d'ophtalmologie d'OSF.

Il est limité :

- Au Nord par le district de santé de Kousséri ;
- Au Sud par le district de santé de Vélé ;
- A l'Ouest par le district de santé de Bogo ;
- A l'Est par le fleuve Logone et la République du Tchad .

C'est une zone sahélienne au climat tropical à deux saisons :

- Une courte saison de pluie de quatre mois
- Une longue saison sèche de huit mois.

Il compte 172796 habitants composés d'une diversité d'ethnies avec comme principales activités : la riziculture, la pêche traditionnelle et l'élevage.

III-2- Infrastructures

Le District de Santé de Maga compte : un Hôpital de District, six Aires de Santé avec au total dix Centre de Santé Intégrés et d'autres infrastructures sociaux tels : la SEMRY, des lycées, des écoles primaires, des églises (EFLC, Catholique, pentecôtiste.....) des mosquées, des forages d'eau, le château d'eau dans le chef lieu de l'arrondissement et des puits à ciel ouvert.

III.3. Organisation administrative et sanitaire

Le district de santé de Maga est dirigé par un médecin chef de district et chef de l'hôpital assisté :

- D'un chef de bureau santé ;
- D'un économe.

Le district compte :

- Un Hôpital de District,
- dix Centres de santé intégrés.

Vingt six personnels au total travaillent dans tout le district de santé et reparti comme suit :

- 02 médecins ;
- 05 Infirmiers diplômés d'état ;
- 09 Infirmiers Breveté ;
- 08 Aide soignants ;
- 02 technicien de laboratoire.

Le district n'a aucune structure d'accueil en ophtalmologie et aucun personnel spécialisé pouvant prendre en charge les premiers soins en ophtalmologie.

IV-METHODE DE RECHERCHE

Par définition, la méthode est l'ordre à imposer aux différentes démarches intellectuelles pour arriver à une fin donnée.

Pour GRAWITZ M. (1979), « la méthode est un ensemble concerté d'opérations mises en œuvre pour atteindre un ou plusieurs objectifs, un ensemble des normes qui permettent de faire la sélection des données ». Ainsi, nous allons insister sur : le type de recherche ; le dessein de l'étude ; la date et durée de l'étude ; méthode d'échantillonnage ; les instruments de collecte de données ; la technique de collecte des données ; le respect de l'éthique ; les limites de l'étude ; le chronogramme d'activités ; le plan de communication des résultats ainsi que les difficultés rencontrées

IV-1-Type de recherche

Dans cette étude, nous allons allier deux types de recherche c'est-à-dire le type qualitatif et le type quantitatif :

❖ La recherche qualitative

Elle est basée sur l'entretien et l'analyse permettant d'apprécier d'une part les ressources humaines et matérielles et d'autres part les facteurs socioculturels, environnementaux et géographiques limitant l'accessibilité aux soins oculaires des populations. l'entretien structuré avec le chef de service de santé de District de santé de Maga nous permettra d'obtenir, les données qualitatives, numériques et quantifiables, mais qui sont inclus dans notre boîte à outils car leur but est d'aider à décrire et à analyser ce phénomène d'accessibilité.

❖ La recherche quantitative

Ici, nous allons enquêter sur un échantillon de 450 personnes. Ainsi, à l'aide d'un questionnaire, nous recueillerons auprès des enquêtés les entraves à l'accessibilité aux soins oculaires. Par ailleurs, à travers la consultation ophtalmologique de masse, nous ferons la description qualitative, quantitative et numérique détaillée de cet échantillon parce que nous souhaitons généraliser les résultats pour l'ensemble du District de Maga.

IV-2- Dessenin de l'étude

Notre étude est descriptive analytique et prospective, elle permet d'identifier les facteurs limitant l'accessibilité aux soins oculaires dans le district de santé de Maga, en vue de proposer des solutions susceptibles d'améliorer la couverture sanitaire en soins oculaire .

IV-3- Méthode d'échantillonnage

L'échantillonnage est non probabiliste de convenance concernant les personnes du District présentes le jour de l'enquête ayant une affection ophtalmologique , interrogées plus examens ophtalmologiques.

A l'examen ophtalmologique nous faisons : la mesure de l'Acuité Visuelle, l'examen du segment antérieur, la prise de la PIO et le fond d'œil si accessible par ophtalmoscope.

IV.3.1. population cible

La population est définie comme l'ensemble des éléments par lesquels on aurait pu choisir l'échantillon, c'est-à-dire l'ensemble des éléments qui possèdent les caractéristiques qu'on veut étudier.

La population cible ou univers d'enquête est l'ensemble de groupes humains concernés par les objets d'enquête. Notre population cible est constituée d'une part des hommes, des femmes et des enfants sans distinction d'âge et de sexe présentant une affection ophtalmologique et vivant dans le District de Santé de Maga ; et d'autre part du Médecin Chef du District chez qui nous avons adressé le guide d'entretien.

IV.3.2. Technique d'échantillonnage

Une technique est défini comme un ensemble des moyens et procédés permettant au chercheur de rassembler des données et des informations sur son sujet de recherche.

Pour collecter les données de notre étude, nous avons recouru aux techniques suivantes :

❖ **L'entretien structuré :**

L'entretien structure nous a permis de recueillir les opinions du Chef de service de Santé du District de Maga en ayant une attitude de poser les questions précises, libellées d'avance suivant un ordre prévu. Les questions ici portent aussi bien sur le fonctionnement du district que sur le fichier du personnel.

❖ **Le questionnaire écrit :**

le questionnaire quant à lui est un instrument composé d'un nombre plus ou moins élevé des questions présentées par écrit au sujet de l'objet d'étude. Cette technique nous a facilité d'atteindre un grand nombre d'enquêtés et de recueillir d'eux des informations utiles pour la réalisation de notre projet scientifique.

Notre questionnaire constitué de trois parties regorge :

- Sept questions ouvertes ;
- Six questions fermées ;
- Trois questions semi ouvertes.

❖ **Technique documentaire :**

Grâce à celle-ci, nous avons consulté les documents relatifs à notre objet d'étude, notamment les ouvrages, les rapports, les articles, les revues, les rapports et les sites internet consultés.

➤ **critères d'inclusion**

Toute personne présentant de problèmes oculaires et vivant dans le District de Santé de Maga et présente

le jour de l'enquête.

➤ **critères d'exclusion**

Les personnes présentes le jour de l'enquête ayant de problèmes oculaires et ne vivant pas dans le District de Santé de Maga.

IV-4- Taille de l'échantillon

Notre échantillon est constitué de 450 personnes interrogées et examinées pendant la période de l'enquête.

IV-5- Durée de l'enquête

Notre enquête s'est déroulée du 27 mars au 20 avril 2012 période de la saison sèche où les routes sont praticables.

IV-6- Instruments de collecte des données

Pour collecter nos données nous avons utilisé :

- Un questionnaire ;
- Un guide d'entretien ;
- Matériels de consultation :

Les matériels de consultations sont :

- Echelle d'acuité visuelle (optotypes de Snellen)
- Echelle de Parinaud
- Une loupe (2,5fois)
- Une lampe torche et des piles
- Un ophtalmoscope
- Lampe à Fente portative
- La boîte de verres à essai et monture
- Le skiascope
- Les collyres d'examen
- Les stylos
- Les crayons et gomme
- Tonomètre de Schiotz
- Coton

IV.7. Technique de collecte des données

IV.7.1. Guide d'entretien

Nous utilisons le guide d'entretien avec le médecin chef de district pour identifier le nombre de formations sanitaires, le nombre de service pouvant accueillir les problèmes oculaires, les données démographiques, l'effectif des personnels pour l'année 2012 et les infrastructures et matériels ophtalmologiques.

IV.7.2. Questionnaire

Pour collecter les données nous avons respecté plusieurs étapes :

- Obtention de l'autorisation d'enquêter auprès du CSSD ;
- Assiéger les chefs des centres de santé intégrés pour obtenir leur collaboration ;

➤ La conquête des informateurs clés

Elle a été facilitée à ce niveau par la coïncidence avec le campagne mobile de vaccination qui nous a facilité la sensibilisation et la mobilisation des populations ; et le président de la croix rouge du district qui nous a assisté dans la campagne d'information massive des populations ;

Aménagement des sites d'accueil et de consultation des enquêtés selon le calendrier établi.

Enfin, chaque jour selon le calendrier, à partir de 8heures, nous procédions à l'enregistrement et consultations des enquêtés. Nous examinons les populations ayant les problèmes oculaires et pendant l'entretien nous leur demandons de répondre aux questionnaires les concernant. Il est à noter que l'acuité visuelle était systématique à tout le monde et le fond d'œil était fonction du problème. Enfin une ordonnance était remise avec le traitement pour les cas simples, et une fiche de référence pour des cas compliqués

IV-8- pré-test de l'instrument

Nous avons pré-testé notre instrument de collecte des données dans le centre de santé de Pouss sur une cinquantaine de personnes,(non inclus dans l'échantillon) ceci nous a permis de modifier certains éléments du questionnaire.

IV-9- Validation de l'instrument

Après le pré-test et la modification apportée aux questionnaires, notre instrument a été soumis à l'appréciation de nos encadreurs et validé.

IV-10- Technique de collecte des données

Nous utilisons le guide d'entretien avec le médecin chef de district pour identifier le nombre de formations sanitaires, le nombre de service pouvant accueillir les problèmes oculaires, les données démographiques, l'effectif des personnels pour l'année 2012 et les infrastructures et matériels ophtalmologiques.

Nous examinons les populations ayant les problèmes oculaires et pendant l'entretien nous leur demandons de répondre aux questionnaires les concernant

IV-11- Dépouillement

Après la collecte nous avons procédé au dépouillement manuel et à l'enregistrement chiffré des réponses aux questionnaires ainsi que les observations recueillies.

IV-12- Traitement des données

Les données du dépouillement sont transcrites sur le logiciel Excel et les résultats sont présentés sous formes de diagrammes, des tableaux et en pourcentage.

IV-13- Ethique de la recherche

Dans le cadre du respect de l'éthique, bien que le fonctionnement du comité éthique ne soit pas enraciné dans nos habitudes, une demande d'enquête N° 087 /AR/MSP/DRH/SDF/EISY/SES/CBSS a été formulée à l'autorité administrative du lieu d'étude par la Directrice de l'EISY. Nous avons eu un entretien préliminaire avec l'autorité administrative du district de santé de Maga et lui avons expliqué l'objectif de notre étude. Pour appuyer ce travail, ce dernier nous a signé l'autorisation de descente sur le terrain, nous permettant ainsi d'enquêter.

Par ailleurs, afin de protéger les intérêts des personnes investiguées, nous avons pris en compte tous les éléments de la considération éthique : le consentement éclairé, l'anonymat et la confidentialité.

Le consentement sera libre : dans notre cas, une explication écrite et détaillée sera donnée avant de rechercher le consentement verbal. Communément appelé « note à l'intention des répondants », elle comporte les éléments suivants :

- le but de la recherche ;
- les méthodes de recherche utilisées ;
- des assurances de confidentialité ;
- des détails concernant l'organisme de financement (le cas échéant).

Cette explication écrite sera étudiée en détail par les autorités administratives avant que la recherche commence.

La confidentialité est une question importante parce que les participants individuels à une recherche peuvent ne pas souhaiter la divulgation de détails concernant leur situation sanitaire. C'est ainsi que nous aménagerons un cadre dans lequel l'accueil et la consultation des répondants seront individuels.

L'anonymat sera requis parce que les répondants ne porteront pas leur nom sur le questionnaire et même, pour la consultation les codes leur seront attribués.

IV-15- Limite de l'étude

En effectuant cette étude, notre souci est de fournir aux décideurs des éléments nécessaires pour suivre les activités dans la lutte contre la cécité, cependant nous avons eu des limites car :

Nous n'avons pas pu couvrir toutes les dix formations sanitaires du DS de santé de Maga à cause du temps imparti pour une étude de telle envergure avec une seule équipe.

L'étude s'est déroulée en poste fixe dans les CSI et dans des écoles ce qui fait qu'il y a des personnes qui ne peuvent pas se déplacer pour l'enquête.

Les facteurs intrinsèques et extrinsèques pris en compte dans notre étude limitent l'importance du problème.

En bref, les résultats de cette étude ne peuvent être adaptés qu'au nombre des personnes interrogées et examinées dans le district ; la validité externe de notre étude s'en trouve limitée.

VI- 16- Budget de l'étude

Tableau II : budget de l'étude

Article	quantité	Prix unitaire	Prix total
Micro ordinateur (laptop)	1	78000	78000
Clé internet (camtel)	1	45000	45000
Clé USB	2	4500	9000
Carte téléphonique	5	2000	10000
Connexion internet	6	5000	30000
Crayon	2	150	300
Gomme	1	200	200
Photocopie	300	25	7500
Impression	7 mémoires	5000	35000
Déplacement	Nord (aller-retour)	50000	50000
Motivation des aides	2	25000	50000
Location Moto/jour	20 jours	3000	60000
Bloc notes	1	500	500
Imprevus	/	50000	100000
Total	425500fCFA		

Pour éviter les redites, nous allons mener de front dans la partie qui suit : les résultats et la discussion

TROISIEME PARTIE :

**PRESENTATION, ANALYSE ET
INTERPRETATION DES RESULTATS,
CONCLUSION ET SUGGESTIONS**

CHAPITRE I : PRESENTATION DES RESULTATS

Nous avons eu d'entretien avec le médecin chef de district à propos du plateau technique, les ressources humaines et les infrastructures puis enquêté 450 personnes dont l'âge varie de 7ans à 80 ans à la recherche des facteurs limitant l'accessibilité aux soins oculaires dans le District de santé de Maga.

I- RESULTATS DU GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN CHEF DE DISTRICT

I-1- Identification du district

Le District compte :

- Un Hôpital de District ;
- Six aires de santé pour dix Centres de santé intégré

I-2 – Données démographiques

Tableau III : Relatif aux données démographiques.

Formations sanitaires	Nombre d'habitants
Aire de santé de Mazera	18357
Aire de santé de Tékelé	11657
Aire de santé de Pouss	38763
Aire de santé de Maga	37888
Aire de santé de Djafga	29407
Aire de santé de Guirvidig	36724
Population totale	172796 habitants

Il ressort du tableau III que le District de santé de Maga a une population totale de 172796 habitants, répartie sur six aires de santé.

I-3- Etat des ressources Humaines

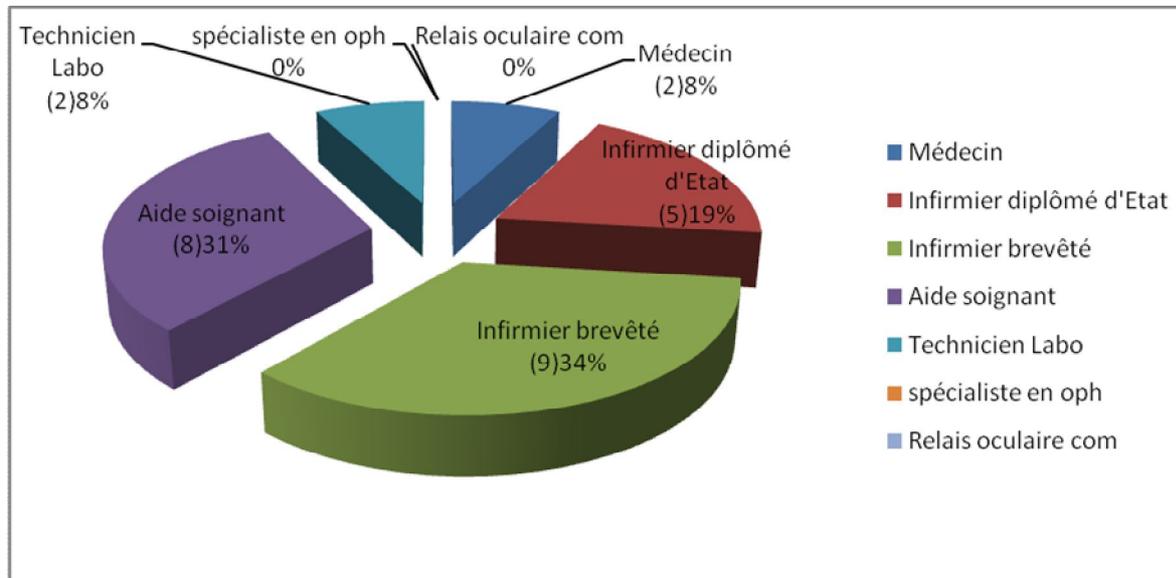


Figure 1 : Camembert 1 relatif à l'état des ressources humaines

Cette figure montre qu'aucun des 26 personnels que compte le district n'est spécialisé en ophtalmologie et il n'existe pas de relais oculaire communautaire.

I-4- Etat de ressources matérielles et infrastructurelles

Tableau IV : Relatif à la répartition d'infrastructures et matériels

Infrastructures et matériels	Pour ophtalmologie
Bloc opératoire et salle de consultation	Non
Matériels de consultation et de chirurgie	Non

Ce tableau montre qu'il n'existe pas d'infrastructures et matériels d'ophtalmologie dans le district.

II- RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

Les données collectées à l'aide du questionnaire nous ont donné les résultats suivants :

II-1- Identification des répondants

Question II-1-1. Sexe

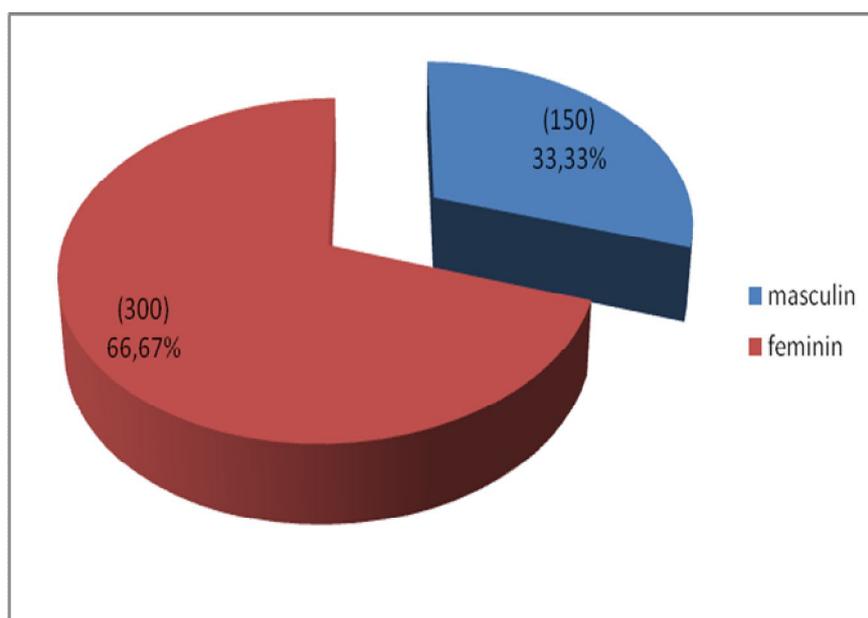


Figure 2 : camembert 2 Relatif à la répartition des répondants selon le sexe

Il ressort de ce diagramme que sur les 450 personnes interrogées et examinées, 300 personnes sont de sexe féminin soit 66,67%.

Question II-1-2. Croisement des données genre et âge

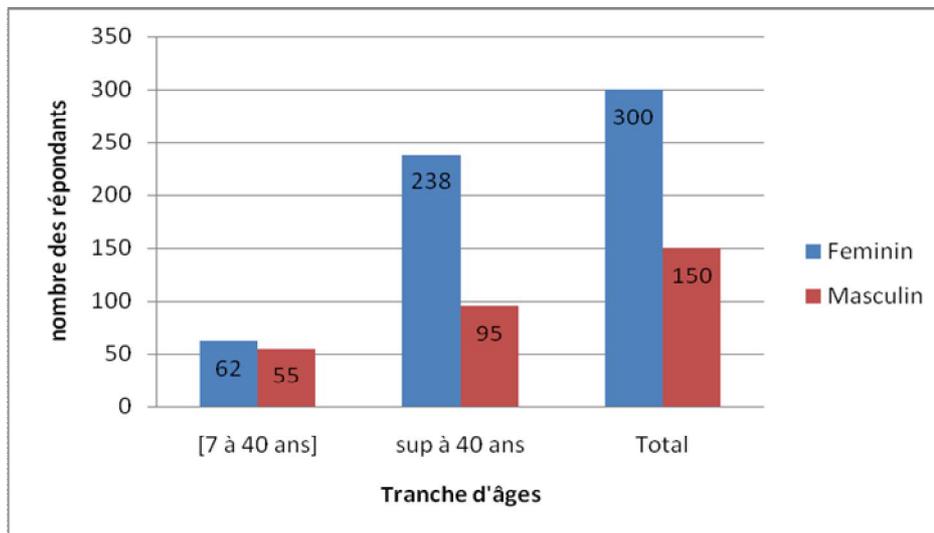


Figure 3 : Histogramme 1 relatif à la répartition des répondants selon les tranches d'âge et le sexe

Il ressort de cette figure que des 450 personnes examinées et interrogées, 117 personnes ont une tranche d'âge de 7 à 40 ans soit 26%, 333 personnes ont une tranche d'âge de 40ans et plus soit 74% avec une majorité féminine dans chaque tranche d'âge.

II-2- Etat de santé oculaire du répondant.

Question II-2-1

Tableau V : Relatif à l'état de l'acuité visuelle après correction..

Acuité visuelle (avec correction ODG)	Masculin	Féminin	Total	pourcentage
Supérieure à 3/10	43	92	125	30%
Inferieure à 3 /10 mais supérieure à 1/20	107	208	315	70%
Total	150	300	450	100%

Il ressort du tableau V que 315 personnes soit 70% des répondants ont une acuité visuelle inférieure à 3/10 mais supérieure à 1/20 du meilleur œil avec la meilleure correction et sont majoritairement féminin.

II-3-Attitudes des répondants par rapport aux facteurs socioculturels

Déterminons dans ce qui suit les attitudes par rapport aux facteurs socio culturels.

Question II-3-1

Tableau VI : répartition des répondants selon la présence de la cécité dans une famille

La cécité dans une famille	Effectifs	Pourcentage
Malédiction	80	17,78%
Maladie	370	82,22%
Total	450	100%

Ce tableau montre que sur les 450 personnes interrogées et examinées, 80 personnes soit 17,8% ont répondu que la cécité dans une famille est une malédiction.

Question II-3-2

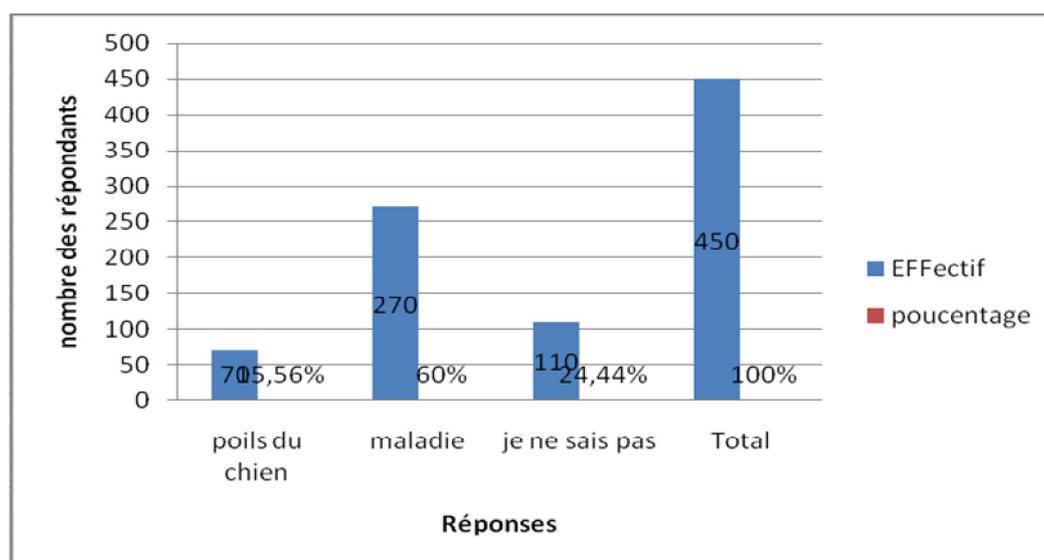


Figure 4 : histogramme 2 relatif à la répartition des répondants par rapport aux cils qui frottent sur le globe.

Il ressort de la figure 4 que sur les 450 personnes examinées et interrogées, 70 personnes soit 15,6% ont répondu que les cils qui frottent sur le globe et qui rendent aveugle proviennent des poils du chien.

Question II-3-3

Tableau VII : Répartition des répondants par rapport à l'acceptation du port des lunettes médicales

Acceptation du port des lunettes médicales	Féminin	Masculin	Total	Pourcentage
OUI	63	129	192	42,67%
NON	237	21	258	57,33%
Total	300	150	450	100%

Il ressort du tableau que sur les 450 personnes examinées et interrogées, 192 personnes soit 42,7% acceptent le port des verres correcteurs et 258 personnes soit 57,3% n'acceptent pas le port des verres correcteurs, avec une majorité féminine.

Question II-3-4 : traitement des derniers problèmes oculaires

Tableau VIII : relatif à la répartition des répondants par rapport aux traitements de leurs derniers problèmes oculaires.

Traitement Sexe	Par Produit pharmaceutique	Au traditionnel	Total
Masculin	60	90	150
Féminin	14	286	300
TOTAL	74	376	450
Pourcentage	16,44%	83,56%	100%

Il ressort de ce tableau que sur les 450 personnes interrogées et examinées, 376 personnes soit 83,56% ont traité leur dernier problème oculaire au traditionnel.

III- ATTITUDE DES REpondANTS PAR RAPPORT AUX FACTEURS EXTRINSEQUES.

III-1- Facteurs environnementaux

Déterminons pour les facteurs extrinsèques les attitudes des répondants.

Question III-1-1 : existence ou non d'un centre de santé oculaire

Par rapport à l'existence d'un Centre de Soins oculaire les 450 personnes interrogées et examinées soit 100% disent qu'ils n'existent pas des services de soins oculaires dans leur formation sanitaire.

Question III-1-2

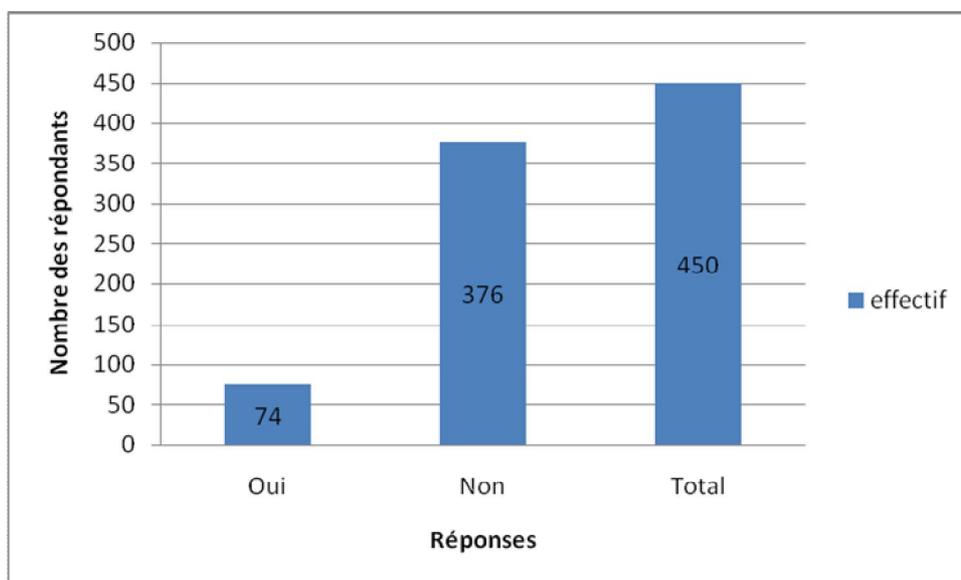


Figure 5 : Histogramme 3 relatif à la répartition des répondants par rapport à la fréquentation au moins une fois d'un service de soins oculaires.

Il ressort du diagramme 5 que des 450 personnes interrogées et examinées, 376 personnes soit 83,56% n'ont jamais fait de consultation ophtalmologique.

Question III-1-3

Tableau IX : répartition des répondants par rapport aux difficultés rencontrées lors des consultations ophtalmologiques

Difficultés	Effectifs	Pourcentage
Oui	50	11,11%
Non	24	5,33%
Je ne sais pas	376	83,56%
Total	450	100%

Ce tableau nous montre que sur les 450 personnes interrogées et examinées, 50 personnes soit 11,1% disent avoir eu des difficultés lors de leurs consultations Ophtalmologiques.

III-2-Avis des répondants par rapport aux facteurs économiques.

Question III-2-1

Tableau X : Répartition des répondants par rapport à la perception du coût de soins oculaires.

Réponses (Les soins sont chers)	Effectifs	Pourcentage
Oui	425	94,44%
Non	25	5,56%
Total	450	100%

Ce tableau montre que sur 450 personnes interrogées et examinées, 425 personnes soit 94,4% disent que les soins oculaires sont chers.

Question III-2-2

Toutes les 450 personnes interrogées et examinées le jour de l'enquête ont affirmé que le frais de transport aller et retour par individu pour se rendre dans le service de soins oculaires le plus proches s'élève à plus de 5000 francs CFA.

III-3-Attitudes des répondants par rapport aux facteurs géographiques.

Outre les facteurs socio culturels, déterminons les attitudes par rapport aux facteurs géographiques.

Question III-3-1. Distance par rapport au centre de consultation ophtalmologique le plus proche

Toutes les 450 personnes interrogées et examinées soit 100% vivent au-delà de 50Km du service de soins oculaires le plus proche.

Question III-3-2. État des routes

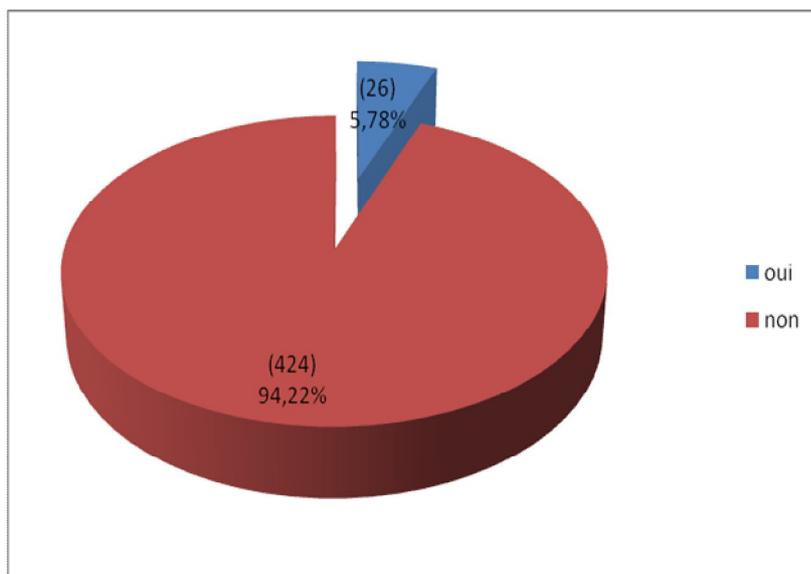


Figure 6 : Camembert 3 relatif à la répartition des répondants par rapport à la praticabilité des routes qui mènent au service de soins oculaires le plus proche.

Ce diagramme montre que des 450 personnes interrogées et examinées, 424 soit 94,2% sont sur des routes praticables par saison de l'année.

CHAPITRE II : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Notre enquête nous a permis de mettre en exergue les entraves à l'accessibilité aux soins oculaires dans le District de Santé de Maga dont les résultats ont été présentés. Ainsi, à la lumière des objectifs préalablement fixés, nous allons faire une synthèse de nos résultats qui sera appuyée d'une discussion en rapport avec les différentes phases de notre enquête à savoir :

- L'entretien avec le chef de District de Santé de Maga ;
- Et le questionnaire adressé à la population de ce district ;

I- SYNTHÈSE ET DISCUSSION RELATIVES AU GUIDE D'ENTRETIEN

Notre entretien avec le chef Service de santé de District a mis en relief l'état des lieux du plateau technique en ressources humaines et matérielles en ophtalmologie. L'objectif étant d'avoir une idée claire des moyens mis à la disposition du District de Santé de Maga pour la prévention et la lutte contre la cécité.

Concernant les Ressources humaines, la figure 1 montre que sur les 26 personnels que compte le District de Santé de Maga, aucun n'est spécialisé en ophtalmologie et il n'existe aucun relais communautaire oculaire. En effet, pour les 172796 habitants que compte le District de Santé de Maga, le ratio entre l'équipe minimum impliquée dans la lutte contre la cécité par rapport à la population est nul- alors que le programme national de lutte contre la cécité au Cameroun préconise dans le cadre de vision 2020 :

- 01 Ophtalmologiste pour 250000 habitants ;
- 01 Technicien Supérieur en Ophtalmologie (TSO) pour 125000 habitants ;
- 01 relais communautaire pour 500 habitants.

Par rapport aux ressources matérielles et infrastructurelles, le tableau IV montre qu'il n'existe pas de structures d'accueil et matériels pour la prise charge en ophtalmologie dans tout le district de santé de Maga pour 172796 habitants dispersés sur 2000Km². Nous constatons que l'inexistence, dans ce District de véritables structures et politiques de soins oculaires permettant de rationaliser et de soutenir les activités d'ophtalmologie répond au défi à relever dans le cadre de Vision 2020 sur le plan de ressources humaines et de développement des infrastructures et technologies du Programme National de lutte contre la cécité du Cameroun adopté il y a plus d'une décennie ; d'où l'urgence d'une réflexion plus globale sur les véritables enjeux de VISION 2020, qui s'intéressera à tous les dysfonctionnements actuels dans la prestation des soins oculaires dans notre pays.

II- SYNTHÈSE ET DISCUSSION RELATIVES AU QUESTIONNAIRE

Pour discuter les résultats de notre questionnaire, nous avons fait un groupement de variables qui seront analysées par rubrique comme suit:

- Facteurs sociodémographiques et sanitaire ;
- Facteurs socioculturelles et sanitaire ;
- Facteurs économiques et géographique.

❖ Facteurs sociodémographiques et sanitaire issues de l'identification des répondants

Cette section prend en compte les variables suivantes:

- l'âge,
- Le sexe,
- L'acuité visuelle.

Il ressort de la figure 2 que 300 personnes soit 66,67% interrogées et examinées lors de l'enquête sont de sexe féminin. Contrairement au constat fait par West SK et al (2004) qui estiment que « les femmes et les filles n'utilisent pas les services de soins oculaires aussi souvent que les hommes et les garçons ». Par ailleurs dans ces zones rurales, elles sont moins instruites et sans profession génératrice de revenu, elles n'ont pas la facilité d'aller se soigner aussi que les hommes lorsque le service est loin de leur domicile. D'où le constat qu'elles sont plus nombreuses parce qu'on leur a offert des occasions de consultation ophtalmologique plus proche de leur domicile. D'ailleurs disent-elles que « *c'est une chance jamais vu qu'une équipe de personnels oculaires vienne dans leur milieu rural* ».

la figure 3 montre que sur les 450 personnes interrogées et examinées, dans chacune des tranches d'âge de 7 à 40 ans et de plus de 40 ans les femmes sont majoritaires et dans cette étude n'ont été enquêtées que ceux qui ont des problèmes oculaires, nous constatons donc que les femmes ont plus de problèmes oculaires que les hommes. Ce phénomène observé chez les femmes serait dû au fait que les femmes déclarent difficilement leur handicap car cela leur donne une position critique par rapport au mariage ou dans le foyer les trainant dans la négligence.

Selon l'état de l'acuité visuelle, le Tableau V montre que sur 315 personnes des répondants soit 70% sont malvoyantes avec une acuité visuelle de chacun du meilleur œil avec la meilleure correction inférieur à 3/10 mais supérieur à 1/20 ; à la figure 5 par ailleurs, 376 personnes soit 83,56% des répondants n'ont jamais consulté un service d'ophtalmologie. Nous remarquons que malgré la baisse de vision constatée avant l'enquête par ces personnes, elles n'ont pas consulté par l'ignorance de la bonne santé oculaire et parfois la négligence. Mais sur le plan de la politique sanitaire, ceci dénote un problème de sensibilisation de la population aggravé par une insuffisance d'infrastructures sanitaires spécialisé en ophtalmologie dans cette région.

❖ Facteurs socioculturelles et sanitaires

Ils concernent les comportements des populations sur:

- Les difficultés rencontrées pour accéder aux soins oculaires;
- La présence de cécité dans une famille ;

- Les cils qui frottent sur le globe ;
- le traitement des problèmes oculaires ;
- la fréquentation de service de soin oculaire.

Par rapport à la perception de la population sur la présence de la cécité dans une famille, le tableau VI montre que sur l'effectif de 450 personnes interrogées et examinées, 80 personnes soit 17,78% pensent que la présence de la cécité dans une famille est une malédiction. Dans certaines cultures, la cécité n'est jamais curable, lorsque c'est une personne âgée qui devient aveugle c'est une punition divine due au mal que la personne a fait dans sa vie ; et lorsque c'est un enfant, c'est la répercussion du mal des parents sur la descendance. Nous constatons donc que ce faible taux des personnes qui pensent que la cécité dans une famille est une malédiction est dû aux croyances. Nous devons donc aider les communautés par des sensibilisations socio culturelle.

Parlant des avis des répondants sur les cils qui frottent sur le globe, La figure 4 montre que 70 personnes soit 15,56% des personnes examinées et interrogées disent que les cils qui frottent sur le globe sont causés par les poils du chien alors qu'ils sont dus au trachome, nous constatons ici que les croyances socio culturelles très dangereuses pour la bonne santé oculaire résident dans ces populations. Ces croyances persistent parce que dans ce district, il n'existe même pas de relais communautaire pour pratiquer la campagne de sensibilisation de proximité.

Concernant le traitement de leurs derniers problèmes oculaires, Le tableau VIII montre que sur les 450 personnes interrogées et examinées, 376 soit 83,56% ont traité leur dernier problème oculaire au traditionnel ; ces personnes n'ont jamais fréquenté un service d'ophtalmologie ; les répondants étaient d'avis que le traitement traditionnel est dangereux car c'est guérir le mal par le mal ; mais ils ne peuvent s'en passer puisqu'il n'y a pas de service de soins oculaires et que le traitement traditionnel est le premier recours le plus proche à moindre coût offrant le soulagement. Ceci vient rejoindre les propos de Margarete Estelle Etoa (2007) qui estime que 80% de la population se soigne à base des produits de la pharmacopée. En effet, selon l'OMS (2001), Il y a plusieurs facteurs qui peuvent amener les gens à solliciter l'automédication entre autre, le manque d'accès aux soins. Cependant, les

risques médicamenteux liés à l'automédication traditionnelle sont variés. Nous pouvons citer, les interactions médicamenteuses, les résistances microbiennes aux médicaments, les risques liés aux états physiologiques voire cécité.

Par rapport à la fréquentation d'au moins une fois un service de soins oculaires, il ressort de la figure 5 que 376 personnes soit 83,56% des répondants n'ont jamais fait de consultation ophtalmologique soit parce qu'il manque de service de soins oculaires ou bien que le déplacement vers le service pose problème ou d'autres pour des raisons personnelles. Cependant elles ont chacune un problème de santé oculaire aigu ou chronique ; ce qui nous amène au constat que l'ignorance de la bonne santé oculaire est caractéristique dans ces populations.

Concernant les difficultés rencontrées lors des consultations ophtalmologiques, des 450 personnes enquêtés, 74 personnes ont déjà au moins fait une consultation ophtalmologique parmi lesquelles 50 personnes soit 11,11% déclarent avoir eu des difficultés lors des consultations ophtalmologiques pour les prix exorbitant des lunettes (selon le tableau IX), les multiples rendez-vous sans explication claire qui sont des phénomènes tels que rapportés à d'autres ne les encouragent pas d'y aller à leur tour. Ces déclarations dénotent d'une défaillance de la politique de prise en charge globale des nécessiteux de soins oculaires, marqué par le mauvais accueil et les coûts de certains intrants ophtalmologiques.

❖ Facteurs géographique et économique

Il s'agit de :

- coût de soins oculaires ;
- Distance séparant les populations des services de soins oculaires ;
- praticabilité des routes et la suggestion des répondants pour l'amélioration de leurs conditions.

Pour ce qui est de la perception du coût de soins oculaires par les répondants, 425 personnes soit 94,44% affirment que les soins oculaires sont chers alors que la majorité soit 83,56% n'a jamais fait de consultation ophtalmologique (tableau X). Nous constatons ici que les rumeurs qui n'encouragent pas ont étouffé la mentalité de ces populations et préfèrent

rester dans leur lieu tant qu'elles n'ont pas assez de moyen financier. En clair, outre le manque d'infrastructure, il existe un réel problème de communication.

Concernant la distance qui sépare les répondants du service de soins oculaires le plus proche il ressort que, tous nos enquêtés habitent au-delà de 50 Km d'un centre de soin oculaire le plus proche. Les frais de transport aller/retour par individu s'élèvent à plus de 5000 mille francs et comme la plupart des malades ne voyage pas seul ; nous savons que plus la distance est longue plus le déplacement coûte cher en temps et en moyen financier ce qui ne motive pas ces populations. Nous concluons que l'éloignement de ces services est un handicap pour ces populations.

Pour ce qui est de l'état des routes qui mènent au service de soins oculaires le plus proche, la figure 6 montre que 424 personnes soit 94,2% ont des routes non praticables surtout en saison de pluies, compte tenu des étapes à traverser (la marche à pieds, prendre la pirogue enfin le véhicule) successivement augmentent la souffrance des populations. Ce qui fait que lorsqu'un problème oculaire est silencieux, il n'est pas une priorité pour elles.

En somme, les répondants ont souligné le manque de service de soins oculaires plus proches de leur domicile, les difficultés routières d'accès aux services lointains existant, le manque des agents qui peuvent leur parler des problèmes oculaires. Dans le cadre de la démarche participative et au regard des problèmes sus cités, nos enquêtés ont suggéré ce qui suit :

- Doter leur district d'un service de soins oculaires répondant à leurs besoins et qui sera plus proche d'eux.
- Améliorer l'état de leurs routes pour leur faciliter le déplacement en saison de pluie.
- Former des relais communautaires pour leur aider dans leurs problèmes de santé oculaires.

CHAPITRE III : CONCLUSION ET SUGGESTIONS

L'étude sur les facteurs limitant l'accessibilité aux soins oculaires que nous avons menée dans le District de santé de Maga, nous a permis de relever plusieurs obstacles qui constituent un frein dans le processus de la prévention et de la lutte contre la cécité.

En effet, les facteurs sociaux démographiques, culturels, économique et géographique se rapportant au : manque de ressources humaines et matérielles ; croyances ; rumeurs ; l'éloignement par rapport au centre de soin oculaire le plus proche ; l'ignorance de la bonne santé oculaire ; la négligence ; recours aux traitements traditionnels nocifs et le manque de moyen financier, entravent l'accessibilité aux soins oculaires.

Au regard de la sensibilité de ce problème, les interventions à prendre en considération devraient se focaliser sur :

- La bonne gouvernance ;
- Le développement d'un programme de santé oculaire adapté au besoin de la population du district ;
- L'information de la population à la base.

Ainsi, nous suggérons ce qui suit :

A court Terme

- Le District avec l'appui de la Délégation Régionale de la Santé et le soutien des Organisations Non Gouvernementales en place doivent promouvoir des stratégies avancées pour combler le vide en ophtalmologie dans ce District de Santé.
- Le chef de District doit organiser les campagnes de sensibilisation continue, progressive des groupes socioculturels sur les pratiques dangereuses pour la santé oculaire.
- Le chef de District doit former les leaders d'opinion qui vont servir de relais pour éclairer les populations.

➤ Le chef de district devrait faire un plaidoyer auprès du Ministère de la Santé Publique via la Délégation Régionale pour l'affectation de ressources humaines spécialisés en ce domaine

➤ L'investigateur doit retourner au lieu de l'enquête avec un exemplaire après les corrections des membres du jury pour assister le chef de district, à mettre en œuvre les propositions du tableau XI et XII.

A moyen Terme

Compte tenu du retard qu'accuse l'exécution du plan d'action mis sur pieds par le PNLC et suivant le regard de Vision 2020 :

➤ L'Etat doit créer les services de soins oculaires puis les équiper en matériels d'ophtalmologie dans le District de Santé de Maga.

➤ L'Etat doit déployer de manière efficace et efficiente les personnels formés en ophtalmologie dans les districts de santé du territoire.

Tableau XI : Proposition de plan d'action pour résoudre le problème d'accessibilité aux soins oculaires.

Activités	Responsable	Délai de réalisation	Ressources
promouvoir des stratégies avancées pour sensibiliser les populations	Le chef de District	2 ans	Délégation régionale ; ONG
plaidoyer auprès du Ministère de la Santé Publique via la Délégation Régionale pour la formation des relais communautaires en ophtalmologie	Le chef de District	2 ans	Délégation régionale de la santé publique de l'extrême-Nord
création des services de soins oculaires puis équipement en matériels d'ophtalmologie	Ministère de la Santé	5ans	Ministère de la santé et partenaire
déploiement de manière efficace et efficiente des personnels formés en ophtalmologie	Ministère de la santé	2 ans	Ministère de la santé publique

Tableau XII : Proposition de déploiement en ressources humaines

Cible	Nombre d'habitants	Ressources humaines	Quantité	Fonction
District de Santé	172796	TSO	01	Prise en charge complète de la cataracte Correction des vices de réfraction ; Chirurgie du trichiasis ; Prise en charge des ulcères de cornée et des traumatismes du segment antérieur ; Si possible ,prise en charge du glaucome primitif à angle ouvert, Formation et supervision des agents de santé communautaires et évaluation de leurs activités.
A .S de Mazera	18357	(RC) Relais communautaire	37	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion et prévention : éducation et participation de la communauté ; • Orientation-recours
A .S de Maga	37888	RC	76	
A.S de Tékélé	11657	RC	23	
A.S de Pouss	38763	RC	78	
A .S de Guirvidig	36724	RC	73	
A.S de Djafga	29402	RC	59	
TOTAL	172 796	1TSO + 309 RC		

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- 1- Edwin C.(2005), la personnalité : de la théorie à la pratique. Canada
- 2- Grawitz M. (1990). Méthodes des sciences Sociales, Paris Dalloz 8^e édition(1^e édition 1979) 1140p
- 3- Marie- Josée Aubin (2010). Université Montréal, département d'ophtalmologie,

Rapports

- 4- Margarette Estelle Etoa (4 avr. 2007) . tradi-praticien : la médecine traditionnelle se met en règle. Cameroun Tribune
- 5- OMS Genève (1997). Les stratégies pour la prévention de la cécité dans les programmes nationaux deuxième édition
- 6- OMS (05 may 2001.).Self medication practice among patients in a public health care system. Eastern Mediterranean Health journal (5 may 2001) vol 17 N: 5 Récupéré le 28 déc. 2011 de <http://www.santé tropical com. / résumé 34704pdf.ùm Madagascar>

Reuves et Articles

- 7- Allen Foster et al (Août 2006). Revue de Santé Oculaire Communautaire . Volume 3 . Numéro 2 .
- 8- André-Dominique Négrel (2010) . sop et prise en charge globale Revue *de Santé Oculaire Communautaire*;7(8): 5-7
- 9- Courtright P, West SK. (2004). Contribution of sex-linked biology and gender roles to disparities with trachoma. *Emerg Infect.* 10: 2012–16.
- 10- Daniel Etya'ale (2006). Revue de Santé Oculaire Communautaire . Volume 3 . Numéro 2 .Août page 43 .
- 11-Elmien Wolvaardt Ellison et al (Août 2007). Revue de Santé Oculaire Communautaire. Volume 4 . Numéro 4. Page 27 .

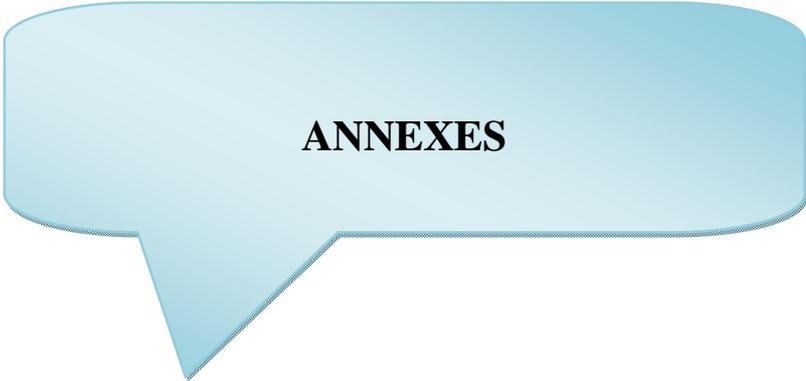
- 12- Joseph Enyegue Oyé (2006). Revue de Santé Oculaire communautaire. Volume 3 . Numéro 2 . Août page30
- 13- Lewallen S et al (2001). Gender and blindness: a meta-analysis of population based prevalence surveys. Ophthalmic Epidemiol. 81: 39–56.
- 14- Aide-mémoire OMS (2000). No 216 Examiné février .
- 15- Mohammad A Muhit (Août 2007). Revue de Santé Oculaire Communautaire . Volume 4 . Numéro 4 . page 32.
- 16- Paul Courtright et al (Août 2007). Revue de Santé Oculaire Communautaire . Volume 4. Numéro 4 . page 30.
- 17- Noa Noatina Blaise et al (Janvier 2010). revue de santé oculaire communautaire . volume 7 . numéro 8 . page 20

Dictionnaires et encyclopédies

- 18- Dictionnaire Larousse (2004).
- 19- Dictionnaire Le Robert & CLE international (2005).

Sites internet consultés

- 20- [http://Journée mondiale Com/16/12\(2011\) _octobre.vue htm](http://Journée mondiale Com/16/12(2011) _octobre.vue htm)-En cache.



ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATION D'ENQUETE

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AU CHEF DE DISTRICT

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ADRESSE A LA POPULATION

ANNEXE 4 : CARTE SANITAIRE DU DISTRICT DE MAGA

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL-PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

ECOLE DES INFIRMIERS SPECIALISES
DE YAOUNDE

B.P 25626-TEL 22 22 25 31

N° 087 /AR/MSP/DRH/SDF/EISY/SES/CBS

REPUBLIC OF CAMEROUN
PEACE-WORK-FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

DEPARTEMENT OF HUMAN RESSOURCES

SPECIALISED NURSES SCHOOL
OF YAOUNDE

Yaoundé, le 23 MARS 2012

Le Directeur de l'Ecole des
Infirmiers Spécialisés de Yaoundé

A

Monsieur le Chef Service de santé
du District de Maga

avis favorable
SC
SM
DR. GNIGNANJOUENA
OUMAROU
Médecin



Objet : **Demande d'autorisation de
Recherche** au sein de votre district de santé

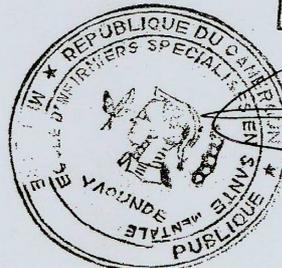
Dans le cadre de la recherche que nos étudiants de 2^{ème} année Ophtalmologie doivent mener pour la rédaction de leur mémoire de fin d'études ;

J'ai honneur de vous demander de bien vouloir autoriser Monsieur **MOUSTAFA OUSMAÏLA** à mener son étude au sein de votre district de santé.

Le thème porte sur: **Les Facteurs limitant l'accessibilité aux soins oculaires dans le District de santé de Maga.**

Nous comptons sur votre collaboration habituelle

DIRECTEUR DE L'ECOLE
DES INFIRMIERS SPECIALISES
YAOUNDE



Signature
YSSIP

QUESTIONNAIRE

I- Note à l'attention des répondants

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de notre travail de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'Infirmier Spécialisé en Ophtalmologie, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions portant sur le thème : facteurs limitant l'accessibilité aux soins oculaires dans le Mayo-Danay (cas du district de santé de Maga)

Ce travail d'ordre purement académique ne saurait vous porter préjudice, l'anonymat étant requis.

Votre franche collaboration nous honore.

II- Questions relatives aux facteurs intrinsèques limitant l'accessibilité aux soins oculaires

II-1- Questions relatives à l'identification des répondants

N^o.....

Date de Naissance : /...../...../..... /...../...../...../...../...../...../

II-1-1-Sexe : Masculin

Féminin

II-1-2 -Tranche d'âge 7 à 40ans

plus de 40ans

II-1-1-3-Niveau scolaire

Profession :

II-2- Etat de santé oculaire du patient

II-2-1- Acuité visuelle :

OD_{sc}=

OG_{sc}=

OD_{AC}=

OG_{AC}=

II-3-Questions relatives aux facteurs socioculturels et sanitaires

II-3-1-. Que pensez-vous de la présence de la cécité dans une famille ?

Est une malédiction

est une maladie

Pourquoi ?.....

II-3-2 -Par quoi sont causés les cils qui frottent sur le globe et qui rendent aveugles:

.....

II-3-3 Accepterez-vous de porter les lunettes en cas de prescriptions médicales.

Oui Non

Pourquoi.....

II-3-4-Avec quoi avez-vous soigné vos derniers problèmes oculaires ?.....

.....

.....

III- Questions relatives aux facteurs extrinsèques limitant l'accessibilité aux soins oculaires

III-1-Facteurs environnementaux

III-1-1-Avez-vous un service de soins oculaires dans votre formation sanitaire ?

OUI NON

III-1-2 -Avez-vous fait au moins une fois la consultations ophtalmologique?

OUI NON

III-1-3-Avez-vous des difficultés lors de vos consultations ophtalmologiques ?

OUI NON

Si Oui lesquelles.....

III-2- facteurs économiques et géographique.

III-2-1- Que pensez-vous de coût de soins oculaires ?

.....

III-2-2- Combien vous coûte par personne le transport aller et retour pour vous rendre dans le centre de soins oculaires le plus proche?

Moins de 5000FCFA

Plus de 5000FCFA

III-3- Facteurs géographiques

III- 3-1-A combien de Km estimez- vous la distance qui vous sépare du service de soins oculaires le plus proche ?

Inferieur à 10 Km de 10 à 50 Km supérieur à 50Km

III-3-2 - La route qui vous sépare du service de soins oculaires le plus proche est-elle praticable ?

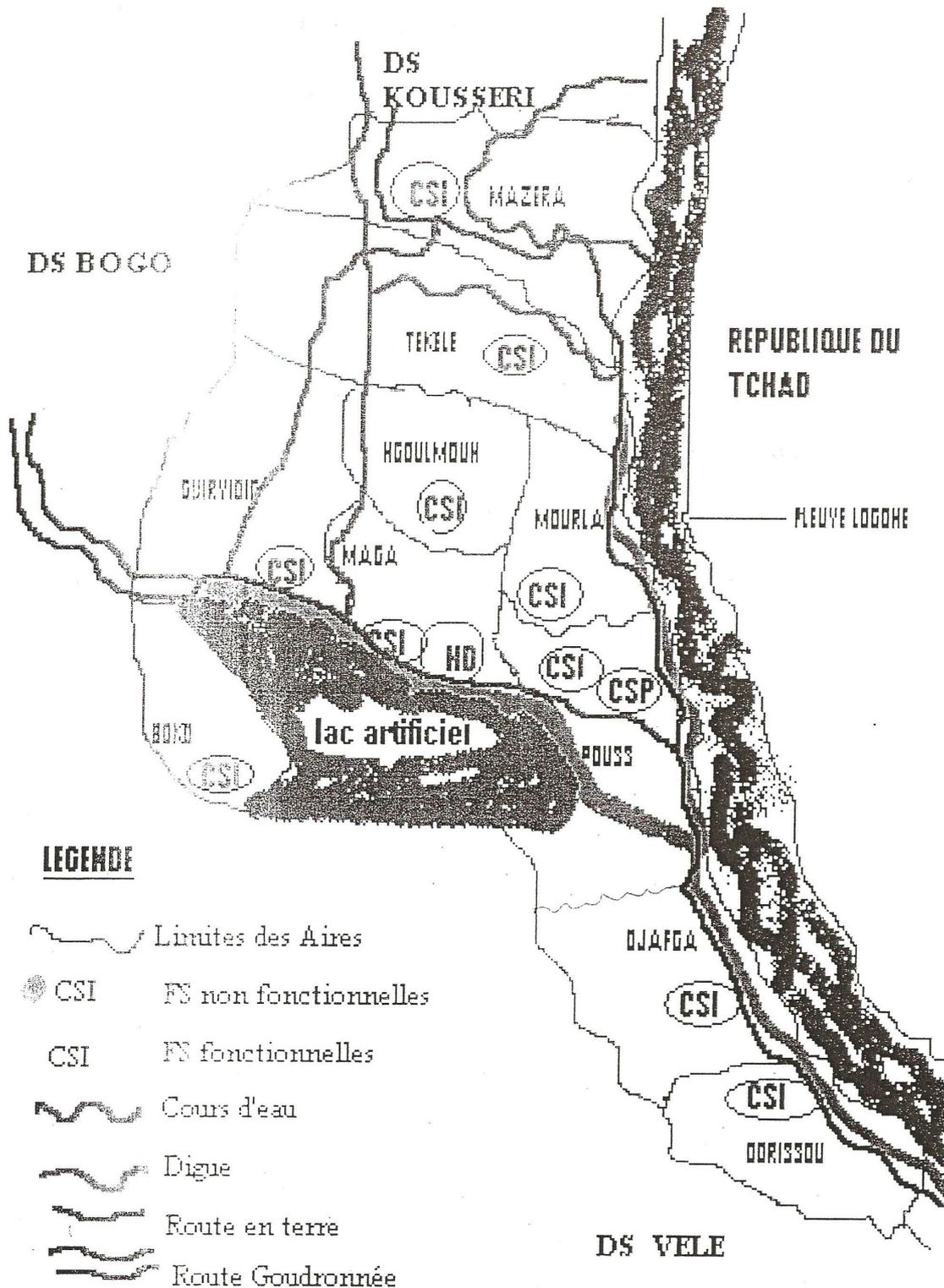
Oui Non

III-3-3- Que pensez-vous du nombre de service de soins oculaires disponible dans votre région ?

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

III-3-4- Quelles sont vos suggestions.....

.....
.....



CARTE SANITAIRE DU DS DE MAGA