



UNIVERSITE D'ABOMEY - CALAVI

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

Espaces, Cultures et Développement

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

FORMATION DOCTORALE : SOCIOLOGIE – ANTHROPOLOGIE

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

OPTION: SOCIOLOGIE DE LA SANTE

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

MEMOIRE DE MASTER RECHERCHE

Sujet :

**FONDEMENTS SOCIO- ANTHROPOLOGIQUE DES
COMPORTEMENTS LIES AUX TROUBLES VISUELS CHEZ LES
JEUNES ET ADOLESCENTS A COTONOU**

Réalisé par :

Sandra ZANNOU

Sous la direction de :

Dr Abou-Bakari IMOROU,

Maitre de conférences/CAMES

Année académique 2018 – 2019

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	iv
LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET PHOTOS.....	v
AVANT PROPOS	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : ASPECTS THEORIQUES DE LA RECHERCHE.....	3
CHAPITRE II : PRESENTATION DU CADRE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	17
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES:PRATIQUES, PERCEPTIONS SOCIALES ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES LIES A LA VUE CHEZ LES JEUNES A COTONOU	39
CONCLUSION ET PERSPECTIVES POUR LA THESE	70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71
ANNEXES	75

DEDICACE

A ma mère Hilda !

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche n'aurait pu aboutir sans l'aide et le soutien de nombreuses personnes que je tiens à remercier chaleureusement.

Nos sincères remerciements sont adressés :

- au Docteur Abou-Bakari IMOROU, Maître de conférences/ CAMES, Enseignant-chercheur au département de sociologie anthropologie de l'UAC et au LASDEL, Coordonnateur de la Formation Doctorale Sociologie-Anthropologie, qui a accepté accompagner ce travail. Apké kaka loooo !
- aux enseignants de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire « Espaces, Cultures et Développement » ;
- à Philippe Zannou et Marcel Zannou ; pour leur soutien indéfectible
- à Donald Mélé ; pour sa présence à mes cotés
- à Sorel, Suzon et Claire ;
- à Omer, Thibaut, Francis, Ange, Fiacre, Saliou, Daniel, Leonel, pour le soutien qu'ils m'ont apporté ;
- aux personnes interviewées sans qui, ce travail n'aurait pu être réalisé ;
- à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont aidée et soutenue dans la réalisation de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASNAV	: Association Nationale pour l' Amélioration de la Vue
CES	: Conseil Economique et Social
CHD	:Centres Hospitaliers Départementaux
CIF	:Classification Internationale du Fonctionnement du handicap
CNHPP	:Centre National Hospitalier de Pneumo Physiologie
CNHU/HKM	: Centre National Hospitalier Universitaire/Hubert Koutoukou Maga
DNSP	: Direction Départementale de la Santé Publique
HAAC	:Haute Autorité de l' Audiovisuel et de la Communication
Homel	:Hopital de la Mère et de l' Enfant de la Lagune
HZ	:Hopitaux de Zone
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OW	: Opinion Way
RSI	:Règlement Sanitaire Internationale
SESS	: Service de l' Epidémiologie et de la Surveillance Sanitaire des Frontières
SIMR	:Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte
UAC	:Université d' Abomey-Calavi
UNICEF	: Fond des Nations Unies pour l' enfance
WHO	: World Health Organization

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET PHOTOS

Figure 1 : Cadre conceptuel de la recherche

Figure 2 : Cartographie des différents centres ophtalmologiques de Cotonou enquêtés

Tableau I: Récapitulatif de la recherche documentaire

Tableau II : Récapitulatif des catégories d'acteurs, leurs effectifs et les techniques

Tableau III :Chronogramme et plan du travail

Tableau IV : Différents types et niveau de déficiences visuelles

Photo 1 : Un enfant de 9 ans en consultation ophtalmologique à Saint Luc

Photo 2 : Un patient assuré dans un centre privé

AVANT PROPOS

La présente recherche s'inscrit dans un cursus universitaire en vue de l'obtention du diplôme de Master Recherche à l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). Elle a été réalisée dans le cadre de notre profession en tant que gestionnaire de centre optique médicale : « Fondements socio-anthropologique des comportements liés aux troubles visuels chez les jeunes et adolescents à Cotonou » L'objectif général de cette recherche est d'analyser les pratiques, les perceptions et logiques entourant les maladies et affections liées à la vision dans la population juvénile de Cotonou.

Cette recherche a pu être réalisée à Cotonou grâce à la collaboration des médecins ophtalmologues exerçant dans les différents centres de consultations ophtalmologistes où les enquêtes se sont déroulées. La recherche a roulé sur fond propre et s'articule avec l'ensemble des intérêts nourris pour la question par la plupart des acteurs.

RESUME

Au Bénin, précisément à Cotonou, la situation est de telle sorte que, prévaut une recrudescence de sujets juvéniles confrontés à des problèmes de troubles visuels. Plusieurs recherches ont été consacrées aux problèmes de santé visuel, pour la plupart elles ont abordé l'impact des troubles visuels sur la santé de la population et pour d'autres les causes cliniques des déficiences visuelles. Le présent travail s'inscrit dans l'aspect fondements socio-anthropologique des comportements liés aux troubles visuels. Il se propose de comprendre et d'analyser les pratiques perceptions et logiques entourant les comportements liés aux troubles de la vision dans la population juvénile de Cotonou. La perspective de ce travail est essentiellement socio-anthropologique résolument orientée vers la collecte et l'analyse empiriques visant à faire lumière sur les logiques, les représentations, les pratiques en lien avec les troubles liés à la vision.

Pour mieux appréhender ces perceptions, pratiques et logiques entourant la santé visuelle, l'enquête de terrain s'est déroulée dans sept services de consultations de soins ophtalmologiste de Cotonou. Cette recherche qualitative a associé des observations directes, la tenue du journal de terrain, la capture des images photographiques, les entretiens. Elle a permis d'approcher 18 acteurs de différentes catégories. La recherche a portée sur une population juvénile parce qu'elle constitue une arène sociale où est enregistré un ensemble dynamique de pratiques en lien avec la recrudescence du mal.

L'analyse des résultats a permis de noter que des pratiques courantes chez les jeunes et adolescents favorisent la survenue précoce des troubles visuels et aussi que la prise en charge en matière de santé visuelle reste très insuffisant surtout concernant les aspects préventifs et promotionnels.

Mots clés : troubles visuels, pratiques courantes, soins de santé visuels, jeunes et adolescents, Cotonou.

ABSTRACT

In Benin Republic, more precisely in Cotonou, there is an increasing number of young people affected by sight impairments.

Several research have been dedicated to sight impairment with some emphasizing their impact of people's health; others the clinical causes of sight deficiency. Our work relates to the socio-anthropological fundamentals of behaviors related to visual impairments. We will seek to analyze and understand the practices, perceptions and logic regarding the behaviors linked to sight impairment within the juvenile population of Cotonou. The perspective of this work is essentially socio-anthropological, directed towards data collection and empirical analysis to shed light on the logics, representations, practices linked to sight related impairments.

To better grasp the perceptions, practices and logics surrounding visual health, the survey was conducted in seven eye clinics in Cotonou. This qualitative research associated direct observation, field notes, taking of photos, interviews. It allowed us to approach 18 actors in different categories. The study focused on the young people because it is in their midst that one finds a dynamic set of practices linked to the increase of visual impairment.

The analysis of the results revealed that the practices common among these youths foster a precocious onset of visual impairment and that there is insufficient care in the field of visual health especially in the preventative and promotional aspects.

Keyword: Sight impairments, common practices, visual health care, youth and teenagers, Cotonou.

INTRODUCTION

La vision est un terme large englobant tous les processus du système visuel et toutes les fonctions visuelles. Elle joue un rôle important à toutes les étapes de la vie. Malgré cela, la planification du secteur de la santé en fait souvent abstraction et une part considérable des besoins de services de soins oculaires reste insatisfaite. Les déficiences visuelles affectent tous les aspects de la vie (OMS, 2015). En l'absence d'une réadaptation ou d'autres appuis et services, les personnes qui en sont atteintes se retrouvent souvent désavantagées et confrontées à la pauvreté. La vision se développe aux côtés de l'œil et du cerveau et elle est essentielle au développement de l'enfant.

Les fonctions visuelles se développent et arrivent à maturité à des âges différents en moyenne ; par exemple, le seuil d'adaptation à l'obscurité à 6 mois, l'acuité visuelle à 3 ans et les champs visuels entre 4 et 10 ans (OMS, 2015).

Dès la naissance, la vision joue un rôle critique pour la croissance et le développement.

La capacité de reconnaître puis de sourire ou d'émettre des sons face à des proches ou des aidants est à la base de l'intimité et des liens affectifs. Ce type de communication et d'interaction est essentiel au développement cognitif de l'enfant.

La vision intervient aussi dans l'apprentissage du mouvement. En distinguant quelque chose qui suscite son intérêt puis en voulant s'en approcher, le nourrisson commence à développer ses aptitudes motrices. La vision reste cruciale pour l'exploration, l'apprentissage et le développement de la coordination main-œil.

Au cours de la transition de l'enfance à l'adolescence, la vision est souvent un point d'entrée de la scolarisation et de la réussite scolaire. À l'âge adulte, la vision continue de jouer un rôle important dans la vie quotidienne, notamment dans la vie active. Elle est indispensable pour accomplir de nombreuses tâches (qu'il s'agisse de la cueillette du thé ou de la capacité de conduire un véhicule), et plus généralement pour obtenir un emploi et le garder. À un âge plus avancé, la vision permet d'accomplir les tâches

journalières et de préserver l'autonomie personnelle ; elle constitue un facteur de meilleure santé en général.

La vision est particulièrement importante pour la communication – la moitié de toute communication est non verbale (prenant la forme de gestes ou d'expressions faciales). Environ 80 % des informations sensorielles proviennent de la vision.

Selon l'OMS, il existe des centaines de maladies oculaires. Certaines sont bénignes, n'entraînent aucune déficience visuelle, ont un caractère transitoire, mais peuvent provoquer des symptômes incommodes, alors que d'autres aboutissent à une cécité complète et irréversible. Toutes les classes d'âge sont touchées, des nourrissons aux personnes âgées, tous les pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé et les hommes aussi bien que les femmes (OMS 2015). Il apparaît de plus en plus que la pauvreté peut être à la fois une cause et une conséquence des déficiences visuelles. Les malvoyants sont exposés à un risque accru de violence et d'abus. La stigmatisation et la discrimination les empêchent de participer et de contribuer à la vie familiale et communautaire sur un pied d'égalité. Même si le nombre de personnes atteintes et l'ampleur du phénomène sont significatifs, les déficiences visuelles ne constituent que la pointe visible de l'iceberg des problèmes de vision. Un grand nombre de personnes ont des problèmes de vision sans pour autant avoir atteint un seuil de déficience visuelle bien défini. Il existe aussi des maladies qui n'entraînent pas systématiquement des déficiences visuelles et d'autres qui les provoquent toujours sans avoir franchi à un instant déterminé le seuil de la déficience visuelle.

Ainsi donc, il fallait analyser les pratiques, les perceptions et logiques entourant les troubles liés à la vision dans la population juvénile de Cotonou.

Pour mieux appréhender le sujet, le travail est structuré autour de trois chapitres :

Dans le chapitre 1, les aspects théoriques de la recherche sont abordés; et dans le deuxième la présentation du cadre de la recherche et approche méthodologique puis le troisième chapitre expose la présentation et analyse des données.

CHAPITRE I :
ASPECTS THEORIQUES DE LA
RECHERCHE

I : ASPECTS THEORIQUES DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente l'état de la question et la problématique de la recherche. Il met en exergue les contextes spécifiques des problèmes optiques, la revue critique de la littérature, la mise en évidence du problème, la formulation des hypothèses et des objectifs. A la suite de cette problématique, seront élaborés les hypothèses, les objectifs de recherche et enfin le plan d'analyse.

1-Etat de la question

1.1 Revue critique de la littérature

Les jeunes sont de plus en plus touchés par les déficits visuels de nos jours. Le baromètre 2017 de santé visuelle, réalisé par Opinion Way, révèle que 41% des jeunes éprouvent des difficultés à voir. Sur les bancs des facultés et au fond de la classe de lycée ou collège et même à l'école primaire les jeunes sont de plus en plus nombreux à constater que leur vision a baissé. Ainsi, 41% des 16-24 ans disent éprouver des difficultés à voir alors qu'ils n'étaient que 29% l'an passé, selon le sondage d'Opinion Way. La fatigue visuelle, quant à elle a presque doublé en cinq ans et touche à présent 40% des jeunes (OMS 2017). Ces chiffres confirment le bilan inquiétant dressé par un rapport de l'Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale, selon lequel plus d'un élève sur 3 présente un trouble de la vision et trois quarts des français de plus de 15 ans déclarent être concernés. Pour l'Association Nationale pour l'Amélioration de la Vue (ASNAV), qui a commandé l'étude d'Opinion Way, précise que près de 60% des jeunes ont des troubles visuels spécifiques.

D'après une étude publiée par l'OMS début 2009, près de 160 millions d'habitants de pays parmi les moins avancés du monde souffrent de troubles visuels dus à ce que l'on appelle un défaut de réfraction. Parmi eux, 9 millions sont considérés comme aveugles du fait des suites de leur déficience, alors que leurs défauts d'origine pourraient être corrigés tout simplement par des lunettes, car ces personnes souffrent, pour la plupart, de myopie ou d'hypermétropie.

Selon la même étude, la perte de productivité causée par la non correction des défauts de réfraction se chiffrerait à 269 milliards d'euros au total, uniquement dans ces pays.

Dans les États de l'Ouest du Pacifique, régions les plus durement touchées par ce phénomène, la perte correspond à presque la moitié du potentiel de productivité.

Cette perte de productivité s'explique surtout par une activité limitée dans certaines tâches : le travail exigeant une bonne vision de près devient de plus en plus difficile pour tout le monde à partir de quarante ans, alors que c'est précisément à cet âge que commence la période la plus productive de la vie professionnelle. De même, le travail en filigrane avec des instruments très fins est quasi-irréalisable par des personnes souffrants de troubles visuels. En outre, d'après les experts, étant donné l'urbanisation grandissante, les problèmes causés par une hausse de l'amétropie s'accroîtront encore davantage.

Outre les pertes de productivité et les dégradations générales de la qualité de vie, une amétropie corrigible peut entraîner des risques menaçant la vie des personnes : une mauvaise vue est fréquemment à l'origine d'accidents au travail, chez soi et d'accidents de la circulation. Les personnes présentant un défaut de réfraction passent à côté de beaucoup d'opportunités de formation. On sait que ces personnes parfois ne peuvent même pas apprendre à lire, même si des cours leur sont proposés.

En plus de la pauvreté et du manque d'information, les opticiens jouent curieusement un rôle majeur dans cette problématique. En Europe, on a un opticien pour quelques milliers d'habitants (8 000 en Grande-Bretagne, 7 000 en Allemagne). Au Ghana : un opticien pour un million d'habitants ; dans ce pays, d'un point de vue purement statistique, on estime à environ 200 ans le délai d'attente pour avoir un premier rendez-vous chez un opticien. Au Mali, on a même un opticien pour 8 millions d'habitants.

1.2 Justification du choix du sujet

Plusieurs études ont été consacrées aux problèmes de santé visuelle, pour la plupart, elles ont abordé l'impact des troubles visuels sur la santé et la vie courante de la

population, et pour d'autres les causes cliniques des déficiences visuelles. Presque aucune n'ont étudié l'aspect lié aux fondements socio-anthropologique autour des troubles visuels. C'est ce qui motive cette recherche. C'est dans le but de comprendre cet état de chose que nous allons explorer ce problème de société dans le cadre de notre mémoire de master de recherche à partir de la thématique : fondements socio-anthropologique des comportements liés aux troubles visuels chez les jeunes et adolescents de Cotonou. Cette recherche vise à comprendre et analyser les pratiques, perceptions et logiques entourant les troubles liées à la vision dans la population juvénile de Cotonou.

2. La problématique de la recherche

2.1 Mise en évidence du problème

Les nourrissons atteints de déficiences visuelles ont souvent besoin d'aide et d'encouragements pour comprendre leur environnement et interagir avec lui afin d'apprendre à ramper et à marcher. Sans appui, ils pourront parfois apprendre à s'asseoir et à se mettre debout comme les autres enfants, mais n'arriveront pas nécessairement à changer de position, car ils manqueront de repères visuels pour avoir la confiance nécessaire pour se déplacer. Les déficiences visuelles peuvent amener le nourrisson à devenir plus introverti et ne pas être stimulé par les objets qui l'entourent.

Pendant la croissance, l'enfant malvoyant risque de développer des compétences langagières centrées sur lui-même plutôt que sur les autres et le monde extérieur. C'est souvent là une conséquence de leurs expériences limitées et fragmentées qui font qu'ils n'ont pas la même perspective que les autres enfants pour les aider à développer leur langage. Le jeune enfant malvoyant pourra préférer les interactions avec une seule autre personne à la fois, notamment un enfant plus âgé ou un adulte, plutôt qu'avec des groupes d'enfants (Initiative Mondiale pour l'élimination de la cécité évitable, 2006-2011).

À l'école, l'enfant malvoyant prend plus de temps à acquérir les compétences de base en lecture, en écriture et en calcul, notamment s'il a besoin d'un soutien pour maîtriser

des compétences supplémentaires comme le braille ou pour l'orientation et la mobilité. À mesure qu'il grandit, ses progrès scolaires risquent d'être affectés par une vitesse de lecture trop lente ainsi que des programmes scolaires et des méthodes d'apprentissage qui ne leur sont pas accessibles – comme l'utilisation du tableau noir par l'enseignant. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire tout particulièrement, il n'aura pas toujours accès aux appuis ni aux services nécessaires pour l'acquisition de connaissances aux côtés de ses camarades.

Chez le jeune adulte, l'effet d'une déficience visuelle peut être considérable car il lui sera parfois plus difficile d'acquérir l'indépendance qui accompagne la transition de l'enfance à l'âge adulte.

L'adulte malvoyant peut se heurter à des problèmes de mobilité pour marcher notamment. Il peut aussi se heurter à des problèmes d'accès à l'information. La dépression et l'angoisse sont également fréquentes et peuvent aussi avoir des répercussions sur d'autres aspects de la vie, par exemple la formation et le maintien de liens d'amitié et de liens sociaux. Une déficience visuelle aura naturellement un impact marqué sur la capacité de conduire un véhicule en toute sécurité. Elle peut donner lieu à des erreurs dans la prise de médicaments, ce qui est problématique en cas de maladie comme le diabète par exemple.

Les personnes atteintes de déficiences visuelles se heurtent à différents obstacles et la proportion des sans-emploi est plus élevée que la moyenne chez les malvoyants. Une étude néo-zélandaise a par exemple constaté que les déficiences visuelles avaient différents effets sur le lieu de travail. Parmi les conséquences directes figurent la nécessité d'avoir recours à des équipements spécialisés ou à des aides visuelles et parmi les conséquences indirectes les problèmes d'accès aux bâtiments et aux transports publics. Les attitudes discriminatoires de l'employeur et des collègues constituent un autre obstacle mis en lumière dans l'étude. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il est encore plus difficile pour un malvoyant de trouver du travail ou de garder un emploi (même pour les indépendants et dans les micros

entreprises), ce qui peut avoir des répercussions au niveau familial : la baisse du revenu peut diminuer les chances socioéconomiques des enfants d'un malvoyant.

Les personnes handicapées doivent souvent faire face à des coûts supplémentaires pour jouir de la même qualité de vie que les autres. Les malvoyants auront parfois à supporter le coût de médicaments qui ralentissent la progression d'une maladie comme le glaucome, des frais supplémentaires associés au transport – car il leur faudra parfois prendre un taxi ou se faire accompagner lors d'un déplacement –ou disposer d'aides comme des cannes ou des logiciels de synthèse sonore pour transformer un texte (logiciels de lecture d'écran)

On estime à 1,5 milliard le nombre de personnes atteintes de déficiences visuelles dans le monde. Cela signifie qu'une proportion sensible de la population mondiale a besoin de soins oculaires et d'autres services et risque d'être confrontée à des obstacles dans la vie quotidienne (OMS, 2015). On compte notamment :

- 36 millions d'aveugles
- 217 millions de personnes atteintes de déficience visuelle modérée ou sévère
- 189 millions de personnes atteintes de déficience visuelle légère
- 1,1 milliard de presbytes (déficience visuelle de près).

Lors d'une exploration de ce phénomène à Cotonou, qui est la capitale économique du Bénin, un pays de l'Afrique de l'Ouest, nous avons observé une même recrudescence de déficits visuels auprès des jeunes adolescents. Installée dans un coin des cabinets d'ophtalmologies, à partir d'observation participante et d'entretiens exploratoires, il sort de nos sondages que six personnes sur dix en consultations ont des troubles visuels de jeunesse alors que ce doit être les sujets de plus de 45 ans qui risquent des troubles de vision à cause du vieillissement des cellules visuelles.

2.2 Hypothèses

Hypothèse générale :

L'hypothèse générale de cette recherche est intitulée:

Les pratiques et attitudes, de nos jours, influencent la persistance des troubles visuels chez les jeunes acteurs à Cotonou.

Hypothèses spécifiques :

- ✓ Il existe des pratiques inadaptées et des représentations qui expliquent la recrudescence des troubles visuels chez les jeunes à Cotonou.

- ✓ La perception excluant les jeunes enfants et adolescents des affections visuelles participe à la persistance des troubles oculaires chez la population juvénile de Cotonou.

- ✓ Le système sanitaire à Cotonou n'offre pas un plateau technique facilement accessible adapté aux traitements des maladies de la vision.

3- Objectifs

Objectif général

L'objectif général de cette recherche est d'analyser les pratiques, les perceptions et logiques entourant les maladies et affections liées à la vision dans la population juvénile de Cotonou.

Cet objectif se décline en trois objectifs spécifiques qui sont :

Objectifs spécifiques

- ✓ Identifier les pratiques et attitudes courantes chez les jeunes adolescents liées à la recrudescence des troubles visuels.

- ✓ Décrire les perceptions sociales des acteurs en rapport avec les questions de troubles visuels

- ✓ Apprécier la prise en charge des enfants et jeunes adolescents en matière de santé visuelle à Cotonou.

Pour atteindre ces objectifs, une enquête exploratoire de terrain a été menée dans les centres de consultations ophtalmologiques de Cotonou.

4- Cadre conceptuel de la recherche

Le cadre conceptuel est une caricature, une schématisation du problème que pose le sujet de recherche et les diverses implications possibles. Le présent cadre conceptuel a une variable indépendante et trois (03) variables dépendantes.

- **Variable indépendante** : le concept-problème du présent sujet s'évertue à comprendre et à expliquer la persistance des troubles visuels chez les jeunes et adolescents en milieu urbain, Cotonou. En se basant sur les discours des acteurs, on comprend que les comportements à risques liés à la persistance des troubles visuels s'expliquent par plusieurs variables.

- **Variables dépendantes** : de ces variables résultent celle indépendante. Elles sont classées suivant leurs sources et sont réparties en trois catégories essentielles : variables comportementale, socio-culturelle et institutionnelle.
- ✓ La variable comportementale met en évidence les pratiques et logiques des acteurs en lien avec les troubles visuels chez les jeunes adolescents à Cotonou. Elle prend en compte les attitudes d'exposition des yeux qui induisent des troubles.
- ✓ La variable socio-culturelle quant à elle met en lumière les perceptions sociales en rapport avec les troubles visuels, les représentations de l'œil à Cotonou.
- ✓ Enfin, la variable institutionnelle relève la faiblesse du système de santé en matière de prévention des maladies liées aux troubles visuels.

Le cadre conceptuel ci-dessous fait la synthèse de l'influence de ces facteurs sur la persistance des comportements à risques liés aux troubles visuels.

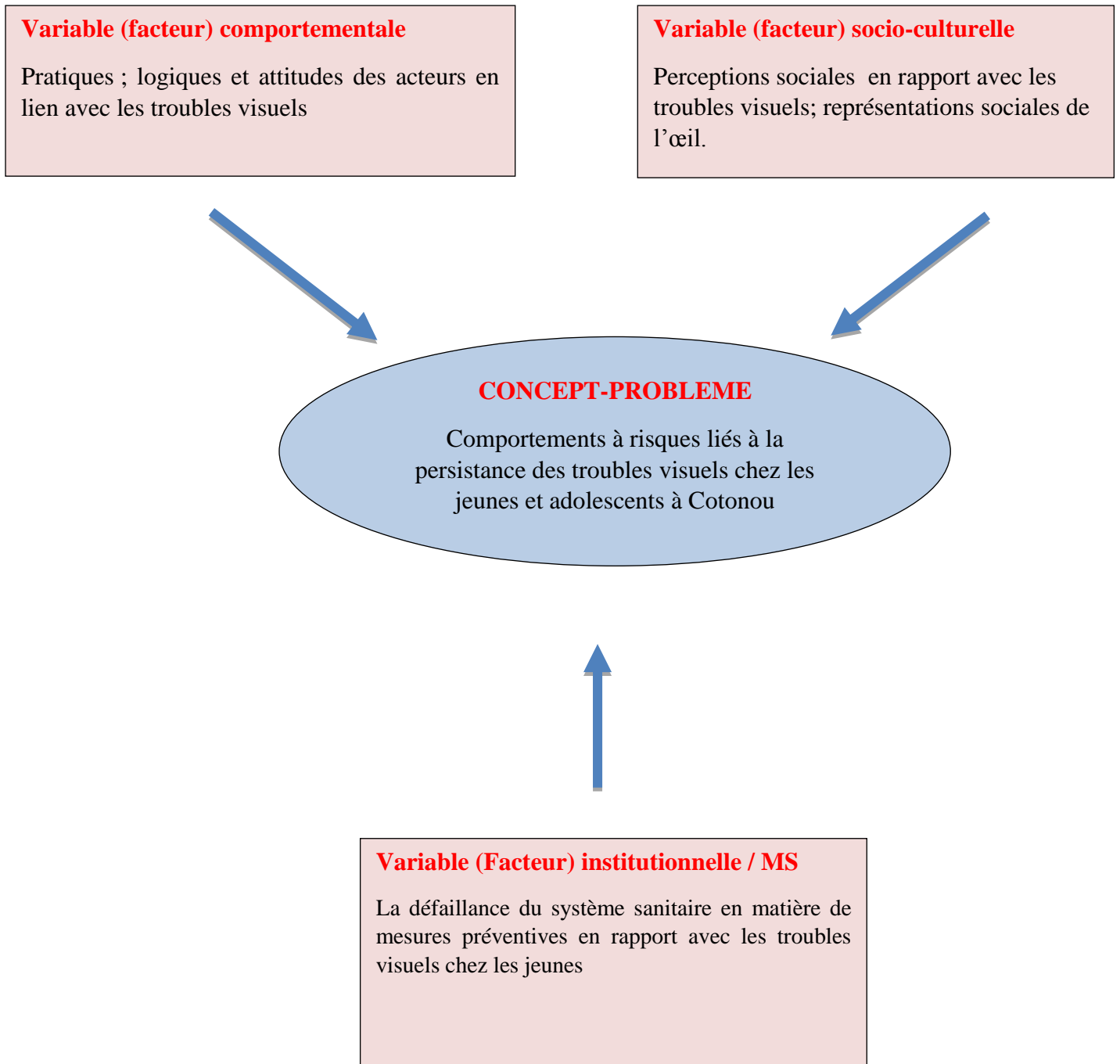


Figure n°1 : Cadre conceptuel de la recherche

5- Clarification conceptuelle

« Parler d'une chose sans pouvoir la définir, c'est au fond, parler sans savoir de quoi l'on parle » (Kojève 2007, 9). En effet, en sciences sociales, les concepts sont contextualisés. C'est pourquoi, les explications que sont fournies ici, dans la démarche d'élucidation conceptuelle, seront empruntées au domaine des sciences sociales.

Le terme « troubles visuels » désigne un ensemble d'anomalies le plus souvent dus soit à une atteinte de la rétine, soit à une atteinte du nerf optique. Les principaux troubles sont la vision floue, la diminution de l'acuité visuelle, la perception de halos lumineux, la mauvaise perception des couleurs ou des formes. C'est un ensemble de déficiences visuelles qui résultent de l'effet d'une maladie sur la structure ou les fonctions du système de l'œil. Les personnes atteintes de troubles visuels pourront également être considérés comme des handicapés selon le niveau du mal si elles n'ont pas accès à des services et à des appuis et se heurtent à des obstacles. Cette interprétation est conforme à la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS (OMS, 2015).

La représentation vient du Latin *repraesentare* qui signifie, « rendre présent ». Les représentations sont qualifiées de sociales dans la mesure où elles sont le produit et le reflet de processus sociaux et dans la mesure où elles sont partagées par les individus d'un même groupe auquel elles confèrent une certaine spécificité (Guimelli 1994). Le concept de représentations sociales tire son essence du latin *repraesentare* et de *repraesentatio* « action de mettre sous les yeux » (Akoun and Ansart 1999). On doit l'origine de ce concept phare de la psychologie sociale à Emile Durkheim (Durkheim 1990) qui dès 1897 opposait les représentations individuelles et les représentations collectives (Marchand 2002). Il a été rediscuté et enrichi plus tard par plusieurs auteurs.

En ce qui concerne la représentation sociale, elle est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. Elle correspond aussi à différentes modalités de connaissances véhiculées par la société, qui permettent à l'individu d'appréhender son environnement social et physique, qui lui confèrent une vision du monde (Abric 2003).

Mais il a été contredit en définissant la représentation sociale comme une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et qui concourt à la construction d'une réalité qui est commune à un ensemble social (Jodelet 2003)

Les représentations sociales sont donc fortement contextualisées : leur signification dépend du contexte discursif au sein duquel elles s'activent, et leur élaboration dépend du contexte idéologique dans lequel elles s'insèrent et évoluent.

La représentation sociale est une forme de connaissance qui se distingue, entre autres, de la connaissance scientifique, mais est un objet d'étude tout aussi légitime que cette dernière en raison de son importance dans la vie sociale, de l'éclairage qu'elle apporte sur les processus cognitifs et les interactions sociales (Jodelet 2003). Cette forme de connaissance socialement élaborée et partagée, a une visée pratique et concourt à la construction d'une réalité qui est commune à un ensemble social (Jodelet 2003, 36–57).

En définitive, le concept de représentations sociales dans le cadre de ce travail est la manière dont les acteurs sociaux se représentent les troubles oculaires et construisent l'image qu'ils se font de cette dernière. Ce savoir, qui apparaît dans les discours, détermine pour une grande part les logiques, les comportements et les pratiques des acteurs sociaux envers les différents cas.

A première vue, lorsqu'on évoque le terme "logique", on pense tout de suite à une rigueur de raisonnement qui est absolument cohérente. Ce qui est alors logique est ce qui serait conforme et cohérent du point de vue raisonnement. Ainsi, la logique sociale

serait alors le raisonnement social ou l'appréhension de la société sur un fait ou un acte spécifique et précis. Cette définition ne satisfait nullement le champ dynamique de la sociologie.

En effet, le concept de logique sociale a fait l'objet de tout un ouvrage chez Gabriel Tarde. Pour le sociologue, « La logique sociale s'évertue à creuser la logique des sociétés et des faits sociaux, c'est-à-dire de leur sens, leur raison, leur destination ou leur fin. En posant les questions : en quoi la société est-elle logique ? Comment la logique se fait-elle sociale ? On finit par aboutir progressivement à l'appréhension de la logique sociale. Elle montre comment se forment les tissus sociaux, plutôt que les corps sociaux » (Tarde 2002). La logique semble s'apparenter à la sociologie.

Par contre en anthropologie, on parle de la logique d'acteur social. Car un acteur social ne peut pas poursuivre par son action ses seuls intérêts personnels. Son action doit dépasser ses seuls intérêts personnels. Une action sociale peut évidemment défendre des intérêts, mais il s'agit alors d'intérêts collectifs. La logique d'acteur social est donc une suite cohérente du point de vue émique, de décisions et d'actions inscrites dans un ensemble de représentations sociales et/ou individuelles, de valeurs, de principes, de pratiques, d'intérêts et de stratégies individuelles ou collectives. Une logique d'acteur social est susceptible de se transformer, de s'adapter, de se modifier en raison de la confrontation et/ou de la complémentarité avec la logique d'autres acteurs sociaux (Cornet 2014, 1–2). Dans le contexte de ce travail, la logique des acteurs sociaux en lien avec les troubles visuels concourt à la persistance du fléau même si elle est divergente selon chaque acteur social. On est dans une logique intentionnelle, qui suppose aussi une rationalité. Cette rationalité s'exprime tant dans l'analyse de la situation auparavant que dans la définition du but recherché, mais plus encore dans la stratégie utilisée, dans le type d'action menée, pour poursuivre ce but.

Cet ensemble de concepts définis dans la recherche conduit à la justification non seulement du sujet mais aussi du cadre de la recherche.

6- Justification du choix du thème

Les raisons qui motivent le choix du sujet « **Fondements socio anthropologique des troubles visuels chez les jeunes et adolescents à Cotonou** » sont d'ordre subjectif et objectif.

Du point de vue personnel, l'idée d'investiguer sur une telle thématique n'a cessé de grandir depuis que nous étions en formation professionnelle en optique médicale. Une envie qui a été renforcée par le constat fait, selon lequel il y a une forte croissance des défauts visuels de jeunesse en comparaison avec le passé ou c'est généralement les sujets de plus de 45 ans qui sont confrontés aux problèmes de vision, au cours de notre fonction auprès des ophtalmologistes avec qui nous sommes en partenariat. En effet les questions liées à la santé, la maladie nous passionnent depuis qu'on a compris que les problèmes de santé sont inhérentes à la vie. Mais aussi à cause du fait qu'autour de nous dans notre famille presque tout le monde traîne un défaut visuel.

Objectivement, les chiffres de personnes atteintes de troubles visuels au niveau du Centre National Hospitalier et Universitaire CNHU-HKM et des autres centres ophtalmologiques de Cotonou, sont alarmants, d'autant plus que c'est de sujets très jeunes (déjà à l'âge moyen de 8 ans) qui sont conduits en consultation. A partir de nos recherches exploratoires nous nous sommes rendu compte que le phénomène prévaut dans d'autres villes urbaines d'Afrique et du monde. Au-delà des causes cliniques sur lesquelles y a quelques recherches, les pratiques, logiques et perceptions en lien avec les troubles visuels restent très peu développées.

CHAPITRE II :

**PRESENTATION DU CADRE DE LA
RECHERCHE ET APPROCHE
METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE**

1-Présentation du cadre de la recherche

1.1 Situation sanitaire du Bénin

Le système de santé est organisé en une pyramide à trois niveaux : Les niveaux périphérique, intermédiaire et central. Le niveau périphérique assure l'opérationnalisation des soins de santé avec comme unité opérationnelle la zone sanitaire qui est le niveau le plus décentralisé du système.

Le niveau intermédiaire est constitué des centres hospitaliers départementaux (CHD) qui sont les centres de référence pour les hôpitaux de zone (HZ).

Le niveau central est représenté par le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) qui est l'hôpital de référence pour le pays ; c'est aussi un espace de formation pour le personnel médical et paramédical.

Il existe en outre des centres spécialisés tels que l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou, le Centre National Hospitalier de Pneumophtisiologie.

Le Bénin a adopté la Stratégie de Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) et sa mise en œuvre a démarré en 2003. La coordination de la SIMR est assurée au niveau de la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) par le Service de l'Epidémiologie et de la Surveillance Sanitaire des Frontières, Ports et Aéroports (SESS).

Depuis juin 2007, le Bénin met en œuvre le Règlement Sanitaire International (RSI) 2005 dans le contexte de la SIMR qui constitue son moteur. Il existe donc une relation d'interdépendance qui fait que la SIMR permet de mettre en œuvre le RSI. La gestion du système de surveillance épidémiologique est renforcée par l'utilisation des nouvelles technologies de la communication (SMS, internet) ce qui améliore la promptitude de la transmission en temps réel des données. Cependant quelques insuffisances existent et sont en rapport avec le non archivage des données qui sont

communiquées souvent par téléphone par les formations sanitaires, les problèmes liés au financement du coût de la téléphonie et de l'internet, le retard dans la détection et l'investigation des phénomènes épidémiques, l'absence de riposte systématique aux épisodes de maladies évitables par la vaccination, l'absence d'analyse systématique des tendances des indicateurs de surveillance collectées au niveau opérationnel. L'évaluation en 2012 de la mise en œuvre du RSI au Bénin, a révélé qu'aucune de ses capacités n'est encore entièrement satisfaite (Ministère de la Santé 2015b, 10).

Il convient d'effectuer une analyse situationnelle complète à plusieurs niveaux. Cette analyse situationnelle est une étape importante de la recherche.

1-2 Situation géographique de la Commune de Cotonou

La commune de Cotonou est située sur le cordon littoral qui s'étend entre le lac Nokoué et l'Océan Atlantique, constitué de sables alluviaux d'environ cinq mètres de hauteur maximale. Elle représente la seule commune du département du Littoral et est limitée au nord par la commune de Sô-Ava et le lac Nokoué, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par la commune de Sèmè-Kpodji et à l'Ouest par celle d'Abomey-Calavi. Elle couvre une superficie de 79 km², dont 70% sont situés à l'Ouest du chenal. Les quartiers de l'Est sont reliés à la partie Ouest par trois ponts. A l'Ouest de Cotonou, se trouvent le Port Autonome et l'Aéroport International qui font de la ville, la plus importante porte d'entrée et de sortie du Bénin, tandis que l'Est dispose d'une vaste zone industrielle

1-3 -Sols

La commune de Cotonou qui se situe dans la plaine côtière, possède des sols sableux qui sont généralement pauvres en matière organique avec une faible capacité d'échange et un faible pouvoir de rétention en eau, ce qui a pour corollaire les inondations répétées observées çà et là dans la ville de Cotonou pendant la saison pluvieuse.

1-4 Végétation

On peut distinguer un certain nombre de formations végétales bien tranchées :

- en bordure de la côte, les sables du cordon littoral sont couverts de plantations de cocotiers;
- une zone à végétation rare et clairsemée formée essentiellement d'halophytes sur le cordon littoral

1-5 Evolution administrative

Après la refondation de l'Etat Béninois devenu depuis 2002 un Etat décentralisé, la commune de Cotonou est subdivisée en 13 arrondissements composés de 144 quartiers.

Le Maire est à la fois Président du Conseil Municipal (Assemblée Locale) et Premier Responsable de l'administration municipale. Il est assisté de trois Adjoints dans la gestion des affaires locales, tandis qu'au niveau des arrondissements, ce sont les chefs d'arrondissement qui le représentent.

La Municipalité de Cotonou est administrée par deux grands blocs :

- Le cabinet du Maire qui s'occupe exclusivement de la vie politique ;
- Le secrétariat général qui coordonne tous les services des directions centrales de la Maire.

Constitutionnellement, la ville de Porto-Novo distante de 30 km de Cotonou, est et demeure la Capitale politique du Bénin. Nonobstant, Cotonou abrite les principaux centres de décision pour l'administration du pays : la Présidence de la République, la quasi-totalité des départements ministériels, la Cour Constitutionnelle, la Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication (HAAC), le Conseil Economique et Social (CES), la Cour Suprême etc.

Sont également domiciliées à Cotonou, la totalité des représentations diplomatiques de pays étrangers et d'institutions internationales près le Bénin et la direction de grands projets socio-économiques.

En somme, le Bénin est administré et dirigé depuis la commune de Cotonou

1-6-Services techniques, administratifs et partenaires au développement

Avec la réorganisation des services municipaux, qui a conduit au recrutement de plusieurs cadres techniques, la Mairie de Cotonou compte six (06) directions hiérarchisées en trente-trois (33) services qui animent tant bien que mal aujourd'hui la vie technique et administrative de la commune avec l'appui des services déconcentrés de l'Etat et des partenaires au développement tels que la Banque Mondiale, l'Union Européenne, PNUD, PDM, AFD, SNV, GTZ, UNESCO,...

1-7-Coopération décentralisée

Par ailleurs, conformément à l'article 178 de la loi N° 97-029 du 15 janvier 1999, la Mairie de Cotonou entretient de bonnes relations de coopération décentralisée avec plusieurs autres villes en Afrique et ailleurs dans le monde. En effet, elle est jumelée depuis :

- Le 29 Octobre 1986 avec la ville française de Crédit ;
- Le 17 Juillet 1995 avec la ville Américaine d'Atlanta et
- Le 23 Novembre 2001 avec la ville slovaque de Zilina

De même, la ville de Cotonou est membre de l'Association Internationale des Maires des Métropoles partiellement ou entièrement Francophones (AIMF), de l'Alliance Mondiale des Villes et de l'Union des villes Africaines (UVA),...

Aujourd'hui, Cotonou abrite le siège du Partenariat pour le Développement Municipal (PDM), la Maison des Collectivités Locales (MCL) et la Mission de Décentralisation (MD).

1-8-Santé

Les principales maladies rencontrées à Cotonou selon les statistiques du CNHU en 2001, sont : les maladies obstétriques (22,7%), les maladies infectieuses (15,8%), les maladies du sang (13,8%), les lésions traumatiques (8,2%), les maladies de l'appareil circulatoire (7,4%), les maladies de l'appareil digestif (5,6%), les maladies de l'appareil uro-génital (4,3%), les maladies de l'appareil respiratoire (4,1%), les tumeurs (2,7%) et les néonatalogies (2,6%).

Généralement les patients vont dans les hôpitaux de la place. Certains se proposent d'aller vers la médecine traditionnelle ou les deux à la fois.

L'amélioration de la couverture sanitaire est l'une des préoccupations majeures des autorités béninoises. Ainsi, douze (12) arrondissements de la commune de Cotonou bénéficient d'une infrastructure publique, soit 92% avec 59 176 habitants par infrastructure en 2004.

En plus de ces centres de santé, la commune de Cotonou dispose de quatre (04) zones sanitaires. Bien que la quasi-totalité des zones soient fonctionnelles, deux (02) seulement possèdent un hôpital de zone. Il s'agit des zones sanitaires de Cotonou 2-3 et de Cotonou 5

Par ailleurs, Cotonou abrite les principales infrastructures sanitaires à caractère national. Il s'agit de :

- Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. MAGA ;
- Centre National Neuro Psychiatrique de JACQUOT ;
- Centre National Hospitalier de Pneumo Physiologie (CNHPP) ;
- Centre National de Gérontologie ;
- Hôpital de la Mère et de l'Enfant de la Lagune (HOMEL).

Il existe d'autres infrastructures sanitaires construites par le secteur privé. Il s'agit de :

Centres de santé confessionnels : St Luc, inter confessionnel BETHESDA, St Jean de Mènontin, Ste Marie des Anges, St Jean de Gbégamey, PADRE PIO

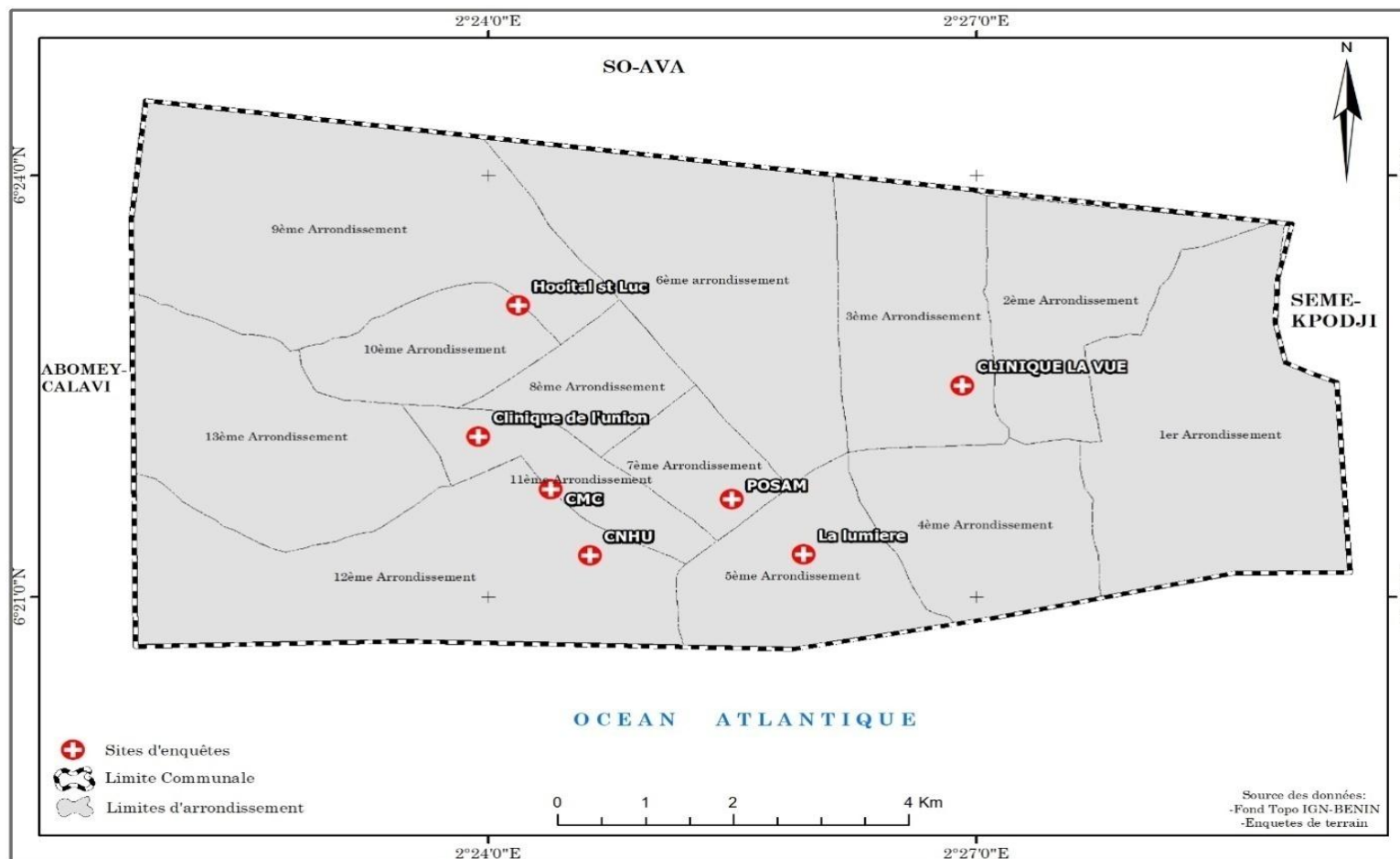
deAkpakpa.

Centres de santé non confessionnels : Clinique BONI d'Akpakpa, Clinique les GRACES, Clinique Coopératives (trois), Clinique Roseraie et Clinique les Cocotiers.

A ces infrastructures s'ajoutent une multitude de cabinets médicaux privés qui drainent aujourd'hui une bonne partie de la population :

Les partenaires de la commune en matière de santé sont : OMS et UNICEF.

Figure n2 :Cartographie des différents centres ophtalmologiques de Cotonou enquêtés



Source : données de terrain, 2019

2-Présentation de la démarche méthodologique

Le choix de l'approche méthodologique lors d'une recherche, dépend étroitement de l'objet étudié et de la problématique. Pour atteindre les objectifs assignés, la méthodologie a été détaillée et expliquée dans le présent chapitre.

2.1 Nature de la recherche

La recherche menée dans le cadre de cette recherche est de nature qualitative. En effet pour

les représentations sociales des troubles de la vision, les pratiques sociales et interprétations des défauts visuels, ainsi que les logiques pour accéder aux traitements, l'approche qualitative convient le mieux pour élaborer cette problématique. Il s'agit d'une approche qui nous permet d'appréhender l'objet de recherche tel qu'il se présente du point de vue des interlocuteurs eux-mêmes. Cette approche se construit à partir d'une perspective compréhensive et met en valeur la dimension éthique pour mieux cerner la réalité du point de vue des acteurs. Elle indique de comprendre la manière dont les pratiques, les attitudes et les perceptions sociales favorisent la survenue des troubles visuels chez la population juvénile de Cotonou.

La nature qualitative de la recherche entraîne que l'approche de terrain soit inductive. Ainsi la démarche inductive adoptée s'est révélée adaptée pour appréhender l'objet d'étude et répondre aux questionnements développés. Elle part des observations et des constats pour permettre la formulation des hypothèses explicatives de la situation décrite.

2.2 Techniques et outils de collecte de données sur le terrain

La qualité des résultats dépend également des outils de collecte de donnée utilisés. A cet effet, la recherche documentaire et bibliographique, la grille d'observation et les guides d'entretien sont les outils de collecte de données. Les techniques qui respectivement conviennent à ces outils sont la grille de lecture, l'observation directe

avec l'appareil photo comme appui et enfin l'entretien semi-structuré conduit par un enregistreur. Le journal de terrain est aussi une technique mise à contribution dans le cadre de l'observation et de l'entretien.

2.2.1 Recherche documentaire et bibliographique

Plusieurs documents ont été collectés sur le terrain. Ils sont entre autres en version *hard* (documents physiques) ou en version électronique. Il s'agit entre autres des documents de référence, des rapports et des fichiers en version électronique.

La recherche documentaire s'est faite de façon continue durant l'ensemble du travail de recherche. Elle s'est appuyée au commencement sur un le registre de gestion des patients en ophtalmologie de 2009 à nos jours, avec une méthodologie de recueil continu de données à travers les réseaux sociaux et les médias (Facebook, sms, blogs, twitt, whatsApp, etc.). On s'est appuyé aussi sur le répertoire des clients reçus et gérés dans quelques centres d'optique médicale. Ce dispositif n'a fonctionné qu'un temps mais nous a permis de prendre connaissance des informations importantes autour des affections et troubles oculaires.

Hormis cette méthode de recueil de données, une mise en place d'une collecte d'articles et de rapports aussi bien nationale qu'internationale a été constituée.

Ensuite on a parcouru les rapports de l'OMS et autres institutions sur les maladies liées à la vision.

Cette méthode a permis de recenser des articles et rapport en lien avec la question. A cet effet, plusieurs articles, rapports et une thèse, ont abondé dans une certaine mesure sur les thématiques des affections oculaires, de port de lunettes ophtalmiques par les jeunes. Le tableau 1 qui suit présente le récapitulatif de la recherche documentaire.

Tableau I: Récapitulatif de la recherche documentaire

Centres de documentation	Nature des documents	Informations obtenues
Centre de documentation de la FLASH/UAC	Mémoires et thèses	Informations d'ordre général sur les orientations méthodologiques existantes en sociologie-anthropologie
Réseaux sociaux et médias	Facebook, sms, blogs, twitt, whatsApp	Informations d'ordre général sur les maladies et affections oculaires etc.
Sites institutionnels (OMS et Ministère de la Santé Publique du Bénin)	Rapports	Informations sur la vision dans le monde, en Afrique subsaharienne, en Europe et au Canada
Bases de données bibliographiques (Jstor, Cairn, web of knowledge, sciencedirectetc)	Articles nationaux et internationaux	Informations portant sur la gestion sociale des cas de troubles, d'affections et de maladies de la vision etc.
« Service d'ophtalmologie » du CNHU	Registre contenant les renseignements sur les consultations ophtalmologiques	Informations portant sur le profil des personnes consultées dans le temps (âges, maux, traitements)

Source : données de terrain, 2019

Des articles scientifiques en ligne, relatifs à la problématique ont été exploités. La recherche s'est faite notamment par des mots clés tels que « troubles visuels et sociologie » « causes sociales et troubles visuels » « usages sociaux des lunettes ophtalmiques » « perceptions sociales des maladies des yeux », « pratiques et logiques

autour des affections visuels », etc. à travers des portails de recherche (persée.fr, érudit.org, revues.org, googlescholar.fr, etc.), des bibliothèques en ligne et des bases de données bibliographiques (Jstor, Cairn, web of knowledge, sciencedirect etc.)

La recherche webographique témoigne du fait que la problématique de recherche a été relativement très peu abordé. Néanmoins, des articles intéressants pour la recherche ont été recensés. Cependant la lecture de ces articles a été très contributive pour cette recherche. Certaines données ont été recherchées sur des sites institutionnels comme celui de l’OMS, du Ministère de la santé du Bénin.

2.2.2 Observations directes

L'observation est l'une des techniques essentielles en sciences sociales. Elle permet d'obtenir des informations complémentaires par analyse des pratiques des divers acteurs lors des différentes rencontres. L’observation a été faite tout au long de la période d’immersion sur la base de la grille d’observation. La grille se résume en des points essentiels :

- la posture, les gestes et autres signes que laisse transparaître les interviewés lorsqu’ils exposent leurs problèmes de vision

- les plaintes des uns et des autres dans la prise en charge des patients

Ces points suscités ont permis de structurer les observations et d’avoir des informations sur les pratiques, les attitudes des soignants, l’accueil réservé aux malades et à leur famille, la relation entre les soignant et les soignés lors des consultations, les discours sur les pratiques, tout ce qui se fait dans le cadre de la prise en charge des personnes atteintes de troubles de la vision ; tels les soins particuliers qui sont donné à l’œil ainsi que les diverses formes de plaintes des acteurs en attente de consultation ophtalmologiste.

Les observations se font aussi au moment des séances de prise en charge des patients à santé fortement altérée. Elles permettent de vérifier l’implication des proches dans une

crise de troubles de vision. Les produits utilisés et à quelle périodicité, la gestion de la déficience (acuité visuelle et champ visuel affaiblis), le cheminement et le devenir des prescriptions (ordre du médecin pour pallier l'anomalie), etc. L'appareil photo a été un outil d'appui pour renforcer l'observation.

2.2.3 Captures d'images photographiques

La photographie fait partie des méthodes de recherche en anthropologie. Elle a été d'une grande utilité pour retracer des faits issus du terrain. Les images photographiques prises et commentées aident à recueillir des données à propos d'une scène ou d'une situation vécue par des acteurs. A ce titre, une dizaine d'images ont été prises sur le terrain, mais seulement quelques-unes ont été retenues dans ce travail. Certaines images ont été prises pour faciliter la lecture des informations écrites. Les dispositifs pour la consultation ophtalmologique, la communication entre les jeunes soignés et le soignant. On a rencontré de la réticence pour la réalisation de ces photographies. Seul un accord verbal de la part des acteurs a suffi pour collecter ces données iconographiques. L'autre intérêt majeur d'images photographiques sur un tel sujet est de pouvoir décrire, commenter et analyser les photos pour qu'elles soient illustratives dans le document.

La période de collecte de données sur le terrain d'étude s'est effectuée pendant deux mois (septembre à octobre 2019). L'immersion sur le terrain a facilité le contact avec les acteurs et a induit une aisance avec ces derniers. C'est avec stratégie de côtoiement que des entretiens ont été réalisés, bien évidemment en fonction de la disponibilité des acteurs concernés.

2.2.4 Entretien semi-structuré

L'entretien est un moyen indispensable pour produire des données discursives donnant accès aux représentations populaires (Olivier de Sardan 2008). Pour la présente recherche, l'entretien semi-structuré, a été la forme d'entretien la plus utilisée. Seul un entretien de groupe a été réalisé. Les entretiens ont été conduits au moyen de guides d'entretien détaillés via un enregistreur.

La recherche étant qualitative, l'enregistreur a été l'un des outils utilisé dans la collecte de données. De manière à pouvoir retranscrire intégralement afin de rester fidèle aux propos des répondants, les entretiens ont été en grande majorité enregistrés. La technique d'enregistrement nous a permis de gagner du temps dans la collecte des informations et d'enregistrer tout le discours des enquêtés.

Les guides élaborés antérieurement au travail de terrain proprement dit sont à l'endroit des soignants, et à l'endroit des usagers, des jeunes souffrants de troubles visuels aussi des parents (hommes comme femmes). Les thèmes abordés sont principalement les pratiques selon eux, les discours autour des affections visuelles, le registre étiologique et thérapeutique, la prise en charge, les perceptions populaires, les logiques en fonction de la position des acteurs

Il a été initialement prévu de réaliser des entretiens formels avec les médecins ophtalmologues, les agents travaillant dans les centres de soins des yeux et toutes personnes en lien avec la prise en charge de ces derniers. Mais au total vingt-deux (18) entretiens formels ont été réalisés. Les entretiens enregistrés représentent environ 24 heures de discussions enregistrées avec les personnes interviewées.

La présente recherche est développée suivant une approche qualitative, inductive et compréhensive. Au regard de la délicatesse du sujet, la recherche s'est appuyée sur des outils méthodologiques assez souples qui s'adaptent au mieux aux réalités de ce terrain en vue d'éviter au maximum. Et surtout de mieux comprendre les fondements socio-anthropologiques, des représentations, des discours et des pratiques des différents

acteurs sociaux en lien avec la recrudescence des troubles visuels chez les jeunes adolescents à Cotonou. Selon Déslauriers (1992, 215-217) « la recherche qualitative est une recherche qui produit et analyse les données telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observables des personnes ». Ainsi, les techniques d'analyse documentaire, d'entretien et d'observation directe ont été utilisées pour la collecte des données.

Un seul entretien n'a pas pu être achevé pour raison de manque de disponibilité de la personne sollicitée. Malgré la prise de rendez-vous quelques jours avant l'entretien, la plupart des entretiens n'ont pas été réalisés entièrement le même jour pour raison de « situations spécifiques » aux urgences et pour d'autres raisons non spécifiques également. Ces entretiens ont été itératifs, fractionnés et donc répétés une à deux fois par personne à intervalle de deux à quatre jours en fonction de leur disponibilité et des tours de gardes. Par ailleurs, il existait des entretiens informels lors des séances de pause, qui ont été pris en compte et soigneusement notés dans le journal de terrain.

D'une durée moyenne d'une heure, les entretiens se sont déroulés essentiellement en français. Seulement deux étaient en langue *fongbé*. Un seul entretien de groupe de deux répondants soignants (opticiens) a été fait parmi les entretiens réalisés. Par ailleurs, les entretiens ont été particulièrement interactifs, certaines des réponses apportées exigeaient de nouvelles questions pour bien comprendre et pour approfondir un point précis. Quasiment tous les entretiens ont été réalisés sur les sites de l'étude. Pour certains acteurs ayant quitté le « service des urgences » pour un autre service - système de rotation oblige- les entretiens ont été réalisés dans leur service d'accueil (le cas des internes des hôpitaux). Les entretiens sont codés, transcrits, triés et analysés.

2.2.5 Journal de terrain

Le journal de terrain est une technique de collecte qui occupe une place de choix dans la collecte de données en anthropologie. Il permet de rendre compte de la vie de l'anthropologue sur le terrain, de son séjour en immersion et du recueil de plusieurs

notes prises sur le terrain pour servir d'aide-mémoire. Le journal de terrain qui se tient quotidiennement, permet de recueillir les propos d'acteurs, mais aussi les impressions et les réflexions du chercheur. Lors des observations, pour éviter la perte des informations, le journal de terrain permet de relater tous les événements et de prendre des notes lorsque l'enregistreur est hors usage ou non utilisé pour diverses raisons (refus de se faire enregistrer entièrement ou sur certaines thématiques). Le journal de terrain a aussi permis de noter les séances d'observation.

Toutes ces méthodes de recueil de données ont été mises en œuvre et exploitées simultanément et de façon complémentaires les unes des autres pour approfondir les analyses et tenter de répondre aux préoccupations découlant de la problématique.

2.2.6 Population et échantillonnage

La nature qualitative de la recherche requiert un échantillon inductif. Il s'agit d'un échantillon dont la taille est définie à posteriori après la saturation de l'information sur l'ensemble des indicateurs. Ainsi le choix des populations et des institutions enquêtées s'est fait par induction au seuil de saturation de l'information recherchée sur les différents sites de recherche (sept services de consultations et de soins ophtalmologique de la commune de Cotonou: clinique la Vue, Polyclinique Saint Michel, Clinique Mutualiste de Cotonou CMC, Centre National Universitaire Hospitalier CNHU, clinique l'Union, Hôpital Saint Luc, clinique La Lumière). Les techniques d'échantillonnages utilisées sont le choix raisonné et la boule de neige. Le tableau ci-dessous rend compte des différentes catégories d'acteurs approchés, leurs effectif ainsi que les techniques utilisées.

Tableau II : Récapitulatif des catégories d'acteurs, leurs effectifs et les techniques

N°	Catégories d'acteurs	Sous-catégories d'acteurs	Effectif	Technique utilisée
01	Acteurs primaires	Femmes jeunes, enfants	6	Entretien + observation
		Hommes jeunes, enfants	6	Entretien + observation
02	Acteurs secondaires	Ophtalmologues	3	Entretien + observation
		Opticiens	2	Entretien + observation
03	Acteurs tertiaires	Autorités départementales de la santé	1	Entretien + observation
Total		18		

Source : données de terrain, 2019

La plupart des entretiens ont duré en moyenne une heure (1h). Les entretiens ont permis de recueillir à travers des discours, les pratiques et les logiques, les constructions sociales, autour des problèmes de vision

Le traitement des données collectées est fait de façon manuelle. L'analyse s'appuie sur les techniques classiques utilisées dans une recherche qualitative. La phase du dépouillement et de traitement des données recueillies a succédé à celle de l'enquête de terrain. Les matériaux d'enquête, entretiens, notes de terrain, observation, que Moreau (2010) désigne par le vocable *l'univers du discours*, ont été transcrits et saisis à l'aide du logiciel Word 2013. De façon manuelle, ces données ont été regroupées par thématique suivant les différentes articulations des guides d'entretien.

Ce qui a permis de nous entretenir sur la base d'un guide d'entretien élaboré pour la circonstance avec 18 acteurs sélectionnés par choix raisonnés et par boule de neige.

2.2.7 Considérations éthiques et déontologiques

Sur le plan éthique et déontologique, les responsables des cliniques et hôpitaux ont été informés et prévenus de la recherche. Leurs autorisations et consentements ont été requis et obtenus grâce aux explications que nous leur avons fournies sur notre recherche et à la compréhension qu'ils en ont. Ainsi, une confiance mutuelle a existé entre nous enquêteur et nos enquêtés sur le terrain.

Les aspects éthiques ont été pris en compte dans cette recherche. En effet, seul un accord verbal suffit dans le cas de ce travail. De ce fait, à la suite des explications de la note d'information, le formulaire de consentement, vient confirmer l'accord du participant.

La participation à cette recherche est totalement libre et bénévole et la personne peut refuser sans avoir à fournir de justification et sans subir aucun préjudice. L'identité des personnes acceptant de participer à cette recherche fait l'objet d'une codification (anonymisation) avant enregistrement et traitement informatique et les données

recueillies pourraient éventuellement faire l'objet de publications scientifiques. Si des refus de répondre à certaines thématiques du guide ont été constatés, aucun refus n'a été observé tout au long de l'enquête.

Nous avons donc la responsabilité éthique de veiller à ce que les personnes ayant accepté de participer à la recherche, puissent jouir de leur autonomie et ne subissent aucun préjudice du fait des informations disponibles. Ce qui impose une anonymisation de l'identité des acteurs et de ne fournir aucune information qui puisse permettre de les identifier. A cet effet, des prénoms fictifs ont été attribués à tous les acteurs avec qui les entretiens ont été réalisés.

Dans la suite du travail, il importe aussi de ne fournir dans ce mémoire et les publications ultérieures, aucune information susceptible d'attirer une stigmatisation, des sanctions ou une exclusion sur l'une des personnes impliquées.

2.2.8 Chronogramme et plan du travail

Le chronogramme des activités se présente ainsi qu'il suit :

Tableau III :Chronogramme et plan du travail

	<u>2018</u>	<u>2019</u>							<u>2020</u>
Activités	déc18	Jan.- Févr	Mars- Avril	Mai- Juin	Juil- Aout	Sept- Oct	Nov	Déc	Jan
Identification et formulation du sujet									
Recherche documentaire et bibliographique									
Elaboration des outils de collecte de données									
Pré enquête et réorientation du sujet									

Enquête de terrain									
Dépouillement, traitement et analyse de données									
Rédaction et correction									
Dépôt et soutenance									

Source : données de terrain, 2019

2.2.9 Difficultés rencontrées

Inhérentes à toute activité de recherche, des difficultés ont été rencontrées et ont trait au sujet de recherche, à la population d'enquête et au déroulement de la collecte de données.

Le thème de la recherche tourne autour d'un objet de recherche qui relève du domaine de la santé certes, mais la problématique est socio anthropologique. Puisque le travail ne porte pas sur les affections oculaires tout court, mais plutôt sur les questions de logiques, de pratiques, de perceptions sociales, de représentations de l'œil, etc, en contexte de recrudescence du mal au sein d'une population juvénile qui n'est en

principe pas destinée à ces maux. Toutefois, des articles similaires dans les pays où le même problème prévaut, ont été utiles pour un recueil d'informations sur les aspects théoriques et méthodologiques de l'étude.

La constitution des personnes à interviewer s'est effectuée au jour le jour jusqu'à saturation de l'information. La difficulté majeure est qu'il fallait tenir compte non seulement de la volonté des personnes rencontrées de participer à l'enquête mais aussi de leur disponibilité étant dans un contexte de consultation. Les rassurer en les mettant en confiance et les assurer de la confidentialité du travail pour ne causer aucun préjudice. Il a donc fallu user de beaucoup de patience et de tact pour les rassurer et avoir leur adhésion pour faire le travail.

La collecte de données s'est déroulée dans une ambiance de permanente recherche de confiance et de disponibilité de la part des acteurs à notre égard. Ceci a duré tout le long de la période d'enquête où certains acteurs ont cherché à comprendre l'intérêt de se faire enregistrer. Ce qui a nécessité par moments, des refus de se faire enregistrer sur certaines questions.

Un acteur, le coordonnateur du programme national de lutte contre les maladies non transmissibles a été difficile à rencontrer. Et d'autres ont refusé de participer à la recherche. Aussi dans presque tous les services ophtalmologiques, il n'a pas été permis de prendre les patients en attente de consultation.

Néanmoins ces difficultés ont été surmontées grâce à une détermination, à une stratégie d'adaptation pour réaliser des entretiens, avec l'appui du directeur et des co-directeurs du mémoire et avec l'aide de certaines personnes ressources.

A la suite de cette approche méthodologique, les résultats issus se présentent en un chapitre axé sur la présentation et l'analyse des données concernant les pratiques, logiques et perceptions sociales des troubles liés à la vue chez les jeunes et adolescents à Cotonou.

CHAPITRE III :

PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES:PRATIQUES, PERCEPTIONS SOCIALES ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES LIES A LA VUE CHEZ LES JEUNES A COTONOU

1-Les logiques et pratiques : sources des affections visuelles

Pratiques sociales et attitudes favorisant la survenue des troubles visuels

- Invasion des écrans dans nos vies de tous les jours
- Ecrans télé du matin au soir pour les enfants
- Utilisation de smartphone très tôt par les petits enfants
- Expositions excessives et très tôt des petits enfants aux écrans
- Forte expositions aux sources de lumières artificielles
- Non protection de l'œil de la poussière, de la fumée

Certaines entités nosologiques populaires, quelques logiques étiologique et thérapeutique sont ressortis lors nos entretiens:

✓ Entités nosologiques populaires

- Noukounzon

- Noukouvébédo
- Noukounhoutou
- Nonni n'bararou

✓ **Quelques logiques étiologiques des troubles visuels**

- Carence en vitamine A
- Excès d'arachide
- Port « sauvage » des lunettes sans l'ordre du médecin
- Expositions des yeux des tout jeunes aux sources de lumières artificielles
- L'alcool
- La drogue

- Le fait de ne pas prendre au sérieux les plaintes des enfants liées à l'œil et les faire consulter par un spécialiste
- La tension
- Le diabète
- L'hérédité

✓ **Quelques soins**

- Bain d'huile rouge sur les yeux
- Lamelles de concombre
- Alimentation riche en vitamine A
- Collyres
- Verres ophtalmiques
- Traitements anti lumière bleu et antireflets et photochromiques

- Chirurgies réfractaires
- Lumière naturelle pour la maturation de l'œil des enfants
- Rituels de purification

2-L'échantillon

Lors de nos entretiens de terrains, trois catégories d'acteurs ont été ciblées.

Il s'agit de :

➤ Acteurs primaires

Parents (hommes, femmes)

Enfants, jeunes, adolescents (en situation de malaise visuelle)

➤ Acteurs secondaires

Médecins ophtalmologistes

Opticiens

➤ Acteurs tertiaires

Cadre en charge du programme National de lutte contre les maladies non transmissibles

Ce qui a permis de nous entretenir sur la base d'un guide d'entretien élaboré pour la circonstance avec 18 acteurs sélectionnés par choix raisonnés et par boule de neige. Des diverses informations obtenues de ces entretiens, il ressort que les yeux sont capitales pour la vie d'un être humain. Chacun de ces acteurs vivent le problème de la question de défauts visuels différemment selon les contextes dans lesquels ils se trouvent. Mais ils sont unanimes sur la valeur de l'œil.

« Les yeux sont le reflet de l'âme, la lumière du corps humain. » (Saliou, gestionnaire, 35ans)

« Les yeux sont capitales, sans les yeux, tu ne peux rien faire, on est comme à demi mort, paralysée, tu ne vois pas ce que tu es, ni où tu es ! très dangereux » (Ami, informaticien, 33 ans)

3-Définition et sémiologie des troubles de la vision

Les déficiences visuelles sont diverses, légères et modérées selon des cas et sévères selon d'autres. Les définitions et sémiologies en témoignent.

On distingue de nombreux types de vices de réfractions qui en l'absence d'une correction peuvent conduire à des déficiences visuelles. Les quatre types les plus courants sont :

1. La myopie – difficulté de distinguer clairement les objets lointains ;
2. L'hypermétropie – difficulté de distinguer clairement les objets rapprochés ;
3. L'astigmatisme – distorsion visuelle ;
4. La presbytie – difficulté de distinguer clairement les objets rapprochés.

Si elles empêchent toutes deux de distinguer clairement les objets proches, l'hypermétropie et la presbytie sont des vices de réfractions de nature bien distincte.

L'hypermétrope devra porter des lunettes en permanence, alors que le presbyte pourra se contenter de le faire lorsqu'il doit distinguer clairement les objets proches – par exemple pour la lecture, l'écriture ou la couture.

« Il existe une multitude d'anomalies de la vision, je dirai même qu'aujourd'hui à chaque personne correspond son mal visuel. Seulement que tous se regroupent en quatre catégories : la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme, la presbytie. » (Lynda, médecin ophtalmologue, 34 ans)

Les troubles visuels touchent bon nombre de personnes aujourd'hui.

« Vraiment, aujourd'hui, presque tout le monde a un souci avec ses yeux, ne serait-ce que trente minutes après avoir regardé sur un écran lumineux. Honnêtement la plupart des gens se plaignent de fatigues visuelles. Seulement beaucoup négligent les soins. » (Honora, opticien, 45 ans)

4-Les pratiques courantes et logiques chez les jeunes adolescents qui entourent la recrudescence des troubles visuels

À la lumière des entretiens menés lors de cette recherche, il est possible d'identifier les grandes tendances.

A Cotonou, les pratiques d'expositions des yeux aux sources de lumières artificielles sont énormes et surtout dès le plus jeune âge. Ce qui amplifie la survenue des troubles de vision très tôt

« Aujourd'hui, même les bébés de 3 mois ont déjà leurs yeux braqués sur l'écran de télévision, alors qu'ils commencent à peine à voir, Comment l'œil ne va-t-elle pas avoir de gêne ? » (Francis, secrétaire, 37 ans)

Cette recrudescence de troubles visuels est donc à imputer aux écrans, omniprésents dans la vie de ces jeunes. Car ils passent quasiment plusieurs heures par jour sur leurs ordinateurs, leurs tablettes ou leurs smartphones. Il peut y avoir un lien entre les troubles et le fait que les gens soient de plus en plus sur les écrans.

Pour la plupart des ophtalmologistes et opticiens avec qui nous nous sommes entretenus, la myopie est plutôt due aux allers retours incessants que font les yeux des étudiants entre les cahiers, proches d'eux, et le professeur ou le tableau, qui sont plus éloignés. C'est ce qui expliquerait que les jeunes qui entreprennent de longues études soient plus fortement concernés par les problèmes de vue que le reste de la population.

Selon une étude sur la santé visuelle, publiée en 2014 par le centre par le centre médical universitaire de Mayence, en Allemagne, plus de la moitié des personnes ayant des troubles de vision poursuivent de longues études. Les scientifiques avaient même noté que chez ces sujets, chaque année supplémentaire d'étude a eu pour conséquence une détérioration de la vision.

La même situation prévaut à Cotonou, nous confie un Docteur ophtalmologiste en service au Centre National Hospitalier Universitaire CNHU. La photo ci-dessous nous montre un enfant de 9 ans en consultation ophtalmologique.

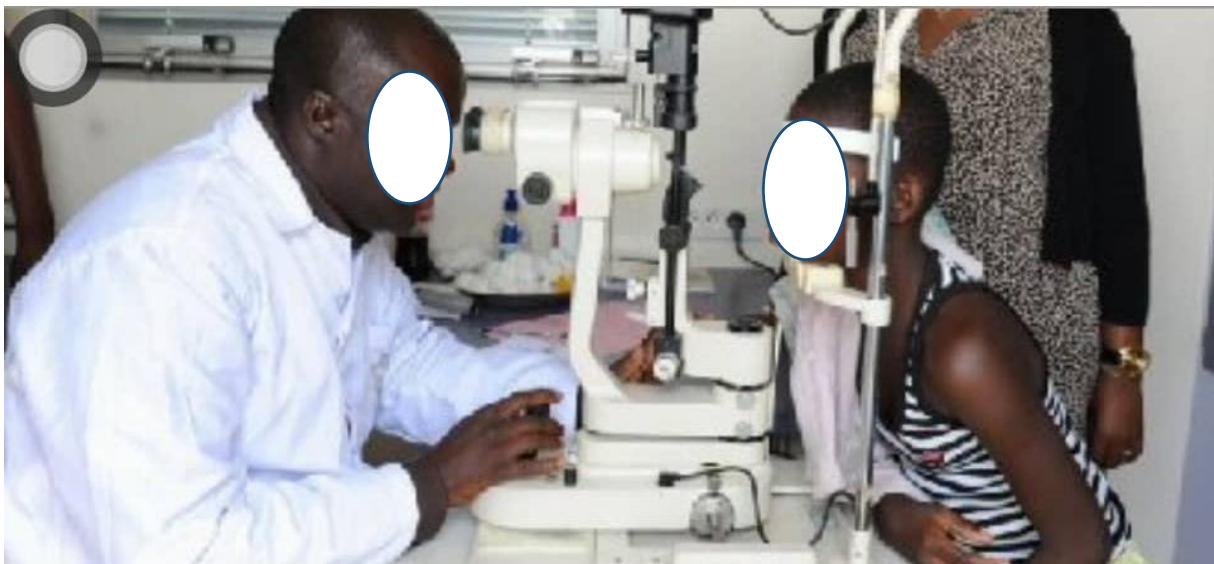


Photo n 1 : un enfant de 9 ans en consultation ophtalmologique à Saint Luc

Source : Enquête de terrain, 2019

On constate que l'enfant est accompagné par une femme, une personne âgée.

« Depuis 6 ans que j'exerce ce métier, les troubles de la vue se font de plus en plus fréquents chez les jeunes. C'est si alarmant ! De ma position j'ai pu constater une forte fatigue visuelle chez les sujets de 16 – 24 ans » (Harry, ophtalmologiste, 39 ans)

L'OMS préconise zéro écran pour les 0 - 3 ans ; 2 heures d'écrans par jour pour les 4 -16 ans et 4heures d'écrans par jour pour les plus de 16 ans et plus. Seulement l'on se rend compte à travers les entretiens sur le terrain que les écrans justement sont omniprésents, les gens passent quotidiennement près de 10 heures à les consulter, en particulier les smartphones et tablettes (OMS, 2015).

«Je ne sais pas trop, mais aujourd'hui on ne peut plus parler de tranche d'âge concernées, parce qu'on observe les petits enfants qui ont des problèmes de vision. Je suis sûr que c'est l'utilisation des écrans puisque c'est la seule chose de plus dans nos vies de nos jours comparativement aux temps passés. Je suis certaine. »(Judith, commerçante, 43ans)

Les troubles de la vision sont diversement perçus par les acteurs en fonction de leur compréhension et de leur position dans la vie courante. D'aucuns disent que les anomalies visuelles sont pour les personnes âgées.

« En fait, cela se manifeste chez les vieillards, chez les vieux. Normalement c'est pour ceux qui sont au-delà de 50ans et plus » (Eunice, étudiante en droit, 27 ans)

Mais d'autres estiment que toute personne n'est sujet aux troubles visuels quel qu'en soit son âge.

« En principe les maladies des yeux sont pour les personnes âgées, mais de nos jours on constate que les enfants déjà à l'âge de 5ans ont des soucis avec leurs yeux. Presque tout le monde a ce problème maintenant... hounm... rien n'est plus normal dans la vie » (Janvier, banquier, 46 ans)

Il y a une tranche de personnes qui confient que les troubles de la vision sont parfois provoqués par l'occultisme.

« Chez moi, lorsqu'une personne connaît l'adultère, les sorts sont de telle façon qu'elle a des troubles visuels » (Léon, banquier, 56 ans)

L'expérience d'une déficience visuelle est vécue différemment selon la catégorie sociale du sujet. Ainsi deux personnes atteintes de troubles visuels ont deux expériences de vie radicalement différentes en fonction de la cause de la perte de vision, de l'accès à des soins de qualité, de la réadaptation dont elles bénéficient ou des obstacles qu'elles rencontrent.

« Parce que ma tante n'a pas les moyens comme mon père qui possède une assurance grâce à son travail, elle traîne ses soucis de vision depuis des années sans se faire consulter alors que lui dès qu'il a senti les maux de tête qui ne disparaissent pas au bout de deux semaines il s'est fait occulté par le spécialiste » (Laurence, élève, 20 ans)

Il se déduit donc aisément que le risque de déficience visuelle est plus élevé en cas de conditions socioéconomiques défavorisées. Le faible revenu et d'accès réduit aux services de soins oculaires contribuent à la recrudescence des troubles de la vision chez les jeunes et adolescents puisque ils constituent une couche sociale avec des conditions de dépendance. Ce qui induit une classification des catégories sociales en fonction des acteurs capables de s'offrir le luxe des soins de santé oculaires ou pas.

« Ma petite tante attend les campagnes des ONG pour pouvoir régler son souci alors que mon père avec son assurance a géré ça depuis » (Laurence, élève, 20 ans)

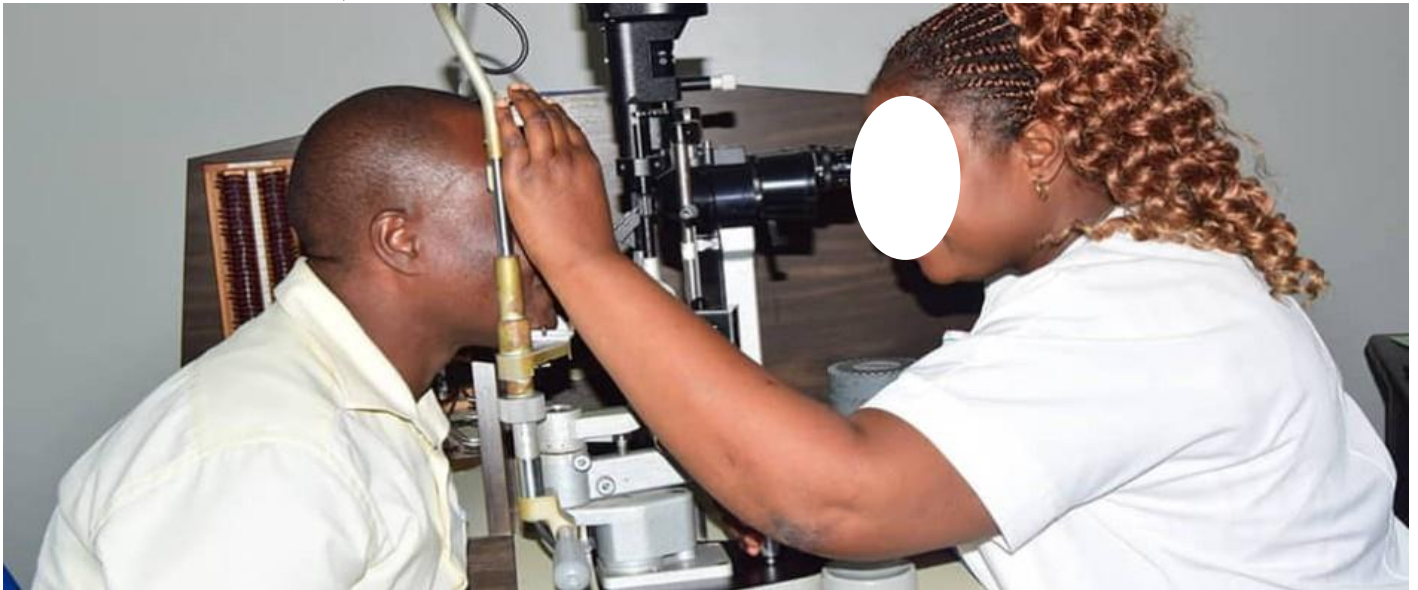


Photo n°2 : Un patient assuré en consultation dans un centre privé « la Lumière »

Source : Donnée de terrain, 2019

Les différents types et niveaux de troubles de la vision sont basés sur la mesure de l'acuité visuelle et du champ visuel. Les déficiences visuelles modérés et sévères sont définies dans la classification internationale des maladies de l'OMS.

Tableau IV : Différents types et niveau de déficiences visuelles

Déficiences de l'acuité visuelle de loin	
Niveau	Acuité visuelle
Légère	6/12 mais plus grande ou égale à 6/18
Modérée	Inférieur à 6/18
sévère	Inférieur à 6/30
Cécité	Inférieur à 3/60,1/60 ;ou aucune
Déficiences de l'acuité visuelle de près	
De près	Inférieur à 40cm avec correction existante

Source : (OMS 2015)

La vision doit aussi avoir sa place dans les efforts généraux de promotion de la santé. Il ressort des données du terrain que la promotion de la santé en général n'a pratiquement aucun rapport avec la vision. Or un certain nombre de maladies présentant des facteurs de risque liées au mode de vie. Malgré cela, la vision n'est considérée comme un indicateur dans aucun examen de la littérature existante sur les initiatives de promotion de la santé. Une meilleure action contre les facteurs de risque suppose des initiatives d'éducation pour la santé, une auto prise en charge et un changement comportemental adéquat ainsi qu'une adaptation des perceptions et pratiques. Un comportement favorable à la santé est tout aussi important en matière de santé visuelle que dans les autres domaines sanitaires. Les croyances culturelles concernant les causes et la condition socioéconomique jouent également un rôle. Dans

bien des cas, l'occasion de prévenir, de ralentir ou de stopper un trouble de la vision n'est pas saisie en raison d'une difficulté d'accès aux services de soins ophtalmologiques.

« Le traitement des troubles visuels suppose un niveau de connaissance spécialisé et les signes oculaires de l'avitaminose A pour lesquels on a souvent recours à des agents de santé communautaires, ces affections font souvent l'objet d'un traitement dispensé isolément ou sans lien étroit avec le système de santé » (Bernard, responsable Santé, 51 ans)

Selon les discours, la décision des acteurs d'aller en consultation ophtalmologiste est évoquée seulement dans le cas où la perte de vue commence déjà. Les usagers se prennent en charge avec des soins à l'endogène chez eux à la maison pendant un temps relativement long, dans un premier temps, avant de penser sérieusement à aller vers un spécialiste de la biomédecine. Cette décision est prise parce que les maux deviennent insupportables pour eux avec une perte de productivité à la chaîne, étant donné que rien ne peut se faire convenablement bien sans un minimum de confort visuel. Les consultations ophtalmologistes et les soins sont servis par des spécialistes diplômés des universités nationales et internationales, sous l'œil vigilant des responsables des services d'ophtalmologies. Pour le diagnostic des troubles spécifiques, un ensemble d'appareils sophistiqués sont déployés. Après les résultats, les soins continuent d'être administrés : les antalgiques, les collyres pour le soulagement du patient. Quelques temps pour palier aux anomalies visuelles des verres sont prescrits par le médecin, puis place à l'opticien.

Ainsi au CNHU au « service d'ophtalmologie », les examens approfondis se font afin de mieux explorer l'étendue des dégâts pour les jeunes sujets. Les traitements débutent ainsi, mais très souvent commence pour les usagers selon les récits, déjà une stigmatisation qui les catégorise dans une classe donnée. Au début, l'auto prise en charge se fait avec difficulté, vu le coût élevé des frais ophtalmologiques depuis la consultation jusqu'à la confession des lunettes ophtalmiques en passant par les différentes analyses pour mieux appréhender l'étendue du mal et confirmer un certain

type de diagnostic. Tout cela n'empêche de suivre des traitements complémentaires, voir des rééducations pour les cas de strabisme chez les petits enfants qui en développe. Admis parmi les sujets qui souffrent de déficiences visuelles, la réadaptation constitue une composante de base des soins oculaires urgences.

Ces informations se sont révélées aussi bien par les soignants que par les soignés.

On reconnaît alors de plus en plus le rôle critique que jouent les ressources humaines dans la prestation de soins oculaires de qualité. On a notamment mis l'accent sur la qualité de la formation ainsi que sur la mise sur pied et le renforcement de centres de formation aux niveaux régional et national. Des efforts particuliers ont été consentis pour mettre sur pied des équipes de soins oculaires en associant différentes catégories et compétences de manière à fournir des soins plus efficaces aux patients. Cette action menée par les associations professionnelles a été déterminante pour assurer l'intervention des professionnels les plus appropriés au meilleur niveau, en particulier en ciblant celle des ophtalmologistes sur les cas exigeant des connaissances et des compétences de haut niveau. Des améliorations sensibles ont ainsi pu être apportées en matière d'accès aux services et de qualité des soins.

Malgré ces améliorations, des défis significatifs restent à relever en matière de ressources humaines si l'on veut pouvoir répondre aux besoins de la population. Une étude menée en Afrique subsaharienne illustre bien le problème et rejoint cette étude ci à Cotonou. Elle prévoit que la population est appelée à augmenter à un rythme plus rapide que le nombre des chirurgiens si les ressources humaines ne sont pas renforcées. Il ne s'agit pas uniquement d'une question de disponibilité, mais aussi d'une question de répartition. Dans bien des cas, les agents de santé oculaire finissent par intervenir en milieu urbain alors que la disponibilité des services diminue en milieu rural où vivent la plupart des gens, surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Il faut se préoccuper de la qualité de la formation, en veillant en particulier à la formation des formateurs qui doivent transmettre les connaissances et les compétences

appropriées. La formation continue des professionnels ne bénéficie pas non plus d'un appui suffisant permettant aux agents de santé oculaire d'être au courant des progrès en matière de traitement et de soins. L'utilisation accrue des technologies et notamment de la télé ophtalmologie favorisera le développement des compétences et une meilleure qualité des services futurs. L'intégration de la réadaptation visuelle dans la formation avant et pendant l'emploi offre l'exemple d'un domaine particulier où des améliorations s'imposent. Il n'est plus admissible de dire à des patients atteints d'une perte de vision irréversible qu'on ne peut plus rien faire pour eux. Dans bien des cas, les professionnels des soins oculaires n'ont pas eu l'occasion d'être exposés à la différence que les appuis et services appropriés peuvent apporter aux malvoyants pour améliorer leur qualité de vie. Ce genre de problème est également fréquent concernant d'autres formes de handicap.

Il faut faire davantage pour éviter de dire à des patients qu'on ne peut plus rien faire pour eux et mettre davantage l'accent sur l'importance que revêt la réadaptation visuelle pour assurer l'indépendance et la qualité de la vie.

Le choix professionnel d'une carrière en santé oculaire est une expérience qui a donné des résultats variables. Dans certains pays, un tel choix est considéré comme très attractif en raison des nombreuses possibilités offertes par la technologie (le traitement au laser par exemple). Dans d'autres, le manque de débouchés à l'issue de la formation a un caractère dissuasif ce qui explique le faible nombre de vocations. La perspective d'une pratique privée lucrative fait de l'ophtalmologie une spécialité attrayante dans toutes les régions même si la situation varie d'une ville à une autre. C'est là un facteur qui a des répercussions ultérieures sur l'accès aux services dans un pays comme le nôtre.

Les données fiables sur la situation actuelle des agents de santé oculaires sont insuffisantes. Si de telles données sont désormais communiquées par 74 États Membres par l'intermédiaire du plan d'action mondial, il n'existe pas de mécanisme standardisé de suivi et de notification. Dans certains cas, elles font entièrement défaut

et dans d'autres elles sont recueillies et transmises par le ministère de la santé ou par des associations professionnelles internationales. Une difficulté fréquente en matière de notification de données sur les ressources humaines pour la santé tient au fait qu'elles ne renseignent pas sur les agents qualifiés et/ou encore en activité. Depuis de nombreuses années, le taux d'ophtalmologistes dans la population sert d'indicateur indirect de la couverture des soins oculaires. Une telle donnée fournit certes une indication de la pénurie des ressources humaines, mais ne suffit pas pour prendre les décisions politiques qui s'imposent et allouer les crédits nécessaires en conséquence.

Il sera vital de répondre aux besoins en personnel pour faire face aux besoins accrus liés à la croissance démographique. Les facteurs qui influencent la dotation en agents de santé oculaire varient beaucoup d'un pays à l'autre, qu'il s'agisse de la réglementation des différentes catégories et de leurs responsabilités, des plans de carrière offerts, de la rémunération, du prestige etc. Les différences sont également considérables entre les catégories de personnel et les sous-spécialités à l'intérieur des catégories.

Au cours de la période de terrain, Paul, un jeune d'environ une vingtaine d'années, habitant Gô avec sa famille, encore au collège, se fait suivre dans un centre privé à Cotonou pour ses soins oculaires parce que sur de la qualité des soins en ville. Selon ses propos, il effectue un voyage ces trois derniers mois, chaque fois pour son mal, mais affirme être sûr de mettre la santé de ses yeux dans les mains de personnes compétentes.

« Les yeux sont comme l'œuf, fragile et sensible, donc mes parents me soutiennent entièrement dans cette bataille. Nous nous assurons d'aller vers les meilleurs soins du pays. » (Paul, élève, 20ans)

A Cotonou, les plans nationaux de ressources humaines n'englobent pas les agents de santé oculaire. Par ailleurs la planification des ressources humaines en soins oculaires est souvent axée uniquement sur les maladies courantes pouvant conduire à une perte de vision, mais qui sont évitables et contre lesquelles un traitement existe. C'est là une

approche qui ne tient pas compte des besoins beaucoup plus larges de la population et du fait que les agents de santé oculaire consacrent déjà une part importante de leur temps à la morbidité oculaire. Il y a donc moins d'occasions d'adopter des pratiques assurant durablement le recrutement et la fidélisation des agents, ce qui rend plus difficile la fourniture des services requis. Il faut donc renforcer la planification des ressources humaines en soins oculaires afin de mettre davantage l'accent sur les compétences voulues pour répondre aux besoins épidémiologiques de la population, y compris l'extension des équipes de soins oculaires. On doit assurer des services intégrés à tous les niveaux – communautaire, primaire, secondaire et tertiaire et veiller au rôle du personnel dans les fonctions politiques et gestionnaires. Cela suppose aussi de tenir compte de l'évolution du profil socioéconomique et démographique du pays et notamment de répondre aux besoins liés au vieillissement de la population et de saisir les occasions de renforcer les sous-spécialités.

Bien des questions auxquelles les agents de santé oculaire sont confrontés touchent aussi d'autres domaines sanitaires comme la formation (taux de diplômés, disponibilité des formateurs), la migration, le vieillissement du personnel, les déséquilibres géographiques et les diverses politiques régissant les différents points d'entrée et de sortie sur le marché de l'emploi en santé.

Dans bien des pays et des situations, les données sont de piètre qualité ou ne sont même pas disponibles. Les décisions politiques et l'action mondiale seront meilleures avec une plus grande couverture des données sur les maladies oculaires et les déficiences visuelles.

Les efforts visant à améliorer la collecte de données sur les déficiences visuelles ont aussi été sensiblement intensifiés depuis l'établissement des premières estimations en 1993. Il y a eu ensuite un certain nombre d'enquêtes épidémiologiques appuyées par l'OMS, puis la mise au point de l'évaluation rapide des services de chirurgie de la cataracte et l'évaluation rapide de la cécité évitable, la seconde venant se greffer sur la première. L'évaluation rapide de la cécité évitable fournit des données sur les

déficiences visuelles dans une communauté chez les plus de 50 ans. Elle a été réalisée dans plus de 330 lieux et dans 80 pays. Bien des pays notifient désormais des données sur la base des indicateurs figurant dans la « Santé oculaire universelle de l'OMS : plan d'action mondial 2014-2019 » concernant le taux de chirurgie de la cataracte et le nombre d'ophtalmologistes et d'optométristes.

Malgré ces réalisations, les informations restent insuffisantes dans plusieurs domaines et des préoccupations d'ordre méthodologique subsistent. Les données revêtent une importance critique pour suivre l'évolution des besoins, en particulier les besoins émergents, ainsi que les progrès réalisés en vue des cibles et des mesures décidées d'un commun accord. La couche sociale juvénile reste laissée pour compte dans toutes ces mesures. En effet à travers toutes ces démarches, plus du fait des perceptions qui prévalent en ce qui concerne les troubles visuels des jeunes, avec les pratiques courantes d'exposition des yeux à longueur de journée, les problèmes en lien avec la vision des jeunes ne font que croître.

On dispose de données insuffisantes sur les maladies oculaires autres que celles qui ont atteint le seuil de déficience visuelle. De nombreuses affections courantes provoquant ces déficiences ne sont comptabilisées dans les enquêtes qu'une fois le seuil dépassé. Le manque de données entrave de manière significative la planification des soins oculaires, et notamment l'établissement de projections des besoins futurs de services et la compréhension de leur répartition au sein d'une population.

Malgré les efforts consentis pour élaborer des indicateurs normalisés, on ne dispose toujours pas d'un ensemble complet d'indicateurs à inclure dans les systèmes d'information sur la gestion sanitaire, ce qui rend plus difficile l'intégration des soins oculaires dans les systèmes de santé.

Si l'on dispose d'informations sur les taux de chirurgie de la cataracte dans le pays et sur la couverture de la chirurgie de la cataracte, ces données sont à elles seules insuffisantes pour comprendre avec précision si les services atteignent les cibles et ont les résultats souhaités. Elles sont surtout utiles au niveau local, car des moyennes

nationales n'indiquent pas nécessairement quels groupes ne bénéficient pas des soins. Il est également important de faire la distinction entre la couverture chirurgicale de la cataracte comme indicateur indirect à inclure dans le suivi du plan national stratégique de santé et comme indicateur unique pour évaluer les services de soins oculaires. Néanmoins, il est utile d'envisager d'accroître cette couverture. Ainsi en s'appuyant sur son inclusion dans des cadres de suivi de la santé comme le suivi mondial de la couverture sanitaire universelle – en saisissant ainsi une occasion de mettre davantage l'accent sur les soins oculaires.

Egalement remédier au manque d'informations sur la qualité des soins en améliorant la collecte et la notification des résultats thérapeutiques. Un meilleur suivi de ces résultats doit être assuré avec une certaine sensibilité car le but est d'amener les agents de santé oculaire à améliorer le niveau des soins sans leur donner l'impression qu'on veut les sanctionner.

Il est également nécessaire de regarder au-delà des systèmes d'information sanitaire et d'envisager les données pouvant venir d'autres sources ; c'est par exemple le cas des données sur les enfants atteints de déficience visuelle qui peuvent provenir des établissements scolaires.

D'une manière générale, il y a tendance à privilégier la prévention et le traitement des maladies oculaires plutôt que la réadaptation. La couverture mondiale des services de réadaptation de la vision répondant aux besoins des malvoyants atteint 5 à 10 % des cas à peine. L'enquête a constaté que la plupart des services n'avaient pas, ou peu, de services de réadaptation de la vision, seuls 1 d'entre eux assurant une couverture supérieure à 50 % selon les estimations.

Même quand les services de réadaptation sont disponibles, les personnes atteintes de déficiences visuelles font face à différents obstacles pour y accéder, comme le manque de moyens de transport, l'orientation insuffisante et la pénurie des professionnels de la réadaptation ou encore parce qu'elles savent pas que les services existent. On distingue différents groupes sous-desservis, notamment les enfants, les personnes âgées, les

femmes, les minorités ethniques, les réfugiés, les habitants de zones rurales ou reculées et les personnes à faible revenu. La réadaptation est utile à toutes les étapes de la vie, et les besoins peuvent évoluer avec le temps chez la même personne.

Rares sont les professionnels de la réadaptation qui ont reçu une formation spécifique et les possibilités de poursuivre une formation sont également limitées. Il est donc plus difficile de trier efficacement des patients, et dans beaucoup de cas on procède un peu par tâtonnements avant d'assurer les services ou interventions appropriés. On constate également des lacunes dans la prestation de services, comme l'absence d'une réadaptation intensive dans les cas récents de déficience visuelle sévère ou l'absence de services professionnels.

Les recherches menées sur la réadaptation visuelle sont, à ce jour, à échelle limitée et présentent un risque de biais important.

Des millions de personnes sont confrontées à tout un éventail d'obstacles liés à la perte de vision qui pourraient être atténués par la réadaptation. C'est en particulier le cas des personnes âgées à cause du lien entre vieillissement et déficiences visuelles. Elles auront souvent des besoins particuliers en raison de comorbidités et plus de difficultés à accéder aux services. En cas de cécité, les obstacles seront considérables ; la perte des deux sens aggrave le problème de la stigmatisation et de la discrimination.

Il est essentiel de renforcer les services de réadaptation pour répondre aux besoins actuels et futurs des malvoyants, notamment en vue du nombre croissant de cas lié au vieillissement de la population.

Au moment de l'immersion sur le terrain, lors des entretiens, des médecins confessent que pendant la période de pré rentrée ou des congés quatre-vingt dix pour cent des usagers de en consultation ophtalmologiques sont des élèves et étudiants. Pour tous les patients, des symptômes similaires de fatigue visuelle et de maux de têtes constituent la cause première de leur plaintes. La prise en charge est faite de façon brève avec le consentement préalable des parents.

C'est dans ce contexte, qu'après un long interrogatoire avec les parents et les patients même, notifiât l'assistant du médecin, que les médecins du « service d'ophtalmologie » du CNHU qu'est organisé des séances de dépistage de troubles de la vision, à cause des affluences observées en ces périodes. Aux dires de l'un des responsables du service, cette salle est devenue fortuitement une salle de dépistage. Elle n'avait en rien, le matériel nécessaire pour prendre en charge les cas. Mais faisait office de « salle complémentaire » pour un temps, mis à disposition pour les patients en attente.

Un des principaux défis pour les soins oculaires tient au fait que dans un pays ne disposant pas d'informations suffisantes sur l'issue du traitement. Dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire, une situation où les gens renoncent à se faire soigner – parce qu'ils connaissent des cas, ou ont entendu parler de cas, où le traitement n'a pas eu le résultat escompté – est révélatrice de services de piètre qualité. Dans les pays à revenu élevé, la qualité est systématiquement analysée par le suivi des effets chirurgicaux indésirables, comme les infections postopératoires.

Alors que certains pays sont dotés d'organismes (comme les conseils des hôpitaux) chargés du suivi de la qualité, beaucoup d'autres en sont dépourvus. Il est alors difficile d'évaluer pleinement la qualité des services et de prendre en connaissance de cause des décisions sur les changements et investissements futurs à apporter. On s'est davantage préoccupé de la qualité par la mise au point d'indicateurs sur la couverture chirurgicale efficace de la cataracte. La question de savoir si l'initiative est appropriée fait encore débat car elle est fondée sur un volume total, ce qui fait qu'il est difficile de déterminer où doit se situer le juste équilibre des efforts entre amélioration de la qualité des soins et amélioration de l'accès aux services. Il convient d'accorder un rang de priorité plus élevé au suivi de la qualité, surtout là où des options sont possibles (y compris la perception du patient).

L'incapacité d'adapter les services pour répondre aux besoins des patients, par exemple en fournissant des informations dans la langue locale ou autochtone, peut

sensiblement affecter les résultats. Une communication médiocre entre prestataires peut aussi entraver l'accès aux soins si par exemple des informations vitales sur les patients ne sont pas transmises et conduisent à des soins incomplets. Dans le cas d'affections chroniques comme le glaucome, un faible niveau d'observance du traitement peut réduire les chances d'obtenir des résultats satisfaisants. Les ressources humaines peuvent aussi poser un important problème. Dans bien des cas, des facteurs comme la qualité de la formation (qui n'est pas toujours intégrée aux programmes d'internat en ophtalmologie), la disponibilité du matériel et la fréquence des interventions influencent la qualité des résultats obtenus par les agents de santé oculaire.

Les raisons qui expliquent les soins de faible qualité sont nombreuses et liées au système de santé, à un financement insuffisant, à la mauvaise qualité ou à l'indisponibilité de l'équipement ou des fournitures ainsi qu'à une formation des ressources humaines insuffisante ou ne répondant pas aux besoins de la communauté.

La notion d'accessibilité englobe la disponibilité et le caractère acceptable et abordable des services. Les soins oculaires sont trop souvent dispensés dans les centres urbains, en négligeant la périphérie ou d'autres approches permettant de desservir les zones rurales ou reculées. La couverture de la chirurgie de la cataracte apparaît également comme nettement insuffisante dans bien des pays. Le nombre de ceux qui recueillent systématiquement des données à ce sujet reste aussi très limité.

Comme l'a relevé le terrain, l'amélioration de l'accès aux services ne progresse pas à un rythme permettant de faire face au nombre croissant de personnes atteintes de maladies oculaires et de déficiences visuelles.

L'on observe certes quelques exemples positifs de subventionnement croisé, ceux qui requièrent des soins et ont davantage de moyens payant pour les plus défavorisés ; mais les soins oculaires restent bien souvent hors de prix pour ces derniers. Le pays prévoit la couverture des soins oculaires par leur régime d'assurance-maladie et de nombreuses interventions donnent lieu à un paiement direct par l'utilisateur. Comme il

n'existe aucun ensemble type de services prioritaires de soins oculaires au niveau international, les pays à revenu faible ou intermédiaire ont moins l'occasion d'inclure la vision. Le coût pose souvent un problème pour l'ensemble des services de santé. Les systèmes de remboursement sont parfois complexes, avec des difficultés liées aux différents coûts dont la couverture est assurée ainsi qu'à la répartition des coûts entre le centre et le niveau local. Il faut aussi arriver à mieux comprendre les facteurs qui expliquent les coûts au niveau national au lieu de chercher à adopter une solution uniforme pour tous. C'est ainsi que, dans certains pays, les droits de douane élevés sur les fongibles peuvent être à l'origine d'obstacles liés aux coûts, alors qu'ailleurs ils contribuent au financement des services.

Il existe certes un certain volume d'informations sur l'acceptabilité des services de prise en charge de la cataracte et des vices de réfraction, mais il y a beaucoup de choses qu'on ne sait pas encore.

L'accès aux services est une question essentielle en raison de son rôle dans les résultats thérapeutiques. Un accès tardif peut avoir un effet significatif dans le cas de certaines maladies comme la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Si l'on est parvenu à étendre les soins et à réduire la prévalence des déficiences visuelles, les progrès restent insuffisants au regard de l'augmentation du nombre de personnes touchées par les maladies oculaires et les déficiences visuelles.

La santé oculaire à l'école a joué un rôle important dans l'amélioration de l'accès des enfants aux lunettes.

La prestation d'une chaîne de services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement et de prise en charge des maladies et de services de réadaptation envisageant tout l'éventail des maladies oculaires et assurant la coordination entre les niveaux communautaire, primaire, secondaire et tertiaire et l'intégration à ces niveaux, au sein du secteur de la santé et au-delà, compte tenu des besoins tout au long de la vie.

Les services de soins oculaires complets englobent toutes les stratégies de santé, de la promotion à la réadaptation, ce qui suppose :

- *d'inclure la vision dans les activités générales de promotion de la santé.* La vision est prise en compte dans la conception, la prestation, le suivi et l'évaluation des initiatives de promotion de la santé, ce qui permet à la population cible de bien comprendre les avantages potentiels pour la vision et de suivre l'impact des services ;
- *de s'attacher à prévenir les maladies.* Les interventions qui ont fait leurs preuves dans la prévention des maladies oculaires sont intégrées aux services de soins oculaires et aussi à d'autres services ;
- *d'assurer un diagnostic fiable et précoce.* Les maladies oculaires non cécitantes peuvent être diagnostiquées au moyen d'un examen effectué par un agent de santé qualifié. Si des facteurs de risque de maladies cécitantes sont décelés, l'orientation est assurée vers un professionnel des soins oculaires (normalement un ophtalmologiste) en vue d'un examen ophtalmologique complet. Un tel examen permet d'évaluer les sept fonctions visuelles et l'intégrité des structures de l'œil, les chemins de la vision et les fonctions du cerveau liées à la vision. Un diagnostic fiable et précoce des maladies constitue une étape essentielle pour déterminer la prise en charge appropriée ;
- *de traiter et de prendre en charge la maladie de manière efficace.* Les patients reçoivent les soins nécessaires tant qu'ils en ont besoin, de préférence à des soins liés à une maladie plutôt qu'une autre ;
- *de veiller à la réadaptation.* Les personnes atteintes de déficiences visuelles irréversibles ont accès à des services de réadaptation de qualité qui optimisent le fonctionnement et atténuent leur handicap.

Les soins oculaires complets envisagent l'ensemble des maladies oculaires d'une manière générale plutôt que les seules maladies pouvant mener à une perte de vision. L'examen ophtalmologique complet est un élément indispensable sans lequel une affection risque de ne pas être traitée.

Les soins oculaires complets sont coordonnés avec les autres services de santé auxquels ils sont intégrés dans la mesure du possible. Ils englobent ainsi l'orientation vers d'autres services de santé comme le conseil ou la coordination thérapeutique, avec les services de soins pour diabétiques par exemple en cas de rétinopathie diabétique. Les soins oculaires complets constituent aussi une composante essentielle des opérations des établissements de santé, notamment des hôpitaux.

La prestation des services de soins oculaires complets est assurée aux niveaux suivants :

1. *communautaire* – services périphériques, notamment programmes de santé oculaire scolaires, ou dans des établissements pour personnes âgées, ou examens et soins oculaires dans des centres de soins communautaires ;
2. *primaire* – examen des yeux, traitement et soins dans un établissement de santé, assurés par exemple par un généraliste et, dans certaines situations, examen ophtalmologique complet, traitement et soins concernant certaines maladies, et réadaptation de la vision ;
3. *secondaire* – examen ophtalmologique complet, traitement et soins concernant un large éventail de maladies, et réadaptation de la vision ;
4. *tertiaire* – examen ophtalmologique complet, traitement et soins spécialisés pour l'éventail le plus large de maladies, et réadaptation de la vision.

Les services de soins oculaires complets sont fournis tout au long de la vie. Les soins peuvent prendre la forme d'une intervention ponctuelle ou de soins continus. La réadaptation visuelle en constitue une composante de base.

3.4 Catégories des acteurs et leurs rôles

Les trois catégories d'acteurs initialement identifiées par le programme (institutionnels, soignants et populations) ont été désagrégées en fonction des acteurs

rencontrés sur le terrain. Chaque acteur, avec des logiques différentes, a un rôle bien défini dans ce processus de prise en charge des troubles de la vision.

- **Les acteurs institutionnels**

Différents acteurs institutionnels interviennent dans la prise en charge des cas suspects dans les divers centres enquêtés à Cotonou.

Les acteurs du ministère de la santé, principaux acteurs impliqués dans la mise à disposition du matériel de prévention aux agents de santé, responsable de la diffusion des messages envers les populations sur la nécessité de prendre en compte la santé visuelle de la jeune population dans la gestion des examens biologiques lors des séances de consultations à travers la prise en charge. Ses actions à l'endroit des agents de santé sont essentiellement d'ordre technique.

Une typologie du point de vue de la formation permet de distinguer deux catégories d'institutionnels : celles ayant reçu un diplôme pour la confirmation biologique et les autres. La catégorie des certifiés, est celle ayant suivi une formation spécialisée en ophtalmologie et ayant une expérience avérée dans la prise en charge des affections oculaires. Etant donné qu'il y a des dispositions à prendre dans la manipulation des « appareils », il faut des personnes expérimentées, qui savent réaliser les examens et analyses ainsi que l'ordonnance des numéros correspondant aux défauts.

Les services de soins oculaires complets n'ont pas un caractère linéaire : une personne peut bénéficier en même temps de plusieurs types de services, de la promotion à la réadaptation. Elle peut ainsi être soignée au niveau communautaire et orientée vers un examen ophtalmologique complet susceptible de dépister plusieurs maladies, puis bénéficier d'un traitement pour une maladie et d'une réadaptation pour une affection entraînant une perte de vision irréversible. Parallèlement, d'éventuels problèmes de santé sous-jacents nécessitent parfois une orientation vers d'autres services de santé comme les soins primaires du diabète et, au-delà du secteur de la santé, vers un soutien social. Si cet exemple représente un cas assez complexe, il illustre bien à quel point il

est important que les services de soins oculaires complets répondent à l'ensemble des besoins d'une personne tout au long de sa vie.

Il faut noter la différence entre l'adaptation de la mise en œuvre des soins oculaires complets en fonction des ressources disponibles et l'application d'une version modifiée ou réduite n'ayant pas pour objet d'apporter des améliorations en matière d'accès ou de qualité. Les soins oculaires complets doivent être considérés dans le contexte des changements constants liés aux facteurs socioéconomiques, démographiques et épidémiologiques même dans les pays à revenu élevé. Il faut donc suivre une approche par étapes, en partant d'un niveau de base vers un éventail de services plus étoffé.

Les services de soins oculaires complets doivent être dispensés de manière à être centrés sur la personne, comme le décrit le discours des acteurs institutionnels.

- **Les soignants**

Pour les soignants, nous pouvons distinguer deux groupes : les médecins et les opticiens. Tous ont été en lien avec les différents cas pris en charge au « service d'ophtalmologie ». Parmi les médecins, il y a ceux qui donnent les soins aux patients et d'autres qui sont dans l'administration. Sans occulter la catégorie des internes des hôpitaux qui jouent pratiquement le même rôle avec les médecins.

Pour les opticiens, ils sont chargés de donner les soins aux patients. Mais parmi eux certains compte tenu de leur expérience dans le métier et le nombre d'années passé dans le service sont responsables et au niveau de leur centres ils administrent des mallettes d'essai et nous les nommons « opticiens expérimentés ». Ils font facilement le diagnostic.

En dehors de ces catégories, il y a les aides-soignants qui se chargent entre autre de transporter les patients vers les salles d'hospitalisation et autres.

- **Les populations**

Quant aux populations, elles ne sont ni responsables du matériel, ni soignants. Situées en amont de la prise en charge d'une affection visuelle avant le diagnostic du défaut ou de la maladie, les populations ont joué un rôle particulier dans le processus de prise en charge notamment dans la prise de décision.

Celui du rapport des faits aux agents de santé lors de l'épisode de la maladie dont souffrent leurs membres de la famille avant. Cette analyse doit envisager d'autres domaines sanitaires et extrasanitaires et servir ensuite à l'élaboration d'options et à l'établissement de priorités. Les plans de soins oculaires complets doivent aussi être alignés sur le plan stratégique plus large de la santé et y être intégrés, afin de mieux favoriser une amélioration de la couverture. L'intégration devrait aussi être assurée dans l'ensemble des éléments constitutifs du système de santé

Ces analyses fournissent des éléments contribuant à l'intégration des soins oculaires dans les plans nationaux des ressources humaines. Elle est déterminante pour que les soins oculaires apparaissent comme faisant partie du cycle régulier de planification et de financement et permettra de leur accorder une place plus importante.

Il importe de noter que cette intégration ne signifie pas nécessairement qu'on pourra se passer de plans plus détaillés et spécifiques pour certaines catégories particulières du personnel de soins oculaires. C'est ainsi qu'en matière d'éducation, de formation et de renforcement des compétences professionnelles, il tiennent compte de différentes questions, notamment la localisation et le nombre des centres de formation, les programmes d'étude, les politiques d'admission, les capacités et aptitudes des formateurs à assurer une formation de qualité, l'accès à des moyens et outils de formation innovants, une évaluation régulière en vue de rendre le personnel plus performant, une formation médicale et générale continue ainsi qu'une formation en cours d'emploi.

Il est veillé à prévoir à l'avance les besoins futurs dans la planification des ressources humaines en soins oculaires et les investissements qui seront nécessaires, renforcer les capacités individuelles et institutionnelles et améliorer les données, les bases factuelles

et les connaissances. Pour prendre des décisions fondées sur des bases factuelles, la mise en œuvre des comptes nationaux des personnels de santé suppose aussi une approche multisectorielle associant les différentes parties prenantes. Il faut notamment une participation active des parties intéressées comme les associations professionnelles et les entités de ressources humaines pour la santé, les registres ou les observatoires, dans les comptes nationaux des personnels de santé sous la conduite du ministère de la santé.

Financement

Selon l’OMS, dans certains pays, en incluant les soins oculaires dans les dépenses publiques de santé ordinaires, on peut contribuer à assurer des services durables et de manière plus générale leur intégration dans le système de santé. Dans d’autres, les soins oculaires devraient être prévus dans les régimes d’assurance-maladie (fondés ou non sur des cotisations).

La façon de procéder variera d’un niveau de ressources et d’un système national à l’autre, mais d’une manière générale les soins oculaires devraient être pris en considération en ce qui concerne :

1. *les achats* – de matériel, de médicaments et d’autres fongibles (y compris par des mécanismes mondiaux et régionaux lorsqu’ils existent) ;
2. *la planification des ressources humaines* – aussi bien les agents de santé oculaire spécialisés (ophtalmologistes, optométristes et personnel ophtalmologique auxiliaire) que les personnels qui doivent aussi dispenser des soins oculaires dans le cadre de leurs attributions (comme par exemple les agents de santé communautaire et les médecins généralistes, etc.) selon le modèle de prestation de services suivi ;

3. *infrastructure* –particulièrement pour les établissements des niveaux secondaire et tertiaire ayant besoin d'équipements spécialisés de soins oculaires ;
4. *assurance-maladie* – en raison des effets des maladies oculaires, les soins devraient être pris en charge par l'assurance-maladie (régimes à cotisation ou non).

Même s'il s'agit à bien des égards de soins spécialisés (la majorité des interventions faisant appel à des compétences spécialisées), il ne faut surtout pas considérer les soins oculaires comme des soins complémentaires ou un luxe dont on pourrait se passer en raison de l'importance que revêt la vision pour la qualité de la vie. Les services de soins oculaires représentent en fait un service de santé publique important.

A Cotonou, Les paiements par l'utilisateur sont fréquents dans le domaine des soins oculaires. Dans bien des cas, ce type de financement a contribué à l'offre de services durables, les patients ayant les moyens de payer subventionnant en pratique les soins dispensés aux moins favorisés. L'inclusion des soins oculaires dans les soins de santé globale permettra progressivement d'étendre les services à de nombreuses personnes qui autrement n'y auraient pas accès. Elle pourrait aussi amener les prestataires facturants directement leurs soins aux patients à envisager s'il y a lieu d'adapter leurs pratiques et comment le faire. Les options dépendront du contexte, et il pourrait néanmoins être possible de recourir aux paiements directs dans le cas des patients en mesure de les supporter afin d'élargir des approches innovantes ou d'appuyer des pratiques de formation continue ou de perfectionnement par exemple.

Il existe aussi un éventail d'autres options de financement innovantes pour les soins oculaires notamment les entreprises sociales (en particulier pour les vices de réfraction non corrigés), les investissements à fort impact et les investissements liés aux résultats (comme les obligations à impact social pour la chirurgie de la cataracte). Pour toutes ces options, il y aura peut-être lieu d'envisager l'effet qu'aurait l'inclusion des soins oculaires.

Un appel à la prévention

Selon les discours du terrain, à divers niveaux, « On connaît l'efficacité des actions de prévention menée pour la santé bucco-dentaire, souvent soutenues par les pouvoirs publics. Il est à souhaiter qu'une même volonté anime l'équipe gouvernementale afin que la santé visuelle soit enfin prise en considération pour assurer le meilleur avenir possible aux jeunes générations. »

Ces données signifiantes sont, bien sûr, à nuancer et des études plus précises, soulignent que la distribution de certaines de ces pathologies varie en fonction des strates socio-économiques ou dans des contextes ruraux, des modes d'utilisation des terroirs, entraînant des disparités, observables tant dans la précocité de l'infirmité que dans sa fréquence.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES POUR LA THESE

Dans le contexte de Cotonou, une ville urbaine, la prise en charge des cas de pathologies oculaires, met en exergue des logiques qui sous-tendent les pratiques des acteurs. Cette prise en charge commence par une auto prise de décision qui se fait en fonction de plusieurs facteurs qui expliquent ces logiques notamment les perceptions concernant l'œil et ses troubles, l'ignorance qui caractérisent certaines pratiques et comportement à risque des jeunes face à l'utilisation de leur système oculaire. Ces représentations doublées des conditions de prise en charge défavorisées pour les jeunes influencent la recrudescence des troubles oculaires chez les jeunes et adolescents à Cotonou.

Au terme de cette recherche, les hypothèses formulées ont été confirmées. Il ressort que les perceptions influencent la prise en charge des cas de troubles oculaires. En témoignent les longs discours recensés au cours des entretiens. Les pratiques de longues expositions aux sources de lumières artificielles observées par les acteurs, sont relativement des fondements socio anthropologiques à l'origine de la plupart des troubles visuels. Cela dénote d'une multitude de logiques qui se chevauchent, se complétant ou divergent d'un acteur à un autre ou en fonction de sa position dans la chaîne de prise en charge. L'amélioration de la qualité des soins oculaires, l'accès, la planification complets, intégrés dans les plans stratégique national favoriserait un contrôle sur l'ampleur que prend les problèmes de vision au sein e la population juvénile. Aussi réduire les inégalités et mettre l'accent sur les groupes desservis

Eu égard à ce qui précède, des pistes de réflexion ont été mise en relief à travers cette recherche portant sur les pathologies oculaires négligées au Bénin. Il s'agit d'analyser les discours, les constructions sociales autour de ces pathologies. L'histoire sociale qui accompagne les acteurs dans la quête de guérison, les différents recours thérapeutique. Ce qui permet aussi de se questionner sur la mise en œuvre de stratégies de contournement de la biomédecine dans un contexte d'adaptationsocial et culturel des représentations et perceptions du milieu et de comprendre les différentes pratiques adoptées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abric J.-C., ed. 2003. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne [France]: Erès.
- Akoun A., Ansart P., 1999. *Dictionnaire de sociologie*. Paris.
- Bardet J-P., Bourdelais P., Guillaume P., et al Quétel, eds. 1988a. *Peurs et terreurs face à la contagion: Choléra, Tuberculose, Syphilis: XIXe-XXe Siècles*. Paris : Fayard.
- Barry A.A.B., 2015. "Ebola en Guinée: crise sanitaire ou crise sociale et politique?" In : *Développements politiques récents en Afrique de l'Ouest*, Les éditions Plume, 57–75. Dakar.
- Bourdelais P., 1989. "Contagions d'hier et d'aujourd'hui." *Sciences Sociales et Santé* ; 7 (1): 7–36.
- Bourdelais P., 2003. *Les épidémies terrassées: une histoire de pays riches*. Paris : Éditions de la Martinière.
- CAD 2012. "Historique du CNHU." <http://www.cnhu-hkm.org/Historique-du-CNHU.html>.
- Corbin A., ed. 1988. "La grande peur de la Syphilis." In *Peurs et terreurs face à la contagion: Choléra, Tuberculose, Syphilis: XIXe-XXe Siècles*, 328–348. Paris : Fayard.
- Corbin A., 1998. *Le temps, le désir et l'horreur: Essais sur le dix-neuvième siècle*. Paris. Champ Flammarion 409.
- Cornet J., 2014. "Acteur et méthodologie de recherche," Helmo édition. <http://www.tenterplus.be/wp-content/uploads/2014/09/Acteur.pdf>.
- Desclaux A., Ndione A. G., Badji D., Sow K., 2016. "La surveillance des personnes contacts pour Ébola : effets sociaux et enjeux éthiques au Sénégal." *Bulletin de la Société de pathologie exotique*.

DOI 10. 1007/ s13149-016-0477-2

Durkheim E., 1990. *Les règles de la méthode sociologique*. 5. éd. Quadrige 2. Paris : PUF.

Epelboin A., 2009. “L’anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ?” *Bulletin Amades. Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé*, no. 78 (Septembre).<http://amades.revues.org/1060>.

Fabre G., 1993. “La notion de contagion au regard du Sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales.” *Sciences sociales et santé* XI (1): 5–40.

Fabre G., 1998a. *Epidémies et contagions: l’imaginaire du mal*. 1re éd. Sociologie d’aujourd’hui. Paris : Presses universitaires de France.

Fainzang S., 2000. “La maladie, un objet pour l’anthropologie sociale.” - *maladie_objet_anthro_po_sociale.pdf*”

http://classiques.uqac.ca/contemporains/Fainzang_sylvie/

Guimelli C., 1994. *Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne :Delachaux et Niestlé.

Harris M., 1976. “History and Significance of the EMIC/ETIC distinction.” *Annualreview of anthropology* 5 (1) : 329–350.

Jodelet D., 2003. *Les représentations sociales*. Sociologie d’aujourd’hui. Presses universitaires de France. <https://books.google.bj/books>.

Kojève A., 2007. *Esquisse d’une phénoménologie du droit: exposé provisoire*. Collection Tel. Paris : Gallimard.

Marchand G., 2002. *Les représentations sociales*. Vol. 38. Hors série. http://www.scienceshumaines.com/representations-sociales_fr_12730.html.

Massé R., 1995. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal. G. Morin.
http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/culture_et_sante_publique/

Moulin A-M., 2014. "Quand la terre s'arrondit. L'horizon convergent des épidémies d'Orient et d'Occident." In *Penser les épidémies depuis la Chine, le Japon et la Corée. Thinking on epidemics from China, Japan and Korea's perspectives*, Presses Universitaires de Vincennes, 37:233–240. Extrême-Orient/Extrême Occident. Saint-Denis.

Olivier de Sardan J-P., 1998. "Emique" 38 (147): 151–166.
http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1998_num_38_147_370510.

Olivier de Sardan J-P., 2008. *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Anthropologie prospective, no 3. Louvain-La-Neuve : Academia-Bruylant.

Olivier de Sardan J-P., 1999, *La construction sociale des maladies*, Collection : Les champs de santé

OMS 2012. "Communication pour un impact comportemental (COMBI)." WHO/HSE/GCR/2012.13. Genève : OMS, UNICEF, FAO.
http://www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/fr/.

OMS 2015, *Rapport mondial sur la vision*.

Pardo M., 2002. « Sociologie et risque : nouveaux éclairages sur les facteurs sociaux et la participation publique » in MANA, *Revue de Sociologie et d'Anthropologie*, n° 10-11, Université publique de Navarre, pp.285-305.

Peretti-Watel P., 2000. *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin, p.10.

Peretti-Watel P., 2003. « Risque et innovation : un point de vue sociologique », in INNOVATIONS, n° 18, Boeck Université, pp. 59-72.

Pike K., 1954. "On Etic vs. Emic: A Review and Interview."

Rebaudet S., Kraemer P., Savini H., *et al.* 2007. "Le risque nosocomial en Afrique intertropicale - Partie 3 : Les infections des soignants" 67 (3): 300.

Ruffié J., Sournia J-C., 1995. *Les épidémies dans l'histoire de l'homme: essai d'anthropologie médicale*. Paris: Flammarion.

Tarde G., 2002. *Logique sociale*. Classiques des sciences sociales. Chicoutimi: J.-M.Tremblay.<http://www.uqac.ca/zone30/>

Taverne B., 2015. « Anticiper les flambées épidémiques à virus Ebola : pas sans les sciences sociales ! », Global Health Promotion édition.

ANNEXES

Guide d'entretien

Objectifs spécifiques 1

- Y a-t-il des personnes souffrant d'affections visuelles dans votre entourage ?
- A quel moment ont-elles contracté cette affection ?
- Dans quelle tranche d'âge se trouvent ces personnes ?
- Personnellement comment vous comportez-vous avec ces personnes ?
- Les traitez-vous autrement que des personnes dites valides ?
- Vous ou des gens de votre entourage avez-vous eu une maladie des yeux, même bénigne ?
- Que faites-vous dans le cas où cela vous est arrivé ?
- Que pensez-vous du port sauvage des lunettes ? Est-ce normale ou prudent selon vous d'en acheter en bordure de route auprès des marchands ambulants ?

Objectifs spécifiques 2

- Que pensez-vous de maladie des yeux ?
 - Qu'en disent les gens de votre communauté ?
 - Selon vous ces maladies ou affections peuvent-elles être la conséquence de pratique occulte ?
 - Dans ce cas, comment y remédie-t-on ?
- Les traitements à l'endogène des affections ou maladies visuelles sont-elles efficaces à votre avis?
- Quelles tranches d'âge sont concernées selon vous par les maladies des yeux ?

- Une catégorie sociale est-elle spécifiquement concernée ?
- Les maladies des yeux sont-elles liées à l'alimentation ?
- Avez- vous entendu ou avez-vous connaissance de pratiques sociales particulières provoquant des maladies de la vision?

Objectifs spécifiques 3

- Connaissez- vous des structures hospitalières spécialisées dans le traitement des affections de la vue dans votre milieu de vue?
- si oui, combien sont- elles?
- Vous ou une connaissance à vous avez- vous déjà en visite médicale dans une telle structure ?
- Si oui, combien de fois?
- avez- vous eut satisfaction ?
- Les prestations sont-elles abordables financièrement ?
- Disposez -vous d'une assurance maladie qui vous a permis de supporter les frais ?
- Avez-vous connaissance des programmes d'action du ministère de la santé en matière de santé visuelle à l'endroit des jeunes et adolescents ?

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	iv
LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET PHOTOS.....	v
AVANT PROPOS	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : ASPECTS THEORIQUES DE LA RECHERCHE.....	3
I : ASPECTS THEORIQUES DE LA RECHERCHE.....	4
1-Etat de la question	4
1.1 Revue critique de la littérature	4
1.2 Justification du choix du sujet.....	5
2. La problématique de la recherche	6
2.1 Mise en évidence du problème.....	6
2.2 Hypothèses	9
L'hypothèse générale de cette recherche est intitulée:.....	9
Hypothèses spécifiques :	9
3- Objectifs	9
Objectif général	9

Objectifs spécifiques	10
4- Cadre conceptuel de la recherche	10
5- Clarification conceptuelle	13
6- Justification du choix du thème	16
CHAPITRE II : PRESENTATION DU CADRE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	17
1-Présentation du cadre de la recherche.....	18
1.1 Situation sanitaire du Bénin	18
1-2 Situation géographique de la Commune de Cotonou	19
1-3Sols.....	19
1-4Végétation	20
1-5 Evolution administrative	20
1-6-Services techniques, administratifs et partenaires au développement.....	21
1-7-Coopération décentralisée.....	21
1-8-Santé	22
2-Présentation de la démarche méthodologique	25
2.1 Nature de la recherche.....	25
2.2 Techniques et outils de collecte de données sur le terrain	25
2.2.1 Recherche documentaire et bibliographique.....	26
2.2.2 Observations directes	28
2.2.3 Captures d’images photographiques	29
2.2.4 Entretien semi-structuré	30
2.2.5 Journal de terrain.....	31

2.2.6 Population et échantillonnage	32
2.2.7 Considérations éthiques et déontologiques	34
2.2.8 Chronogramme et plan du travail.....	35
2.2.9 Difficultés rencontrées	37
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES:PRATIQUES, PERCEPTIONS SOCIALES ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES LIES A LA VUE CHEZ LES JEUNES A COTONOU	39
1-Les logiques et pratiques : sources des affections visuelles	40
2-L'échantillon	43
3-Définition et sémiologie des troubles de la vision.....	44
4-Les pratiques courantes et logiques chez les jeunes adolescents qui entourent la recrudescence des troubles visuels	45
3.4 Catégories des acteurs et leurs rôles.....	63
CONCLUSION ET PERSPECTIVES POUR LA THESE	70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71
<i>ANNEXES</i>	75