REPUBLIQUE DU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE

****

Année : 2023 **N° : 2695**

QUALITE DE VIE DES PATIENTS OPERES DE LA CATARACTE LORS D'UNE CAMPAGNE DE CHIRURGIE GRATUITE DANS LA COMMUNE DE SAKETE

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de :

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Sessi Nadine Victoire AHOUADA

Né le 08 Mai 1995 à Cotonou (Bénin)

DIRECTRICE DE THESE

MCA Chakiratou O. A. ABOUKI

CO-DIRECTEUR DE THESE

Pr Soulé ALAMOU

PRESIDENT DU JURY

Pr Paul AYELO

MEMBRES DU JURY

MCA Ulrich VODOUHE

MCA Chakiratou O. A. ABOUKI

Année académique : 2022-2023

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
5.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
7.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique et de Réadaptation
8.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
9.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
10.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
11.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
12.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
13.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
14.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
15.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
16.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
17.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
18.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
19.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
20.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
21.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
22.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
23.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
24.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
25.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
26.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
27.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
28.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
29.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
30.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
31.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
32.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
33.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
34.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • UNIT DES SCIENCES DE LA SANTÉ

FCS/UAC 2023

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
UNIVERSITÉ DES SCIENCES DU NUMÉRIQUE

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi ..... Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl..... Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle ..... Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu..... Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè..... Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence..... Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo..... Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou ..... Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud..... Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique..... Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence..... Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès..... Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A..... Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry ..... Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold ..... Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou ..... Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François..... Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie..... Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules..... Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose..... Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis..... Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli..... Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A..... Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban ..... Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane..... Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor..... Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice..... Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis..... OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle ..... Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I. .... Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle..... Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert..... Chimie Analytique

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • Faculté des Sciences de la Santé

OCTOBRE 2023

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean	Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

Le Doyen,



Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

OCTOBRE 2023

DEDICACES

A

La Sainte Vierge Marie

Toute ma gratitude pour ta présence permanente dans ma vie et dans l'accomplissement de ce travail. Donne-moi de toujours servir la volonté de ton Fils dans l'exercice de ce métier.

Amen.

A mon cher père,

Les mots me manquent pour t'exprimer mon infinie reconnaissance pour tous les sacrifices que tu as consentis tout au long de ces années. Merci papa, pour l'éducation que tu nous as donné, à moi, à mes frères et sœurs. Ce travail est ton succès. Daigne le Seigneur t'accorder une bonne santé, et une longue vie.

A ma chère mère,

Pionnière de mon éducation, femme au grand cœur ! Je suis fière d'être ta fille. Ce travail est le fruit de tous les efforts et sacrifices que tu as consentis. Tes prières m'ont beaucoup aidé. Je ferai de mon mieux pour que tu sois toujours fière de moi. Que le Seigneur t'accorde une bonne santé et une longue vie.

A mes grands frères Carin, Franck, Louange,

À travers les pages de ce travail, je voudrais vous exprimer ma profonde gratitude. Votre soutien indéfectible, vos encouragements constants et votre compréhension sans faille ont été les piliers de cette aventure intellectuelle. Chacun de vous a apporté une lumière unique à ce voyage, éclairant les chemins parfois complexes de la recherche. Ce travail est le fruit de notre collectif, une célébration de nos liens fraternels qui transcendent le monde académique. Puissent ces mots témoigner de ma reconnaissance éternelle et de l'amour qui ont nourri non seulement cette recherche, mais aussi chaque étape de ma vie.

A mes grandes sœurs Claudelle et Christelle,

Chères sœurs, je voudrais tout simplement vous témoigner tout mon amour fraternel à travers ce travail. Cette thèse n'est pas seulement le résultat de mes efforts, mais aussi le reflet de notre unité en tant que fratrie. Ces mots sont une humble tentative de capturer la gratitude que je ressens envers chacune d'entre vous, une gratitude qui va bien au-delà des frontières de la recherche. Que la Vierge Marie soit toujours votre refuge.

A ma grand-mère,

Ce travail de thèse est dédié à toi, source infinie d'amour et de sagesse. Avec tout mon amour et ma gratitude.

A mon grand-père Martin BOCODAHO in Memoriam,

Repose en paix ! Grand-père. Ton amour et ta sagesse éclaireront toujours mon chemin. Avec tout mon amour et ma gratitude.

A toi mon chéri, Nabil JOACHIM, puisse ce travail consolider définitivement notre relation et nous permettre d'atteindre nos objectifs.

A tous mes oncles et tantes, profonde gratitude.

Aux membres de mon groupe de stage d'internat (Gloria, Spéro, Nelly, Sandrine, Ange, Marie-Josée, Pascal, Abel, Bénita, Giovanni, Moise, Roxane, Yasminath, Ores, Faustin, Grace, Abraham et Noé)

Chers collègues, cette thèse est le fruit de notre parcours collectif, marqué par des heures d'études intenses, des moments de camaraderie et des défis surmontés ensembles. À chacun de vous, avec qui j'ai partagé cette aventure médicale, je dédie ce travail.

Votre soutien, votre expertise et votre esprit d'équipe ont été les piliers de ma réussite. Que ces pages reflètent notre engagement commun envers l'excellence médicale et notre passion partagée pour la science.

Merci d'avoir été des compagnons exceptionnels de route. Cette thèse est autant la vôtre que la mienne.

A tous mes collègues de la 45^{e} promotion de médecine,

Brillante carrière médicale.

REMERCIEMENTS

Au personnel de la clinique ophtalmologique du CNHU-HKM de Cotonou et du CHUD-OP de Porto-Novo,

Sincères remerciements.

A toute l'équipe médicale de campagne de chirurgie gratuite de la cataracte,

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude, votre engagement et votre assistance précieuse ont été des éléments essentiels dans la réalisation de ma thèse. Votre collaboration exceptionnelle a enrichi mon parcours de recherche et a contribué de manière significative à la réussite de ce travail. Sincèrement merci pour votre soutien inestimable.

A tous les patients ayant accepté de participer à l'étude,

Merci pour votre disponibilité et votre compréhension malgré les difficultés. Profonde gratitude.

A tous ceux qui ont, de loin ou de près, contribué à la réalisation de ce travail,

Profonde gratitude.

HOMMAGES

A tous les enseignants qui ont contribué à notre cursus scolaire,

Merci pour la formation de base que vous nous avez donnée.

A tous nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,

En reconnaissance de la formation que nous avons reçue de vous, hommages respectueux.

A notre Maître et Directeur de thèse, Dr Chakiratou O. A. ABOUKI, Maître de Conférences Agrégée d'Ophtalmologie et Chef du service d'Ophtalmologie du CHUD-OP,

Cher Maître, Malgré vos nombreuses responsabilités, vous avez accepté de superviser ce travail avec une volonté sans faille. Votre capacité à encourager le travail d'équipe et la persévérance nous a beaucoup marqués. Nous vous admirons grandement. Votre simplicité, vos qualités humaines exceptionnelles et votre gentillesse naturelle nous ont véritablement charmés. Votre intérêt pour notre travail et vos conseils ont été d'une aide précieuse dans la réalisation de cette thèse. Nous sommes fières d'avoir eu la chance d'apprendre à vos côtés et espérons pouvoir continuer à bénéficier de votre savoir. Que l'Éternel vous accorde une longue vie et vous comble de ses grâces.

A notre Maître et Co-directeur de thèse, Dr Soulé ALAMOU, Professeur titulaire d'Ophtalmologie et Chef du service d'Ophtalmologie du CNHU-HKM,

Nous avons été profondément marqués par votre modestie, votre accessibilité et votre disponibilité remarquable. Votre habileté indéniable, votre dévouement à l'enseignement, votre pragmatisme, votre simplicité et votre rigueur scientifique font de vous un enseignant exceptionnel. Malgré vos nombreuses responsabilités, vous avez généreusement consacré du temps à cette thèse en tant que co-directeur.

Cher Maître, soyez assuré de notre sincère reconnaissance. Nous vous remercions chaleureusement pour les enseignements et conseils précieux que vous nous avez prodigués

A notre Maître, le Professeur Ignace SOUNOUVOU,

Votre sens de responsabilité, votre franchise et votre rigueur scientifique sont reconnus de tous. La clarté de vos analyses et votre talent pour transmettre le savoir nous ont constamment impressionné. Que Dieu vous accorde une excellente santé pour que nous puissions bénéficier de vos conseils pendant encore de nombreuses années. Merci pour vos enseignements.

A notre Maître, Dr Lisette ODOULAMI YEHOUESSI,

Professeur titulaire d'Ophtalmologie et Chef du service d'Ophtalmologie du CHU Suru-léré

Nous tenons à vous exprimer toute notre gratitude pour votre encadrement, votre rigueur scientifique et votre méthode d'apprentissage qui ont forcé notre admiration. Que l'Éternel vous accorde une longue vie et vous comble de ses grâces.

A notre Président du jury,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury.

Hommages respectueux.

Aux Honorables Membres du jury,

Nous sommes très honorées que notre travail soit soumis à votre appréciation. Soyez persuadés que vos critiques serviront à le parfaire.

Reconnaissance profonde.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

%	Pourcentage
±	Plus ou moins
>	Supérieur à
≥	Supérieur ou égale à
<	Inférieur à
=	Égal à
OD	Œil droit
OG	Œil gauche
ODG	Œil droit et gauche
AV	Acuité visuelle
AVL	Acuité visuelle de loin
AVP	Acuité visuelle de près
AVLAC	Acuité visuelle de loin avec correction
AVLSC	Acuité visuelle de loin sans correction
AVPAC	Acuité visuelle de près avec correction
AVPSC	Acuité visuelle de près sans correction
ASCQ	Agent de Santé Communautaire Qualifié
ATCD	Antécédents
QDV	Qualité de vie

CER-SS	Comité d'Éthique et de Recherche en Sciences de la Santé
CHUD-OP	Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé-Plateau
Cm^3	Centimètre cube
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier Universitaire- Hubert Koutoukou MAGA
EEC	Extraction Extra Capsulaire
ERG	Electrorétinogramme
GPAO	Glaucome Primitif à Angle Ouvert
H/F	Homme sur Femme
HTA	Hypertension Artérielle
GPAO	Glaucome primitif à angle ouvert
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TORCH	Toxoplasmose Rubéole Cytomégalovirus Herpès
SIP	Sickness Impact Profile
SF-36	Short-Form, 36 items
MOS-20	Medical Outcome Study, 20 items)
EuroQol 5D	European Quality of life- 5 Dimensions
WHOQOL	World Health Organization Quality Of Life
SWED-QUAL	Swedish Health-related Quality of Life Survey
QDV	Qualité de vie
VF-14	Visual Function Index-14

NEI-VFQ	National Eye Institute Visual Function Questionnaire
Km	Kilomètre
Mm	Millimètre
PNVO	Personne nécessitant une vision optimale
PNNVO	Personne ne nécessitant pas une vision optimale
PhacoA	Phacoalternative
M0	Avant l'opération
M1	Premier mois postopératoire
M2	Deuxième mois postopératoire
M3	Troisième mois postopératoire

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Définition opérationnelle des variables indépendantes 38
Tableau II : Les notes attribuées pour chaque réponse aux questions du NEI-VFQ 25 45
Tableau III : Répartition des patients en fonction de leur lieu de provenance.. 49
Tableau IV : Répartition des patients selon la profession 50
Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents oculaires et généraux 51
Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation 52
Tableau VII : Répartition des patients selon les plaintes en postopératoire..... 53
Tableau VIII : Répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de loin sans correction au cours du suivi postopératoire. 54
Tableau IX : Répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de près sans correction au cours du suivi postopératoire. 55
Tableau X : Répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de loin avec correction au cours du suivi postopératoire 56
Tableau XI : Répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de près avec correction au cours du suivi postopératoire. 57
Tableau XII : Répartition des patients selon les complications immédiates et tardives en postopératoire..... 58
Tableau XIII : Répartition des patients selon les signes psychologiques en préopératoire..... 59
Tableau XIV : Comparaison des moyennes des scores de la QDV en fonction des domaines du NEI-VFQ25..... 61

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel des facteurs liés à la QDV des patients opérés de la cataracte 5
Figure 2:Coupe sagittale du globe oculaire droit 13
Figure 3 : Coupe sagittale du cristallin 14
Figure 4 : Cataracte corticale [22] 17
Figure 5 : Cataracte sous capsulaire postérieure [22] 17
Figure 6 : Cataracte nucléaire [22] 18
Figure 7 : Représentation des communes de Sakété et Ifangni 35
Figure 8 : Répartition des patients en fonction de l'âge (N=130) 48
Figure 9 : Corrélation entre l'âge et la moyenne de score QDV durant le suivi 62
Figure 10 : Corrélation entre le sexe et la moyenne de score QDV durant le suivi 63
Figure 11 : Corrélation entre la profession et la moyenne de score QDV durant le suivi 64
Figure 12 : Corrélation entre l'AVLSC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil droit 65
Figure 13 : Corrélation entre l'AVLSC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil gauche 66
Figure 14 : Corrélation entre l'AVPSC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil droit. 67
Figure 15 : Corrélation entre l'AVPSC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil droit. 67
Figure 16 : Corrélation entre l'AVLAC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil droit 68
Figure 17 : Corrélation entre l'AVLAC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil gauche 69

Figure 18 : Corrélation entre l'AVPAC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil droit. 70
Figure 19 : Corrélation entre l'AVPAC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil gauche..... 70

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Echelle NEI-VFQ 25 d'évaluation de la qualité de vie ..... b

Annexe 2 : Fiche d'enquête ..... j

Annexe 3 : Récépissé de dépôt de demande d'autorisation auprès du CER-SS .. v

Annexe 4 : Certificat d'analyse anti-plagiat ..... w

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. GENERALITES 7

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 34

3. RESULTATS 47

4. DISCUSSION 71

CONCLUSION 82

SUGGESTIONS 84

REFERENCES 86

ANNEXES 98

TABLE DES MATIERES……...……..120

INTRODUCTION

Le concept de la qualité de vie est apparu au cours des années 1970, reflétant un élargissement des objectifs de santé. Il est né de la conjonction d'une modification du pronostic des maladies, de la considération de l'autonomie du patient et d'un besoin d'évaluation médicale. La qualité de vie (QDV) apparait comme ce qui reflète l'impact des maladies, des traitements et des décisions de santé sur la vie quotidienne, en essayant d'approcher le point de vue du patient [1].

Il intègre la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement [2].

La cataracte a été la première maladie à entrer dans le champ d'investigation de la QDV en ophtalmologie et continue d'y générer de nombreuses études cliniques. L'intérêt porté à cette pathologie peut s'expliquer essentiellement par sa grande fréquence, son impact négatif considérable sur la QDV des patients en l'absence de traitement, mais aussi et surtout par l'existence d'une prise en charge chirurgicale efficace et de plus en plus sûre, dont l'impact sur la QDV est le plus souvent évident [3].

À l'échelle mondiale, la cataracte serait la principale cause de cécité, responsable d'environ 17 millions des 45 millions de cas de cécité, et la grande majorité des cas vivent dans des pays à faible revenu [4,5]. En Afrique subsaharienne, la prévalence de la cécité est estimée à 1,4% [6]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé en l'an 2000, lors du lancement de l'initiative Vision 2020 en Afrique francophone, la cataracte serait responsable d'environ 60% des cas de cécité dans la région, soit environ 1,2 million de personnes, avec un nombre annuel de nouveaux cas de cataracte cécitante estimé à 300 000 [7].

Au Burkina-Faso, le taux de cécité par cataracte était estimé à 65% [8] contre 50% au Cameroun [9]. Au Mali, la prévalence de la cécité était estimée à 1,2% soit environ 192 000 aveugles, dont 90 240 à cause de la cataracte [10].

Dans une étude réalisée dans le sud du Bénin dans la commune de Sakété, les différentes affections oculaires cécitantes rencontrées avec leurs prévalences respectives sont : la cataracte (63,40%), le GPAO (7,45%), les opacités cornéennes (1,89 %) et les autres affections oculaires cécitantes (6,03 %). La tranche d'âge de 50 ans et plus constitue le groupe à haut risque de cécité, de baisse de vision et des affections oculaires cécitantes [11].

Le traitement est essentiellement chirurgical. Il existe plusieurs techniques dont la référence est la phacoémulsification. Cependant, sa pratique est peu répandue dans les pays en développement, du fait de son coût. Au cours des dernières décennies, une nouvelle technique a émergé, semblable à la phacoémulsification mais manuelle [12]. C'est la technique d'extraction par un tunnel scléro-cornéen sans suture ou phacoalternative. C'est une technique qui donne des résultats comparables à ceux de la phacoémulsification [13]. Les complications graves sont rares. Cependant, compte tenu du nombre d'opérés, elles affectent tout de même un nombre relativement important de patients. Les complications les plus graves résultent de l'infection, des atteintes du segment postérieur ou des conséquences d'une rupture capsulaire postérieure.

L'étude de la qualité de vie des patients atteints de la cataracte aurait un impact significatif sur la stratégie de prise en charge et d'évaluation du traitement chirurgical, ainsi que sur le niveau de vie socio-professionnelle des patients. Ainsi, nous avons mené cette étude qui a pour but d'évaluer la qualité de vie des patients opérés lors d'une campagne de chirurgie gratuite de la cataracte dans la commune de Sakété.

- **Objectif général**

Évaluer la qualité de vie des patients opérés lors d'une campagne de chirurgie gratuite de la cataracte dans la commune de Sakété.

- **Objectifs spécifiques**

1. Décrire les aspects sociodémographiques des patients opérés de cataracte dans la commune de Sakété.
2. Déterminer la qualité de vie des patients avant et après la chirurgie.
3. Comparer la qualité de vie avant et après la chirurgie de la cataracte dans la commune de Sakété.
4. Identifier les facteurs influençant la qualité de vie des patients après la chirurgie de la cataracte dans la commune de Sakété.

CADRE CONCEPTUEL

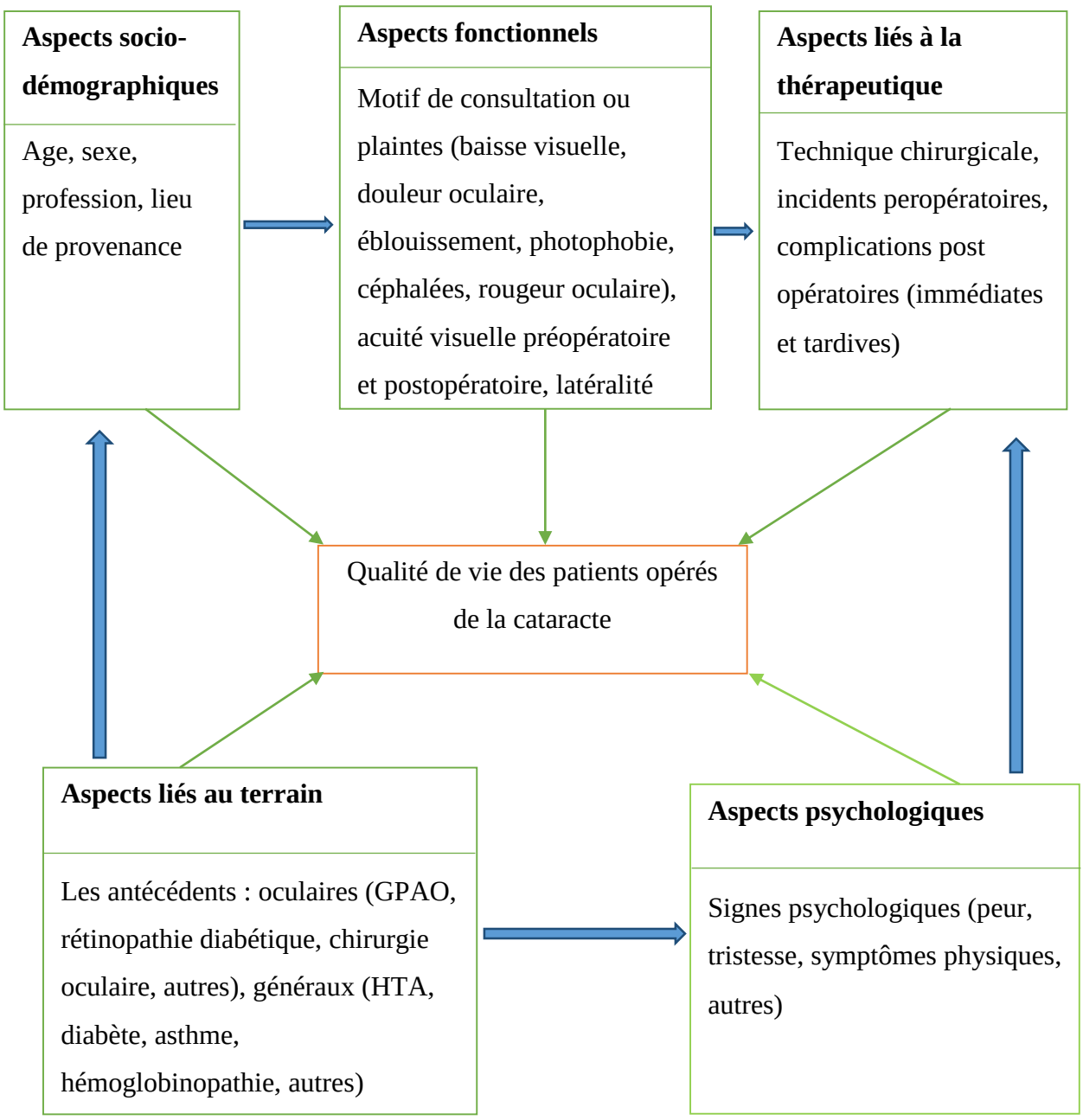


Figure 1 : Cadre conceptuel des facteurs influençant la QDV des patients opérés de la cataracte



Cadres verts : Composantes explicatives



Cadre orange : Composante principale

Flèche verte : Relation entre la composante principale et les composantes explicatives

Flèche bleue : Relation entre les composantes explicatives

Explication du cadre conceptuel

- **Aspects sociodémographiques**

L'âge, le sexe, la profession et le lieu de provenance influent sur la qualité de vie des patients opérés et ont également une incidence sur les aspects fonctionnels du patient.

- **Aspects fonctionnels**

Le motif de consultation ou plaintes, l'acuité visuelle pré et postopératoires sont des aspects qui vont influencer la qualité de vie des patients. Ces éléments orientent également les aspects liés à la thérapeutique.

- **Aspects liés à la thérapeutique**

La technique chirurgicale, les incidents peropératoires ainsi que les complications postopératoires (immédiates et tardives) influent sur la qualité de vie des patients.

- **Aspects liés au terrain**

Les antécédents oculaires et généraux influent sur la qualité de vie des patients, agissant sur les aspects sociodémographiques et psychologiques.

- **Aspects psychologiques**

Les signes psychologiques influent sur la qualité de vie des patients ainsi que les aspects liés à la thérapeutique.

1. GENERALITES

1.1. Cataracte

1.1.1. Définition des concepts

1.1.1.1. Cataracte

La cataracte peut être définie comme une opacification partielle ou totale du cristallin, qui entraine une dégradation progressive de la vision [14].

1.1.1.2. Qualité de vie

Selon l'OMS, la qualité de vie est définie comme étant la perception d'un individu de sa position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, et en relation avec ses buts, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui intègre la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement [2].

1.1.1.3. Qualité de vie en santé

Lorsqu'on fait référence à la qualité de vie dans le domaine de la santé, la définition communément citée est celle publiée par l'OMS en 1993. La qualité de vie en santé est la qualité de vie étudiée dans un contexte médical. C'est « l'impact de la santé, incluant la maladie et le traitement sur le bien-être social, physique et psychologique du patient » [15,16].

La qualité de vie relative à la santé est également définie comme étant « un état de bien-être » qui repose sur deux composants :

- la capacité à réaliser des activités journalières qui reflètent le bien-être physique, psychologique et social ;
- la satisfaction du patient avec son niveau de fonctionnement, le contrôle de sa maladie et des symptômes reliés à son traitement [17,18].

1.1.1.4. Chirurgie de la cataracte

Il s'agit de l'acte opératoire qui consiste à retirer le cristallin opacifié et à le remplacer par un implant artificiel appelé lentille intraoculaire [19].

Les critères d'opérabilité d'une cataracte selon l'OMS sont :

- Une acuité visuelle < 3/10 non améliorable.
- Un bon réflexe photomoteur.
- Un pôle postérieur normal.

1.1.1.5. Campagne de chirurgie gratuite

La campagne de chirurgie gratuite vise à offrir des soins chirurgicaux et médicaux oculaires dans le but d'aider la population vulnérable.

1.1.2. Rappels anatomiques et physiologiques

L'œil est l'organe de la vision. Il a un volume de 6,5 cm^3, il pèse 7 grammes, il a la forme d'une sphère d'environ 24 mm de diamètre, complétée vers l'avant par une coupole hémisphérique de 8 mm de rayon, la cornée. La paroi du globe oculaire est formée de trois (03) tuniques:

- La tunique externe, la scléro-cornée
- La tunique intermédiaire, uvée
- La tunique interne nerveuse, la rétine

Ces tuniques enferment des milieux transparents

- L'humeur aqueuse
- Le cristallin
- Le corps vitré

1.1.2.1. Tuniques

a. Tunique externe ou scléro-cornée

Elle se compose de la sclérotique opaque en arrière et de la cornée transparente en avant.

- La sclérotique est une membrane rigide qui donne sa forme à l'œil. En avant, elle devient la cornée. Membrane fibreuse, résistante, de coloration blanche et qui entoure et protège l'œil à l'extérieur tout en maintenant sa forme. Comme elle est inextensible, les variations de la pression intraoculaire ne modifient pas le volume de l'œil. Elle est traversée par un grand nombre de petits canaux (artères, nerfs et veines) et à l'arrière par une ouverture dans laquelle passent les fibres du nerf optique et qui s'appelle la lame criblée.
- La cornée constitue la lentille principale du système optique oculaire ; pour que ce tissu puisse remplir sa fonction, il doit être transparent et tout concourt à assurer cette transparence. La cornée est enchâssée dans l'ouverture antérieure de la sclérotique ; elle est la structure qui a la plus grande sensibilité tactile du corps humain. Elle se compose de 5 couches (épithélium, membrane de Bowman, stroma, membrane de Descemet et l'endothélium), son épaisseur totale est d'environ 0,5 mm au centre et 0,8 mm à la périphérie. Le rayon de courbure de la face antérieure (face en contact avec l'air) est égal à 7,8 mm en moyenne. La frontière entre cornée et sclérotique, appelée limbe, est une zone semi-transparente qui a la particularité d'adhérer à la conjonctive, fine membrane qui couvre la face postérieure des paupières et la partie antérieure de la sclérotique. Tandis que la cornée est avasculaire, le limbe est richement innervé et vasculaire.

b. Tunique intermédiaire, l'uvée

Elle se compose de 3 éléments : l'iris en avant, le corps ciliaire, la choroïde en arrière.

- L'iris est la portion la plus antérieure de l'uvée, il est de structure pigmentée, donnant sa couleur à l'œil et percé d'un trou, la pupille. La contraction ou la dilatation réflexe régulent la quantité de lumière pénétrant dans l'œil par la pupille. Il est situé dans l'humeur aqueuse entre la cornée et le cristallin, séparant ainsi la chambre antérieure de la chambre postérieure de l'œil. L'iris est innervé par des fibres du système nerveux autonome qui activent les muscles dilatateurs et sphincters responsables de la dilatation et de la constriction pupillaires.
- Le corps ciliaire est représenté par un épaississement de l'uvée située en couronne derrière l'iris. C'est une série d'environ 80 fins processus radiaires contenant des fibres musculaires lisses et des vaisseaux sanguins.
- La choroïde est une couche vasculaire, située entre l'épithélium pigmentaire et la sclérotique. C'est le tissu nourricier de l'œil. Il apporte l'oxygène et les nutriments dont les cellules ont besoin pour vivre.

c. Tunique interne, la rétine

C'est la membrane nerveuse tapissant le fond de l'œil, c'est une couche neurosensorielle, directement en rapport avec le corps vitré. Elle est d'environ 0,23 mm d'épaisseur et de surface à peu près égale à celle d'un petit timbre-poste dans lequel se trouvent plus de 130 millions de cellules nerveuses. C'est elle qui transforme les rayons lumineux en influx nerveux.

1.1.2.2. Milieux transparents

Les milieux transparents se composent de l'humeur aqueuse, du cristallin et du corps vitré.

a. Humeur aqueuse

L'humeur aqueuse est un liquide transparent qui remplit l'espace entre la cornée et le cristallin, liquide continuellement renouvelé et qui, avec le corps vitré, maintient la pression intraoculaire. S'il y a trop de pression intraoculaire, il y a une mauvaise irrigation sanguine de la tête du nerf optique. Cette pression joue un grand rôle dans le glaucome.

b. Cristallin

C'est la lentille de l'œil qui permet la mise au point par sa propriété essentielle, qu'est la plasticité qui lui permet de modifier ses courbures et son indice de réfraction lors de l'accommodation. De forme biconvexe, transparente et molle, il est situé à l'intérieur du globe oculaire. Sa partie antérieure est en contact avec l'humeur aqueuse et sa partie postérieure avec le corps vitré. Il se bombe pour la mise au point d'objets proches. S'il perd son élasticité, il est responsable de la presbytie ; s'il devient opaque, il est responsable de la cataracte. Il est maintenu en place par une série de fibres amarrées au corps ciliaire, la zonule de Zinn.

c. Corps vitré ou humeur vitré

Le corps vitré est une masse gélatineuse et transparente, contenant 99 % d'eau et représentant 60 % du volume oculaire. Cette masse est contenue dans une enveloppe transparente, a hyaloïde. Le corps vitré maintient la rétine contre les parois de l'œil. Avec les années, il se liquéfie, ce qui fait apparaître ces mouches volantes contre un ciel lumineux.

En résumé, l'œil est constitué de trois membranes : la rétine, la choroïde et la sclérotique et de trois milieux transparents : l'humeur aqueuse, le cristallin et l'humeur vitrée. La figure 1 est une coupe sagittale du globe oculaire droit montrant ses différentes parties et leurs rapports.

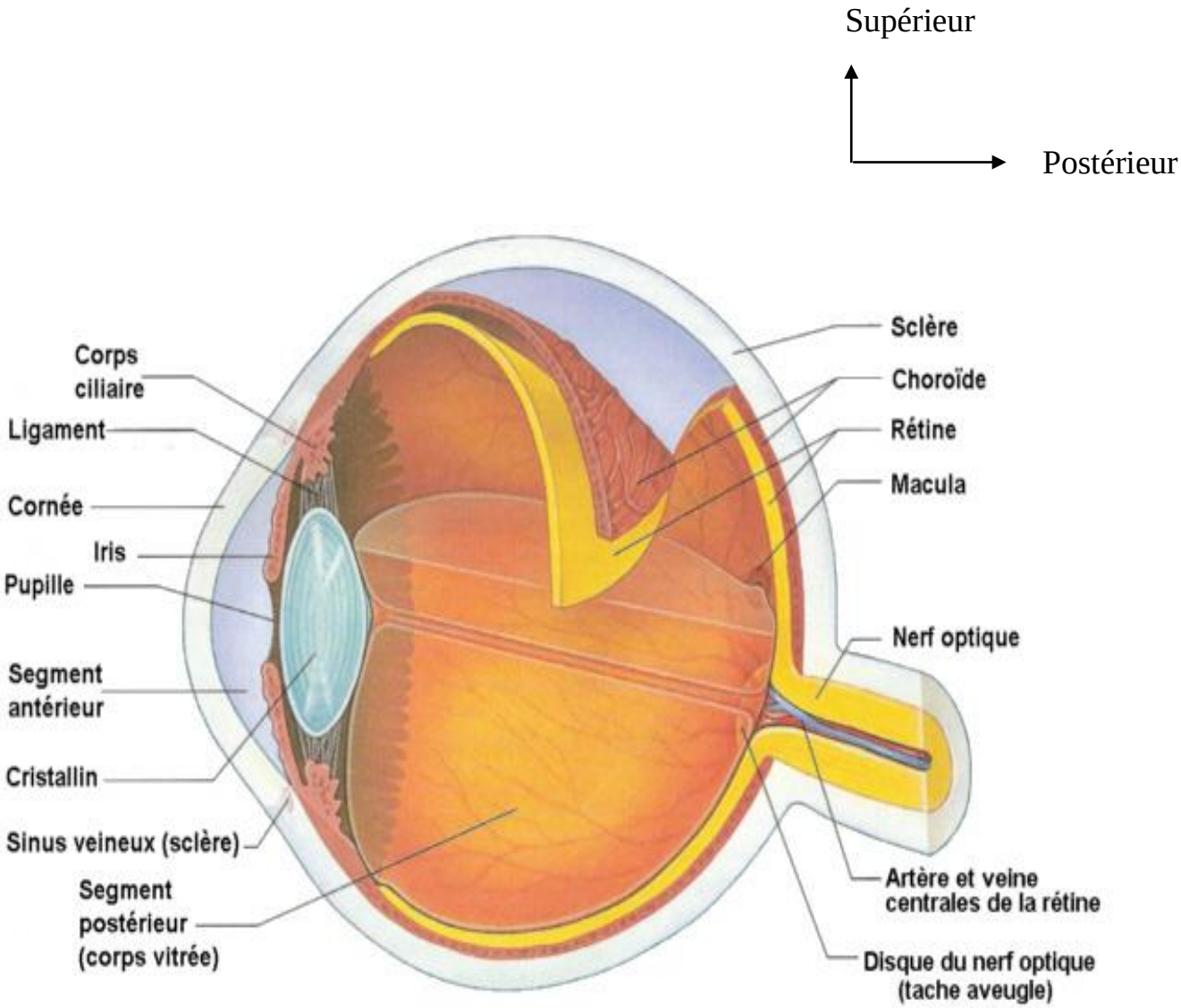


Figure 2 : Coupe sagittale du globe oculaire droit

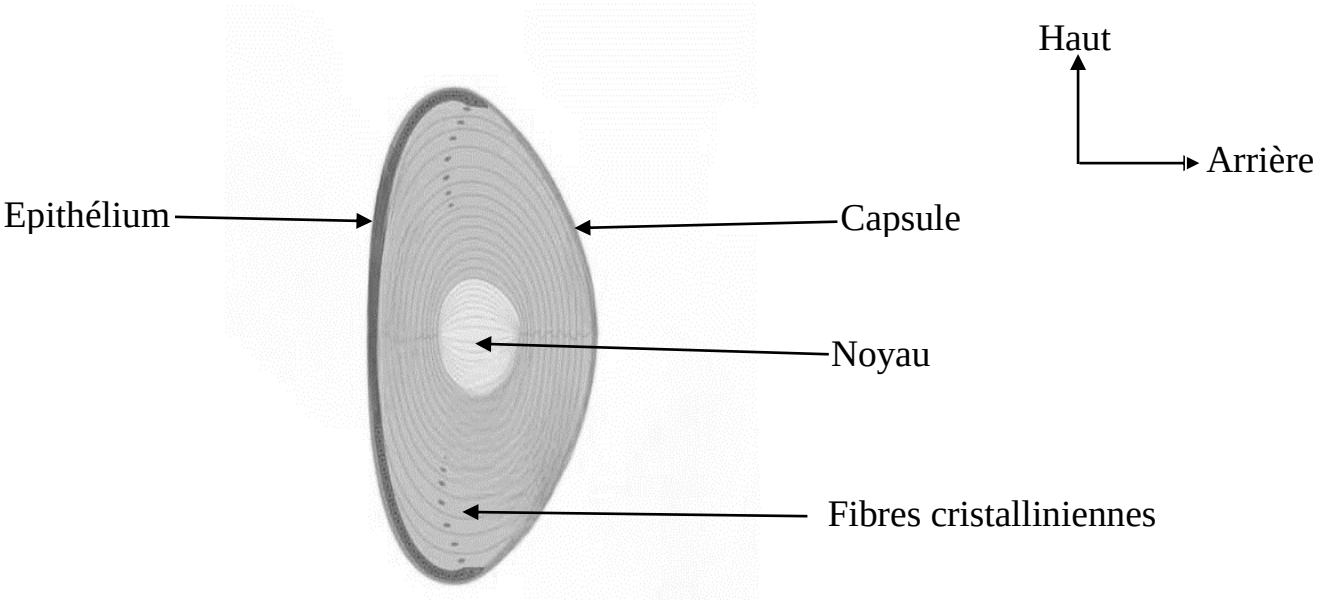


Figure 3 : Coupe sagittale du cristallin

1.1.3. Causes [20]

1.1.3.1. Cataractes séniles (liée à l'âge)

Elle survient habituellement chez le sujet de plus de 65 ans, mais peut toucher également des individus plus jeunes (on parle alors de cataracte « présénile »). La cataracte liée à l'âge est en général bilatérale, mais volontiers asymétrique. L'évolution est en général lente, sur plusieurs mois ou années, responsable d'une baisse visuelle lentement progressive.

1.1.3.1. Cataractes traumatiques

Assez fréquentes, survenant chez le sujet jeune et chez l'enfant, le plus souvent unilatérales, elles peuvent être : Contusives (classiquement sous-capsulaires postérieures en rosace) ou liées à un traumatisme perforant (secondaires à l'imbibition du cortex cristallinien par l'humeur aqueuse après ouverture de la capsule cristallinienne).

1.1.3.2. Cataractes compliquées

Les cataractes compliquées regroupent celles qui surviennent consécutivement à une pathologie oculaire.

1.1.3.3. Cataractes pathologiques

Si certaines affections endocriniennes, comme l'hypoparathyroïdie ou l'avitaminose C, sont classiquement reconnues comme cause de cataracte, la seule réellement rencontrée est la cataracte diabétique. Elle est classiquement sous capsulaire postérieure et complique souvent un diabète insulinodépendant, chez le sujet âgé, le diabète non insulinodépendant est une cause favorisante de cataracte sénile.

Autres causes : certaines cataractes, beaucoup plus rares, peuvent être associées à d'autres pathologies, comme la trisomie 21, la maladie de Steinert et certaines affections cutanées (cataractes syndermatiques) comme la sclérodermie ou l'eczéma atopique.

1.1.3.4. Cataractes iatrogènes

La principale est la cataracte secondaire à une corticothérapie générale au long cours (corticothérapie supérieure ou égale à un an). Plus rare est la cataracte secondaire à une radiothérapie orbitaire

1.1.3.5. Cataractes congénitales

Il existe deux grandes causes de cataractes congénitales, à savoir les cataractes par embryopathies et les cataractes héréditaires.

1.1.4. Diagnostic [21]

1.1.4.1. Diagnostic positif

a. Signes fonctionnels

La baisse visuelle est le signe essentiel. Elle est progressive et prédomine souvent de loin. Les autres signes fonctionnels sont la photophobie et la sensation de halos. Un

signe plus rare est la diplopie monoculaire : diplopie par dédoublement de l'image au niveau de l'œil atteint, ne disparaissant pas à l'occlusion de l'autre œil, contrairement à la diplopie binoculaire des paralysies oculomotrices.

b. Signes physiques

Il repose sur:

- La mesure de l'acuité visuelle ; on observe une diminution de l'acuité visuelle plus ou moins importante, au dépend de la vision de loin et/ou de la vision de près
- L'examen après dilatation pupillaire est l'examen essentiel ; il retrouve l'opacification cristallinienne et la localise. Les quatre principaux types de cataracte ainsi identifiables sont :

- **La cataracte nucléaire**

L'opacification intéresse le noyau du cristallin. Une certaine sclérose du noyau cristallinien est physiologique chez le sujet âgé, elle interfère peu sur l'acuité visuelle. Lorsque le noyau prend une coloration jaunâtre plus dense, on parle de cataracte nucléaire. C'est dans cette forme que l'on retrouve une baisse d'acuité visuelle prédominant en vision de loin et une myopie d'indice. Dans les formes plus évoluées, le noyau devient brun et dur ; dénommée la cataracte brunescente.

- **La cataracte sous capsulaire postérieure**

Cette forme se voit plus souvent chez l'adulte jeune. La baisse de vision de loin s'accompagne plus volontiers d'une baisse de vision de près. L'opacification est granulaire ou en plaque, située en avant de la capsule postérieure. L'étiologie à rechercher est un traumatisme, la prise de corticoïdes, un diabète, l'exposition aux rayonnements ionisants, une inflammation oculaire.

- **La cataracte corticale**

Les cataractes corticales résultent d'une opacification d'un groupe de fibres cristalliniennes dans le cortex cristallinien antérieur ou postérieur. La forme des opacités et leur topographie sont variables. Leur étendue et leur siège expliquent le caractère modéré de la gêne visuelle jusqu'à ce que l'axe visuel soit atteint.

- **La cataracte totale**

Le cristallin a un aspect blanc laiteux. Cette forme de cataracte est appelée « cataracte blanche ».

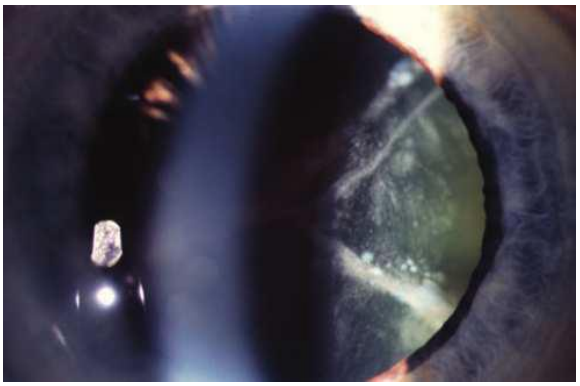


Figure 4 : Cataracte corticale [22]

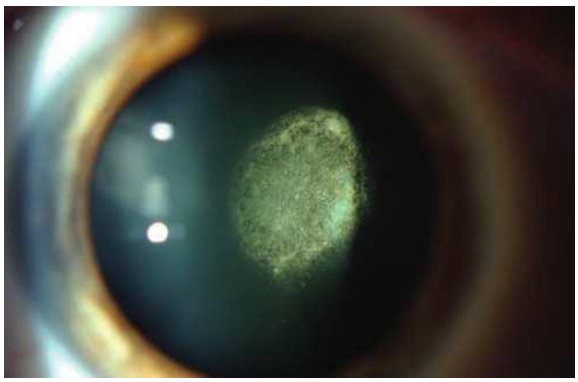


Figure 5 : Cataracte sous capsulaire postérieure [22]

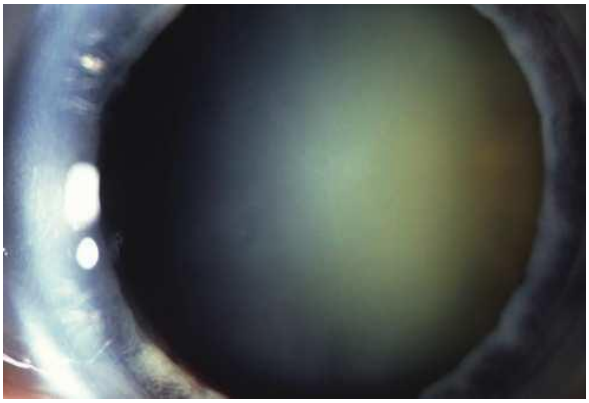


Figure 6 : Cataracte nucléaire [22]

Le diagnostic de la cataracte impose : un bilan dont le but est de faire la part de ce qui revient à la cataracte dans la baisse d'acuité visuelle. Il est capital de prendre le tonus oculaire pour rechercher un éventuel glaucome associé et d'effectuer un examen du fond d'œil pour apprécier l'état de la rétine, en particulier au niveau maculaire. Il faut noter que l'opacification du cristallin crée une gêne à l'examen du segment postérieur ; dans certaines cataractes très évoluées, le fond d'œil est même invisible ; il faut alors s'aider d'examens complémentaires tels que l'échographie (à la recherche d'un décollement de rétine méconnu) et l'électrorétinogramme (ERG) qui enregistre l'activité électrique de la rétine.

Au terme de cet examen, il doit être possible de répondre à plusieurs questions :

a. L'opacification du cristallin est-elle en rapport avec la baisse d'acuité visuelle ?
b. La gêne ressentie par le patient fait-elle poser une indication chirurgicale ?

En dehors de la cataracte, le patient présente-t-il des pathologies oculaires qui risquent de compromettre le résultat chirurgical ?

1.1.4.2. Diagnostic différentiel

Il ne se pose guère après un examen correct. Le problème majeur est, rappelons-le, d'apprécier le pronostic visuel postopératoire en recherchant une atteinte oculaire associée.

1.1.5. Traitement [21,23,24]

Il n'y a pas de traitement médical de la cataracte, les nombreuses recherches dans ce sens n'ayant pas à l'heure actuelle aboutie. Le traitement est donc uniquement chirurgical. Il est actuellement réalisé le plus souvent sous anesthésie loco-régionale, permettant ainsi une chirurgie ambulatoire.

1.1.5.1. Indication

L'indication opératoire ne doit être posée qu'après un examen ophtalmologique complet et dépend de la gêne fonctionnelle.

1.1.5.2. Bilan préopératoire

Il comporte :

- Les mensurations cornéennes.
- En cas de correction par un implant intra oculaire, une biométrie (mesure de la longueur axiale du globe oculaire par échographie en mode A) et le calcul de la puissance en dioptries de l'implant intra oculaire.
- Bilan biologique : glycémie à jeun.

1.1.5.3. Information du patient

Un temps essentiel de la prise en charge est l'information au patient, qui doit être prévenue des modalités du traitement chirurgical, des résultats fonctionnels attendus et des complications éventuelles. Une séance d'information, d'éducation et de communication sur les causes des cataractes est également réalisée.

1.1.5.4. Moyens

a. Phacoémulsification

C'est actuellement la technique de référence pour la chirurgie de la cataracte. Elle repose sur la fragmentation in situ avant aspiration extra capsulaire du cristallin opacifié au travers d'une petite incision limbique ou cornéenne dont la largeur est comprise entre 1,8 mm (micro-incision), 2 mm (mini incision) et 3,2 mm (petite incision), alors que le diamètre équatorial du cristallin est proche de 12 mm en moyenne. Ce caractère faiblement invasif autorise la réalisation d'une chirurgie ambulatoire. La durée de l'intervention est de 10 à 15 minutes en moyenne.

b. Phacoalternative

La chirurgie de la cataracte sans suture comporte plusieurs étapes distinctes. Le matériel à utiliser est constitué du matériel classique pour extraction extra capsulaire auquel on ajoute les couteaux 3,2 mm, Crescent et 15 degrés. L'anesthésie est rétrobulbaire et s'accompagne d'une oculopression de 30 mmHg pendant 15 minutes. La technique opératoire consiste en une dissection conjonctivale au limbe de 11h à 13h et une hémostase correcte. Un tunnel scléral par une incision curviligne à 3 mm environ du limbe est réalisé et poursuivi jusqu'aux premières lames cornéennes à 2 mm du limbe. Après une paracentèse à midi et un orifice de service à 8h, la chambre antérieure se remplit du produit viscoélastique. On réalise une capsulotomie antérieure en timbre-poste. On extrait le noyau mobilisé et luxé en chambre antérieure par accouchement au viscoélastique puis on lave les masses grâce à la canule à double courant de SIMCOE. L'implantation se fait dans le sac avec les implants en PMMA ayant une optique 5,5 à 6,5 mm. Le lavage du produit viscoélastique, l'aspiration du reste des masses, la vérification du produit viscoélastique, la vérification de l'étanchéité du tunnel scléral et la remise en place du lambeau conjonctival doivent être faits. Enfin, l'injection sous conjonctivale d'antibiotique, l'application de pommade corticoïde et le pansement occlusif

constituent les étapes ultimes de l'intervention. La durée de l'intervention est de 15 à 30 min en moyenne.

c. Extraction extra capsulaire (EEC)

Dans l'EEC, la capsule antérieure du cristallin, le cortex et le noyau sont extraits, laissant en place la capsule postérieure et la zonule. Elle peut être réalisée avec un taux de succès suffisamment bon, en utilisant un matériel relativement simple et basique, à condition de disposer d'un microscope opératoire à lumière coaxiale. Cette technique est autrefois préconisée dans la majorité des pays en développement et par la plupart des organisations internationales de prévention et de traitement de la cécité.

d. Extraction intra capsulaire

Dans l'extraction intracapsulaire, le cristallin est extrait dans sa totalité par rupture de la zonule. Elle est réalisée de nos jours pour les cataractes subluxées ou luxées.

1.1.6. Résultats

Le traitement chirurgical permet dans plus de 90% des cas une récupération fonctionnelle excellente et rapide, dès le lendemain de l'intervention ou en quelques jours.

Le patient peut reprendre très rapidement une activité normale, sous couverture d'un traitement antibiotique et anti-inflammatoire locaux (collyre antibiocorticoïde ou collyre AINS) poursuivant pendant quelques semaines, associées aux examens ophtalmologiques de contrôle.

1.1.7. Complications de la chirurgie

1.1.7.1. Complications peropératoires [21]

- **Rupture de la capsule postérieure du cristallin**, se produit généralement en essayant une aspiration des masses cristallines. C'est la complication peropératoire la plus fréquente. Elle consiste en la rupture de la capsule où se trouve le cristallin.

Selon l'extension de cette rupture, celle-ci peut rendre difficile l'implantation de cristallin artificiel à l'intérieur du sac.

- **Luxation de « masses cristallines »**, comme conséquence d'une rupture capsulaire, le contenu de ce sac (la cataracte) peut tomber à l'intérieur de l'œil, ce qu'on appelle « cavité vitrée ».
- **Luxation de l'implant** se produit également au cours de l'aspiration des masses cristallines.

1.1.7.2. Complications postopératoires [21]

- **Œdème cornéen (inflammation)** : provoque des troubles de la vision, ce qui est normal pendant les 24 à 48 heures, cependant, cette inflammation peut être intense due à des complications durant l'opération.
- **Infection intraoculaire (endophtalmie)** exceptionnelle et de pronostic redoutable, pouvant aboutir dans les cas les plus sévères à la perte fonctionnelle ou même anatomique de l'œil.
- **Œdème maculaire**, survenant dans environ 3% des cas ; il s'agit d'un œdème maculaire cystoïde, comparable à l'œdème maculaire observé dans la rétinopathie diabétique ou dans les occlusions veineuses rétiniennes. Il va régresser dans les 2/3 des cas, mais dans 1/3 des cas (soit 1% des yeux opérés), l'évolution se fait vers un œdème maculaire chronique avec baisse d'acuité visuelle permanente.
- **Décollement de rétine**, survenant dans environ 2% des cas, nécessitant une réintervention permettant le plus souvent d'obtenir une réapplication rétinienne, mais pouvant compromettre le résultat fonctionnel s'il soulevait la rétine maculaire.

1.2. Qualité de vie

Il existe plusieurs outils de mesure de la QDV mais que l'on peut classer en outils génériques et outils spécifiques. Il s'agit de questionnaires ou échelles qui sont des instruments standardisés et validés explorant certains domaines de la qualité de vie au regard des besoins de la personne. Ils proposent des items (questions spécifiques), auxquels le patient répond de façon binaire (oui/non), ou non (pas du tout /un peu /assez bien / bien / sans problème). Ces questionnaires peuvent être auto-administrés (le patient répond aux questions sans intervention extérieure), ou administrés par un médecin, une infirmière ou toute autre personne [25].

1.2.1. Questionnaires génériques

Les instruments génériques ont été conçus pour évaluer l'état de santé et la qualité de vie de manière indépendante de la maladie, de sa gravité, du traitement et des caractéristiques des patients. Leur avantage réside dans leur universalité, mais leur inconvénient majeur réside dans un manque de sensibilité pour mesurer des changements subtils de la QDV liés à des pathologies spécifiques et à leur prise en charge. Les instruments génériques comprennent le **SIP** (Sickness Impact Profile), le **SF-36** (Short-Form, 36 items), le **SF-20** et le **MOS-20** (Medical Outcome Study, 20 items , dérivé du SF-36), l**'EuroQol 5D** (European Quality of life- 5 Dimensions), le **WHOQOL-100** et le **WHOQOL-26** (World Health Organization Quality Of Life), **SWED-QUAL** (Swedish Health-related Quality of Life Survey, 67 items) [26].

1.2.2. Questionnaires spécifiques

Les instruments spécifiques ont été développés pour répondre aux critiques formulées à l'encontre des instruments génériques, qui présentent un manque de sensibilité aux variations discrètes de qualité de vie dans les domaines spécifiques d'une pathologie. Parmi les instruments de mesure de la QDV les plus fréquemment

utilisés figurent le **VF-14** (Visual Function Index-14) et le **NEI-VFQ** (National Eye Institute Visual Function Questionnaire).

NEI-VFQ ou National Eye Institute Visual Function Questionnaire [27–29]

L'échelle **NEI-VFQ** est une échelle américaine développée à la fin des années 1990 dans le but d'incorporer une plus grande variété de données liées à la qualité de vie liée à la vision. Cette échelle s'applique à une grande variété de pathologies et explore différentes dimensions de la qualité de vie liée à la vision, y compris les dimensions psychologiques et subjectives. Dans sa forme originelle, cet instrument comporte 51 items regroupés en 13 domaines, à savoir : la santé générale, la vision générale, les douleurs oculaires, la vision de près, la vision de loin, la vision périphérique, la vision des couleurs, la conduite automobile, la vie sociale, la santé psychique en relation avec la vision, les changements visuels attendus, la limitation des activités et la dépendance en relation avec la vision. Les propriétés psychométriques du NEI-VFQ sont jugées très satisfaisantes pour toutes les pathologies initialement étudiées (rétinopathie diabétique, dégénérescence maculaire liée à l'âge, glaucome, cataracte), selon ses auteurs [29].

Un des avantages du NEI-VFQ est son intégration à de multiples pathologies oculaires ainsi que des dimensions subjectives de la qualité de vie, telles que la santé psychique en relation avec la vision et les changements visuels attendus. Cependant, certaines critiques ont été émises, notamment en ce qui concerne sa lourdeur dans la mise en œuvre et le temps relativement important nécessaire pour répondre aux 51 questions. Face à ces critiques, des versions plus courtes du NEI-VFQ ont été développées, dont l'une comprend 25 items et l'autre en compte 39. Ces versions présentent des propriétés psychométriques satisfaisantes, avec une bonne fiabilité et une validité statistique. Une version du NEI-VFQ 25 est présentée en annexe (***voir annexe 1***).

1.3. Qualité de vie et cataracte

1.3.1. Qualité de vie du patient porteur d'une cataracte

La cataracte a été pionnière dans le domaine de l'évaluation de la qualité de vie, générant continuellement un ensemble significatif d'études cliniques. L'intérêt précoce accordé à cette pathologie s'explique principalement par sa fréquence élevée, son impact considérable sur la qualité de vie des patients en l'absence de traitement, et surtout par l'efficacité croissante et la sécurité accrue de la prise en charge chirurgicale. Les résultats de cette intervention, souvent remarquables, ont conduit au développement de multiples échelles spécifiques de qualité de vie dédiées à la cataracte. Cela reflète la reconnaissance de la limitation des critères fonctionnels habituels pour orienter les décisions chirurgicales, ainsi que la nécessité d'évaluer de manière plus complète les résultats de la prise en charge [26].

1.3.1.1. Intérêts de l'étude

- **La qualité de vie, un nouveau critère de décision chirurgicale ?**

Comme le mettent en évidence toutes les études sur la qualité de vie liée à la cataracte, un consensus émerge actuellement, indiquant que l'acuité visuelle, de près et de loin, est insuffisante pour orienter la décision d'une extraction de la cataracte. Malgré cela, la majorité des praticiens continue de se fier uniquement à ce critère pour déterminer la nécessité d'une intervention. Bien que d'autres critères objectifs aient été suggérés, tels que l'évaluation de la vision, des contrastes ou de la sensibilité à l'éblouissement, aucune de ces techniques n'est suffisamment standardisée pour être appliquée efficacement en pratique clinique.

Face à cette réalité, une question fondamentale se pose : qu'est-ce qui devrait réellement motiver la décision chirurgicale ? Doit-on se baser sur les performances visuelles du patient avant et après la chirurgie, ou plutôt sur les répercussions de la pathologie sur ses activités, ses émotions, sa vie quotidienne, et donc, sur sa qualité

de vie ? Pour répondre à cette question, il est essentiel de garder à l'esprit que la chirurgie de la cataracte vise avant tout à restaurer une fonction altérée par un processus pathologique, en cherchant à atteindre une « normalité » fonctionnelle. Les mesures objectives telles que l'acuité visuelle, la vision des contrastes et les altérations anatomiques du cristallin ne représentent qu'une facette de la fonction visuelle, principalement d'intérêt pour le clinicien. L'autre aspect est représenté par la qualité de vie liée à la vision et son altération par la pathologie, particulièrement importante pour le patient et de plus en plus reconnue par des cliniciens conscients des limites des critères objectifs.

Dans cette perspective, il est raisonnable de considérer que la décision chirurgicale devrait résulter de la convergence des critères objectifs et des critères subjectifs, notamment les altérations de la qualité de vie. Cette approche vise à espérer une amélioration simultanée de ces aspects après la chirurgie, en accord avec la satisfaction du patient.

- **La qualité de vie, critère de l'évaluation de la qualité de prise en charge du patient porteur d'une cataracte**

La nécessité de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des soins est actuellement reconnue et préconisée par une écrasante majorité des acteurs de la politique de santé dans de très nombreux pays, mais aussi par la majorité des praticiens. Aussi, a-t-il été nécessaire de se doter de moyens d'évaluation, et l'étude de la qualité de vie liée à la santé peut y contribuer, au même titre que d'autres critères médicaux et médico-économiques plus « classiques ». Concernant la cataracte, il apparaît tout à fait légitime de s'intéresser au point de vue du patient, à son jugement quant au résultat de la prise en charge, car, étant le principal intéressé, il en est également le meilleur juge dans la majorité des cas.

1.3.1.2. Facteurs influençant la qualité de vie [26]

a. Liés à la pathologie et à son évolution

- **Baisse d'acuité visuelle et modifications réfractives**

La baisse d'acuité visuelle de loin, mais également de près est parallèle à l'évolution de l'opacification cristallinienne. Elle peut être plus ou moins rapide, selon les formes cliniques, pouvant, par exemple, être relativement rapide dans le cas de cataractes sous capsulaires postérieures. La topographie des opacités, lorsqu'elles sont localisées, a une certaine importance, la baisse d'acuité visuelle étant plus importante en cas d'opacités présentes dans l'axe visuel.

Ces opacités, qu'elles soient globales ou localisées, altèrent l'acuité visuelle en agissant comme un filtre sur les faisceaux lumineux et par diffraction. Par ailleurs, des modifications réfractives de l'œil affecté par une cataracte sont également envisageables, se manifestant principalement par une myopisation dans le cas de la cataracte nucléaire. Ces modifications sont attribuables à des changements dans l'indice réfractif du noyau cristallinien, ainsi qu'à une augmentation de son épaisseur.

- **Altération de la vision des contrastes et des couleurs**

La vision des couleurs peut être perturbée par l'apparition d'une cataracte, qui constitue une sorte de filtre chromatique. Ainsi, dans les cataractes nucléaires, on constate une absorption des courtes longueurs d'onde, qui peut, au maximum, déboucher sur une achromatopsie. La vision des contrastes est également perturbée, toujours par effet filtre, qui « lisse » les différences de contraste les moins franches. Les courbes de sensibilité au contraste des patients porteurs d'une cataracte se trouvent le plus souvent décalées vers le bas, par rapport aux courbes de sensibilité des sujets normaux.

- **Sensibilité à l'éblouissement**

Toutes les formes cliniques de cataracte, en créant une dispersion et une diffraction des faisceaux lumineux, peuvent être à l'origine d'une « sensibilité » à l'éblouissement. Celle-ci se traduit surtout par l'altération des autres fonctions visuelles lors de l'exposition à la source lumineuse, avec en particulier une baisse d'acuité visuelle et une diminution supplémentaire de la sensibilité aux contrastes. Ceci peut être particulièrement pénalisant dans un certain nombre d'activités du patient, dont la conduite automobile nocturne en particulier.
La cataracte sous capsulaire postérieure est un exemple-type,

- **Autres facteurs liés à la propagation des faisceaux lumineux**

D'autres facteurs possibles de la dégradation de la qualité de vie des patients sont également liés à la perturbation de la « marche » des rayons lumineux vers la rétine. Il peut s'agir de diplopie monoculaire, ou de perception de halos colorés autour de sources lumineuses, par effet prismatique principalement.

- **Complications ophtalmologiques de l'évolution de la cataracte non opérée**

Un certain nombre de complications peuvent émailler l'évolution spontanée d'une cataracte, en l'absence de prise en charge. Ainsi, l'intumescence cristallinienne peut conduire à la fermeture de l'angle irido-cornéen, en particulier chez des sujets prédisposés (hypermétropie, nanophtalmie), conduisant à une crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle. Dans les cas de cataractes hyper matures, et en particulier en présence de facteurs favorisants (pseudo-exfoliation capsulaire, maladie de Marfan, etc.), la subluxation, voire la luxation antérieure ou postérieure du cristallin peut également être observée, entraînant toute une série de complications tant au niveau du segment antérieur que concernant le segment postérieur. Les uvéites phacoantigéniques et glaucomes phacolytiques sont plutôt l'apanage des cataractes traumatiques, et en particulier dans les cas où existe une rupture capsulaire.

➢ **Evolution vers la cécité**

La cataracte demeure la principale cause de cécité à l'échelle mondiale, avec près de 16 millions de personnes aveugles, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), malgré l'existence d'un traitement chirurgical efficace. La dégradation de la qualité de vie des patients rendus aveugles par la cataracte est évidente. Elle affecte tous les secteurs la composant, que ce soit par la réduction ou l'impossibilité de réalisation d'un grand nombre des activités de la vie quotidienne, par les difficultés rencontrées dans la vie sociale et relationnelle, mais aussi par l'impact majeur de la cécité sur le psychisme du patient.

b. Liés à la thérapeutique

La prise en charge chirurgicale de la cataracte peut, en raison de ses complications, entraîner l'absence d'amélioration, voire une détérioration de la qualité de vie des patients. Les complications réfractives, telles que les amétropies sphériques résultant d'une erreur de calcul de la puissance de l'implant intraoculaire, ainsi que les amétropies cylindriques liées à un astigmatisme post-opératoire induit, et surtout les anisométropies excédant trois dioptries, suscitent un mécontentement significatif chez les patients.

D'autres complications également sont pourvoyeuses d'altérations fonctionnelles et de retentissement psychologique évident, qu'il s'agisse de décollement de rétine, d'œdème maculaire cystoïde, de dystrophie cornéenne, de ptosis palpébral après anesthésie locorégionale, mais là encore, aucune étude clinique n'a étudié le retentissement de ces complications sur la qualité de vie des patients.

Les complications infectieuses et inflammatoires résultant de la chirurgie de la cataracte représentent indéniablement un facteur majeur de détérioration de la qualité de vie. Qu'il s'agisse de la réactivation d'une uvéite antérieure, de l'apparition d'une uvéite réellement post-opératoire, ou de la redoutée endophtalmie, ces complications engendrent non seulement des douleurs, une diminution de l'acuité visuelle et un

stress, mais également des contraintes et des effets secondaires liés au traitement. Elles sont responsables d'altérations fonctionnelles, d'un impact psychologique significatif, entraînant ainsi une dégradation de la qualité de vie qui peut malheureusement être irréversible, comme c'est souvent le cas des endophtalmies post-opératoires.

1.3.1.3. Liés au terrain

Outre, la comorbidité générale (hypertension artérielle, diabète…), la comorbidité ophtalmologique (rétinopathie diabétique, dégénérescence maculaire liée à l'âge, glaucome… etc.) est un important facteur d'altération de la qualité de vie du patient porteur d'une cataracte. L'association d'une ou plusieurs de ces pathologies à une cataracte aggravent les scores de qualité de vie, et plusieurs études cliniques indiquent qu'elles sont également associées à une récupération moindre des scores de qualité de vie après la chirurgie de la cataracte [30].

1.3.2. Prise en charge de la cataracte et qualité de vie

1.3.2.1. Impact de la chirurgie de la cataracte sur la qualité de vie [26]

Le consensus actuel, basé sur de nombreuses publications, indique une amélioration significative de la qualité de vie après la chirurgie de la cataracte, surtout notable lors de l'intervention sur le premier œil. Les résultats peuvent varier en fonction de divers facteurs tels que la technique chirurgicale, le type de correction optique, l'âge du patient et les comorbidités. Des études [31] ont souligné une corrélation quasi linéaire entre l'amélioration de la fonction visuelle post-opératoire et l'augmentation des scores de qualité de vie. Des complications per et postopératoires, ainsi que des comorbidités, peuvent influencer ces résultats.

1.3.2.2. Choix de la technique chirurgicale [26]

Dans les pays occidentaux, la phacoémulsification avec implantation de chambre postérieure est devenue l'opération de référence dans la prise en charge de la cataracte, par la qualité et la rapidité de la réhabilitation fonctionnelle qu'elle permet, mais aussi par un taux de complication per et post-opératoire moindre par rapport aux autres interventions. Dans les pays en développement, les considérations économiques d'une part et l'existence de priorités de santé publique plus « fondamentales » d'autre part, limitent la diffusion de cette technique. Les choix qui s'offrent dans ces pays se font principalement entre la pratique de l'extraction intra-capsulaire et celle de l'extraction extra-capsulaire du cristallin.

Toutes les études publiées tendent à prouver l'existence d'une réhabilitation supérieure de la qualité de vie chez les patients opérés par extraction extra-capsulaire avec implantation de chambre postérieure par rapport à l'extraction intra-capsulaire suivie de la correction de l'aphakie par verres correcteurs.

1.3.2.3. Influence de la comorbidité ophtalmique [31–34]

La restauration des scores de qualité de vie par la chirurgie est moindre pour les patients présentant une comorbidité oculaire. On peut se poser la question de savoir s'il existe un intérêt à opérer de tels patients. Seule une étude tente de le faire. Elle concerne la dégénérescence maculaire liée à l'âge, qui a une prévalence assez élevée parmi les patients porteurs d'une cataracte. Il ressort de cette étude [35] qu'environ 67 % des patients de ce groupe estiment que l'opération en valait la peine, avec 90 % signalant une amélioration de critères fonctionnels (acuité de loin, de près, score de qualité de vie, champ visuel). Il faut toutefois remarquer que cette étude n'est pas basée sur un questionnaire de qualité de vie validé et reconnu, et qu'elle demande, comme le soulignent ses auteurs, à être confirmée par une étude prospective.

1.3.2.4. Influence de l'âge du patient lors de la prise en charge [31]

Comme plusieurs études [30–34] le soulignent, le bénéfice en termes d'amélioration de la qualité de vie des patients après chirurgie de la cataracte, est moins important pour les patients les plus âgés qu'il ne peut l'être pour des patients plus jeunes. Cependant, d'autres publications suggèrent que ce bénéfice est loin d'être négligeable. Les facteurs pouvant être identifiés comme étant responsables d'une moindre amélioration des fonctions visuelles et de la qualité de vie de ces patients plus âgés après la chirurgie, sont essentiellement liés au vieillissement physiologique de l'ensemble du système visuel, mais également à la prévalence plus élevée d'une comorbidité, qu'elle soit ophtalmologique ou générale, limitant les possibilités de la réhabilitation fonctionnelle, sociale, voire psychologique, que permet la chirurgie.

1.3.2.5. Influence du type de correction optique

Un des facteurs de dégradation de la qualité de vie liée à l'aphakie, concernant les pays en développement est l'absence du port des verres correcteurs. La correction de l'aphakie par verres correcteurs est responsable d'une moindre amélioration des scores par rapport aux patients porteurs d'implants intraoculaires, à fortiori d'implants de chambre postérieure multifocaux [26].

1.3.2.6. Influence des signes (douleurs, gênes, etc.) [36]

Selon la définition de l'Association internationale pour l'étude de la douleur, la douleur est décrite comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes tels que dommages ». En outre, la douleur comporte une dimension cognitive, ce qui signifie que les patients peuvent attribuer à leurs douleurs postopératoires des significations personnelles. Par conséquent, il est nécessaire d'adopter différentes approches pour évaluer la douleur, notamment en chirurgie de la cataracte, où les outils fondés sur la fonction visuelle peuvent ne pas être suffisants. Après une intervention chirurgicale oculaire, il est courant de ressentir des symptômes

d'irritation oculaire, qui peuvent être confondus avec la douleur postopératoire. Ces symptômes peuvent causer un certain inconfort et avoir un impact négatif sur la qualité de vie des patients.

1.3.2.7. Influence de l'acuité visuelle

La déficience visuelle causée par la cataracte affecte la qualité de vie d'un individu. La chirurgie de la cataracte est une intervention efficace pour restaurer la vision et avoir d'autres conséquences positives, y compris l'amélioration de la qualité de vie [37]. Cependant, l'utilisation isolée de l'acuité visuelle comme seul critère d'efficacité des interventions pour la cataracte a été critiquée. Il a été établi que l'acuité visuelle est une mesure peu fiable de la gêne fonctionnelle visuelle et de la satisfaction des patients. Certains patients, dont l'acuité visuelle a été bien améliorée par une intervention, ne sont cependant pas satisfaits du résultat, tandis que d'autres sont très satisfaits, en dépit d'une acuité visuelle relativement peu améliorée [38].

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

L'étude a été menée dans la zone sanitaire Sakété-Ifangni plus précisément à l'hôpital de zone.

2.1.1. Zone sanitaire Sakété-Ifangni

Présentation de la zone sanitaire Sakété-Ifangni

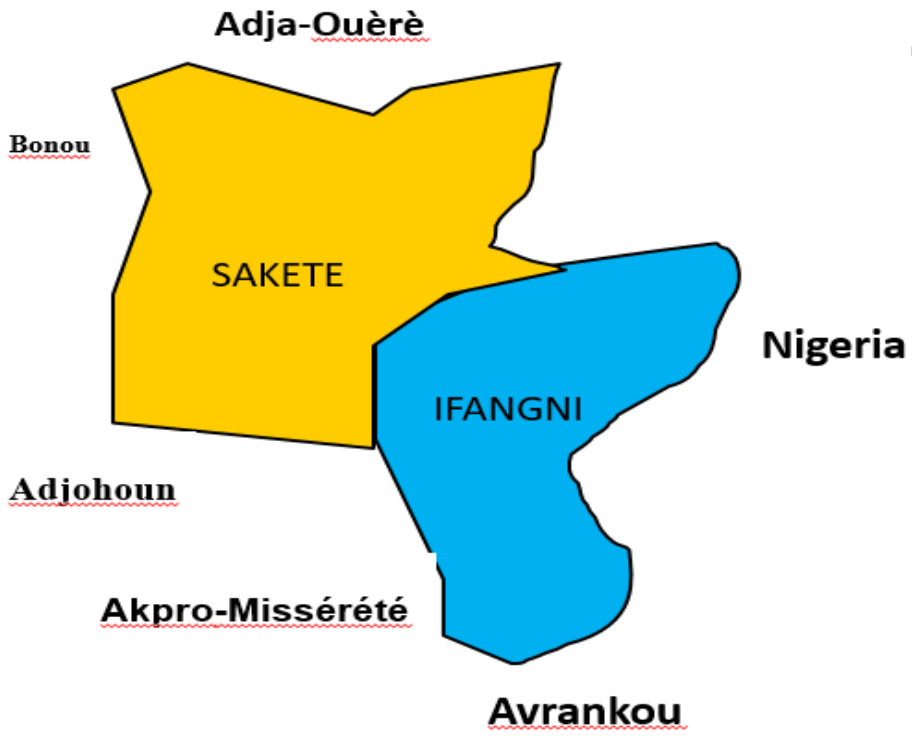


Figure 7 : Représentation des communes de Sakété et Ifangni

La zone sanitaire Sakété-Ifangni est découpée en deux (02) communes à savoir Sakété et Ifangni. La zone est administrée par un médecin-coordonnateur assisté d'une équipe d'encadrement de zone.

La principale structure sanitaire de la zone est l'hôpital de zone de Sakété. En plus de cette structure hospitalière, la zone comporte vingt-trois (23) centres de santé publics et douze (12) formations sanitaires privées fonctionnelles en 2021.

2.1.2. Hôpital de zone Sakété-Ifangni

L'hôpital de zone de Sakété est dans la zone sanitaire Sakété-Ifangni. Il est situé à une distance de 0,5 km de la route inter-Etats Porto-Novo/Pobè dans le quartier de Dagbao. Il a été créé en 2001 et a commencé à fonctionner en janvier 2006. Cet hôpital dispose de plusieurs services spécialisés dont :

- L'administration
- Le service des urgences médico-chirurgicales
- Le service des urgences pédiatriques
- Le service de la pharmacie
- Le service de l'imagerie médicale
- Le service de la banque de sang
- Le service du bloc opératoire
- Le service de la maternité
- Le service de la kinésithérapie
- Le service d'odonto-stomatologie

2.2. Méthode d'étude

2.2.1. Type d'étude

Il s'agira d'une étude prospective transversale à viser descriptive et analytique.

2.2.2. Période d'étude

Elle s'était étendue sur une période de trois (03) mois, allant du 21 juin au 30 septembre 2023.

2.2.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée de patients atteints de la cataracte et ayant subi une intervention lors de la campagne de chirurgie gratuite de la cataracte dans la commune de Sakété.

Il s'agissait d'une mission de chirurgie gratuite de la cataracte organisée par la fondation Claudine Talon en collaboration avec les médecins ophtalmologues du CNHU-HKM et du CHUD-OP de Porto-Novo. En effet, la mission s'était déroulée en deux phases. La première phase consistait à dépister gratuitement les personnes adultes souffrant des problèmes de vue et la deuxième phase à prendre en charge les personnes ayant une cataracte confirmée. L'objectif principal de cette mission était d'offrir à tous les handicapés visuels du Bénin la possibilité de bénéficier de soins de santé gratuits, conformément à l'Objectif de Développement Durable 3 des Nations Unies, axé sur la promotion de la bonne santé et du bien-être.

2.2.4. Echantillonnage

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif des patients recrutés pour bénéficier d'une chirurgie de la cataracte dans la commune de Sakété.

2.2.5. Critères de sélection

2.2.5.1. Critères d'inclusion

Etaient inclus tous les patients :

- Agés de 18 ans ou plus,
- Ayant été opérés de la cataracte lors de la campagne,
- Ayant une acuité visuelle inférieure à 3/10ème,
- Ayant donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

2.2.5.2. Critères de non inclusion

- Les patients âgés de moins de 18 ans,

- Les patients ayant été opérés d'une autre pathologie oculaire.

2.2.5.3. Critères d'exclusion

Etaient exclus tous les patients :

- Non consentants,
- Atteints de déficience mentale (Démence).

2.2.6. Variables

2.2.6.1. Variable dépendante

La variable dépendante de notre étude était la qualité de vie (QDV).

2.2.6.2. Variables indépendantes

- Aspects sociodémographiques : âge, sexe, profession et lieu de provenance.
- Aspects liés au terrain : antécédents oculaires et généraux.
- Aspects fonctionnels : motif de consultation ou plaintes, acuité visuelle de loin et de près, latéralité.
- Aspects psychologiques : peur, tristesse et les symptômes physiques.
- Aspects liés à la thérapeutique : technique chirurgicale, incidents peropératoires, complications postopératoires (immédiates et tardives).

Tableau I : Définition opérationnelle des variables indépendantes

Variables	Type	Description	Modalités
Aspects sociodémographiques			
Age	Quantitatif	Age révolu en année du patient	Proposé directement par le patient
Sexe	Qualitatif	Genre biologique du patient	Masculin Féminin
Lieu de provenance	Qualitatif	Lieu où réside le patient	Plateau Ouémé Littoral

			Atlantique Couffo Etranger
Profession	Qualitatif	Activité pratiquée quotidiennement	Ménagère Cultivateur/Paysan Ouvrier/Artisan Retraité Fonctionnaire actif Elève/Etudiant Chauffeur Commerçant/ Vendeur Sans emploi Autres

Variables	**Type**	**Description**	**Modalités**
		Aspects liés au terrain	
Antécédents Oculaires	Qualitatif	Antécédent ophtalmique autre que la cataracte	Rétinopathie diabétique Glaucome primitif à angle ouvert Traumatisme oculaire Chirurgie oculaire Autres
Antécédents Généraux	Qualitatif	Antécédent médical documenté	Aucune Hypertension artérielle Asthme Hémoglobinopathie Diabète Autres
		Aspects fonctionnels	
Motif de consultation ou plaintes	Qualitatif	Symptôme oculaire ressenti par le patient et qui le pousse à consulter	Baisse visuelle Photophobie Eblouissement Douleurs oculaires

			Rougeur oculaire Céphalées Autres
Acuité visuelle (AV)	Quantitatif	Mesure de l'AV se fera œil par œil, puis en binoculaire. Si l'AV n'est pas chiffrable, on étudiera la perception lumineuse dans les différents quadrants	Echelle de SNELLEN ou MONOYER pour l'AV de loin et l'échelle de PARINAUD ou ROSSANO pour l'AV de près
Latéralité	Qualitatif	Œil opéré	Œil droit Œil gauche

Variables	**Type**	**Description**	**Modalités**
	Aspects psychologiques		
Signes psychologiques	Qualitatif	Ensemble des manifestations physiques et psychiques ressenties	Peur Tristesse Symptômes physiques Autres
	Aspects liés à la thérapeutique		
Technique chirurgicale	Qualitatif	Technique utilisée lors de la prise en charge chirurgicale	Phacoalternative
Incidents per opératoires	Qualitatif	Incidents survenus au cours de l'acte opératoire	Rupture capsulaire postérieure Hémorragie expulsive Hernie de l'iris Perforation du globe Luxation du noyau Traumatismes zonulaires et iriens

Complications immédiates	Qualitatif	Complications survenues avant le 30 ème jour post opératoire	Œdème cornéen Kératite Hyphéma Hypo /Hypertonie Endophtalmie Masses cristallines Autres
Complications tardives	Qualitatif	Complications survenues après le 30 ème jour post opératoire	Œdème cornéen Luxation de l'implant Opacification secondaire de la capsule postérieure Décollement de rétine Œdème maculaire Autres

2.2.6.3. Opérationnalisation des variables

➢ Nous avons évalué la qualité de vie (QDV) à l'aide du questionnaire NEI-VFQ 25, une version contextualisée en fonction de la population béninoise. Ce questionnaire se compose de 25 items, chacun générant une réponse dichotomique ou graduée sur une échelle de 3 à 6 points. Ces 25 items couvrent 12 dimensions différentes, avec les chiffres entre parenthèses représentant les numéros des items correspondants dans l'ordre de leur présentation lors de l'administration du questionnaire :

- L'état de santé (1)
- La vision globale (2)
- La douleur oculaire (4,19)
- Les activités de près (5, 6, 7)
- Les activités de loin (8, 9, 14)
- La fonction sociale (11, 13)
- La santé mentale (3, 21, 22, 25)

- Les difficultés (17, 18)
- La dépendance (20, 23, 24)
- La conduite (15c, 16)
- La vision des couleurs (12)
- La vision périphérique (10)

➢ L'âge des patients a été réparti en trois groupes : le premier groupe comprenait des patients âgés de 18 à 30 ans, le deuxième groupe incluait des patients âgés de 31 à 60 ans, et le troisième groupe regroupait ceux de plus de 60 ans.

➢ Nous avons réparti les professions en deux (02) catégories : ceux exerçant une profession nécessitant une acuité visuelle optimale (PNVO : commerçant, fonctionnaire actif, chauffeur, étudiant/élève) et ceux exerçant une profession ne nécessitant pas une acuité visuelle optimale (PNNVO : ménagère, fonctionnaire retraité ouvrier/artisan, cultivateur/paysan, sans emploi).

➢ Les motifs de consultation ou de plaintes après chirurgie ont été regroupés en sept groupes : ceux ressentant une baisse visuelle, une photophobie, un éblouissement, une douleur oculaire, une rougeur oculaire, des céphalées, ainsi que les patients ayant d'autres plaintes non citées précédemment.

➢ Nous avons utilisé la classification de l'OMS pour regrouper les AV en quatre groupes.

Acuité visuelle de loin
Cécité (< 1/20ème)
Malvoyance (1/20 -3/10 ème)
Acuité visuelle utile (4/10 - 6/10 ème)
Acuité visuelle normale (7/10 – 10/10 ème)

Pour l'acuité visuelle de près (AVP), les patients ont été regroupés en quatre groupes. Le premier groupe regroupait les patients ayant une AVP inférieure à 4, le deuxième groupe comprenait ceux avec une AVP entre 4 et 10, le troisième groupe incluait les patients ayant une AVP entre 10 et 14, tandis que le quatrième groupe concernait ceux avec une AVP supérieure à 14.

2.2.7. Collectes des données

2.2.7.1. Outils de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire d'enquête.

Ce questionnaire comportait :

- Les données sociodémographiques (âge, sexe, profession, lieu de provenance).
- Les données liées au terrain (antécédents oculaires et généraux).
- Les données fonctionnelles (motif de consultation ou plaintes, les acuités visuelles pré et postopératoires, la latéralité).
- Les données liées à la thérapeutique (technique chirurgicale, incidents peropératoires, complications postopératoires).
- Les données psychologiques (signes psychologiques).
- Aspect de la QDV (le questionnaire NEI-VFQ25).

Le NEI-VFQ25 est composé de 25 items représentant les 12 dimensions. Le nombre d'articles dans chaque dimension et les numéros d'articles qui font référence à ce domaine sont indiqués dans les annexes (***Voir annexe2)***.

2.2.7.2. Technique de collecte des données

Dans un premier temps, nous avons expliqué l'objectif de notre étude à chacun des patients venus dans le cadre de la campagne de chirurgie gratuite avant d'obtenir leur consentement à participer. Nous avons procédé au dépistage des personnes souffrant des problèmes de vue. Les personnes ayant une cataracte confirmée ont bénéficié d'une biométrie (mesure de la longueur axiale du globe oculaire par échographie en

mode A) et du calcul de l'implant intraoculaire avant l'opération. Ensuite, nous avons procédé à l'administration du questionnaire de qualité de vie à tous les patients ayant une cataracte confirmée. Des consultations de suivi post-opératoire ont été organisées au CNHU-HKM de Cotonou et au CHUD-OP de Porto-Novo à un mois, à deux mois et à trois mois. Les questions ont été posées en français, avec une éventuelle traduction dans la langue maternelle du patient par son accompagnateur ou par un membre du personnel en cas de difficultés de compréhension.

2.2.8. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été codifiées et saisies à l'aide du logiciel EPI Data. La qualité de vie (QDV), variable dépendante, a été traitée conformément aux données de la littérature pour faciliter les analyses. Le calcul du score de la QDV, qui inclue ou non un item optionnel, s'est effectué en deux étapes. Dans un premier temps, à partir des réponses obtenues, le score de chaque item est transformé de 0 à 100 en utilisant la table de score (tableau II). Un score plus élevé indique une meilleure qualité de vie dans le domaine correspondant. Les items sans réponse, ainsi que ceux pour lesquels le sujet déclare renoncer à une activité sans que la vision en soit la cause, ne sont pas pris en compte. Ensuite, il a été calculé la moyenne des scores transformés des différents items correspondant à un domaine à M0, M1, M2 et M3. La moyenne des scores de la qualité de vie est égale au score pour chaque élément avec une réponse non manquante divisée par le nombre total d'items avec une réponse non manquante.

Les moyennes ont été calculées avec leur écart type sur les variables continues et des proportions sur les variables catégorielles. Les comparaisons entre les moyennes ont été faites par le test t de Student pour les variables à deux catégories et entre les proportions par le khi^2 de Pearson ou le test exact de Fischer selon le cas. Une

ANOVA à mesures répétée a été utilisée pour comparer les moyennes de la qualité de vie entre M0, M1, M2 et M3 dans les conditions requises. Le seuil de significativité retenu était de 5%. Les calculs ont été effectués dans le logiciel statistique SAS 9.4.

Tableau II : Les notes attribuées pour chaque réponse aux questions du NEI-VFQ

Numéro des items du questionnaire NEI-VFQ 25	Numéro des réponses choisies	Score attribué à chaque réponse du questionnaire NEI-VFQ25
1, 3, 4,15c	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
2	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
	6	Pas de note
5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
	6	Pas de note
17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24,25	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

2.2.9. Considérations éthiques et déontologiques

Avant le début de l'enquête, une autorisation a été demandée au point focal pour faire partir de l'équipe médicale de la campagne de chirurgie gratuite. Une demande d'autorisation a été soumise au comité d'éthique CER-SS de Cotonou. Une demande d'autorisation a également été adressée au médecin coordonnateur de la zone sanitaire Sakété-Ifangni avec qui nous avons eu un entretien à l'issue duquel l'autorisation a été accordée. Le respect de l'anonymat et de la confidentialité des données étudiées avait été garanti par un système d'identification anonyme des fiches. Les participants à l'étude n'avaient reçu aucune compensation financière et les données recueillies ne seront utilisées que dans le cadre de la présente étude.

3. RESULTATS

Sur les 240 patients opérés pendant la période d'étude, 130 patients ont participé à l'étude soit un taux de participation de 54,17%.

3.1. Aspects sociodémographiques

3.1.1. Age

L'âge moyen des patients opérés pour la cataracte était de 59,89 ± 13,39 ans, avec des extrêmes de 20 à 85 ans. Les patients âgés de 60 ans et plus étaient les plus représentés.

La figure 8 illustre la répartition des patients en fonction de l'âge.

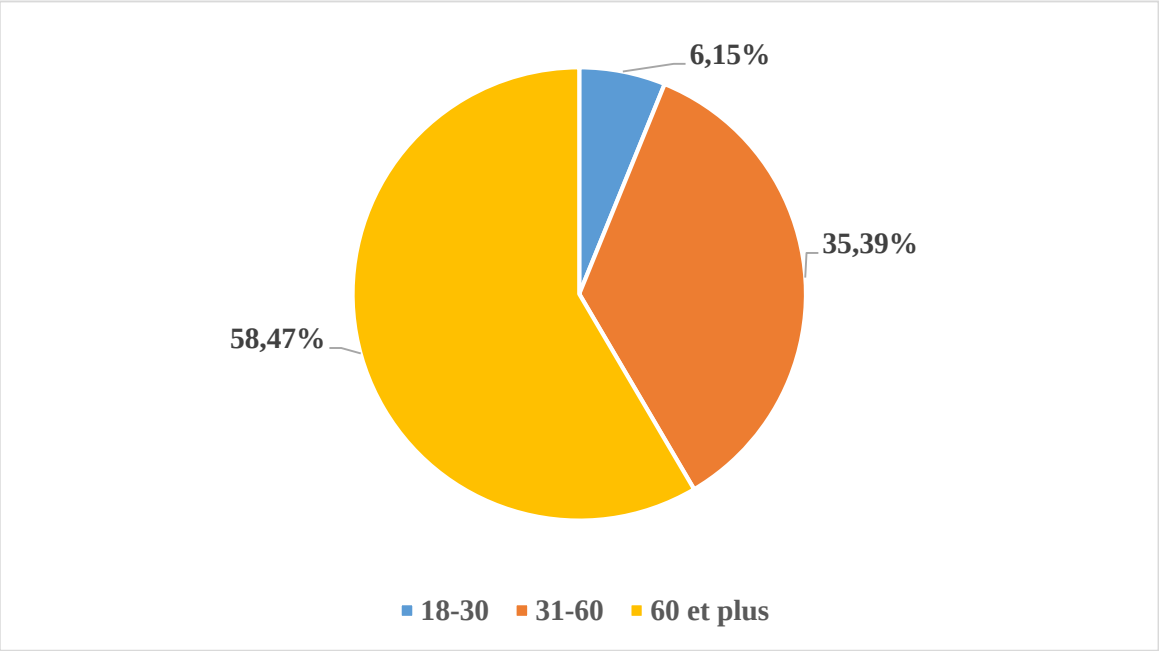


Figure 8 : Répartition des patients en fonction de l'âge (N=130)

3.1.2. Sexe

Les sujets de sexe masculin représentaient 53,85% des patients (n = 70), soit un sex-ratio (H/F) de 1,16.

3.1.3. Lieu de provenance

Les patients provenaient de plusieurs départements du pays.

Le tableau suivant indique la répartition des patients en fonction du lieu de provenance.

Tableau III : Répartition des patients en fonction de leur lieu de provenance

	n	%
Plateau	72	55,39
Ouémé	37	28,46
Littoral	12	9,23
Atlantique	6	4,61
Couffo	2	1,54
Etranger(Nigéria)	1	0,77
Total	**130**	**100**

3.1.4. Profession

Les patients étaient des commerçants /vendeurs (23,08%), des ménagères (21,54%) et des fonctionnaires retraités (20,77%).

Le tableau IV montre la répartition des patients selon la profession.

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

	n	%
Commerçant/vendeur	30	23,08
Fonctionnaire actif	11	8,46
Chauffeur	7	5,38
Elève/Etudiant	3	2,31
Ménagère	28	21,54
Fonctionnaire retraité	27	20,77
Ouvrier/Artisan	13	10,00
Cultivateur/Paysan	6	4,62
Sans Emploi	1	0,77
Autres	4	3,07
Total	**130**	**100**

3.2. Aspects liés au terrain des patients

L'antécédent oculaire le plus retrouvé était le glaucome dans 5,38% des cas. L'HTA et le diabète étaient les antécédents généraux les plus retrouvés dans respectivement 30,77% et 6,15%.

Le tableau V présente la répartition des patients selon les antécédents oculaires et généraux.

Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents oculaires et généraux

	n	%
Antécédents oculaires		
Glaucome	**7**	5,38
Aucun	123	94,62
Antécédents généraux		
HTA	40	30,77
Diabète	8	6,15
Asthme	4	3,08
Hémoglobinopathie	3	2,31
Aucun	75	57,69

3.3. Aspects fonctionnels

3.3.1. En pré opératoire

3.3.1.1. Motif de consultation

La baisse visuelle et la douleur oculaire étaient rapportées dans 97,69% et 9,23% des cas.

Le tableau VI expose la répartition des patients selon le motif de consultation.

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation

	n	%
Baisse visuelle	127	97,69
Douleurs oculaires	12	9,23
Céphalées	3	2,31
Autres	3	2,31

Autres : larmoiement (2), photophobie(1)

3.3.1.2. Acuité visuelle

En préopératoire, tous les patients présentaient une acuité visuelle cécitante quel qu'en soit l'œil.

3.3.1.3. Latéralité

La cataracte était présente à l'œil droit (60,77% ; n = 79), à l'œil gauche (39,23% ; n = 51) et à OGD (34,61% ; n = 45).

3.3.2. En post opératoire

3.3.2.1. Plaintes

En postopératoire, les plaintes ont régressé entre M1 et M3 de façon statistiquement significative. La principale plainte retrouvée était la douleur oculaire.

Le tableau VII présente la répartition des patients selon les plaintes en postopératoire.

Tableau VII : Répartition des patients selon les plaintes en postopératoire.

	M1	M2	M3	Valeur p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Douleurs oculaires	34(26,15)	15(11,54)	9(6,92)	<0,0001
Rougeur oculaire	3(2,31)	1(0,77)	0	<0,0001
Céphalées	6(4,62)	1(0,77)	3(2,31)	<0,0001
Flou visuel	5(3,84)	3(2,31)	2(1,54)	<0,0001
Larmoiement	2(1,54)	0	3(2,31)	<0,0001
Photophobie	3(2,31)	0	2(1,54)	<0,0001

3.3.2.2. Acuité visuelle

a. Acuité visuelle de loin sans correction

En post opératoire, l'acuité visuelle de loin sans correction s'était améliorée dans le temps quel qu'en soit l'œil, chez les patients après la chirurgie avec une régression de la proportion de patients ayant une AV cécitante contre une augmentation de la proportion de patients ayant une AV utile (4/10-6/10) et normale (7/10-10/10).

Le tableau VIII présente la répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de loin sans correction au cours du suivi postopératoire.

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de loin sans correction au cours du suivi postopératoire.

	Œil droit				Œil gauche			
	M1	**M2**	**M3**	**Valeur p**	**M1**	**M2**	**M3**	**Valeur p**
	n(%)	**n(%)**	**n(%)**		**n(%)**	**n(%)**	**n(%)**	
(AV<1/20)	22(17,60)	20(16)	22(17,60)		16(12,70)	16(12,80)	22(17,60)	
(1/20- 3/10)	43(34,10)	34(27,20)	27(21,60)	0,25	41(32,54)	42(33,60)	35(28)	0,46
(4/10-6/10)	36(28,51)	37(29,60)	35(28)		38(30,16)	29(23,20)	27(21,60)	
(7/10-10/10)	25(19,79)	34(27,20)	41(32,80)		31(24,60)	38(30,40)	41(32,80)	

b. Acuité visuelle de près sans correction

La plupart des patients avaient une bonne acuité visuelle de près sans correction au fil du temps, quel que soit l'œil, avec une proportion de 50,43% à M1, 53,38% à M2, et 64,15% à M3 pour l'œil droit, ainsi que 54,39% à M1, 58,62% à M2, et 66,99% à M3 pour l'œil gauche. Le tableau IX présente la répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de près sans correction au cours du suivi postopératoire.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de près sans correction au cours du suivi postopératoire.

	Œil droit				Œil gauche			
	M1	M2	M3	Valeur p	M1	M2	M3	Valeur p
	n(%)	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	n(%)	
< 4	58(50,43)	63(53,38)	68(64,15)		62(54,39)	68(58,62)	69(66,99)	
[4-10[	51(44,35)	50(42,37)	36(33,96)	0,25	48(42,11)	44(37,93)	31(30,10)	0,44
[10-14[	6(5,22)	5(4,25)	2(1,89)		4(3,51)	4(3,45)	3(2,91)	

c. Acuité visuelle de loin avec correction

En postopératoire, l'acuité visuelle avec correction s'est légèrement améliorée dans le temps quel qu'en soit l'œil particulièrement au niveau de l'œil droit (p=0,003). Ce résultat se traduit par une diminution de la proportion de patients présentant une AV cécitante et une augmentation de la proportion de patients ayant une AV normale.

Le tableau X présente la répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de loin avec correction au cours du suivi postopératoire.

Tableau X : Répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de loin avec correction au cours du suivi postopératoire

	Œil droit			Valeur p	Œil gauche			Valeur p
	M1	M2	M3		M1	M2	M3	
	n(%)	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	n(%)	
(AV<1/20)	13(10,66)	12(9,92)	3(2,86)		11(9,24)	10(8,40)	5(4,85)	
(1/20- 3/10)	13(10,66)	8(6,61)	5(4,76)	**0,003**	6(5,04)	5(4,20)	6(5,83)	0,56
(4/10-6/10)	27(22,13)	17(14,05)	10(9,52)		20(16,81)	18(15,13)	10(9,71)	
(7/10-10/10)	69(56,55)	84(69,42)	87(82,86)		82(68,91)	86(72,27)	82(79,61)	

d. Acuité visuelle de près avec correction

La plupart des patients avaient une bonne acuité visuelle de près avec correction au fil du temps, quel qu'en soit l'œil, avec augmentation de la proportion des patients entre M1 et M3 pour les deux yeux. Le tableau XI présente la répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de près sans correction au cours du suivi postopératoire.

Tableau XI : Répartition des patients selon l'acuité visuelle (AV) de près avec correction au cours du suivi postopératoire.

	Œil droit			Valeur p	Œil gauche			Valeur p
	M1	M2	M3		M1	M2	M3	
	n(%)	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	n(%)	
< 4	112(97,39)	116(98,31)	105(100)		112(98,25)	114(98,28)	103(100)	
[4-10[	2(1,74)	2(1,69)	0	0,87	2(1,75)	2(1,72)	0	0,56
[10-14[	1(0,87)	0	0		0	0	0	

3.4. Aspects thérapeutiques

3.4.1. Technique chirurgicale

La totalité des patients avait bénéficié d'une phacoalternative.

3.4.2. Incidents peropératoires

La rupture capsulaire postérieure était le principal incident survenu en per opératoire chez 3 patients.

3.4.3. Complications postopératoires

En postopératoire, 43 patients sur 130 ont présenté des complications immédiates à type d'œdème cornéen (20%) et d'hyphéma (13,08%). Pour les complications tardives, l'opacification secondaire de la capsule était la plus retrouvée chez 29 patients sur 130, soit 22,31%. Le tableau XII présente la répartition des patients selon les complications immédiates et tardives en postopératoire.

Tableau XII : Répartition des patients selon les complications immédiates et tardives en postopératoire.

	n	%
Complications postopératoires immédiates		
Œdème cornéen	26	20
Hyphéma	17	13,07
Complications postopératoires tardives		
Œdème cornéen	1	0,77
Opacification secondaire de la capsule	29	22,31
Décollement de rétine	1	0,77

3.5. Aspects psychologiques des patients

3.5.1. En préopératoire

En pré opératoire, 23 patients avaient globalement peur dont 17 craignaient surtout que l'opération ne réussisse. Le tableau XIII présente la répartition des patients selon les signes psychologiques en préopératoire.

Tableau XIII : Répartition des patients selon les signes psychologiques en préopératoire.

	n	%
Peur	**23**	**17,69**
Peur que l'opération ne réussisse	17	73,91
Peur de perdre la vue	5	21,74
Peur de mourir	1	4,35
Tristesse	**1**	**0,77**

3.5.2. En post opératoire

En postopératoire, 3 cas sur 130 avaient ressenti encore de la peur, principalement liée à la possibilité de perdre la vue.

3.6. Aspect de la qualité de vie des patients

3.6.1. Scores de la QDV

En préopératoire, les domaines présentant les moyennes les plus basses et reflétant ainsi une altération importante de la qualité de vie des patients étaient : les difficultés en rapport avec la vision (24,75) , la conduite (25,39), la dépendance (26,90), la santé mentale (30,72), la douleur oculaire (32,14), la vision générale (32,58), les activités de loin (43,05), la vision périphérique (43,07), les activités de près (55,76), la santé générale (50,57).

En postopératoire, à M1, il y a une hausse des scores de presque tous les domaines : la conduite (29,58), la dépendance (37,12), les difficultés en rapport avec la vision

(37,90), la santé mentale (41,30), les activités de près (57,01), la vision générale (57,94), les activités de loin (69,34), la vision périphérique (66,73), la douleur oculaire (72,56), la santé générale (50,96).

A la fin du suivi postopératoire, à M3 il y a une augmentation des scores représentant la dépendance (48,61), la santé mentale (50), la santé générale (50,96), les activités de près (58,84), les difficultés en rapport avec la vision (59), la vision générale (59,88), les activités de loin (85), la fonction sociale (91,82), la douleur oculaire (92,35), la vision périphérique (92,38), la vision des couleurs (96,67).

Globalement, la différence entre la moyenne des scores des différents domaines dans le temps est statiquement significative, montrant une amélioration. Le tableau XIV présente la comparaison des moyennes des scores de la QDV en fonction des domaines du NEI-VFQ25 dans le temps.

Tableau XIV : Comparaison des moyennes des scores de la QDV en fonction des domaines du NEI-VFQ25

	M0	M1	M2	M3	Valeur p
	Moyenne (Ecart type)	Moyenne (Ecart type)	Moyenne (Ecart type)	Moyenne (Ecart type)	
Santé générale	50,57(6,57)	50,96(6,53)	50,96(6,53)	50,96(6,53)	<0,0001
Vision générale	32,58(29,61)	57,94(20,48)	58,13(20,29)	59,88(21,06)	<0,0001
Douleurs oculaires	32,14(19,71)	72,56(36,14)	77,32(36,52)	92,35(21,13)	<0,0001
Activités en vision de près	55,76(15,66)	57,01(13,38)	57,69(14,71)	58,84(16,20)	<0,0001
Activités en vision de loin	43,05(23,50)	69,34(40,58)	72,41(39,99)	85(28,86)	<0,0001
Influence de la vision sur la vie sociale ou fonction sociale	73,47(33,18)	77,27(38,54)	77,92(38,09))	91,82(19,05)	<0,0001
Influence de la vision sur la santé mentale	30,72(17,28)	41,30(17,85)	41,34(17,23)	50(18,46)	<0,0001
Handicap spécifique à la vision ou les difficultés en rapport avec la vision	24,75(19,29)	37,90(23,19)	39,08(21,46)	59(21,60)	<0,0001
Influence de la vision sur l'autonomie ou la dépendance	26,90(35,97)	37,12(28,85)	38,38(29,30)	48,61(30,80)	<0,0001
Conduite du jour et nuit	25,39(3,14)	29,58(9,75)	29,58(9,75)	74,42(41,35)	<0,0001
Vision des couleurs	70,76(38,26)	73,65(41,33)	74,42(41,35)	96,67(13,07)	<0,0001
Vision périphérique	43,07(29,53)	66,73(40,03)	68,65(40,02)	92,38(19,22)	<0,0001

3.6.2. Aspect de la qualité de vie selon l'âge des patients

Le score QDV était meilleur chez les patients âgés de moins de 30 ans aussi bien avant la chirurgie qu'après la chirurgie, soit un score moyen de 55,93 à M0, 57,88 à M1, 58,17 à M2 et 40,85 à M3. Ce score s'est amélioré de façon statistiquement significative (p<0,0001) quel que soit l'âge entre M0 et M2.

La figure 9 illustre la corrélation entre l'âge et la moyenne de score QDV durant le suivi.

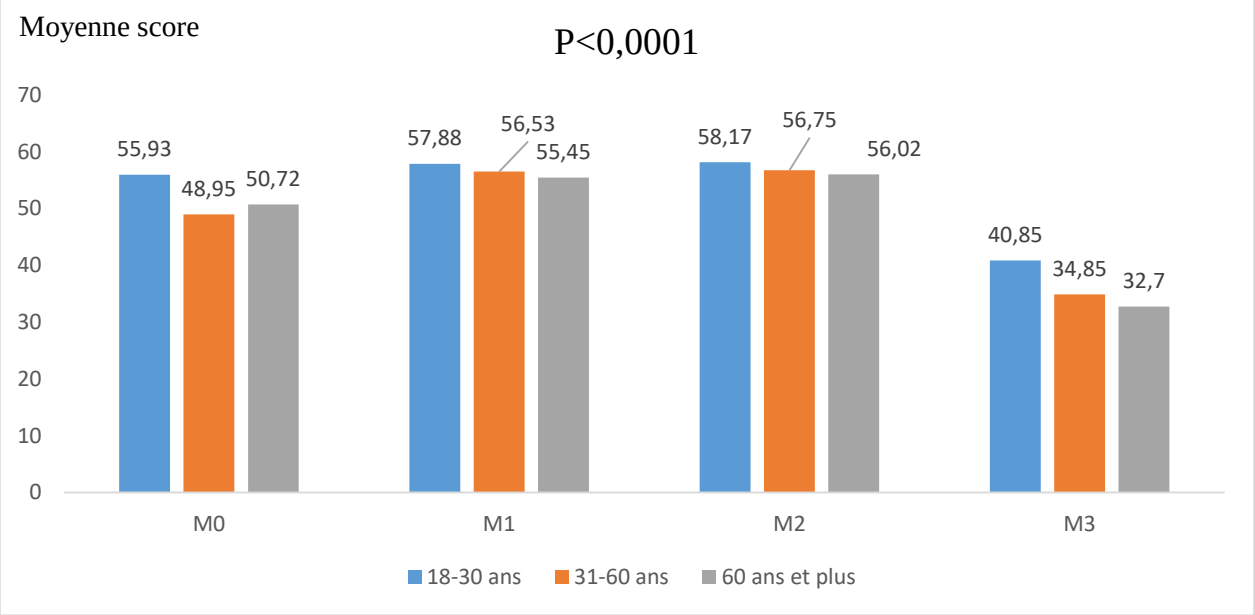


Figure 9 : Corrélation entre l'âge et la moyenne de score QDV durant le suivi

3.6.3. Aspect de la qualité de vie selon le sexe des patients

Le score QDV était presque similaire quel que soit le genre.

La figure 10 montre la corrélation entre le sexe et la moyenne de score QDV durant le suivi.

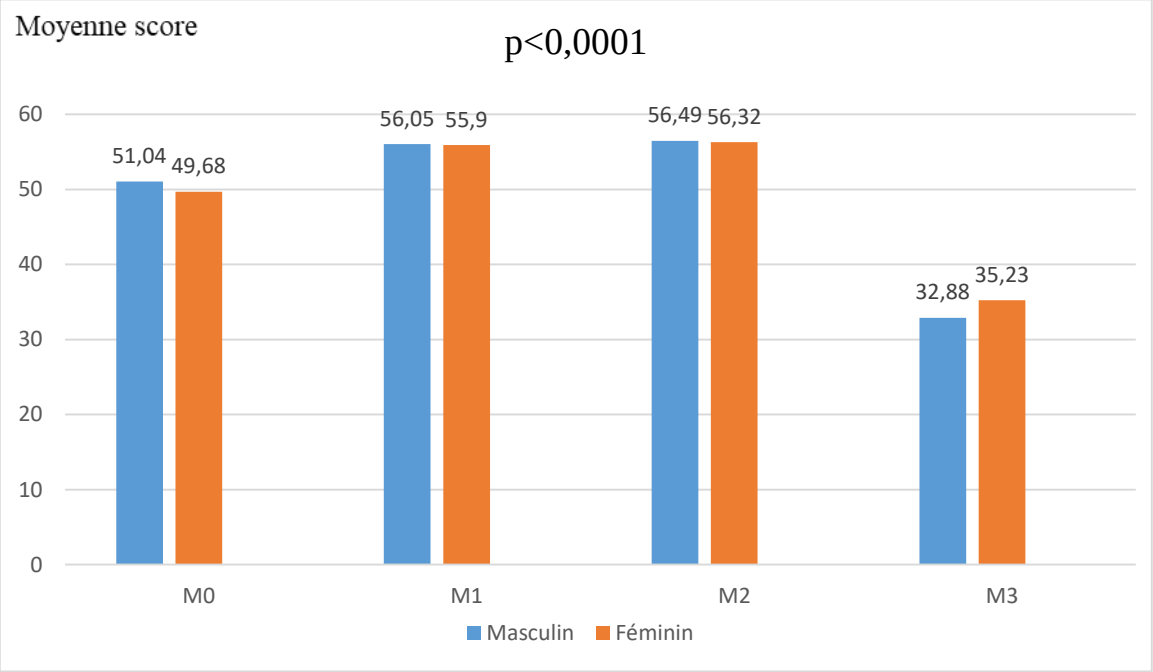


Figure 10 : Corrélation entre le sexe et la moyenne de score QDV durant le suivi

3.6.4. Aspect qualité de vie selon la profession

Les patients exerçant une profession ne nécessitant pas une vision optimale avaient eu un score moyen de QDV statistiquement significative (P<0,0001). La figure 11 présente la corrélation entre la profession et la moyenne de score QDV durant le suivi.

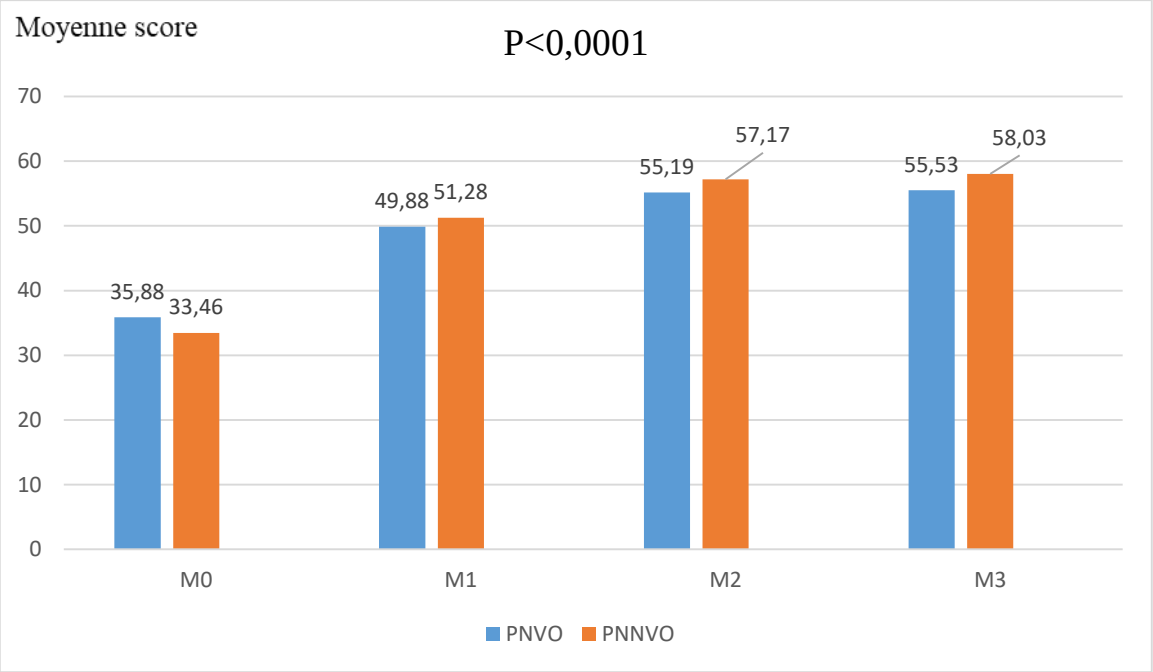


Figure 11 : Corrélation entre la profession et la moyenne de score QDV durant le suivi

3.6.5. Aspect de la qualité de vie selon l'acuité visuelle sans correction

3.6.5.1. Acuité visuelle de loin sans correction

Le score QDV était amélioré de façon statistiquement significative chez les patients ayant une AVLSC comprise entre 7/10 et 10/10 quel qu'en soit l'œil après la chirurgie, avec une moyenne de 60,85 (OD) à M1, 61,97 (OD) à M2 et 60,53 (OG) à M1, 61,46 (OG) à M2.

Ce constat a été observé également chez les patients ayant une AV comprise entre 4/10 et 6/10 avec une moyenne de 57,88 (OD) à M1, 55,85 (OD) à M2 et 56,88 (OG) à M1, 56,61 (OG) à M2. Cependant une régression de ce score a été observée à M3.

Les figures 12 et 13 présentent la corrélation entre l'acuité visuelle de loin sans correction et la moyenne de score QDV durant le suivi.

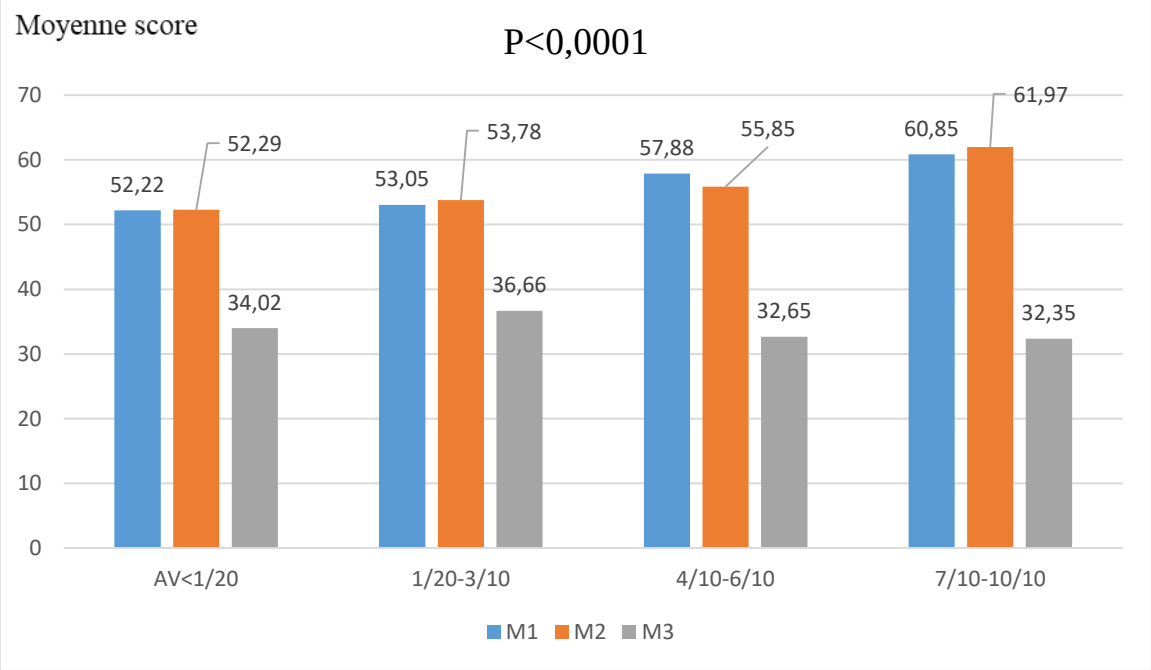


Figure 12 : Corrélation entre l'AVLSC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil droit

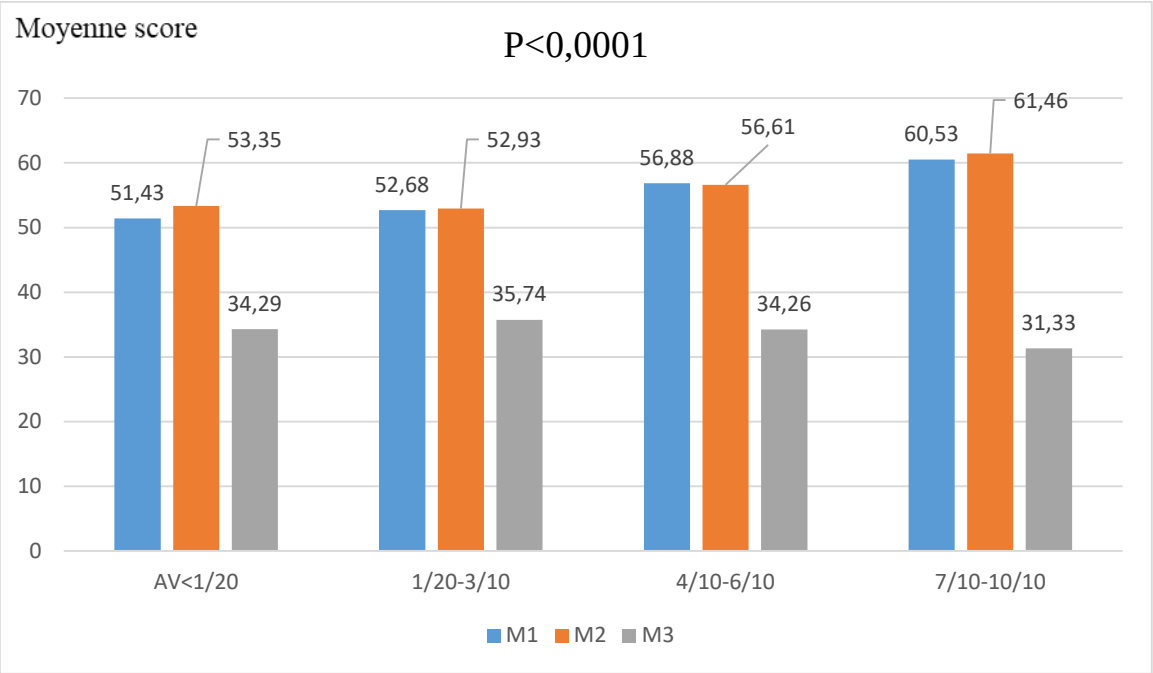


Figure 13 : Corrélation entre l'AVLSC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil gauche.

3.6.5.2. Acuité visuelle de près sans correction

Le score QDV était amélioré chez les patients ayant une AVPSC inférieure à P4 quel qu'en soit l'œil après la chirurgie, avec une moyenne 61,44 (OD) à M1, 61,29 (OD) à M2 et 61,29 (OG) à M1, 61,29 (OG) à M2.

Ils ont été suivis par ceux ayant une AVPSC comprise entre P10 et P14 avec une moyenne de 52,98 (OD) à M1, 52,56 (OD) à M2 et 57,14 (OG) à M1, 57,95 (OG) à M2. Cependant, au cours du suivi post opératoire on note régression du score au troisième mois.

Les figures 14 et 15 illustrent la corrélation entre l'acuité visuelle de près sans correction et la moyenne de score QDV durant le suivi.

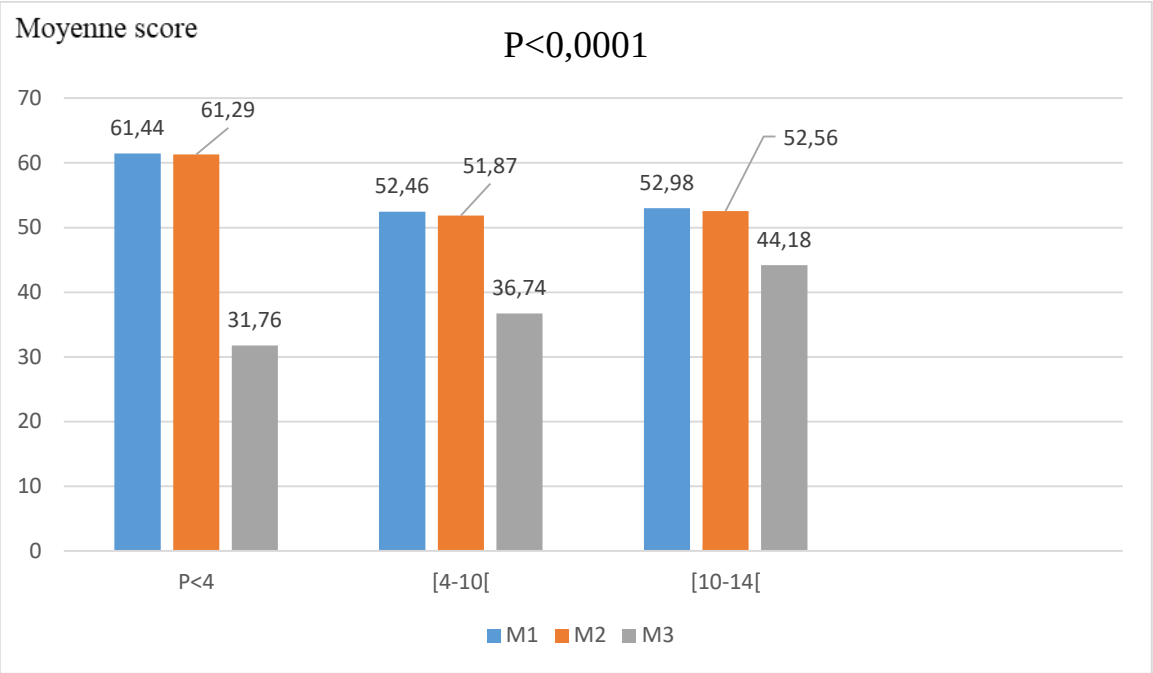


Figure 14 : Corrélation entre l'AVPSC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil droit.

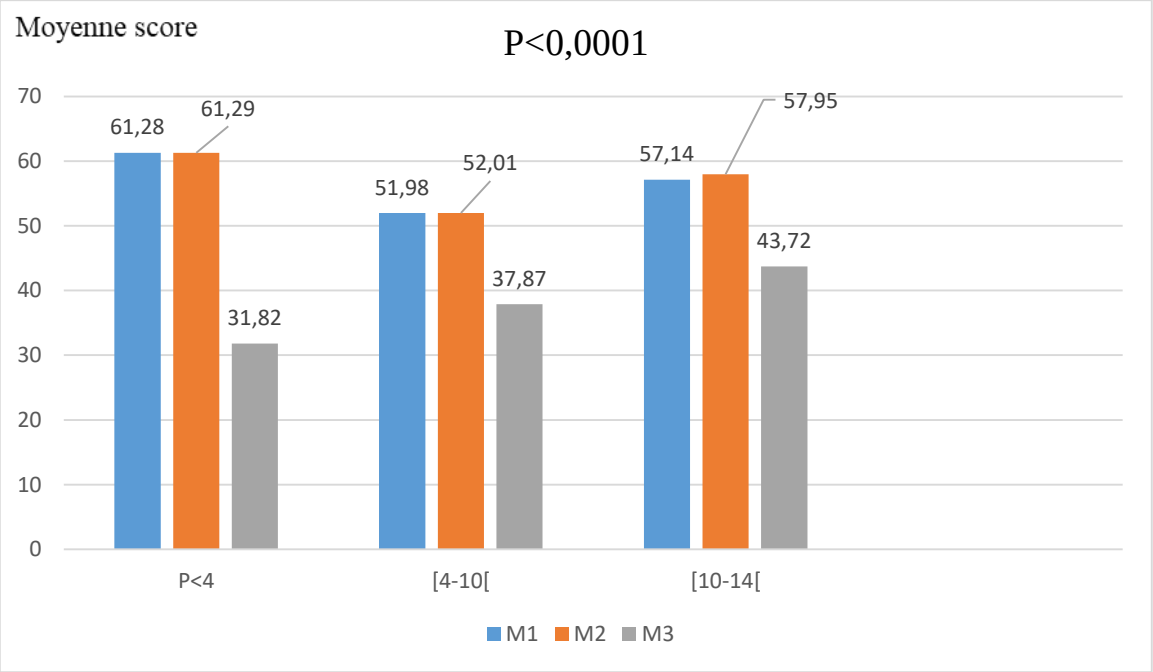


Figure 15 : Corrélation entre l'AVPSC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil droit.

3.6.6. Aspect de la qualité de vie selon l'acuité visuelle avec correction

3.6.6.1. Acuité visuelle de loin avec correction

Le score QDV était amélioré de façon statistiquement significative chez les patients ayant une AVLAC inférieure à 1/20 quel qu'en soit l'œil après la chirurgie, avec une moyenne de 56,94% (OD) à M1, 58,21% (OD) à M2 et 59,78% (OG) à M1, 59,50% (OG) à M2. Cependant, au cours du suivi post opératoire il y a une régression de la QDV à M3. Les figures 16 et 17 illustrent la corrélation entre l'acuité visuelle de loin avec correction et la moyenne de score QDV durant le suivi.

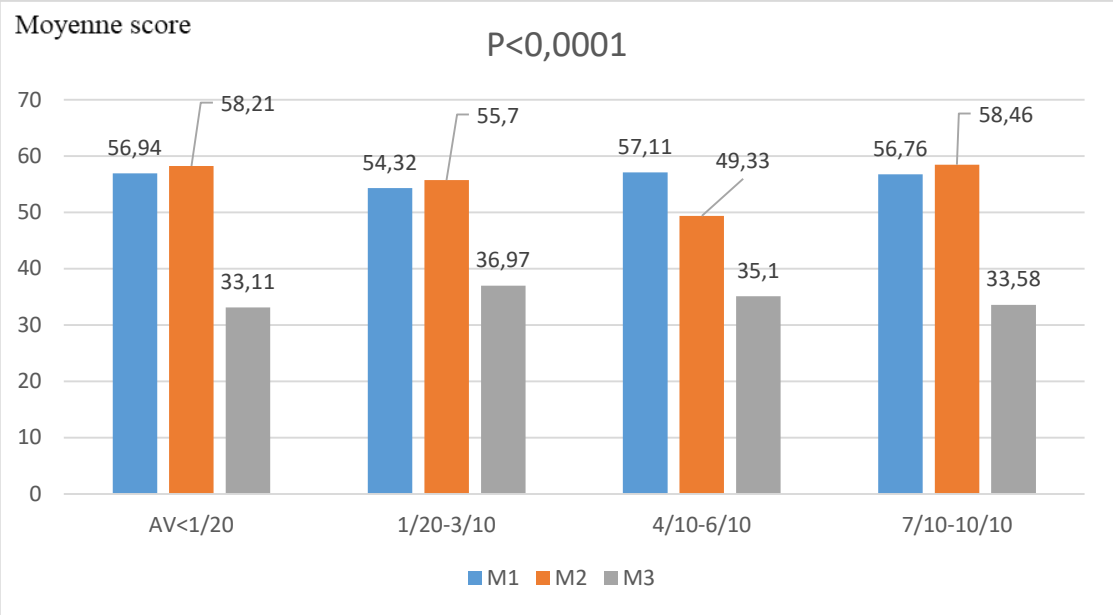


Figure 16 : Corrélation entre l'AVLAC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil droit

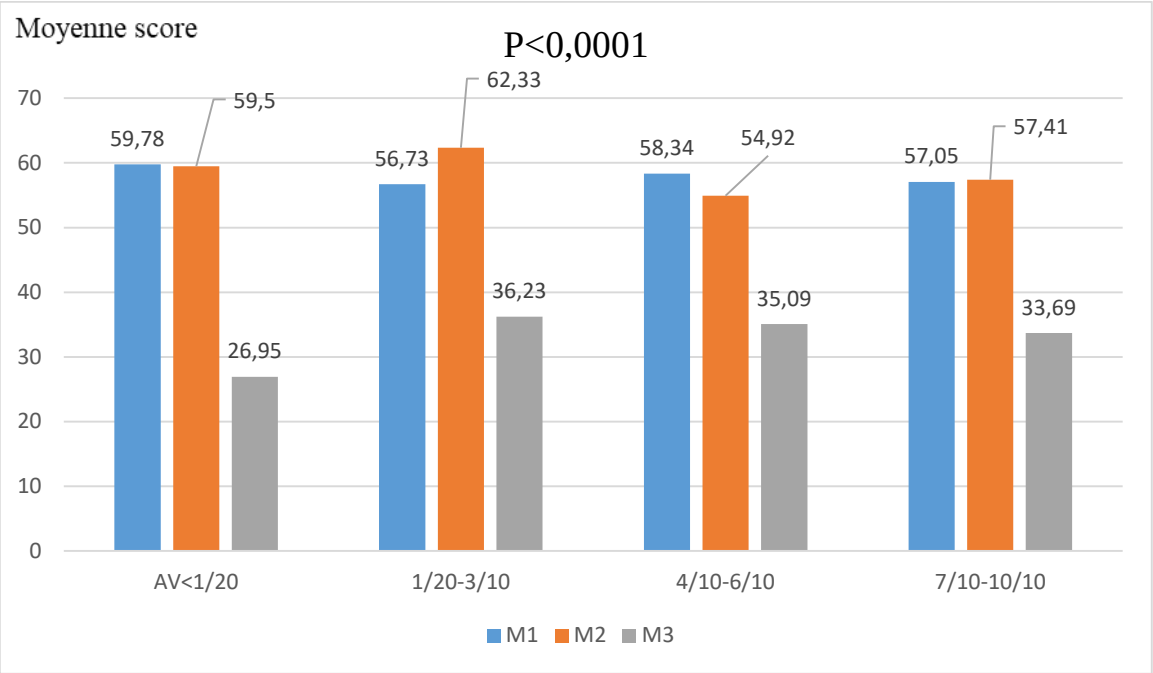


Figure 17 : Corrélation entre l'AVLAC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil gauche.

3.6.6.2. Acuité visuelle de près avec correction

Globalement la QDV était améliorée chez les patients ayant une AVPAC comprise entre P4 et P10 quel qu'en soit l'œil après la chirurgie, avec une moyenne de 63,98% (OD) à M1, 64,55% (OD) à M2 et 63,98% (OG) à M1, 64,55% (OG) à M2. Cependant, au cours du suivi post opératoire il y a une régression de la QDV à M3. Les figures 18 et 19 montrent la corrélation entre l'acuité visuelle de près avec correction et la moyenne de score QDV durant le suivi.

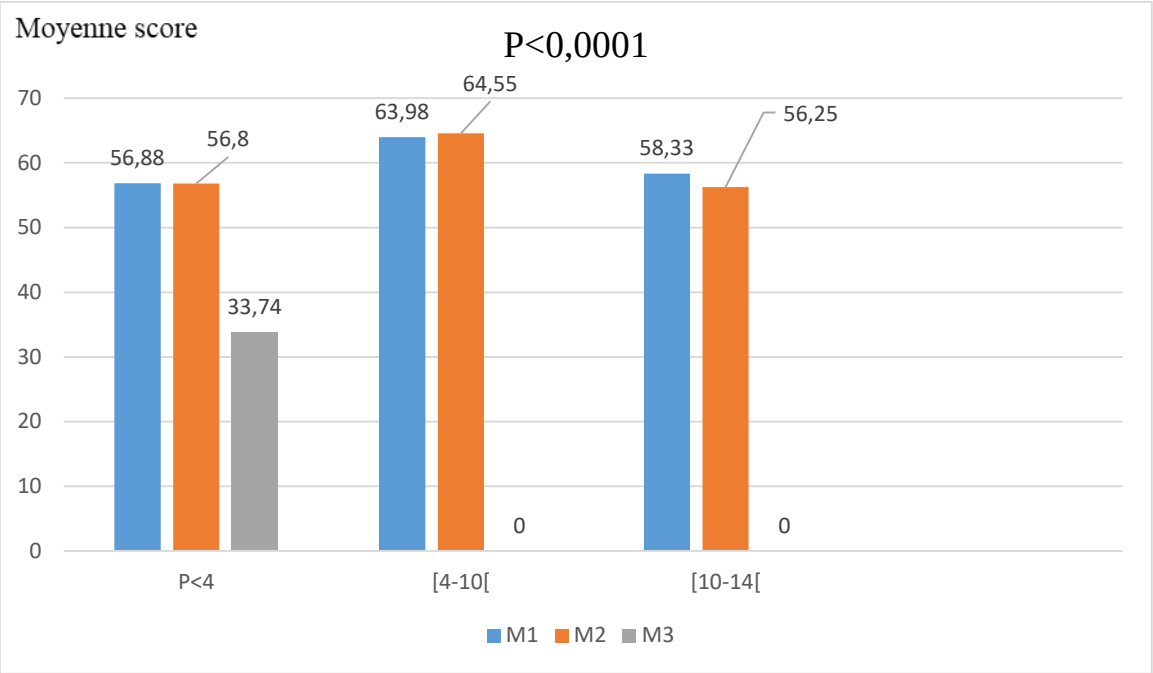


Figure 18 : Corrélation entre l'AVPAC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil droit.

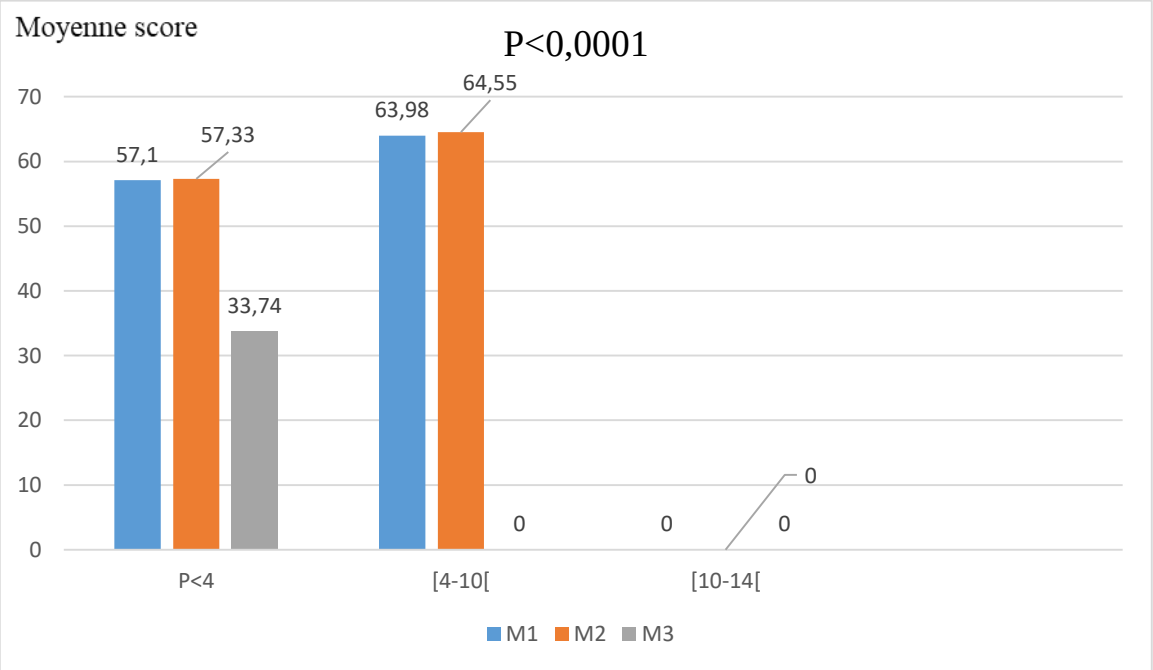


Figure 19 : Corrélation entre l'AVPAC et la moyenne de score QDV durant le suivi à l'œil gauche

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude suivra le plan ci-après :

- L'atteinte des objectifs de l'étude ;
- La qualité et la validité de la méthode d'étude ;
- La comparaison des résultats avec ceux des autres auteurs.

4.1. Atteinte des objectifs de l'étude

Au terme de l'étude, les objectifs définis ont été atteints. En effet, cette étude nous a permis d'évaluer la qualité de vie des patients opérés lors d'une campagne de chirurgie gratuite de la cataracte dans la commune de Sakété.

4.2. Qualité et validité de la méthode d'étude

4.2.1. Type d'étude

Nous avons mené une étude prospective transversale à viser descriptive et analytique. Cette étude nous a permis de décrire les aspects sociodémographiques et fonctionnels des patients opérés, ainsi que d'évaluer et de comparer leur qualité de vie avant et après la chirurgie de la cataracte. Elle nous a également aidés à déterminer les facteurs influençant la qualité de vie des patients après cette chirurgie. Tout cela nous a permis de mener notre étude dans un temps court et à moindre coût.

4.2.2. Technique de collecte

Les informations ont été collectées à l'aide d'un questionnaire administré lors d'un entretien face à face enquêteur-enquêté. Cette technique est adaptée aussi bien pour les acteurs de santé que pour les patients interrogés car elle permet de mettre en confiance l'enquêté et d'obtenir ainsi des réponses proches de la vérité de la part de l'enquêté. Elle permet également de corriger les mauvaises compréhensions de la part des enquêtés. Les informations recueillies sont inscrites sur le questionnaire.

4.3. Limite de l'étude

Les résultats obtenus au terme de notre étude nous paraissent très intéressants et apportent des informations à la compréhension de la qualité de vie des patients opérés de la cataracte. Toutefois, il est important de relever quelques limites à notre travail qui n'affectent pas véritablement sa qualité :

- La difficulté de compréhension de certains items de la qualité de vie, ainsi que le faible niveau d'instruction de certains patients, n'ont pas facilité véritablement l'administration du questionnaire particulièrement sur l'échelle de la QDV. Pour ceux ayant un faible niveau d'instruction, il a fallu expliquer le contenu de l'échelle QDV dans leur langue locale. Bien que des versions du NEI-VFQ25 existent traduites dans plusieurs langues, elles n'étaient pas exploitables dans notre contexte. Il se peut qu'il y ait de biais d'information lié à la traduction dans les langues locales.
- En raison de la longueur du questionnaire et de la fréquence du suivi, certains patients ont préféré ne plus participer à l'étude. Cela a peut-être induit un biais de sélection. Il n'a pas été possible de savoir la qualité de vie de ces patients.
- Les patients étant venus de toutes les régions du Bénin pour la campagne, certains ont préféré continuer leur suivi post-opératoire dans leur localité, ce qui pourrait expliquer la taille de notre échantillon.

4.4. Comparaison des résultats avec ceux des autres auteurs

4.4.1. Aspects sociodémographiques

4.4.1.1. Age

L'âge moyen des patients opérés pour la cataracte était de 59,89 ± 13,39 ans, avec des extrêmes de 20 à 85 ans. Ce résultat est proche de celui de Pierre et al [39] au Burkina Faso qui rapportent un âge moyen de 62,47 ± 12,77 ans avec des extrêmes de 14 et de 98 ans. De même Ka et al [40] au Sénégal, retrouve un âge moyen de

61±13,36 ans avec des extrêmes de 25 à 86 ans. Certains auteurs, comme Zitha et al [41] en Afrique du Sud ainsi que Amedo et al [42] au Ghana, ont respectivement observé un âge moyen de 65,56 ± 17,72 ans avec des extrêmes allant de 12 ans à 99 ans, 66,32±15,99 ans avec des extrêmes allant de 9 à 94 ans. Cependant, des âges plus élevés ont été rapportés par d'autres auteurs, notamment Velarde et al [43] en Espagne qui retrouvent un âge moyen de 76 ±7 ans et Lundstrom et al [44] en Suède qui rapportent un âge moyen de 75,7 ans. Cela pourrait s'expliquer par l'expérience de vie qui est plus élevée dans les pays développés. Ces données corroborent celles de la littérature confirmant qu'il s'agit d'une pathologie de causes diverses pouvant survenir à tout âge [45–47].

4.4.1.2. Sexe

Les hommes ont constitué plus de la moitié de notre population d'étude, soit 53,85% avec un sex ratio (H/F) de 1,12. Ce résultat concorde avec les études de Ka et al [40] au Sénégal ainsi que Signes-Soler et al [48] au Burkina Faso. En revanche, il diffère de ceux rapportés par Zitha et al [41] en Afrique du Sud, Amedo et al [42] au Ghana ainsi que Meuleners et al [49] au Vietnam qui rapportent une prédominance féminine. Ces différents résultats pourraient s'expliquer par les disparités sociodémographiques entre les différentes populations d'étude, ainsi que par la nature de l'étude et la méthodologie d'échantillonnage utilisée.

4.4.1.3. Profession

La profession ne nécessitant pas une vision optimale (PNNVO) constituait la majorité de l'échantillon avec 60,78%. Nos résultats concordaient avec ceux de Ka et al [40] au Sénégal ainsi que Tembely [3] au Mali qui retrouvent respectivement 64% et 53,13%. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'un nombre important de patients de notre échantillon étaient âgés de plus de 60 ans, étant ainsi soit à la retraite, soit engagés dans des activités à faible revenu.

4.4.2. Aspects liés au terrain des patients

L'antécédent oculaire le plus retrouvé était le glaucome dans 5,38% des cas. L'HTA et le diabète étaient les antécédents généraux les plus retrouvés dans respectivement 30,77% et 6,15%. Ce constat peut s'expliquer par le fait que l'HTA et le diabète sont des facteurs associés à la survenue de la cataracte. En effet, plusieurs études, dont celle de **Mylona et al** [50], qui ont constaté que 98,4% des patients avaient au moins une HTA ou un diabète, ainsi que celle de Yu et al [51], ont identifié l'HTA comme un facteur de risque de développement de la cataracte.

Ces résultats sont en accord avec plusieurs autres études, notamment celles de Zitha et al [41], Espallargues et al [52], Lundström et al [33], qui démontrent que l'association d'une ou plusieurs de ces pathologies avec une cataracte entraînent une détérioration de la qualité de vie.

4.4.3. Aspects fonctionnels

4.4.3.1. En préopératoire

a. Motif de consultation

La baisse visuelle (97,69 %) et la douleur oculaire (9,23%) étaient les signes les plus rapportés. Ahanhanzo-glele [53] et Abdul-Sadik et al [54] retrouvent également la baisse visuelle comme signe oculaire respectivement dans 76,9 % et 50,93 % des cas**.** Zhang et al [55] rapportent que 69,6 % de leur population d'étude avaient une diminution de l'acuité visuelle du côté de l'œil atteint. La baisse visuelle est connue comme un signe fonctionnel de la cataracte.

b. Acuité visuelle de loin sans correction

La totalité de nos patients avaient une acuité visuelle cécitante. Guirou et al [10] rapportent que 93,6 % de leur population d'étude avaient une acuité visuelle préopératoire inférieure à 1/10. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que la cataracte est la principale cause de déficience visuelle et ayant un impact négatif

considérable sur la qualité de vie (QDV) des patients en l'absence de traitement adéquat et en temps opportun, ce qui est conforme à la littérature.

c. Latéralité

La cataracte était présente à l'œil droit et à l'œil gauche respectivement chez 60,77% et 39,23% des patients. Ce résultat est proche de celui d'Ahanhanzo-glele et al [54] qui indique que la majorité (85,4 %) avait une cataracte unilatérale. Bien qu'ils rapportent une majorité de cataractes unilatérales dans leurs études, Zhang et al [55] et Mehari et al [56], retrouvent respectivement 31 % et 30,2 % de cataractes bilatérales. La grande proportion de cataracte unilatérale est commune à toutes ces études et peut s'expliquer par le fait qu'une vision monoculaire est parfaitement compatible avec la vie. Les patients ne sentent pas l'urgence de s'inquiéter pour leur vision tant qu'ils arrivent encore à voir.

4.4.3.2. En postopératoire

a. Les plaintes

La principale plainte observée était la douleur oculaire, signalée par 26,15 % des patients à M1, 11,54 % à M2 et 6,92 % à M3. Une diminution de cette douleur a été constatée au fil du suivi. Ces résultats concordaient avec ceux de Porela-tihonen et al [36], où 9 % des patients à J7 et 7 % à six semaines ont signalé des douleurs.

b. Acuité visuelle de loin sans et avec correction

Une amélioration de l'acuité visuelle a été observée au cours du suivi post opératoire. Ces résultats rejoignent ceux rapportés par Guirou et al [10] au Mali qui ont rapporté 45,5% d'acuité visuelle supérieure ou égale 3/10 sans correction et 63% d'acuité visuelle supérieure ou égale à 3/10 avec correction. Ces résultats sont inférieurs aux normes de l'OMS qui recommande une valeur supérieure ou égale à 80% de bons résultats, soit une acuité visuelle post-opératoire avec correction supérieure ou égale à 3/10. En revanche Isawumi et al [57] ont constaté qu'une acuité visuelle entre 3 et

10/10 ne représentait que 33,2 %. Selon lui, le moment choisi pour évaluer l'acuité visuelle après l'opération (six semaines) pourrait influencer les résultats. L'enquête a également montré que les patients aphaques, c'est-à-dire sans implant, présentaient un désavantage en termes de vision post-opératoire. Ils ont également noté une fréquence des comorbidités de 3,9 %, comme on pouvait s'y attendre, et ont observé que le résultat visuel était significativement moins bon en présence de comorbidités associées. Dans notre cas, nos résultats pouvaient s'expliquer soit par une erreur de calcul d'implant, soit par la survenue de complications postopératoires.

c. Acuité visuelle de près sans et avec correction

La majorité de nos patients ont présenté une bonne acuité visuelle de près sans correction au fil du temps, quel que soit l'œil. Ces résultats sont en accord avec ceux d'Owsley et al [58] en Amérique, qui ont constaté, sur 60 yeux opérés, que 44, soit 73 %, avaient une vision de près sans correction évaluée à P5. Il existe donc un réel impact positif de la chirurgie de la cataracte sur la vision de près [58–60].

4.4.4. Aspects psychologiques des patients

Seule une minorité des patients, soit 17,69%, ont exprimé de la peur en préopératoire. Cependant, une régression de cette proportion a été observée en postopératoire, ne concernant que 2,31% des patients. Nos résultats se rapprochent de ceux de Kamara [61] au Sénégal qui rapporte une régression des signes psychologiques au cours du suivi, passant de 24% à M1 à 19% à M2. Il est à noter que la déficience visuelle causée par la cataracte peut avoir un impact psychologique important [37]. Dans notre étude, la peur exprimée par les patients était souvent liée à l'incertitude quant à l'issue de l'opération. Nos résultats ont montré qu'il n'y a pas eu une dégradation de la qualité de vie chez les patients ayant eu des signes psychologiques donc pas d'influence négative sur la qualité de vie. Plusieurs études ont montré que les signes

psychologiques sont des facteurs de moindre amélioration de la qualité de vie [62,63].

4.4.5. Aspects liés à la thérapeutique

4.4.5.1. Incidents peropératoires

La rupture capsulaire postérieure était le principal incident survenu en per opératoire chez 3 patients soit 2,30%. Ce résultat est inférieur à ceux d'El Mazani et al [64] au Maroc et Alamou et al [65] à Cotonou qui retrouvaient respectivement 3,6% et 4,1% de rupture de la capsule postérieure. La plupart des auteurs [10,14] s'accordent sur le fait que les incidents les plus fréquemment retrouvés au cours de la phacoalternative sont l'issue de vitré et la rupture de la capsule postérieure. Ces incidents sont principalement dus à des facteurs tels que la qualité du plateau technique et l'expérience du chirurgien, ainsi que la fragilité de la capsule postérieure chez les personnes âgées.

4.4.5.2. Complications postopératoires

a. Complications immédiates

En postopératoire, l'œdème cornéen (20%) et l'hyphéma (13,08%) ont dominé les complications immédiates. Plusieurs auteurs dans leur étude ont constaté que l'œdème cornéen est la principale complication post opératoire immédiate. Il s'agit de Diallo et al [8] au Burkina Faso ainsi que Maneh et al [66] au Togo qui retrouvaient respectivement 26,33% et 35,75%.

L'œdème cornéen serait le plus souvent dû aux manipulations dans la chambre antérieure et surtout lors de l'expulsion manuelle du noyau cristallinien.

b. Complications tardives

L'opacification secondaire de la capsule est la principale complication postopératoire tardive dans notre étude. Elle a été observée chez 29 patients sur 130, soit (22,31%). La cataracte secondaire pose un véritable problème, compromettant les résultats

fonctionnels de la chirurgie de la cataracte. C'est une complication souvent imprévisible et inévitable.

4.4.6. Aspect de la qualité de vie

4.4.6.1. Score de la qualité de vie

Nous avons constaté que plus, nous avançons dans le temps, plus la moyenne des scores était satisfaisante dans les différents domaines évalués. Nos résultats peuvent s'expliquer d'une part par la régression des signes psychologiques, cliniques et certaines complications postopératoires, et d'autre part par l'évaluation de la qualité de vie à long terme.

Nos résultats étaient semblables à ceux de Meuleners et al [49] qui retrouvaient une amélioration statistiquement significative ($p<0,001$) dans toutes les comparaisons des scores des sous-échelles. Ces résultats sont cohérents avec les résultats d'études similaires qui ont examiné l'évolution des scores NEI-VFQ-25 après une chirurgie de la cataracte dans d'autres contextes [42,67,68].

D'autres études [69,70] en utilisant d'autres instruments génériques, rapportaient une modeste amélioration de la QDV après la chirurgie de cataracte, qui peut être expliquée par le fait que ces instruments génériques contiennent peu de questions en relation avec la vision et sont donc moins sensibles aux changements des résultats après la chirurgie [71].

4.4.6.2. Influence de l'âge sur la qualité de vie

L'âge moyen des patients opérés pour la cataracte était de 59,89 ± 13,39 ans et il existe une association entre l'âge et le score NEI-VFQ25. En effet nous avons noté une amélioration plus importante du score QDV chez les patients plus jeunes par rapport aux patients âgés. Nos résultats sont comparables à ceux de Ka et al [40], Lum et al [34] et de Lundström et al [30]. Néanmoins, l'étude d'Espallargues et al

[52] menée à Barcelone, qui portait sur 218 patients répartis en 3 groupes d'âge : 50-64 ans, 65-74 ans et 75 ans et plus, n'a révélé aucune différence en ce qui concerne la QDV après la chirurgie de cataracte.

Les facteurs pouvant être identifiés comme étant responsables de tels résultats étaient essentiellement liés au vieillissement physiologique de l'ensemble du système visuel, mais également à la prévalence plus élevée d'une comorbidité chez les sujets âgés [30,31].

4.4.6.3. Influence de la profession sur la qualité de vie

Dans notre étude, les patients qui exerçaient une profession ne nécessitant pas une vision optimale (PNNVO) ont obtenu un score de qualité de vie plus élevé. Nos résultats concordaient avec ceux de Ka et al [40] ainsi que Tembely [3]. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'un nombre important de patients de notre échantillon étaient âgés de plus de 60 ans, étant ainsi soit à la retraite, soit engagés dans des activités à faible revenu. Par conséquent, ils sont moins exigeants en ce qui concerne les résultats de la chirurgie, qui est un déterminant de la qualité de vie.

Les moyennes de score QDV moins importantes pour les patients exerçant une profession nécessitant une vision optimale(PNVO) pouvaient être liées au fait que ces derniers étaient plus demandeurs de résultats leur permettant de reprendre leur activité professionnelle.

Nos résultats étaient opposés à ceux de Ou F et al [72] en Chine. Les scores de qualité de vie de la population sans profession étaient moins importants. En effet, du fait de la baisse des revenus, la prise en charge financière de la morbidité et le coût de l'opération de la cataracte deviennent des facteurs d'altération de la qualité de vie [72].

4.4.6.4. Influence de l'acuité visuelle sans correction sur la qualité de vie

Dans notre étude, au cours du suivi postopératoire, plus l'acuité visuelle de loin semble bonne et plus, la qualité de vie semble meilleure. Cette dernière était encore meilleure après correction optique. Nos résultats confirment une forte corrélation positive entre l'AV et le score NEI-VFQ25 postopératoires. Nos résultats rejoignaient ceux de Desai et al [60] chez qui, pour les 23 % qui avaient eu une acuité visuelle supérieure ou égale à 5/10, une amélioration avait été observée à 4 mois puis à 1 an après l'intervention. Il en était de même avec Michon et al [73] et Lau et al [74] avec une meilleure qualité de vie chez les patients qui avaient une bonne acuité visuelle de loin en postopératoire.

Concernant l'acuité visuelle de près nous avons retrouvé les mêmes tendances. Les patients qui avaient une meilleure vision de près avaient eu un score de QDV plus élevé.

L'acuité visuelle, quoique ayant une influence positive sur la qualité de vie, reste une mesure insuffisante de la QDV, il faut une conjonction de plusieurs facteurs [60,74,75]. On peut penser qu'une meilleure acuité visuelle permettrait à nos patients de pouvoir mieux pratiquer leurs activités quotidiennes, d'être autonomes et de diminuer les risques de chute d'où une meilleure QDV.

4.4.6.5. Influence de l'acuité visuelle avec correction sur la qualité de vie

La correction entraînait une amélioration de la qualité de vie. Celle-ci semblait encore meilleure. Cette amélioration était due au fait que la correction par les verres réduisait les erreurs de calcul d'implant et les complications réfractives postopératoires, ce qui se traduisait par une amélioration de la qualité de vie liée à la vision.

CONCLUSION

Les patients atteints de cataracte ont une mauvaise qualité de vie liée à la vision. Notre étude a montré que la chirurgie de la cataracte améliore la qualité de vie liée à la vision dans de nombreuses dimensions, y compris une participation accrue aux activités sociales et des limitations réduites dans les activités professionnelles. Avec ces taux de réussite élevés, il est probable que l'augmentation du taux des interventions chirurgicales dues à la cataracte dans les pays en développement et dans les régions à faible revenu notamment puisse contribuer énormément à réduire la pauvreté et à améliorer la qualité de vie des populations, d'où l'importance de mettre en place des mesures de santé publique afin de rendre accessible la chirurgie de la cataracte.

SUGGESTIONS

Au regard de ce qui précède, nos suggestions sont les suivantes :

- **A l'endroit des autorités politiques et administratives**
  - Créer un service d'ophtalmologie dans l'Hôpital de zone de Sakété-Ifangni.
  - Renforcer le personnel médical avec une équipe pluridisciplinaire de soins de santé oculaire afin de couvrir toutes les zones sanitaires.
  - Elaborer un programme de prise en charge gratuite de la cataracte à l'instar de la césarienne.
- **A l'endroit du personnel de santé**
  - Sensibiliser la population sur la cataracte et son traitement.
  - Organiser les consultations de suivi des patients après les campagnes de chirurgie gratuite de la cataracte
  - Faire un plaidoyer pour rendre accessible la prise en charge de la cataracte
- **A l'endroit de la population**
  - Faire des consultations de suivi après la chirurgie de la cataracte
  - Respecter les consignes du personnel soignant

REFERENCES

1. **Brousse C, Boisaubert B**. La qualité de vie et ses mesures. Rev Méd Int. 2007; 28(7):458-62.

2. **World Health Organization** .Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993;2(2):153-9.

3. **Tembely M**. Evaluation de la qualité de vie des patients opérés de cataracte au CHU-IOTA [thèse de doctorat]. Bamako, Mali: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie; 2021: 11.

4. **Pascolini D, Mariotti SP**. Global estimates of visual impairment: 2010. Br J Ophthalmol. 2012; 96(5):614-8.

5. **Resnikoff S**. Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. Bull World Health Organ. 2008; 86(1):63-70.

6. **Thylefors B, Négrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie Y**. Données mondiales sur la cécité. Santé oculaire communautaire. 2004;1(1):6-10.

7. **Konaré CO**. Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou [Thèse de doctorat]. Bamako, Mali: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie; 2020:14.

8. **Diallo JW, Ahnoux-Zabsonre A, Yameogo C, Dolo M, Sanou J, Daboue A**. Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte par phacoalternative avec implantation en chambre postérieure: à propos de 300 cas à Bobo Dioulasso (Burkina Faso). PAMJ. 2015;20(1): 230.

9. **Dohvoma VA, Ndongo J, Mvogo E, Mvilongo Tsimi C, Nguena MB, Akono Zoua ME et al**. Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte à

l'hôpital central de Yaoundé par la technique de la petite incision manuelle. Health Sci Dis. 2018; 27-30.

10. **Guirou N, Napo A, Dougnon A, Bakayoko S, Sidibé F, Sidibé MK et al**. Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte de l'adulte. J Fr Ophtalmol. 2013;36(1):19-22.

11. **Amedome KM, Deguenon-Noudomin EL, Ayena KD, Vonor K, Dzidzinyo K, Maneh N et al**. Etude des principales causes de cécité dans le Sud Bénin: cas de la Commune de Sakété. 2016. 18(4):353-60.

12. **Frick KD, Foster A**. The magnitude and cost of global blindness: an increasing problem that can be alleviated. Am J Ophthalmol. 2003; 135(4):471-6.

13. **Ruit S, Tabin G, Chang D, Bajracharya L, Kline DC, Richheimer W et al.** A Prospective Randomized Clinical Trial of Phacoemulsification vs Manual Sutureless Small-Incision Extracapsular Cataract Surgery in Nepal. Am J Ophthalmol. 2007; 143(1):32-38.e2.

14. **Brémond-Gignac D, Copin H, Laroche L, Milazzo S**. Cristallin et zonule : anatomie et embryologie. EMC Ophtalmol. 2012; 9(3):1-11.

15. **Leidy NK, Revicki DA, Genesté B**. Recommendations for Evaluating the Validity of Quality of Life Claims for Labeling and Promotion. Value Health. 1999;2(2):113-27.

16. **Haute Autorité de Santé**. Evaluation des technologies de santé à la HAS: place de la qualité de vie. 2018.

17. **Gotay CC, Korn EL, McCabe MS, Moore TD, Cheson BD**. Quality-of-Life Assessment in Cancer Treatment Protocols: Research Issues in Protocol Development. JNCI. 1992; 84(8):575-9.

18. **Feld R**. Endpoints in cancer clinical trials: is there a need for measuring quality of life. Support Care Cancer. 1995; 3(1):23-7.

19. **Amzallag T, Rozot P**. Chirurgie de la cataracte.Elsevier Masson; 2018.

20. **Delbarre M, Froussart-Maille F**. Sémiologie et formes cliniques de la cataracte chez l'adulte. J Fr Ophtalmol. 2020;43(7):653-9.

21. **Camara I**. M. Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte dans la région de Ségou de Novembre 2005 à Décembre 2006[Thèse de doctorat]. Bamako, Mali: Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie; 2008: 26-28.

22. **Salmon JF, Kanski JJ**. Kanski's clinical ophthalmology: a systematic approach. Ninth edition. Edinburgh: Elsevier; 2020: 941 p.

23. **Gatinel D**. Chirurgie de la cataracte Chirurgie réfractive. Opt Clin. 2013.

24. **Alamou S, Abouki Coa, Houssou H, Agbahounga L, Djossou A, Assavedo Cra et al**. Astigmatism after cataract alternative phaco surgery. EC Ophthalmol. 2018;9(4):235-242.

25. **Segrestan C**. Score de qualité de vie : indicateurs. Echanges AFIDTN. 2005;24-30.

26. **Letzelter N**. Les études de qualité de vie en ophtalmologie. Intérêts et applications concernant la cataracte, le glaucome chronique à angle ouvert et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Montpellier: Ed Lab Chauvin Bausch Lamb. 2001.

27. **Parrish RK**. Visual impairment, visual functioning, and quality of life assessments in patients with glaucoma. Trans Am Ophthalmol Soc. 1996; 94:919-1028.

28. **Cole SR, Beck RW, Moke PS, Gal RL, Long DT**. The National Eye Institute Visual Function Questionnaire: experience of the ONTT. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2000; 41(5):1017-21.

29. **Mangione CM**. Psychometric Properties of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ). Arch Ophthalmol. 1998; 116(11):1496.

30. **Lundström M, Stenevi U, Thorburn W**. Cataract surgery in the very elderly. J Cataract Refract Surg. 2000; 26(3):408-14.

31. **Brenner MH**. Vision Change and Quality of Life in the Elderly: Response to Cataract Surgery and Treatment of Other Chronic Ocular Conditions. Arch Ophthalmol. 1993; 111(5):680.

32. **Schein OD, Steinberg EP, Cassard SD, Tielsch JM, Javitt JC, Sommer A**. Predictors of Outcome in Patients Who Underwent Cataract Surgery. Ophthalmol. 1995; 102(5):817-23.

33. **Lundstrom M, Stenevi U, Thorburn W**. Outcome of cataract surgery considering the preoperative situation: a study of possible predictors of the functional outcome. Br J Ophthalmol. 1999; 83(11):1272-6.

34. **Lum F, Schein O, Schachat AP, Abbott RL, Hoskins HD, Steinberg EP**. Initial two years of experience with the AAO National Eye care Outcomes Network (NEON) cataract surgery database. Ophthalmol. 2000; 107 (4):691-7.

35. **Shuttleworth GN, Luhishi EA, Harrad RA**. Do patients with age related maculopathy and cataract benefit from cataract surgery. Br J Ophthalmol. 1998; 82(6):611-6.

36. **Kokki H, Porela-Tiihonen, Kaarniranta K, Kokki M, Purhonen S**. A prospective study on postoperative pain after cataract surgery. Clin Ophthalmol. 2013; 7:1429-1437.

37. **Essue BM, Hackett ML, Mueller A, Hanh Duc NT, Phuc HT, Jan S**. investigating the psychological and economic impact of cataract surgery in Vietnam: The VISIONARY observational study protocol. BMC Ophthalmol. 2011; 11 (1):25.

38. Powe NR. Synthesis of the Literature on Visual Acuity and Complications Following Cataract Extraction with Intraocular Lens Implantation. Arch Ophthalmol. 1994; 112(2):239.

39. **Djiguimdé PW, Diomandé IA, Ahnoux-Zabsonré A, Koffi KV, Meda TA, Diomandé GF et al**. Résultats de la chirurgie avancée de la cataracte par tunnélisation: à propos de 262 cas réalisés au CHR de Banfora (Burkina Faso). PAMJ. 2015;22(1).

40. **Ka AM, Sow AS, Diagne JP, Ndoye Roth PA, Kamara K, De Medeiros ME et al**. Qualité de vie des patients après chirurgie de la cataracte. J Fr Ophtalmol. 2017; 40(8):629-35.

41. **Zitha AJ, Rampersad N**. Impact of cataract surgery on vision-related quality of life. AVEH. 2020; 79(1).

42. **Amedo AO, Koomson NY, Pascal TM, Kumah DB, Ocansey JNA, Asare-Bediako B**. Quality of life of cataract patients before and after surgery-evidence from four rural communities in Ghana. Mathews J Ophthalmol. 2016; 1(1):1-7.

43. **Rodriguez JI, Casuso P, Gutierrez Del Rio C, Velez E, Rolon L, Valentin Gamazo L et al**. Efficacy, residual defect and best visual result one month after surgery: quality in cataract concerted series. J Fr Ophtalmol. 2009; 32:112-1.

44. **Lundström M, Stenevi U, Thorburn W**. Quality of life after first- and second-eye cataract surgery: Five-year data collected by the Swedish National Cataract Register. J Cataract Refract Surg. 2001; 27(10):1553-9.

45. **Taamallah-Malek I, Chebbi A, Zghal I, Hachica F, Ouazzani S, Boujemaa C et al**. Résultats de la chirurgie de la cataracte congénitale par micro-incision cornéenne de 2.2 chez les enfants de moins de 5 ans. Tunis Médicale. 2013;91(2):154-9.

46. **Gain P, Thuret G, Maugery J**. Les cataractes traumatiques: conduite à tenir pratique. 2003;26(5):512-20.

47. **Queguiner P, Bouat C, Dulaurent, Vitte S, Ghipponi J-P, Kondi G**. Les cataractes séniles en Afrique: problèmes thérapeutiques. Médecine d'Afrique Noire. 1991;38(1):31-3.

48. **Signes-Soler I, Javaloy J, Montés-Micó R, Muñoz G, Llamusí RM, Baeza AMH et al**. Vision-related Quality of Life After Cataract Surgery in West Africa. Res Sq. 2022; 1-11.

49. **To KG, Meuleners LB, Fraser ML, Do DV, Duong DV, Huynh VAN et al**. The impact of cataract surgery on vision-related quality of life for bilateral cataract patients in Ho Chi Minh City, Vietnam: a prospective study. Health Qual Life Outcomes. 2014; 12(1):16.

50. **Mylona I, Dermenoudi M, Ziakas N, Tsinopoulos I**. Hypertension is the Prominent Risk Factor in Cataract Patients. Medicina. 2019; 55(8):430.

51. **Yu X, Lyu D, Dong X, He J, Yao K**. Hypertension and Risk of Cataract: A Meta-Analysis. Jhanji V. PLoS ONE. 2014; 9(12):e114012.

52. **Espallargues M, Alonso J**. Effectiveness of Cataract Surgery in Barcelona, Spain. J Clin Epidemiol. 1998;51(10):843-52.

53. **Ahanhanzo-glele S M**. Connaissances et facteurs limitant le recours précoce à la chirurgie de la cataracte dans la commune de NİKKİ en 2022 : étude réalisée au cours d'une campagne de chirurgie gratuite de la cataracte du 23 juin au 04 juillet 2022[Thèse de doctorat]. Nikki, Bénin: Université de Parakou; 2022.

54. **Abdul-sadik A, Abdul-Kabir M, Akowuah PK, Forfoe S**. Knowledge about Cataract and its Risk Factors among an Adult Population in the Cape Coast Metropolis, Ghana. Optom Open Access. 2018;3(1).

55. **Zhang XJ, Jhanji V, Leung CKS, Li EY, Liu Y, Zheng C et al**. Barriers for Poor Cataract Surgery Uptake among Patients with Operable Cataract in a Program of Outreach Screening and Low-cost Surgery in Rural China. Ophthalmic Epidemiol. 2014; 21(3):153-60.

56. **Mehari Z, Zewedu RH, Gulilat F**. Barriers to cataract surgical uptake in central ethiopia. Middle East Afr J Ophthalmol. 2013; 20(3):229.

57. **Isawumi MA, Soetan E, Adeoye A, Adeoti CO**. Evaluation of cataract surgery outcome in Western Nigeria. Ghana Med J. 2009; 43(4):169-74.

58. **Owsley C, McGwin G, Scilley K, Meek GC, Seker D, Dyer A**. Impact of cataract surgery on health-related quality of life in nursing home residents. Br J Ophthalmol. 2007;91(10):1359-63.

59. **Chaine G, Crozafan P, Flament J, Jean A, Gérard K, Peter L et al**. Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte. ANAES Paris. 2000; 50.

60. **Desai P, Reidy A, Minassian DC, Vafidis G, Bolger J**. Gains from cataract surgery: visual function and quality of life. Br J Ophthalmol. 1996;80(10):868-73.

61. **Kamara K**. Qualité de vie des patients après chirurgie de la cataracte [Thèse de doctorat].Dakar, Sénégal: Faculté de médecine de pharmacie et d'odontologie; 2015.

62. **Noël PH, Williams JW, Unützer J, Worchel J, Lee S, Cornell J et al**. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. Ann Fam Med. 2004; 2(6):555-62.

63. **Atkins J, Naismith SL, Luscombe GM, Hickie IB**. Psychological distress and quality of life in older persons: relative contributions of fixed and modifiable risk factors. BMC Psychiatry. 2013;13:249-59.

64. **El Mazani F**. La prise en charge de la cataracte à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech : A propos de 600 cas [Thèse de doctorat].Marrakech, Maroc: Faculté de Médecine et Pharmacie; 2010.

65. **Alamou S, Sounouvou I, Tchabi S**. Extraction extra capsulaire du cristallin : expérience du CNHU-HKM de Cotonou. Bénin Méd. 2006;32:16-22.

66. **Maneh N, Banla M, Nonoon KB, Balo KP**. Chirurgie de la cataracte à petite incision manuelle : une alternative en Afrique Sub-Saharienne. Research. 2015;2:1-29.

67. **Zhang F, Sugar A, Jacobsen G, Collins M**. Visual function and spectacle independence after cataract surgery: Bilateral diffractive multifocal intraocular lenses versus monovision pseudophakia. J Cataract Refract Surg. 2011; 37(5):853-8.

68. **Ishii K, Kabata T, Oshika T**. The Impact of Cataract Surgery on Cognitive Impairment and Depressive Mental Status in Elderly Patients. Am J Ophthalmol. 2008; 146(3):404-9.

69. **Pager CK, McCluskey PJ, Retsas C**. Cataract surgery in Australia: a profile of patient-centred outcomes. Clin Experiment Ophthalmol. 2004; 32 (4):388-92.

70. **Browne J, Jamieson L, Lewsey J, van der Meulen J, Copley L, Black N**. Case-mix & patients' reports of outcome in Independent Sector Treatment Centres: Comparison with NHS providers. BMC Health Serv Res. 2008; 8:1-7.

71. **Lamoureux EL, Fenwick E, Pesudovs K, Tan D**. The impact of cataract surgery on quality of life. Curr Opin Ophthalmol. 2011;22(1):19-27.

72. **Ou F, Li K, Gao Q, Liu D, Li J, Hu L et al**. An Urban Neo-Poverty Population-Based Quality of Life and Related Social Characteristics Investigation from Northeast China. Baradaran HR. PLoS ONE. 2012; 7(6):e38861.

73. **Michon JJ**. Prevalence of visual impairment, blindness, and cataract surgery in the Hong Kong elderly. Br J Ophthalmol. 2002; 86 (2):133-9.

74. **Lau J, Michon JJ, Chan WS, Ellwein LB**. Visual acuity and quality of life outcomes in cataract surgery patients in Hong Kong. Br J Ophthalmol. 2002; 86(1):12-7.

75. **Obstbaum SA**. White Paper Utilization, appropriate care, and quality of life for patients with cataracts: American Academy of Ophthalmology, American Society of Cataract and Refractive Surgery, and European Society of Cataract and Refractive Surgeons. J Cataract Refract Surg. 2006;32(10):1748-52.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle NEI-VFQ 25 d'évaluation de la qualité de vie

HORUS	QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE interview	Version 1 Diffusion le : Page 1 sur 8

A lire par la personne qui procède à l'interview du patient :

Je vais vous lire une série de problèmes concernant votre vue ou ce que vous ressentez au sujet de votre vue. Pour chaque question, je vous lirai une liste de réponses possibles. Je vous demande de choisir la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

Pour répondre aux questions, basez-vous sur la vue que vous avez avec vos lunettes ou lentilles, si vous en portez.

Prenez tout le temps qu'il vous faut pour répondre à chaque question. Toutes vos réponses resteront confidentielles. Afin que ce questionnaire nous aide à mieux comprendre les problèmes de vue et leurs conséquences sur la qualité de votre vie, vos réponses doivent être aussi précises que possible. N'oubliez pas : si vous avez des lunettes ou des lentilles, répondez à chaque question comme si vous les portiez.

Les réponses sont notées par l'interviewer sur la fiche réponse.



QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE interview

Version 1
Diffusion le :
Page 2 sur 8

1ère PARTIE – ETAT DE SANTE GENERAL ET VUE

1. **Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

(entourez un chiffre)

LIRE LES REPONSES

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

2. **Actuellement, lorsque vous regardez avec les deux yeux en même temps, vous diriez que votre vue (avec lunettes ou lentilles, si vous les portez) est excellente, bonne, moyenne, mauvaise, ou très mauvaise, ou bien êtes-vous complètement aveugle ?**

(entourez un chiffre)

LIRE LES REPONSES

Excellente	1
Bonne	2
Moyenne	3
Mauvaise	4
Très mauvaise	5
Complètement aveugle	6

3. **Etes-vous inquiet(ète) au sujet de votre vue ?**

(entourez un chiffre)

LIRE LES REPONSES

Jamais	1
Rarement	2
Quelquefois	3
Très souvent	4
Tout le temps	5

4. **Avez-vous eu des douleurs ou une gêne dans les yeux ou autour des yeux (par exemple : brûlures ou démangeaisons) ?**

(entourez un chiffre)

LIRE LES REPONSES

Aucune douleur ou gêne	1
Douleurs ou gêne légère(s)	2
Douleurs ou gêne modérée(s)	3
Douleurs ou gêne forte(s)	4
Douleurs ou gêne très forte(s)	5

HORUS	QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE interview	Version 1 Diffusion le : Page 3 sur 8

2ème PARTIE – DIFFICULTES DANS VOS ACTIVITES

Les questions suivantes portent sur les difficultés que vous pouvez rencontrer dans certaines activités quand vous portez vos lunettes ou vos lentilles (si vous les utilisez pour ces activités).

5. **Avez-vous du mal à <u>lire les caractères d'imprimerie de taille normale dans les journaux</u> ?**
   (LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout 1
Un peu 2
Moyennement 3
Enormément 4
Arrêté de le faire à cause de votre vue 5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt 6

6. **Avez-vous du mal à faire certaines tâches ou certains passe-temps qui exigent de <u>bien voir de près</u>, comme faire la cuisine, de la couture, bricoler dans la maison ou utiliser des petits outils ?**
   (LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout 1
Un peu 2
Moyennement 3
Enormément 4
Arrêté de le faire à cause de votre vue 5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt 6

7. **A cause de votre vue, avez-vous du mal à <u>retrouver quelque chose sur une étagère encombrée</u> ?**
   (LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout 1
Un peu 2
Moyennement 3
Enormément 4
Arrêté de le faire à cause de votre vue 5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt 6

8. **Avez-vous du mal à <u>lire les panneaux de circulation ou les enseignes de magasins dans la rue</u> ?**
   (LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

9. **A cause de votre vue, avez-vous du mal à <u>descendre des marches, un escalier ou les rebords de trottoirs la nuit ou quand l'éclairage est faible</u> ?**
   (LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

10. **A cause de votre vue, avez-vous du mal à <u>remarquer ce qui se trouve sur le côté quand vous marchez</u> ?**
    (LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

11. A cause de votre vue, avez-vous du mal à <u>voir comment les gens réagissent à ce que vous dîtes</u> ?
(LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout 1
Un peu 2
Moyennement 3
Enormément 4
Arrêté de le faire à cause de votre vue 5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt 6

12. A cause de votre vue, avez-vous du mal à <u>choisir vos vêtements et à les assortir</u> ?
(LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout 1
Un peu 2
Moyennement 3
Enormément 4
Arrêté de le faire à cause de votre vue 5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt 6

13. A cause de votre vue, avez-vous du mal à <u>rendre visite à des gens, à aller dans des soirées ou au restaurant</u> ?
(LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout 1
Un peu 2
Moyennement 3
Enormément 4
Arrêté de le faire à cause de votre vue 5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt 6

14. A cause de votre vue, avez-vous du mal à <u>aller au cinéma, au théâtre ou à assister à des rencontres sportives</u> ?
(LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout 1
Un peu 2
Moyennement 3
Enormément 4
Arrêté de le faire à cause de votre vue 5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt 6

15. Conduisez-vous actuellement, au moins une fois de temps en temps ?
(entourez un chiffre)

Oui ..... 1 — Passez à la question 15.c.
Non 2

15.a. SI NON, DEMANDER : est-ce parce que vous n'avez jamais conduit ou bien vous avez arrêté de conduire ?
(entourez un chiffre)

Jamais conduit ..... 1 — *Passez à la 3ème partie, question 17*
Arrêté de conduire 2

15.b. SI ARRET DE LA CONDUITE : c'était surtout à cause de votre vue ou surtout pour d'autres raisons, ou à la fois à cause de votre vue et pour d'autres raisons ?
(entourez un chiffre)

Surtout à cause de votre vue ..... 1 — *Passez à la 3ème partie, question 17*
Surtout pour d'autres raisons ..... 2 — *Passez à la 3ème partie, question 17*
Pour les deux à la fois ..... 3 — *Passez à la 3ème partie, question 17*

15.c. SI CONDUITE COURANTE : avez-vous du mal à conduire de jour dans des endroits familiers ?
(entourez un chiffre)

Pas du tout 1
Un peu 2
Moyennement 3
Enormément 4

16. Avez-vous du mal à conduire de nuit ?
(LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout 1
Un peu 2
Moyennement 3
Enormément 4
Arrêté de la faire à cause de votre vue 5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt 6

16.a. Avez-vous du mal à conduire dans des conditions difficiles, comme des mauvaises conditions météorologiques, dans les embouteillages, sur l'autoroute, ou en ville ?
(LIRE LES REPONSES AU BESOIN)

(entourez un chiffre)

Pas du tout 1
Un peu 2
Moyennement 3
Enormément 4
Arrêté de la faire à cause de votre vue 5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt 6

HORUS	QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE interview	Version 1 Diffusion le : Page 7 sur 8

3ème PARTIE – VOS REACTIONS A VOS PROBLEMES DE VUE

Les questions suivantes portent sur ce qui vous arrive peut-être à cause de votre vue. Pour chaque question, je souhaite que vous m'indiquiez si c'est vrai en permanence, très souvent, quelquefois, rarement ou jamais.

LIRE LES REPONSES *(Entourez un chiffre sur chaque ligne)*

	En permanence	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
17. Faites-vous moins de choses que vous ne le voudriez à cause de votre vue ?	1	2	3	4	5
18. Etes-vous limité(e) dans le temps que vous consacrez à votre travail ou à vos activités à cause de votre vue ?	1	2	3	4	5
19. Les douleurs ou la gêne ressentie(s) dans ou autour des yeux, par exemple brûlures ou démangeaisons, vous empêchent-elles de faire ce que vous aimeriez faire ?	1	2	3	4	5

HORUS	QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE interview	Version 1 Diffusion le : Page 8 sur 8

Pour chacune des phrases suivantes, merci de me dire si, dans votre situation, c'est entièrement vrai, plutôt vrai, plutôt faux, entièrement faux ou si vous n'en n'êtes pas certain(e).

(Entourez un chiffre sur chaque ligne)

	Entièrement vrai	Plutôt vrai	Pas certain(e)	Plutôt faux	Entièrement faux
20. Je reste chez moi la plupart du temps à cause de ma vue.....	1	2	3	4	5
21. Je me sens souvent contrarié(e) et insatisfait(e) à cause de ma vue.....	1	2	3	4	5
22. Je maîtrise beaucoup moins bien ce que je fais à cause de ma vue	1	2	3	4	5
23. A cause de ma vue, je dois trop compter sur ce que me disent les autres.	1	2	3	4	5
24. J'ai beaucoup besoin de l'aide des autres à cause de ma vue.	1	2	3	4	5
25. Je m'inquiète à l'idée de faire des choses embarrassantes pour moi-même ou pour les autres, à cause de ma vue.	1	2	3	4	5

C'est la fin de l'interview. Merci beaucoup de votre temps et de votre coopération.

Annexe 2 : Fiche d'enquête

I-Variables liées aux aspects sociodémographiques

1- N° Dossier : ……
2- Nom : ……
3- Prénom : ……
4- Age en année : ……
5- Sexe : ☐Féminin ☐Masculin
6- Profession : ☐Fonctionnaire actif ☐Fonctionnaire retraité ☐Chauffeur ☐Cultivateur/Paysan ☐Commerçant/vendeur ☐Elève/Etudiant ☐Ménagère ☐Ouvrier/Artisan ☐Sans Emploi ☐Autres
7- Lieu de provenance : …….

II-Variables liées au terrain

8- Antécédents oculaires : ☐GPAO ☐Rétinopathie diabétique ☐Traumatisme oculaire ☐Chirurgie oculaire ☐Autre
9- Antécédents généraux : ☐HTA ☐Diabète ☐Asthme ☐ Hémoglobinopathie ☐Autres

III-Variables liées aux aspects fonctionnels

- En préopératoire

10- Motif de consultation :☐Baisse visuelle ☐Photophobie ☐ Eblouissement ☐Douleur oculaire ☐Céphalée ☐Rougeur oculaire ☐Autres
11- Latéralité : ☐OD ☐OG ☐ODG

12- Acuité visuelle loin sans correction(AVLsc): ☐AVL (sc) OD ☐AVL (sc) OG

- En postopératoire

13- Plaintes : ☐oui ☐Non si oui, préciser

	M1	**M2**	**M3**
Douleur oculaire	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non
Céphalées	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non
Rougeur oculaire	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non
Eblouissement	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non
Baisse visuelle	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non
Photophobie	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non	☐oui ☐Non
Autres	Si oui, préciser	Si oui, préciser	Si oui, préciser

14- Acuité visuelle

	M1	M2	M3
AVL (sc)	OD …. OG….	OD …. OG….	OD …. OG….
AVL (av)	OD …. OG….	OD …. OG….	OD …. OG….
AVP (sc)	OD …. OG….	OD …. OG….	OD …. OG….
AVP (av)	OD …. OG….	OD …. OG….	OD …. OG….

IV-Variables liées aux aspects psychologiques

15- Signes psychologiques préopératoires: ☐Peur (préciser le pourquoi)

☐ tristesse (préciser le pourquoi) ☐symptômes physiques ☐ Autres

16- Signes psychologiques postopératoires : ☐Peur (préciser le pourquoi)

☐ tristesse (préciser le pourquoi) ☐symptômes physiques ☐ Autres

V-Variables liées à la thérapeutique

17- Technique chirurgicale …….
18- Incident, à préciser :

- Rupture capsulaire postérieure : ____ (O/N)
- Hémorragie expulsive : _____ (O/N)
- Issue du vitré : _____ (O/N)
- Hernie de l'iris : _____ (O/N)
- Perforation du globe : _____ (O/N)
- Traumatisme iriens et zonulaires : _____ (O/N)
- Luxation du noyau : _____ (O/N)
- Autre : _____

19- Complications postopératoires immédiates (avant J30)

- Œdème cornéen : _____ (O/N)
- Kératite : _____ (O/N)
- Hyphema : _____ (O/N)
- Hypo /Hypertonie : _____ (O/N)
- Endophtalmie : _____ (O/N)
- Masses cristallines : _____ (O/N)
- Autres

20- Complications postopératoires tardives (après J30)

- Œdème cornéen : _____ (O/N)
- Luxation de l'implant : _____ (O/N)
- Opacification secondaire du cristallin : _____ (O/N)
- Décollement de rétine : _____ (O/N)
- Œdème maculaire : _____ (O/N)

- Autres

21- Evaluation de la QDV avant, M1, M2 et M3

Ce questionnaire est une version adaptée à la population béninoise

1ere PARTIE : ETAT DE SANTE GENERAL ET VUE

1-Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

2- Actuellement, lorsque vous regardez avec les deux yeux en même temps, vous diriez que votre vue (avec lunettes ou lentilles, si vous les portez) est :

Excellente	1
Bonne	2
Moyenne	3
Mauvaise	4
Très mauvaise	5
Complètement aveugle	6

3-Etes-vous inquiet(te) au sujet de votre vue ?

Jamais	1

Rarement	2
Quelquefois	3
Très souvent	4
Tout le temps	5

4- Avez- vous eu des douleurs ou gêne dans les yeux ou autour des yeux (exemple : brûlure ou démangeaison) ?

Aucune douleur ou gêne	1
Douleurs ou gêne légère(s)	2
Douleurs ou gêne modérée(s)	3
Douleurs ou gêne forte(s)	4
Douleurs ou gêne très forte(s)	5

2ème PARTIE : DIFFICULTES DANS VOS ACTIVITES

5-Avez-vous du mal à lire les caractères d'imprimerie de taille normale dans les journaux, un livre ou à reconnaitre les images ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

6-Avez-vous du mal à faire certaines tâches ou certains passe-temps qui exigent de bien voir de près, comme trier le riz, le haricot, enfiler l'aiguille, fixer un clou ou utiliser des petits outils ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

7-A cause de votre vue, avez-vous du mal à retrouver quelque chose sur une étagère encombrée ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

8-Avez-vous du mal à lire les panneaux de circulation, les plaques de rues ou les enseignes de magasins dans la rue ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

9-A cause de votre vue, avez-vous du mal à descendre des marches, un escalier ou les rebords de trottoirs la nuit ou quand l'éclairage est faible ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

10-A cause de votre vue, avez-vous du mal à remarquer ce qui se trouve sur le côté quand vous marchez ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3

Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

11-A cause de votre vue, avez-vous du mal à voir comment les gens réagissent à ce que vous dites ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

12-A cause de votre vue, avez-vous du mal à choisir vos vêtements et à les assortir ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

13-A cause de votre vue, avez-vous du mal à rendre visite à des gens, à aller au temple, mosquée ou église, dans un restaurant ou des soirées ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

14- A cause de votre vue, avez-vous du mal à aller au mariage, au baptême, ou funérailles ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

15- Conduisez-vous actuellement, au moins une fois de temps en temps ?

Oui	1
Non	2

Si oui passez à la question 15c

15a. SI VOTRE REPONSE EST NON : est-ce parce que vous n'avez jamais conduit ou bien vous avez arrêté de conduire ?

Ne conduit pas	1
Arrêté de conduire	2

S'il ne conduit pas passez à la 3ème partie question 17

15b. SI VOUS AVEZ ARRETE DE CONDUIRE : c'était surtout à cause de votre vue ou surtout pour d'autres raisons, ou à la fois à cause de votre vue et pour d'autres raisons ?

Surtout à cause de votre vue	1
Surtout pour d'autres raisons	2

Si la réponse est surtout à cause de votre vue passez à la 3ème partie question 17

Si la réponse est surtout pour d'autres raisons passez à la 3ème partie question 17

Pour les deux à la fois passez à la 3ème partie question 17

15c. SI VOUS CONDUISEZ ACTUELLEMENT : avez-vous du mal à conduire de jour dans des endroits familiers ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Énormément	4

16. Avez-vous du mal à conduire de nuit ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5

Arrêté de le faire pour d'autres 6 raisons ou par manque d'intérêt

3ème PARTIE VOS REACTIONS A VOS PROBLEME DE VUE

Les questions suivantes portent sur ce qui vous arrive peut-être à cause de votre vue. Pour question, entourez le chiffre qui indique si, dans votre situation, cette question est vraie : en permanence, très souvent, quelquefois, rarement ou jamais

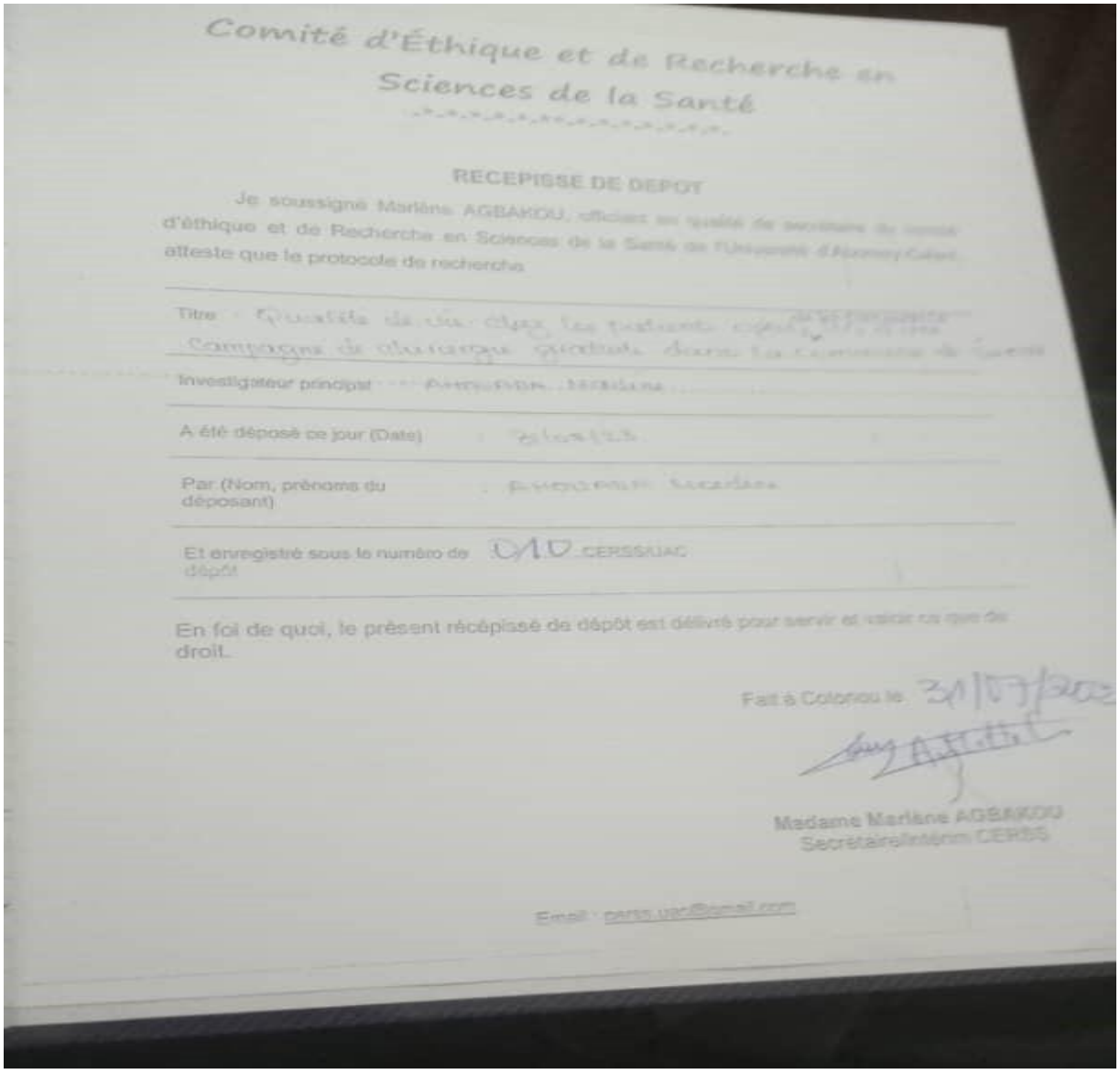
(Entourez un chiffre sur chaque ligne)

	en permanence	**très souvent**	**quelquefois**	**rarement**	**jamais**
17-Faites-vous moins de choses que vous ne le voudriez à cause de votre vue ?	1	2	3	4	5
18-Etes-vous limité(e) dans le temps que vous pouvez consacrer à votre travail ou à vos activités à cause de votre vue ?	1	2	3	4	5
19-Les douleurs ou la gêne ressentie(s) dans ou autour des yeux, par exemple brûlures ou démangeaisons, vous empêchent-elles de faire ce que vous aimeriez faire ?	1	2	3	4	5

Pour chacune des phrases suivantes, entourez le chiffre qui indique si, dans votre situation : c'est entièrement vrai, plutôt vrai, plutôt faux, entièrement faux ou si vous n'en n'êtes pas certain(e). (Entourez un chiffre sur chaque ligne)

	entièrement vrai	plutôt vrai	pas certain(e)	plutôt faux	Entièrement faux
20-Je reste chez moi la plupart du temps à cause de ma vue.	1	2	3	4	5
21-Je me sens souvent contrarié(e) et insatisfait(e) à cause de ma vue.	1	2	3	4	5
22-Je maîtrise beaucoup moins bien ce que je fais à cause de ma vue.	1	2	3	4	5
23-A cause de ma vue, je dois trop compter sur ce que me disent les autres.	1	2	3	4	5
24-J'ai beaucoup besoin de l'aide des autres à cause de ma vue.	1	2	3	4	5
25-Je m'inquiète à l'idée de faire des choses embarrassantes pour moi même ou pour les autres, à cause de ma vue.	1	2	3	4	5

Annexe 3 : Récépissé de dépôt de demande d'autorisation auprès du CER-SS



Comité d'Éthique et de Recherche en Sciences de la Santé

RECEPISSE DE DEPOT

Je soussigné Marlène AGBAKOU, officiers en qualité de secrétaire du comité d'éthique et de Recherche en Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi, atteste que le protocole de recherche

Titre : Qualité de vie chez les patients opérés de la cataracte lors d'une Campagne de chirurgie gratuite dans la commune de Sakété

Investigateur principal : Amoussou Nicolas

A été déposé ce jour (Date) : 31/07/23

Par (Nom, prénoms du déposant) : Amoussou Nicolas

Et enregistré sous le numéro de dépôt : 010 CERSSUAC

En foi de quoi, le présent récépissé de dépôt est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Cotonou le 31/07/2023

Madame Marlène AGBAKOU
Secrétaire/Interim CERSS

Email : cers.uac@gmail.com

Annexe 4 : Certificat d'analyse anti-plagiat

Certificat d'analyse

Date d'émission: 27/02/2024
Compte évaluateur: Nadine AHOUADA

AUTEUR DU DOCUMENT : Nadine AHOUADA
TITRE DU DOCUMENT : Qualité de vie des patients opérés de la cataracte lors d'une campagne de chirurgie gratuite dans la commune de sakété

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	17750	71	12.1%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

792853d95be15294a8cc391abd2c7e1c4962

TABLE DES MATIERES

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT II
DEDICACES VIII
REMERCIEMENTS XII
HOMMAGES XIV
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS XVII
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES XXI
SOMMAIRE XXVII
INTRODUCTION 1
1. GENERALITES 7
1.1. CATARACTE 8
1.1.1. Définition des concepts 8
1.1.1.1. Cataracte 8
1.1.1.2. Qualité de vie 8
1.1.1.3. Qualité de vie en santé 8
1.1.1.4. Chirurgie de la cataracte 9
1.1.1.5. Campagne de chirurgie gratuite 9
1.1.2. Rappels anatomiques et physiologiques 9
1.1.2.1. Tuniques 10
a. Tunique externe ou scléro-cornée 10
b. Tunique intermédiaire, l'uvée 11
c. Tunique interne, la rétine 11
1.1.2.2. Milieux transparents 11
a. Humeur aqueuse 12
b. Cristallin 12
c. Corps vitré ou humeur vitré 12

1.1.3. Causes [20] 14
1.1.3.1. Cataractes séniles (liée à l'âge) 14
1.1.3.1. Cataractes traumatiques 14
1.1.3.2. Cataractes compliquées 15
1.1.3.3. Cataractes pathologiques 15
1.1.3.4. Cataractes iatrogènes 15
1.1.3.5. Cataractes congénitales 15
1.1.4. Diagnostic [21] 15
1.1.4.1. Diagnostic positif 15
a. Signes fonctionnels 15
b. Signes physiques 16
1.1.4.2. Diagnostic différentiel 19
1.1.5. Traitement [21,23,24] 19
1.1.5.1. Indication 19
1.1.5.2. Bilan préopératoire 19
1.1.5.3. Information du patient 19
1.1.5.4. Moyens 20
a. Phacoémulsification 20
b. Phacoalternative 20
c. Extraction extra capsulaire (EEC) 21
d. Extraction intra capsulaire 21
1.1.6. Résultats 21
1.1.7. Complications de la chirurgie 21
1.1.7.1. Complications peropératoires [21] 21
1.1.7.2. Complications postopératoires [21] 22
1.2. QUALITE DE VIE 23
1.2.1. Questionnaires génériques 23

1.2.2. Questionnaires spécifiques....23
1.3. QUALITE DE VIE ET CATARACTE....25
1.3.1. Qualité de vie du patient porteur d'une cataracte....25
1.3.1.1. Intérêts de l'étude....25
1.3.1.2. Facteurs influençant la qualité de vie [26]....27
a. Liés à la pathologie et à son évolution....27
b. Liés à la thérapeutique....29
1.3.1.3. Liés au terrain....30
1.3.2. Prise en charge de la cataracte et qualité de vie....30
1.3.2.1. Impact de la chirurgie de la cataracte sur la qualité de vie [26]....30
1.3.2.2. Choix de la technique chirurgicale [26]....31
1.3.2.3. Influence de la comorbidité ophtalmique [31–34]....31
1.3.2.4. Influence de l'âge du patient lors de la prise en charge [31]....32
1.3.2.5. Influence du type de correction optique....32
1.3.2.6. Influence des signes (douleurs, gênes, etc.) [36]....32
1.3.2.7. Influence de l'acuité visuelle....33
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE....34
2.1. CADRE D'ETUDE....35
2.1.1. Zone sanitaire Sakété-Ifangni....35
2.1.2. Hôpital de zone Sakété-Ifangni....36
2.2. METHODE D'ETUDE....36
2.2.1. Type d'étude....36
2.2.2. Période d'étude....36
2.2.3. Population d'étude....37
2.2.4. Echantillonnage....37
2.2.5. Critères de sélection....37

2.2.5.1. Critères d'inclusion 37
2.2.5.2. Critères de non inclusion 37
2.2.5.3. Critères d'exclusion 38
2.2.6. Variables 38
2.2.6.1. Variable dépendante 38
2.2.6.2. Variables indépendantes 38
2.2.6.3. Opérationnalisation des variables 41
2.2.7. Collectes des données 43
2.2.7.1. Outils de collecte des données 43
2.2.7.2. Technique de collecte des données 43
2.2.8. Traitement et analyse des données 44
2.2.9. Considérations éthiques et déontologiques 46
3. RESULTATS 47
3.1. ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES 48
3.1.1. Age 48
3.1.2. Sexe 49
3.1.3. Lieu de provenance 49
3.1.4. Profession 50
3.2. ASPECTS LIES AU TERRAIN DES PATIENTS 51
3.3. ASPECTS FONCTIONNELS 52
3.3.1. En pré opératoire 52
3.3.1.1. Motif de consultation 52
3.3.1.2. Acuité visuelle 52
3.3.1.3. Latéralité 52
3.3.2. En post opératoire 53
3.3.2.1. Plaintes 53

3.3.2.2. Acuité visuelle 53
a. Acuité visuelle de loin sans correction 53
b. Acuité visuelle de près sans correction 54
c. Acuité visuelle de loin avec correction 55
d. Acuité visuelle de près avec correction 56
3.4. ASPECTS THERAPEUTIQUES 57
3.4.1. Technique chirurgicale 57
3.4.2. Incidents peropératoires 57
3.4.3. Complications postopératoires 57
3.5. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DES PATIENTS 58
3.5.1. En préopératoire 58
3.5.2. En post opératoire 59
3.6. ASPECT DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS 59
3.6.1. Scores de la QDV 59
3.6.2. Aspect de la qualité de vie selon l'âge des patients 62
3.6.3. Aspect de la qualité de vie selon le sexe des patients 63
3.6.4. Aspect qualité de vie selon la profession 64
3.6.5. Aspect de la qualité de vie selon l'acuité visuelle sans correction 65
3.6.5.1. Acuité visuelle de loin sans correction 65
3.6.5.2. Acuité visuelle de près sans correction 66
3.6.6. Aspect de la qualité de vie selon l'acuité visuelle avec correction 68
3.6.6.1. Acuité visuelle de loin avec correction 68
3.6.6.2. Acuité visuelle de près avec correction 69
4. DISCUSSION 71
4.1. ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'ETUDE 72
4.2. QUALITE ET VALIDITE DE LA METHODE D'ETUDE 72

4.2.1. Type d'étude 72
4.2.2. Technique de collecte 72
4.3. LIMITE DE L'ETUDE 73
4.4. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC CEUX DES AUTRES AUTEURS 73
4.4.1. Aspects sociodémographiques 73
4.4.1.1. Age 73
4.4.1.2. Sexe 74
4.4.1.3. Profession 74
4.4.2. Aspects liés au terrain des patients 75
4.4.3. Aspects fonctionnels 75
4.4.3.1. En préopératoire 75
a. Motif de consultation 75
b. Acuité visuelle de loin sans correction 75
c. Latéralité 76
4.4.3.2. En postopératoire 76
a. Les plaintes 76
b. Acuité visuelle de loin sans et avec correction 76
c. Acuité visuelle de près sans et avec correction 77
4.4.4. Aspects psychologiques des patients 77
4.4.5. Aspects liés à la thérapeutique 78
4.4.5.1. Incidents peropératoires 78
4.4.5.2. Complications postopératoires 78
a. Complications immédiates 78
b. Complications tardives 78
4.4.6. Aspect de la qualité de vie 79
4.4.6.1. Score de la qualité de vie 79
4.4.6.2. Influence de l'âge sur la qualité de vie 79

4.4.6.3. Influence de la profession sur la qualité de vie 80
4.4.6.4. Influence de l'acuité visuelle sans correction sur la qualité de vie ... 81
4.4.6.5. Influence de l'acuité visuelle avec correction sur la qualité de vie ... 81

CONCLUSION 82

SUGGESTIONS 84

REFERENCES 86

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES ..... A

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois, en présence des maîtres de cette faculté et de mes condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui lui sont confiés et mon état ne servira ni à corrompre les murs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de sexe, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous menace, je n'admettrai pas faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai reçue d'eux.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !

Résumé

Problématique : La cataracte est la principale cause de cécité curable au monde et particulièrement en Afrique de l'Ouest. Elle constitue l'une des maladies oculaires ayant un lourd tribut fonctionnel, psychologique et social avec un retentissement important sur la qualité de vie (QDV) du sujet atteint.

Objectif : Évaluer la qualité de vie des patients opérés lors d'une campagne de chirurgie gratuite de la cataracte dans la commune de Sakété.

Méthode d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale à collecte prospective qui s'était déroulée du 21 juin au 30 septembre 2023. Elle a concerné tous les patients ayant bénéficié d'une chirurgie de la cataracte dans la commune de Sakété pendant la période d'étude. L'évaluation de la QDV avant et après la chirurgie a été faite à l'aide du questionnaire National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ 25).

Résultats : Au total, 130 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen des patients opérés pour la cataracte était de 59,89 ± 13,39 ans. Le sexe masculin prédominait avec un sex-ratio 1,16. Les professions ne nécessitant pas une vision optimale (PNNVO) constituaient la majorité de l'échantillon, à 60,78%. Le principal motif de consultation était la baisse visuelle. En préopératoire, la majorité des patients, soit 100%, était en état de cécité. Une amélioration statistiquement significative du score NEI-VFQ25 a été observée dans tous les domaines étudiés au cours du suivi post opératoire. Les principaux facteurs associés à l'amélioration de la QDV étaient le jeune âge, l'absence de comorbidité ophtalmologique, l'absence de douleurs oculaires postopératoires, une bonne AV postopératoire et l'absence de complications sont associées après la chirurgie.

Conclusion : Les patients atteints de la cataracte ont une QDV améliorée par la prise en charge chirurgicale. Cette étude révèle la nécessité de rendre accessible la chirurgie de la cataracte à toute la population et particulièrement à celle vulnérable.

Mots clés : Cataracte, baisse visuelle, chirurgie gratuite, qualité de vie, Sakété.

Abstract

Problematic: Cataract is the leading cause of curable blindness worldwide, particularly in West Africa. It represents one of the eye diseases with a significant functional, psychological, and social burden, impacting the quality of life (QoL) of affected individuals.

Objective: To evaluate the quality of life of patients operated on during a free cataract surgery campaign in the commune of Sakété. Study Method: This was a prospective cross-sectional study conducted from June 21 to September 30, 2023. It included all patients who underwent cataract surgery in the commune of Sakété during the study period. The assessment of QoL before and after surgery was done using the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ 25).

Results: A total of 130 patients were included in the study. The average age of cataract surgery patients was 59.89 ± 13.39 years. Males predominated with a sex ratio of 1.16. Professions not requiring optimal vision (PNNVO) constituted the majority of the sample, at 60.78%. The primary reason for consultation was visual decline. Preoperatively, the majority of patients, 100%, were in a state of blindness. A statistically significant improvement in NEI-VFQ25 score was observed in all studied domains during postoperative follow-up. The main factors associated with improved QoL were younger age, absence of ophthalmologic comorbidity, absence of postoperative ocular pain, good postoperative visual acuity, and absence of complications post-surgery.

Conclusion: Patients with cataracts experience improved QoL through surgical intervention. This study highlights the need to make cataract surgery accessible to the entire population, particularly the vulnerable groups.

Keywords: Cataract, visual decline, free surgery, quality of life, Sakété.