



L'ACAREF est un vaste réseau de chercheurs francophones et francophiles né à la suite d'une série de colloques, de séminaires et de journées d'études organisés au Département et français à l'Université du Ghana entre 2015 et 2019 rassemblant chaque année plusieurs nationalités de chercheurs et d'experts autour des questions liées à l'Education, à la pédagogie, aux langues et aux humanités. L'ACAREF est une vitrine des chercheurs francophones et se présente comme un creuset de documentations, de promotion de la recherche et de l'expertise francophones. Elle représente un pont entre les chercheurs de tous les horizons et encourage la collaboration entre chercheurs et Experts africains afin de leur donner plus de visibilité au plan international à travers une large diffusion de leurs travaux de recherches. L'ACAREF est également un lieu où plusieurs réseaux de chercheurs ou revues internationale se croisent. Elle représente en Afrique, l'Institut CEMIDES (Les cahiers CEMIDES), l'Observatoire Européen du Plurilinguisme (OEP, Collection Plurilinguisme) LEM - ITALIA (Langues d'Europe et de la Méditerranée), le RUIPI (Réseau Universitaire International pour la promotion de l'Interculturel) avec lesquels elle collabore.



LES CAHIERS DE L'ACAREF
VOL. 2 N° 5
OCT-2020



*Numéro coordonné par
Jean Bosco K. VODOUNOU*



*Sous la direction de:
Koffi Ganyo AGBEFLE*

*Sociologie
Antropologie
Géographie*

TOME 2

VOL. 2 N° 5 - OCT-2020

LES CAHIERS DE L'ACAREF
Vol. 2/N°5 – octobre 2020
ISBN 9782953729962

Coordination du Numéro
Jean-Bosco K. VODOUNOU

LES CAHIERS DE L'ACAREF

Vol. 2/N°5 – octobre 2020

TOME 2

LES CAHIERS DE L'ACAREF

**Revue dirigée par L'Académie Africaine de Recherches et d'Etudes
Francophones**

Conseil restreint de direction scientifique du Numéro

Pierre Frath, Université de Reims, France

Christian Tremblay, OEP, Paris France

Marc Richeveaux, CEDIMES, France

Akimou Tchagnaou, Université de Zinder, Niger

Maman Lawan Elhadji Yawale, Université de Zinder, Niger

Sous la direction de
Koffi Ganyo AGBEFLE

Equipe technique

Maquette et illustration : Koffi AMEWU

Mise en page : Rejoice A. D. KPATI

Comité scientifique international élargi

- AFELI Kossi Antoine, Université de Lomé, Togo
- AGRESTI Giovanni, Université Bordeaux Montaigne, France
- BADASU Cosmas. K., Université de Legon, Ghana,
- DAO Yao, Université de Lyon 2, France
- DEVRIESERE Viviane, Isfec Aquitaine, Bordeaux France
- ELHADJI YAWALE MAMAN, Université de Zinder, Niger
- FRATH Pierre, Université de Reims, France
- KOUDJO Bienvenu, Université d'Abomey Calavi, BENIN
- LEMAIRE Eva, Université d'Alberta, Canada
- LEZOU KOFFI Aimée-Danielle, UFHB, Abidjan, Côte d'Ivoire
- MAURER Bruno, Université de Montpellier 3, France
- NAPON Abou, Université de Ouagadougou 1, Burkina Faso
- NUTAKOR Mawushi, Université de Legon, Ghana
- RICHEVEAUX Marc, Institut CEDIMES, France
- SANDS Sarah, Université de Strasbourg, France
- TCHAGNAOU Akimou, Université de Zinder, Niger
- TCHEHOUALI Destiny, Montréal, Canada
- TIJANI Mufutau A., A. Bello University Zaria, Nigéria
- TREMBLAY Christian, OEP, Paris France
- TUBLU Yves, CELHTO UA Niamey, Niger
- YEBOUA Kouadio D., ENS UFH Côte d'Ivoire
- YENNAH Robert, Legon University, Ghana

SOMMAIRE

1. **Introduction contextualisée** _ Jean Bosco VODOUNOU....07
2. **Les enjeux éthiques des gestes techniques et amélioration de la qualité des soins dans un service de pédiatrie au mali** _ Abdoulaye GUINDO & Issa DIALLO __ *Mali*.....10
3. **Gouvernance locale dans la gestion de l'intercommunalité du mono au Bénin** _ Damien N'LEDJI GBEDJI & Abou-Bakari IMOROU __ *Bénin*.....35
4. **La gestion des fake news sur les réseaux sociaux en période de crise sanitaire : l'exemple de la pandémie de la covid-19 en Côte d'Ivoire.** _ Doffou Brice Anicet YAVO & Francis Pacôme KOUAKOU __ *Côte d'Ivoire*.....51
5. **De l'historiographie burundaise : qui a écrit quoi et dans quel contexte ?** _ Eric NDAYISABA __ *Burundi*.....69
6. **Comportements et rôles de certains acteurs dans le recours des femmes aux soins obstétricaux dans la région Dendi de Malanville-Karimama** _ Foulératou GOUDA ADAM & Gnansounou FOURN __ *Bénin*.....86
7. **Vécu socio-académique des étudiants bègues de la FLSH et FAST de l'UAM de Niamey (Niger)** _ Ibrahim OUSSEINI ISSA __ *Niger*.....104
8. **Evangelisation en contexte musulman : le cas de la Léraba (Burkina Faso), 1959-2019** _ Kamy SOULAMA __ *Burkina Faso*.....123
9. **L'éducation à la vertu stoïcienne, synonyme de l'éducation à la paix** _ Koffi ALLADAKAN __ *Bénin* & Jean-Joël DUHOT __ *France*.....137
10. **Opinions de la population à Lomé sur la relative dépénalisation du cannabis dans les pays africains au sud du Sahara** _ Koshi AKOUBIA __ *Togo*.....153
11. **Représentations, pratiques et enjeux sociaux autour des centres de fitness à Cotonou dans le contexte de développement durable au Bénin** _ Monique OUASSA KOUARO __ *Bénin*.....167

12. **Conversions évangélistes à Dakar et nouvelles formes d'adhésion religieuse** _ Mouhamed Moustapha DIÈYE & Alassane SOW __ *Sénégal*.....188
13. **Question d'ethnicité dans la gestion des institutions islamiques en Côte d'Ivoire : des origines à nos jours** _ Moussa KONATE __ *Côte d'Ivoire*.....200
14. **Les sources de la corruption politique dans l'œuvre de machiavel** _ Oualoufeye Razack BINDA __ *Bénin*.....215
15. **Impacts psychologiques associés au glaucome chronique à angle ouvert affectant la qualité de vie des patients suivis au centre national de lutte contre la cécité au Burkina Faso : étude phénoménologique** _ Soutongnoma Safiata KABORÉ, Miyemba LOMPO & Dieudonné SOUBEIGA __ *Burkina Faso*.....227
16. **Coopération décentralisée et développement des collectivités territoriales au Bénin : cas de la commune de Glazoue** _ Yacinthe Vidéou AGBADJAGAN __ *Bénin*.....246

Introduction contextualisée

Une mutation vertigineuse, une infusion imperceptible - *metanoia* -, a commencé. Une métamorphose subreptice nous apparaît en toute clarté. Pourtant, nous n'étions devenus ni déraisonnables, ni abrutis, ni même candides...L'intelligence toujours vive, la raison en alerte et prêtes à l'action, voici cependant que nous assiégeait cette conviction massive : l'aveu de notre propre impuissance.

Confrontés aux idéologies qui cadenaient désormais l'esprit des hommes et arment la main des extrémistes, à une pandémie devenue virale, nous cherchons encore les mots pour décrire ce qui nous arrive. Nous avons du mal à nommer la nature du danger que nous devons affronter. Les discours des importants et les proclamations doctes ne fournissent que des catégories mentales dont nous devinons confusément l'insuffisance. Cette mutation constitue une opportunité inouïe pour l'intellectuel africain de préparer les cadres et instruments dont a besoin la gouvernabilité du monde.

Malheureusement, c'est un discours attentiste qui encombre l'air du temps. Une sorte de rejet d'un lendemain à construire, une plainte de l'homme arraché à lui-même. Il serait sérieux de renverser abruptement la charge de notre impuissance en plaçant notre délectation des facilités au banc des accusés. C'est au paradoxe de nos facultés qu'il nous faut méditer avec calme et méticulosité. L'histoire nous file entre les doigts et il nous faut réfléchir autrement en refusant toute jobardise, toutes prudences finautes. Réfléchir autrement, c'est renoncer à notre renoncement et trouver dans notre essoufflement l'accoucheuse qui nous permettra d'inventer, de tout réinventer. C'est donc notre posture avec l'histoire qu'il nous faut interroger avant qu'elle ne vire à une imposture.

Il faut par exemple, se placer délibérément à un niveau plus distancé pour remettre les effets induits par la COVID19 dans leur perspective historique, et prendre la mesure des ébranlements souterrains qu'elle a pu utilement provoquer. Son principal effet au regard de l'histoire aura été d'éroder la confiance de principe qu'on pouvait investir dans la science conquérante, dans notre capacité de résilience, et, en fin de compte, dans une certaine façon d'habiter

l'histoire. Analysée de cette façon, cette pandémie aura bien accéléré le désenchantement général.

Il n'empêche que ce doute affectant désormais la science était intériorisé au point d'en éroder les soubassements. Il allait cheminer pendant de longues décennies dans les profondeurs de la conscience collective. La foi en la toute-puissance de la science survivra sans doute quelques décennies, mais elle ne sera plus qu'une « gueule cassée ». Elle cessera, au moins, pour un moment, de faire référence. Et c'est justement cette déchirure qui devait constituer la matrice d'un positionnement de l'Afrique comme tribunal de l'histoire universelle. C'est sans nul doute l'idée de peser durablement sur notre histoire et la volonté d'en être responsable qui a armé, tel un fils d'Ariane, l'ensemble des contributions mobilisées ici.

Des réflexions sur la corruption du pouvoir politique à l'amélioration de la gouvernance des structures sociales qui les soutiennent ; des questionnements sur l'amélioration de la qualité des soins aux analyses sur l'éducation à la paix : toutes ces questions – et on pourrait en citer bien d'autres – sont mues par un même souci d'approfondir la condition humaine. A la limite, on pourrait avancer que l'ensemble des sujets abordés, porte trace de cette interrogation dont le développement est l'objet véritable, un objet d'autant plus riche de signification qu'il demeure en partie insaisissable. On est tenté même de dire que, en Afrique, la plurivocité du concept nous dispense d'une réflexion trop risquée et comble notre refus de le penser vraiment. C'est une dérobade non seulement paresseuse qui, en dépit des crialleries entourant nos actions masquent une stérilité mentale désemparée. Elle conduit à juger comme un prurit infantile tout volontarisme qui prétend aller au-delà de l'aménagement prudent ou de la réflexion vraiment pensée. C'est inclination capitularde qu'il faut combattre.

Pour y parvenir, il faut essayer les plâtres de la gouvernance hasardeuse, de l'inaccessibilité des femmes à la terre, de la mémoire tronquée, et de la négligence de certains médecins du développement qui, non satisfait de nous avoir pillés nous tuent roidement sur ordonnance. Après viendra le développement...enfin, après ! Ce faisant, l'Afrique pourra s'épanouir dans un ciel enfin digne de se donner pour ce qu'elle est : le symbole de l'humanité réconciliée avec

elle-même. Point n'est besoin d'une girouette qui indiquera la direction du vent favorable : un travail acharné et du courage suffiront. Embarquerons-nous dans le hadot salvateur ? Ce n'est pas tout à fait évident. Il y faut une volonté de reprendre notre destin et du courage, je viens de le dire.

Jean Bosco VODOUNOU
Maître de Conférences des Université (CAMES)
Université de Parakou (Bénin)

IMPACTS PSYCHOLOGIQUES ASSOCIÉS AU GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS SUIVIS AU CENTRE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA CÉCITÉ AU BURKINA FASO : ÉTUDE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

Soutongnoma Safiata KABORÉ

Miyemba LOMPO

Dieudonné SOUBEIGA

*Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et
de l'Éducation (IFRISSE) - Burkina Faso.*

k.safia@ifris-bf.org

Résumé

Le glaucome chronique à angle ouvert (GCAO) constitue un véritable problème de santé publique. Cependant, les impacts psychologiques associés à cette pathologie affectant la qualité de vie des patients demeurent peu documentés. L'objectif général de cette étude était de mettre en exergue les impacts psychologiques associés à cette pathologie affectant la qualité de vie chez les patients suivis au Centre National de Lutte contre la Cécité au Burkina Faso. Une étude qualitative de type phénoménologique descriptive est réalisée auprès dix-sept (17) des patients glaucomateux du 20 décembre 2019 au 20 janvier 2020. La revue documentaire, l'observation directe non participante et l'entretien ouvert relatant l'histoire de vie ont permis de recueillir les données qui ont fait l'objet d'analyse selon la méthode phénoménologique de Giorgi. Les résultats montrent que le GCAO entraîne un choc psychologique, un stress chronique, une douleur morale, des troubles anxieux et dépressifs chez les glaucomateux. Vis-à-vis de la vie sociale, la précarité socio-économique, le manque de considération et la non implication dans les sphères décisionnelles familiales conduisent inéluctablement vers la perception du sentiment d'infériorité. Face au GCAO, le recours à l'automédication, aux soins psychiatriques, à la prière et à la médecine traditionnelle est récurrent. En conclusion, le fardeau psychologique chez les glaucomateux est criard. Les interventions de prise en charge psychologique pour l'amélioration de la qualité de vie des patients glaucomateux seront autant de pistes d'investigations envisageables dans le futur.

Mots - clés : *Glaucome chronique à angle ouvert, impacts psychologiques, qualité de vie, phénoménologie, Burkina Faso.*

Abstract

Chronic open-angle glaucoma (COAG) is a real public health problem. However, the psychological impacts associated with this pathology affecting patients' quality of life remain poorly documented. The overall objective of this study was to highlight the psychological impacts associated with this pathology affecting quality of life in patients followed at the National Centre for The Fight Against Blindness in Burkina Faso. A qualitative study of a descriptive phenomenological type is carried out among seventeen (17) of the glaucoma patients from 20 December 2019 to 20 January 2020. Documentary review, non-participating direct observation and open interview about life history were used to collect data that were analyzed using Giorgi's phenomenological method. The results show that GCAO causes psychological shock, chronic stress, moral pain, anxiety and depressive disorders in the glaucoma. With regard to social life, socio-economic precariousness, lack of consideration and non-involvement in family decision-making spheres inevitably lead to the perception of the feeling of inferiority. In the face of GCAO, the use of self-medication, psychiatric care, prayer and traditional medicine is recurrent. In conclusion, the psychological burden in the murky is garish. Psychological management interventions to improve the quality of life of patients with a problem will be possible avenues of investigation in the future.

Keywords: *Chronic open-angle glaucoma, psychological impacts, quality of life, phenomenology, Burkina Faso.*

1. Introduction

Le GCAO demeure un véritable problème majeur et grave de santé publique (Benjelloul & Moutaouakil, 2008). Il constitue la deuxième cause de cécité dans le monde derrière la cataracte (SFO, 2014). On estime à 80 millions le nombre de personnes atteintes de glaucome en 2020, dont 75 % atteintes du GCAO (Quigley & Broman, 2006). Sur l'échiquier mondial, 80 à 110 millions de personnes en sont victimes dont 3 millions d'aveugles (Congdon et al., 2004). Le Burkina Faso (BF) à l'instar des autres pays subsahariens n'est pas épargné de cette pathologie représentant la deuxième cause de cécité après la cataracte. Selon l'annuaire statistique du ministère de la santé du BF, le GCAO représente 12,42% des consultations externes en ophtalmologie (Ministère de la santé, 2018).

Le GCAO retentit sur la qualité de vie (QdV) par la déficience visuelle qu'il entraîne du fait du rétrécissement progressif du champ visuel périphérique induisant une augmentation des altérations des activités de la vie quotidienne (Bobillier, 2013). Une fois la cécité installée, la

dégradation de la QdV des patients est évidente, et touche toutes ses composantes, qu'il s'agisse de limitations d'activités, de perturbations sociales, professionnelles, familiales, mais également de l'impact psychologique souvent majeur (Ibid., 2013). Il faut donc nécessairement une meilleure vision pour une meilleure QdV. De ce fait, prendre en compte le vécu du patient dans une pathologie chronique est donc un élément essentiel du succès de l'approche thérapeutique (Baudouin et al., 2000). À cela s'ajoute, le fait que la notion émergente de QdV s'inscrit logiquement dans un processus d'humanisation des pratiques médicales (Bobillier, 2013). Actuellement, il est admis que les décisions doivent prendre en compte le point de vue des patients et concerner leur QdV (Baudouin et al., 2000). Le maintien de la QdV du patient tend à devenir de nos jours l'objectif premier en santé (Bobillier, 2013). L'Organisation Mondiale de la Santé a défini le concept de QdV liée à la santé en tenant compte des aspects objectifs et subjectifs qu'il comporte. La QdV est donc définie comme : La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. « La qualité de vie en relation avec la santé n'est qu'une partie de la qualité de vie dans son sens le plus général, mais elle n'en est pas moins fondamentale » (Vandermeer, 2014, p. 24). La prise en compte de la QdV chez le sujet atteint de glaucome primitif à angle ouvert revêt une importance toute particulière puisqu'il s'agit avant tout de s'intéresser à la manière dont le patient perçoit et vit sa maladie afin de maintenir une bonne observance thérapeutique, la bonne observance permettant quant à elle de prévenir les risques de cécité et donc finalement d'améliorer la qualité de vie future des patients (Groupe d'étude Glaucome et Qualité de Vie et al., 2000). Il est important de ne pas perdre de vue la finalité première de la prise en charge, qui est de maintenir la QdV du patient dans la perspective de pouvoir « humaniser » davantage la pratique médicale (Vandermeer, 2014, p. 24). Cependant, la littérature portant sur les impacts psychologiques associés au GCAO affectant la QdV des patients glaucomateux demeure peu documentée au BF en dépit de l'ampleur et de la gravité du GCAO. D'où, l'intérêt d'investiguer les impacts psychologiques associés au GCAO affectant la QdV chez les patients suivis au Centre

National de Lutte contre la Cécité (CNLC) nous paraît d'une importance capitale. Plusieurs motifs ont milité en faveur du choix de ce site d'investigation. Le CNLC est un centre de référence de la capitale en matière de prise en charge des pathologies ophtalmologiques au BF. De plus, c'est une étude, première du genre dans ce centre. La présente étude vise à répondre à la question de recherche suivante : Quels sont les impacts psychologiques du GCAO affectant la QdV des patients glaucomateux suivis au CNLC au BF ? Le but de la recherche est de contribuer à l'amélioration de la QdV des patients glaucomateux. L'objectif général de la recherche était d'investiguer les impacts psychologiques associés au GCAO affectant la QdV des patients glaucomateux suivis au CNLC au BF. Spécifiquement, il s'agissait de : (1) recueillir le vécu psychologique associé au GCAO chez les patients glaucomateux suivis au CNLC au BF ; (2) décrire les impacts psychologiques associés au GCAO chez les patients glaucomateux suivis au CNLC au BF ; (3) appréhender l'influence des impacts psychologiques associés au GCAO sur la QdV des patients glaucomateux suivis au CNLC au BF.

2. Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative de type phénoménologique descriptive. Les données ont été collectées du 19 Juin 2020 au 19 Juillet 2020.

2-2 Site de l'étude

Le Centre National de Lutte contre la Cécité (CNLC) a constitué le site d'investigation. C'est un centre de référence de prise en charge des pathologies ophtalmologiques au BF.

2-3 Population d'étude

La population à l'étude se composait de patients présentant un GCAO.

2-4 Critères de sélection et de non sélection

- Étaient inclus tous les patients ayant accepté volontairement de participer à la présente étude dont le diagnostic de GCAO a été posé et mis sous traitement ayant un dossier complet où

l'acuité visuelle, le tonus oculaire, les résultats de l'examen du disque optique évaluant le rapport cup/disc et les conclusions du tracé du champ visuel sont mentionnés.

- Ont été exclus ceux dont les dossiers étaient incomplets, ceux ayant bénéficié d'un traitement chirurgical glaucomateux, ceux qui n'étaient pas joignables et ceux qui étaient non consentant. Dans la perspective d'éviter d'influencer les propos des répondants et d'éviter les biais de désirabilité, tous les patients connus de l'investigatrice sont également exclus de l'échantillon.

2-5 Échantillonnage

Nous avons opté pour un échantillonnage exhaustif raisonné ciblant tous les patients reçus en consultation au CNLC pendant la période d'étude, chez qui le diagnostic de GCAO a été retenu et le traitement médicamenteux institué. Ce sont des informateurs clés qui ont été à mesure d'apporter un éclairage au sujet des impacts psychologiques associés au GCAO affectant leur QdV. Ce choix se justifie dans la mesure où nous voudrions approcher l'acteur social compétent (Savoie - Zajc, 2006, p. 103). Il s'agissait d'un échantillon de dix-sept (17) patients éligibles en tenant compte du principe de saturation des données c'est-à-dire la redondance des thèmes (Benner, 1994). À ce sujet, il convient de souligner que les recherches qualitatives permettent une étude approfondie de la problématique sans pour autant miser sur un nombre important de sujets (Drapeau, 2004). Cette profondeur d'analyse est faisable avec un petit nombre de sujets (Baribeau & Royer, 2012).

2-6 Technique et outils de collecte des données

Les techniques de collecte de données utilisées étaient la revue documentaire, l'entretien ouvert et l'observation non participante. Dans le souci de garantir la crédibilité de l'étude, ces trois sources de données ont permis de faire la triangulation lors de l'analyse des données. Cette mesure a été observée puisque la stratégie de triangulation a pour objectif de conférer aux démarches qualitatives non seulement de la validité mais aussi, et surtout, de la rigueur, de l'ampleur et de la profondeur à la recherche (Apostolidis, 2006).

2-7 Procédure d'analyse des données

En phénoménologie, la méthode d'analyse consiste à retrouver les unités de signification dans le discours (Ribau et al., 2005). À ce propos, nous nous sommes inspirés de la méthode d'analyse phénoménologique des données de Giorgi (1997) qui s'articule autour de cinq (05) étapes dont l'objectif est de retrouver le sens qu'a construit la personne autour du phénomène vécu (Ribau et al., 2005). Les données de l'entretien ont d'abord fait l'objet d'une transcription immédiate et intégrale. S'en est suivie une lecture minutieuse et répétée des données transcrites afin de s'imprégner de chaque entrevue dans sa globalité et de laisser dégager des unités de signification ou une signification globale. Il s'est agi ensuite de procéder à un regroupement des unités de signification à l'aide d'une matrice. En confrontant les unités de sens pour faire ressortir les similitudes et les contradictions, nous avons identifié des sous thèmes auxquels nous avons soumis la méthode de variation libre et imaginaire. Cela nous a permis de dégager des thèmes relatifs aux facteurs psycho-sociaux affectant la QdV des patients glaucomateux.

2-8 Considérations éthiques

Il est aisé de comprendre que les implications de l'approche phénoménologique adhèrent aux principes fondamentaux de l'éthique en l'occurrence le respect de la personne, de l'autonomie, de l'optimisation de sa qualité de vie, et de l'amélioration de l'accès au soin (Ribau et al., 2005). Cette approche phénoménologique est éminemment éthique car elle reconnaît la nécessité d'une prise en charge globale de la personne, de son accès au soin, et surtout de sa place dans la démarche thérapeutique (Ibid., 2005). Tout au long de cette étude, nous avons tout de même entrepris une démarche conforme aux exigences en matière d'éthique. Les quatre valeurs sont particulièrement considérées afin d'assurer le respect des considérations d'ordre éthique liées à la présente étude : autorisation de collecte des données, consentement libre, volontaire et éclairé, l'anonymat et la confidentialité.

3. Résultats

Au titre des aspects sociodémographiques, nous avons colligé dix-sept (17) patients glaucomateux avec une prédominance du sexe masculin : dix (10) de sexe masculin et sept (07) de sexe féminin dont l'âge était compris entre 40 et 88 ans. Quant aux données cliniques, tous les patients présentent une baisse de l'acuité visuelle de loin, de près ou des deux à la fois. L'acuité visuelle était comprise entre PL+ et 1/10. Le tonus oculaire s'élevait entre 30 et 40 mm Hg. Enfin, L'examen du champ visuel a montré des excavations papillaires de type glaucomateux associées à des altérations du champ visuel. Le rapport C/D était supérieur à 0,3 dans 80% des cas des deux yeux. Au niveau thérapeutique, le traitement était essentiellement médicamenteux. En monothérapie, les bêtabloquants étaient les plus prescrits (08). Quant à la bithérapie, il s'agit de l'association d'un bêtabloquant à un inhibiteur de l'anhydrase carbonique (acétazolamide comprimés) qui était utilisé (06). Enfin, la trithérapie prescrite était composée d'un bêtabloquant à un inhibiteur de l'anhydrase carbonique et d'un adrénergique (pilocarpine collyre) (03). Sous l'angle du niveau d'instruction, plusieurs niveaux ont été relevés avec une prédominance sans instruction (07), primaire (02) secondaire (06), supérieur (02). Au plan socio-professionnel, plusieurs catégories socioprofessionnelles étaient représentées. Les fonctionnaires retraités étaient majoritaires (06), suivis des commerçants (05), des femmes au foyer (03), des agriculteurs (02) et d'autres professions du secteur informel (01).

3-1 Impacts psychologiques associés au GCAO affectant la QdV des glaucomateux

Aux dires des participants à la présente étude, la chronicité du GCAO associée à la déficience visuelle liée au GCAO est à l'origine de plusieurs impacts psychologiques interdépendants affectant négativement la QdV des glaucomateux. Les résultats auxquels nous sommes parvenus montrent une difficulté notoire de la vie sociale dans la mesure où les relations avec les autres sont de plus en plus difficiles d'une part et d'autre part la perception d'une image négative de soi est récurrente. Au titre des impacts psychologiques associés au GCAO affectant la QdV des patients ayant participé à la présente étude,

figurent le choc psychologique, le stress chronique, les troubles d'anxiété, la dépression, la douleur morale relative à la perte d'autonomie et la douleur morale en lien avec l'abandon d'époux. À cela s'ajoutent, la précarité socio-économique, le manque de considération et la non implication dans les sphères décisionnelles familiales conduisent inéluctablement vers la perception du sentiment d'infériorité.

- **Choc psychologique**

Le choc a été relevé par tous les patients ayant participé à l'étude. Tous déclarent être choqués en raison de leur ignorance du GCAO avant le dépistage tardif. Ils n'avaient jamais entendu parler du glaucome auparavant. Comme le souligne une retraitée P-1F, âgée de 74 ans résidente à 100 km du centre ophtalmologique ayant un niveau d'instruction du supérieur, très choquée secouant la tête avec un air de désespoir : « *Je suis très choquée madame car je traîne avec cette maladie à mon insu. Je n'avais jamais entendu parler du glaucome. Vous comprenez pourtant c'est une maladie grave qui rend aveugle. Peut-être cela est lié au fait que je ne vis pas en ville* ». Cet état de fait est également déploré par ceux qui résident en zone urbaine ayant un niveau d'instruction du secondaire. Comme le souligne une commerçante âgée de 65 ans P-7F, résidente à Ouagadougou, très choquée après un soupir : « *Je suis très choquée madame. Je n'avais jamais entendu parler du glaucome ni à la télévision, ni à la radio, ni dans les journaux alors que c'est une maladie grave cécitante* ». Ils sont aussi choqués en raison du caractère asymptomatique du glaucome jusqu'à ce que le déficit visuel irréversible survienne. Le participant du secteur informel P-3M, âgé de 70 ans résident à Ouagadougou affirme que : « *Je suis complètement dépassé et choqué de ma situation. Une maladie qui ne fait pas mal mais qui t'empêche de voir bien. Même le traitement ne m'arrange pas du tout puisque ma vision ne fait que baisser. C'est choquant et j'ai mal* ».

Ils sont aussi choqués en raison de l'absence d'activités de sensibilisation portant sur le GCAO. L'enquêté P-9M, agriculteur âgé de 48 ans résident à Ouagadougou nous laisse comprendre cette situation en s'exprimant en ces termes : « *Aucune campagne de sensibilisation portant sur le GCAO n'est organisée dans la perspective d'informer, d'éduquer et de communiquer sur le GCAO* ». Ils sont choqués étant donné qu'aucune campagne de dépistage précoce du GCAO n'est organisée dans la mesure où le dépistage précoce est capital. L'enquêté P-10M,

retraité âgé de 80 ans s'exprime en ces termes : « *Nous n'avons pas eu la chance de bénéficier de dépistage précoce du glaucome. C'est dommage car il est plus que nécessaire.* » Enfin, ils sont choqués étant donné qu'ils estiment qu'ils sont laissés à eux sans aucun soutien psycho-social ni familial, ni des professionnels de santé. La participante P-17F, femme au foyer âgée de 55 ans résidente non loin de Ouagadougou affirme en ces termes : « *Le choc est grand puisqu'on a pas du tout de soutien ni de nos proches, ni de la famille ni des prestataires de santé* ».

- **Stress chronique**

Le stress est chronique selon la plupart des participants. Ce stress s'explique par le fait que la plupart ont été dépistés glaucomateux fortuitement en raison du caractère asymptomatique de GCAO au début. Par la suite, les victimes de GCAO éprouvent une certaine peur d'être atteint de cécité d'un jour à l'autre en raison de la perte progressive de la vision en dépit du traitement médicamenteux. Comme le témoigne l'interviewé P-12M, retraité âgé de 68 ans, « *Je suis stressé depuis que j'ai su que j'avais le glaucome. J'ai peur d'être aveugle car ma vue ne fait que baisser* ».

- **L'anxiété et la dépression**

Le mécontentement, le découragement, l'anxiété et la dépression sont fréquents chez les patients glaucomateux victimes de déficience visuelle surtout chez les personnes en situation de précarité socio-économique. Plusieurs facteurs justifient cet état de fait. Le traitement médicamenteux quotidien et le suivi ophtalmologique à vie constituent une astreinte pesante. Le participant P-15M, retraité âgé de 73 ans résident hors de Ouagadougou ayant une acuité visuelle de 1/10 déclare que : « *Depuis plusieurs années je suis obligé de mettre des collyres dans mes yeux. Ce n'est pas facile* ». Ils incriminent également leur état dépressif par le fait que la vision ne s'améliore pas malgré le traitement coûteux dans un contexte d'absence de couverture d'assurance maladie et d'absence d'élan de solidarité. Le participant du secteur informel P-3M, âgé de 70 ans résident à Ouagadougou ayant une acuité visuelle de 1/10 affirme que : « *Ça ne va pas du tout car ma vision ne s'améliore pas malgré le traitement qui coûte cher* ».

- ***Du point de vue de douleur morale relative à la perte d'autonomie***

Les patients l'ont tous mentionnés car ils ont tous besoin de l'aide d'une tierce personne pour mener plusieurs activités quotidiennes en raison de la déficience visuelle due au GCAO. Cette perte d'autonomie engendre une vie non active que tous les participants déplorent avec beaucoup de regret. La non possibilité de travailler est criarde. Le participant P-5M, commerçant ambulancier âgé de 43 ans résident hors de Ouagadougou ayant une acuité visuelle de PL+ nous révèle avec amertume : *« Je ne vois pas et je ne peux plus travailler. Cela fait que je galère »*. Un autre déclare quant à lui que : *« C'est dommage de rester tous les jours assis à ne rien faire »*.

La baisse importante de la vue engendre l'insécurité. Cette insécurité est liée au fait qu'on ne voit pas le danger venir. Elle est relative aux nombreuses chutes occasionnant souvent des blessures. L'enquêté P-9M, agriculteur âgé de 48 ans résident à Ouagadougou nous laisse comprendre cette situation en s'exprimant en ces termes : *« Je ne vois pas bien. Il arrive souvent que je tombe sur la route ou je cogne ma tête aux portes à la maison. »*

La baisse importante de la vue engendre le manque criard d'aisance dans les déplacements. La participante P-17F femme au foyer âgée de 55 ans, résidente non loin de Ouagadougou affirme en ces termes : *« Les difficultés à se déplacer se posent car la vision a baissé. Depuis que je suis malade je ne peux plus aller où je veux même dans ma maison. C'est difficile de sortir hors de la maison aussi »*.

- ***Du point de vue de douleur morale relative à l'exclusion sociale***

Plusieurs arguments militent en faveur de cette situation vécue par les patients glaucomateux en termes de douleur morale relative à l'exclusion sociale. Au niveau familial, les glaucomateux ressentent un lourd poids psycho-social qui impacte négativement sur leur qualité de vie.

La participante P-02F âgée de 50 ans femme au foyer résidente à Ouagadougou rend un témoignage émouvant de l'exclusion sociale dont elle est victime en ces termes : *« Je suis totalement dévastée par le fait que je suis exclue de la vie sociale. Je suis en marge de ma famille, personne ne se*

préoccupe de moi. Je suis abandonnée par ma famille. Je n'ai plus d'amis. [...] tout ça à cause de mon handicap visuel ».

✓ **Du point de vue de douleur morale en lien avec l'abandon d'époux**

Du fait de la maladie glaucomateuse avec son lot de problème en l'occurrence la déficience visuelle, le manque de ressources financières, des cas d'abandon d'époux ont été notifiés tant chez la femme que l'homme. L'enquêtée P-13F, femme au foyer âgée de 45 ans nous a révélé : *« Mon mari m'a abandonnée simplement parce que j'ai la maladie et je ne vois pas bien. Je ne peux plus travailler. Je n'ai plus d'argent. Je suis devenue une charge pour lui »*. Le participant P-15M retraité âgé de 73 ans résident hors de Ouagadougou ayant une acuité visuelle de 1/10 nous dévoile avec un air triste également : *« Depuis que je suis malade, je ne vois pas, je suis devenu pauvre. Ma femme m'a abandonné avec mes enfants. Elle enseigne dans une localité. Elle peut passer six mois sans venir me voir moi et les enfants. Même pas un message ni d'appel »*. Au regard de tous ces facteurs psycho-sociaux associés au GCAO affectant la QdV des patients glaucomateux, il convient de noter qu'ils ressentent une douleur morale et un mal être chronique dont ils en souffrent.

• **Sentiment d'infériorité**

La précarité socio-économique, le manque de considération et la non implication dans les sphères décisionnelles familiales conduisent inéluctablement vers la perception du sentiment d'infériorité. Ce sentiment d'infériorité est cité par la majorité des participants. L'enquêté P-9M, agriculteur âgé de 48 ans résident à Ouagadougou nous laisse comprendre cette situation en secouant la tête avec regret en ces termes : *« Avec cette maladie, je ne suis plus responsable en charge de ma famille puisque je n'ai pas les moyens financiers pour subvenir aux besoins familiaux. J'ai perdu mon titre de chef de famille. Je quémande pour vivre et faire vivre ma famille »*. Ce sentiment d'infériorité conduit à la perception de la honte. D'où, il témoigne d'être la risée de tout le monde avec la honte vécue au quotidien. La perception de la honte est mise en exergue. Il renchérit en disant que *« J'ai honte de ma situation aujourd'hui. Je ne suis pas autonome ni physiquement, ni financièrement. J'ai toujours besoin de quelqu'un. J'ai perdu ma dignité »*.

Au titre de la dépendance financière, tous les patients en témoignent en raison de la chronicité du GCAO et de la prise en

charge onéreuse. Ils ne sont donc pas capables toujours de se payer eux même leur traitement. Cette perception d'être une charge pour la famille, la communauté et la société est récurrente. Cette situation de dépendance financière fait céder les patients au découragement. Ils ne sont pas du tout contents et sont anxieux au regard de leur vécu difficile. À titre illustratif, le patient P-10M s'exprime avec regret la tête baissée : « *Avant je prenais en charge ma famille parce que je vois et je travaille et je gagne l'argent pour moi et ma famille. Mais à présent, je râle. Je ne suis plus en mesure de subvenir à mes propres dépenses de soins n'en parlons pas celles de la famille. Il faut que je demande chaque fois de l'aide financière* ».

À propos du manque de considération, tous les glaucomateux ont déclaré qu'ils ne sont pas épargnés de cette situation à plusieurs égards. Plusieurs propos sont révélateurs de cette situation. L'enquêté P-09M témoigne en ces propos pleins de tristesse : « *Je ne suis plus informé de tout ce qui se passe dans ma propre famille. Ma fille (Silence) Bon Dieu eh, tu sais il n'y a plus de considération* ». Concernant les relations soignants-soignés, la communication efficace fait défaut laissant place au manque de considération. Le personnel de santé s'intéresse plus à la maladie et à son évolution au détriment de la personne malade de manière holistique intégrant les trois composantes fondamentales physique, biologique et psychologique. La participante P-17F s'indigne en disant : « *Lorsque je vais en consultation ophtalmologique, le personnel s'intéresse uniquement à mon acuité visuelle, mon traitement, l'évolution de la maladie. Moi-même mon état psycho-social n'est pas pris en compte* ». Le manque de prise en charge psycho-social se pose avec acuité dans les structures de prise en charge ophtalmologique au profit des patients glaucomateux au regard de la chronicité et du caractère cécitante du GCAO. Le patient P-11M indigné également témoigne : « *Je suis malade du fait du manque de prise en charge psycho-social à l'hôpital. Acuité et ordonnance c'est tout* ».

Au sujet de la non implication dans les sphères décisionnelles familiales, les enquêtés relatent que la déficience visuelle associée à la précarité socio-économique dont vivent les glaucomateux les soustrait des sphères décisionnelles familiales. Comme en témoigne la participante P-06F, âgée de 60 ans, avec un air triste : « *Je ne fais plus partie des sphères de décisions dans ma famille. Mes petits frères prennent des décisions de la famille sans me concerter* ». Cet état de fait se justifie par l'incapacité financière à se prendre en charge et à gérer les dépenses

familiales. Quant au participant P-15M, il déclare : « *On ne me consulte plus jamais car je n'ai pas un sou pour contribuer à quoi que ce soit. Quand il y a un problème, on va vers ceux qui ont les moyens* ».

Au regard du poids psychologique associé au GCAO, les patients font recours à des divers moyens pour faire face à ce problème crucial. Ce volet fait l'objet des lignes suivantes.

3-2 Moyens de recours face aux conséquences psychologiques liées au GCAO affectant la qualité de vie des patients glaucomateux

Le fardeau psychologique est important pour la plupart des patients victimes de déficit visuel irréversible lié au GCAO qu'il est difficile d'en faire cas sans aborder les moyens de recours. À tel enseigne que tous les participants n'ont pas pu s'empêcher d'évoquer les multiples voies de recours pour faire face à ce lourd fardeau psycho-social engendré par le GCAO. Le recours aux soins psychiatriques face aux problèmes psycho-sociaux liés au GCAO a été mentionné. La retraitée P-1F, âgée de 74 ans résidente à 100 km du centre ophtalmologique ayant un niveau d'instruction du supérieur affirme avoir eu déjà recours aux soins psychiatriques afin de faire face à tous ces problèmes psychologiques associés au GCAO qui ont affecté considérablement sa QdV nous montrant ses médicaments reçus en psychiatrie : « *Je n'arrive pas à dormir. J'étais très déprimée raison pour laquelle je suis allée en consultation psychiatrique pour être soulagée* »

L'automédication est récurrente chez les patients glaucomateux. L'enquête P-9M, agriculteur âgé de 48 ans résident à Ouagadougou nous laisse comprendre cette situation en secouant la tête avec regret en ces termes : « *Ça ne va pas du tout. Je cherche à me soulager de tous les maux affligés par la maladie. Je paie souvent moi-même des médicaments pour me soigner. Mais, ça ne marche pas.* »

Le recours à la médecine traditionnelle fait légion tout en pensant que le glaucome est une maladie d'origine mystique avec une croyance en la guérison par des thérapeutiques traditionnelles. À ce sujet, le participant P-15M, il déclare : « *Je ne comprends pas cette maladie. J'ai essayé de me soigner traditionnellement aussi pour voir. On n'en sait jamais.* »

La prière de guérison pour implorer l'aide de Dieu est aussi un moyen de recours face au GCAO. Le participant P-15M déclare que : « *J'ai tout*

fait sans succès. Je me remets entre les mains de Dieu lui implorant ma guérison. Rien n'est impossible à Dieu. Car, je suis très fatigué avec cette maladie. Je participe à des prières à la recherche de soulagement. »

4. Discussion

Dans la présente étude, nous avons retrouvé des cas de GCAO avec la triade classique qui définit le glaucome : hypertonie oculaire, modification de la morphologie du disque optique, altération du champ visuel (Daboue, Meda, & Ahnoux-Zabsonre, 2002). Cette affection oculaire était à la fois chronique et asymptomatique (Cochereau, 2007). La prédominance masculine se justifie en tenant compte du contexte africain où les conditions sociales de la femme font qu'elle consulte moins souvent que l'homme (Daboue et al., 2002). Le GCAO est une affection oculaire évoluant à bas bruit et pouvant conduire à la cécité en l'absence de prise en charge efficace et précoce (Sounouvou et al., 2015). Le GCAO est un grand pourvoyeur de handicap visuel dans les pays en voie de développement (Eballé et al., 2000). Quant au caractère évolué des GCAO, cette situation est favorisée par la méconnaissance de cette pathologie par nos populations (Daboue et al., 2002). Le glaucome chronique retentit sur la qualité de vie en premier lieu par la déficience visuelle qu'il entraîne (Laverdure et al., 2007). La cécité et la malvoyance secondaires au GCAO ont des répercussions importantes sur le patient (Sounouvou et al., 2015). Cette maladie chronique nécessite un suivi long et astreignant ayant un impact psychologique important sur le patient ce qui a pour conséquence une altération de la QdV. La QdV est une notion complexe qui inclut la santé physique mais aussi les capacités physiques, psychiques et sociales (Rouland et al., 2002). Elle est multidimensionnelle, recouvrant outre l'état physique et émotionnel, les capacités sociales et intellectuelles, et le sentiment de bien-être général (Baudouin et al., 2000). Le glaucome est une maladie chronique qui peut agir sur la QdV des patients (Ibid. 2000). Dans la mesure où les personnes atteintes de maladies chroniques sont en situation de grande fragilité psycho-sociale (Bouricha et al., 2015). La présente étude a permis de mettre en exergue de nombreux facteurs psycho-sociaux associés au GCAO affectant négativement la QdV des patients qui en souffrent effectivement non seulement au quotidien mais à vie. Cette situation déplorable se justifie à plusieurs égards. Non

seulement ils sont découragés de la non amélioration de la vision mais aussi ils subissent un poids psycho-social important. Aussi, le manque de moyens financiers les fait céder au découragement. Ils ne sont pas du tout contents et sont anxieux au regard de leur vécu difficile. Dans le contexte de pauvreté et d'absence d'assurance maladie universelle, les problèmes psycho-sociaux sont relatifs à l'incapacité financière à se prendre en charge (Detry-Morel, 2014). La prise en charge du GCAO est onéreuse en l'absence d'élan de solidarité familiale dans la mesure où le coût du traitement médical est évalué à 17,80 euros, celui des consultations et des examens au moment du diagnostic de 79,9 euros et celui du transport de 1,6 euro par consultation (Sounouvou et al., 2015) . Le poids psycho-social associé au GCAO a des conséquences négatives importantes. Les effets psycho-sociaux peuvent entraîner des cas de mauvaise observance aux traitements voire l'abandon de la prise en charge (Detry-Morel, 2010). Cet état de fait s'explique par le fait que chaque patient accepte, compense et gère sa maladie très différemment (Detry-Morel, 2014) . Il convient de noter que chaque patient est différent et chaque situation est différente. Il réagit face au GCAO en fonction de sa personnalité, de ses motivations, de son expérience et de ses mécanismes compensatoires dans la mesure que chaque patient a sa propre perception subjective, son vécu de la maladie (Ibid. 2014). Ce qui explique également le recours non seulement à la prière et aux thérapeutiques traditionnelles face au GCAO (Sounouvou et al., 2015). Le glaucome est un combat permanent en prenant en considération le patient glaucomateux dans sa globalité (Detry-Morel, 2014). Au regard de ce fait il convient d'adapter le suivi au cas par cas tout en considérant les spécificités de chacun dans la perspective d'une prise en charge efficace holistique. L'évaluation de la QdV est essentielle dans le cadre de la prise en charge des glaucomateux (Knani et al., 2017). La prise en considération de la QdV chez les patients glaucomateux demeure capitale puisqu'il s'agit de prendre en compte la perception par les patients de leur affection et de son traitement, de favoriser une bonne observance et ainsi d'assurer l'efficacité de la prise en charge thérapeutique pour diminuer les risques d'évolution vers la cécité (Baudouin et al., 2000). Bien que des progrès indéniables aient été réalisés dans la prise en charge des patients glaucomateux au cours des dernières années la qualité de vie est un objectif du traitement. Par une

éducation accrue et un véritable soutien médico-psychologique, les professionnels de la santé pourront améliorer la prise en charge des patients très angoissés (Cochereau, 2007) .

Toutefois, cette étude à l'image des autres études présente sans doute des limites. La prise en compte exclusive des patients glaucomateux est une limite. Les professionnels de santé dans les unités d'ophtalmologie chargés de leur prise en charge et les membres des familles des patients glaucomateux auraient pu apporter eux aussi un éclairage sur la thématique.

5. Conclusion

La présente étude a mis en exergue les impacts psychologiques affectant négativement la QdV des patients glaucomateux suivis au CNLC. Ils souffrent du fardeau psychologique en termes d'image négatif de soi et de relations difficiles avec autrui. Le fait d'aborder les phénomènes vécus sous l'angle phénoménologique, permet d'attribuer à la personne une place active dans sa prise en charge. On peut penser que, par cette voie, la personne participe plus activement aux choix thérapeutiques (Ribau et al., 2005). Au regard de l'ampleur, de la gravité et du poids psycho-social du GCAO, des efforts conjugués des autorités du ministère de la santé en collaboration avec tous les intervenants dans le domaine de la santé oculaire, les sociétés savantes, les organisations non gouvernementales, la société civile, les médias et les pouvoirs publics doivent être fait pour une meilleure prise en charge du GCAO en tenant compte du volet psycho-social et la qualité de vie des patients. Pouvoir intégrer les concepts de la qualité de vie dans le système de soin et dans la pratique clinique standard. Au regard du fardeau psycho-social du GCAO, la PEC psycho-social demeure indispensable pour les patients glaucomateux. Quels types d'interventions appropriées pour une prise en charge psycho-sociale des patients glaucomateux au BF ? Cette piste d'investigation sera envisageable dans le futur.

Conflits d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun.

Sources de financement : ONG CBM - Burkina Faso.

Bibliographie

- Apostolidis, T.** (2006). Représentations sociales et triangulation : Une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia : Teoria e pesquisa*, 22(2), 211–226.
- Baribeau, C., & Royer, C.** (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative: Usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23–45.
- Baudouin, C., Béchetouille, A., Bron, A., Denis, P., Nordmann, J.-P., Renard, J.-P., ... Arnould, B.** (2000). Groupe d'étude Glaucome et Qualité de Vie. *Journal Français d'Ophtalmologie*, Vol 23(N° 10). <https://doi.org/JFO-12-2000-23-10-0181-5512-101019-ART19>
- Benjelloul, T., & Moutaouakil, A.** (2008). Prévalence du Glaucome Chronique a angle ouvert. Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. Thèse, Maroc.
- Benner, P. E.** (1994). *Interpretive phenomenology : Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. (Thousand Oaks). Calif : Sage Publications.
- Bobillier, L.** (2013). Evaluation De La Qualité De Vie En Basse Vision : Etude Basée Sur L'utilisation De L'échelle NEI-VFQ 25. Repéré à <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>
- Bouricha, R., Thöni, G., Raffard, L., Cochet, L., Saucourt, V., & Tirode, V.** (2015). Activité physique adaptée pour des malades chroniques en appartements de coordination thérapeutique. *Santé Publique*, Pages 219 à 225. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-219.htm>
- Cochereau, I.** (2007). Dépister, informer, participer, autoriser...? : Nos patients et leur glaucome. *Journal Français d'Ophtalmologie*, Volume 30(Issue 5, Part 2), Pages 79-81. [https://doi.org/10.1016/S0181-5512\(07\)89659-8](https://doi.org/10.1016/S0181-5512(07)89659-8)
- Congdon, N., O'Colmain, B., Klaver, C., Klein, R., Muñoz, B., Friedman, D., ... Eye Diseases Prevalence Research Group.** (2004). Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Arch Ophthalmol.*, 122(4), 477- 85. <https://doi.org/10.1001/archophth.122.4.477>
- Daboue, A., Meda, N. D., & Ahnou-Zabsonre, A.** (2002). Hypertonie oculaire et glaucome primitif à angle ouvert dans un hôpital

- du Burkina Faso. *Journal Français d'Ophtalmologie*, Vol 25(N° 1), 39- 41.
<https://doi.org/JFO-01-2002-25-1-0181-5513-101019-ART6>
- Detry-Morel, M.** (2010). Les six points clés du suivi du patient glaucomateux. *Bulletin de la Société belge d'ophtalmologie*, Vol. 2010(316), 63- 84. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21309143>
- Detry-Morel, M.** (2014). Observance, adhérence et persistance au traitement Glaucome primitif à angle ouvert. *Société française d'ophtalmologie*.
- Drapeau, M.** (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79–86.
- Eballé, A. O., Owono, D., Bella, A. L., Bella, A. L., Ebana, C., Long, D., & Aboutou, R.** (2000). Caractéristiques cliniques et épidémiologiques du glaucome chronique à angle ouvert Étude hospitalière à Yaoundé (Cameroun). *Cahiers Santé*, 18(n° 1).
- Giorgi, A.** (1997). The Theory, Practice and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, (28), 235- 260.
- Groupe d'étude Glaucome et Qualité de Vie, Baudouin, C., Béchetouille, A., Bron, A., Denis, P., Nordmann, J.-P., ... Arnould, B.** (2000). Intérêt de la mesure de la qualité de vie (QDV) et de l'observance thérapeutique chez les patients atteints de glaucome chronique à angle ouvert. *Journal Français D'ophtalmologie*, Vol 23(N° 10).
<https://doi.org/JFO-12-2000-23-10-0181-5512-101019-ART19>
- Knani, L., Gatfaoui, F., Mahjoub, A., Ghorbel, M., Mahjoub, H., & Hamida, F. B. H.** (2017). Étude préliminaire de la qualité de vie des patients glaucomateux dans la région de Sousse (Tunisie) : Associations sociodémographiques et cliniques. *Journal Français d'Ophtalmologie*. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2016.11.010>
- Laverdure, G., Blanchard, S., Moritz, F., Scheffer, A., Carpentier, M., & Rouland, J. F.** (2007). Glaucome, qualité de vie et champ visuel binoculaire. *Journal Français d'Ophtalmologie*, Volume 30(Supplement 2).
[https://doi.org/10.1016/S0181-5512\(07\)79997-7](https://doi.org/10.1016/S0181-5512(07)79997-7)
- Ministère de la santé.** (2018). Annuaire statistique. http://cns.bf/IMG/pdf/annuaire_ms_2018.pdf.
- Quigley, H., & Broman, A. (2006). The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br J Ophthalmol.*, 90(3), 262- 7.
<https://doi.org/10.1136/bjo.2005.081224>

- Ribau, C., Lasry, J.-C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J.-P.** (2005). La phénoménologie: Une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*, N° 81(2), 21. <https://doi.org/10.3917/rsi.081.0021>
- Rouland, J., Denis, P., Bechetoille, A., Rigeade, M. C., Brouquet, Y., Arnould, B., ... Vie, D. G.** (2002). Création d'un questionnaire spécifique évaluant la qualité de vie chez les patients glaucomateux : La génération des items.
- Savoie - Zajc, L.** (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives – Hors-série*, 99–111.
- SFO, S. F. d'Ophtalmologie.** (2014). Glaucome primitif à angle ouvert : Rapport SFO 2014.
- Sounouvou, I., Assavedo, A. R., Alamou, S., Kpomalegni, E., Amoussouga, A. P., Tchabi, S., & Doutetien, C.** (2015). Glaucome: Les aspects économiques de la prise en charge. *Journal Français d'Ophtalmologie*, Volume 38(n° 9), pages 809-814. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2015.02.010>
- Vandermeer, G.** (2014). *Évaluation de la qualité de vie des patients avant et après prise en charge au centre régional basse vision de Ballan-Miré. Intérêt de la rééducation basse vision.* Université François-Rabelais. Thèse, France.