Health Sciences & Disease
The Journal of Medicine and Biomedical Sciences
EISSN: 2309-6535 ISSN: 1684-2782

Article Original

Connaissances, Attitudes et Pratiques des Médecins Nigériens face au Glaucome : Une Étude Transversale Auprès de 260 Praticiens Non Ophtalmologues

Knowledge, Attitudes, and Practices of Nigerien Physicians Regarding Glaucoma: A Cross-Sectional Study of 260 Practitioners

Dan Jouma A.M. L[1], Abba kaka H.Y[2], Roufaye L[2], Mamadou I.C[2], Amoumoune G.S[2], Hamidou I. H[4], Gadam A. A[1], Amza A[3]

https://doi.org/10.67260/hsd.v27i9.7869

Affiliations
1- Hôpital Ophtalmologique Al-Dossari Direct Aid N'djamena-Tchad
2- Service d'Ophtalmologie Hôpital National de Niamey
3- Service d'Ophtalmologie Hôpital Amirou Boubacar Diallo de Niamey
4- Service de maladies infectieuses Hôpital National de Niamey

Auteur correspondant
Dr Dan Jouma Amadou Maman Lawali
Bp : 911 N'djamena
Tél: (+235) 86047574,
Email : danlawali89@gmail.com

Mots clés : Glaucome; dépistage, connaissances, attitudes, pratiques, médecins, Niger, facteurs de risque

Key words: Glaucoma; screening, knowledge, attitudes, practices, doctors, Niger, risk factors

Article history
Submitted: 1 July 2026
Revisions requested: 4 August 2026
Accepted: 25 August 2026
Published: 30 August 2026

RÉSUMÉ

Introduction. Le glaucome, neuropathie optique dégénérative, représente la deuxième cause mondiale de cécité irréversible. Sa détection précoce, cruciale pour préserver la fonction visuelle, repose en grande partie sur la compétence des médecins de premier recours, particulièrement dans les pays où l'accès aux ophtalmologistes est limité. Au Niger, où les soins ophtalmologiques sont centralisés, les médecins généralistes sont en première ligne. Cette étude visait à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins non ophtalmologistes du Niger face au glaucome. **Méthodes**. Nous avons mené une étude transversale descriptive du 10 août au 10 octobre 2025 auprès de médecins exerçant dans les structures sanitaires nigériennes. Les données ont été recueillies via un questionnaire structuré, diffusé en ligne et sous format papier, puis analysées avec les logiciels Excel et SPSS. **Résultats**. Nous avons inclus 260 médecins (âge moyen 38,2 ans ; sex-ratio 2,1). Si 83,8% savaient définir le glaucome comme une neuropathie optique chronique, seuls 39,6% identifiaient correctement les antécédents familiaux comme principal facteur de risque. La douleur oculaire intense (45%) et les céphalées (27%) étaient les signes d'alerte les plus cités. La mesure de la pression intraoculaire était considérée comme l'examen clé par 63,1% des participants, alors que le fond d'œil (21,2%) et le champ visuel (7,3%) étaient moins évoqués. Si 85% reconnaissaient le caractère héréditaire du glaucome et 80% orientaient systématiquement les patients à risque, 37,3% des répondants citaient un manque de connaissances comme obstacle majeur au dépistage. **Conclusion**. Les médecins nigériens non ophtalmologistes possèdent des connaissances théoriques satisfaisantes sur le glaucome mais présentent des lacunes pratiques significatives. Le renforcement de la formation continue et l'amélioration de l'accès aux outils diagnostiques sont des priorités pour améliorer le dépistage précoce.

ABSTRACT

Introduction. In Niger, data on practitioners' competence in managing glaucoma remain limited. This study aimed to assess the knowledge, attitudes and practices of doctors practising in Niger with regard to glaucoma. **Methods.** This was a descriptive cross-sectional study conducted from 10 August to 10 October 2025 amongst doctors practising in healthcare facilities in Niger. Data were collected via a structured questionnaire distributed online and in paper format. **Results.** The study included 260 participants, aged between 21 and 61 years, with the majority in the 30–39 age group (63.8 per cent). Respondents practised mainly in public hospitals (45.4 per cent) and in the Niamey region (63.9 per cent). 39.6 per cent of participants had between 6 and 10 years' professional experience, and 58.0 per cent had received training in ophthalmology. 83.8 per cent of doctors were aware of the definition of glaucoma as chronic optic neuropathy. Family history was the most frequently cited risk factor (39.6 per cent). Severe eye pain was the most commonly identified warning sign (45.0 per cent). Intraocular pressure was considered the key test by 63.1 per cent of participants. The hereditary nature of glaucoma was recognised by 85.0 per cent of respondents, and treatment with eye drops was preferred by 60.4 per cent of them. 80.0 per cent of doctors routinely referred at-risk patients to an ophthalmologist. **Conclusion.** Doctors in Niger have a comprehensive understanding of glaucoma and refer at-risk patients to specialist centres. However, early screening remains limited by a lack of specific training, awareness and access to diagnostic equipment.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est connu sur le sujet. Le glaucome est la deuxième cause de cécité irréversible dans le monde, avec une prévalence élevée en Afrique de l'Ouest. Son dépistage précoce est essentiel et dépend largement des compétences des médecins généralistes, souvent premiers interlocuteurs des patients. Des études au Burkina Faso et au Cameroun montrent des lacunes importantes dans les connaissances et pratiques de ces professionnels.

Le problème abordé par cette étude. Au Niger, où l'accès aux soins ophtalmologiques est géographiquement concentré, les médecins non spécialistes jouent un rôle clé dans le dépistage du glaucome. Cette étude a évalué leurs connaissances, attitudes et pratiques pour identifier les freins à un dépistage efficace et orienter les actions de formation.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Chez 260 médecins nigériens, nous montrons que si 83,8% maîtrisent la définition théorique du glaucome, des lacunes persistent dans l'identification des facteurs de risque (seuls 39,6% citent les antécédents familiaux) et des examens clés. Un constat encourageant : 80% orientent systématiquement les patients suspects vers un ophtalmologiste. Le principal obstacle au dépistage reste le manque de connaissances (37,3%).

Les implications pour la pratique et la recherche. Ces résultats plaident pour l'intégration de modules de formation continue obligatoires sur le glaucome dans le cursus des médecins généralistes nigériens, avec un accent sur les signes précoces, les facteurs de risque et l'interprétation des examens. Des études évaluant l'impact de telles formations sur les taux de dépistage sont nécessaires.

INTRODUCTION

Le glaucome est une neuropathie optique dégénérative, ayant pour caractères la chronologie lente de sa progression, la perte de fibres nerveuses rétiniennes et des déficits irréversibles du champ visuel [1-4]. Il constitue la seconde cause de cécité irréversible dans le monde entier et touche des millions de personnes, soit 2.2 milliards de personnes atteintes de cette pathologie selon l'OMS [5, 7]. Le glaucome est une pathologie qui épuise définitivement la vision et représente un lourd fardeau humain et socio-économique pour le monde entier, où il pèse socialement et financièrement par rapport à l'impact très faible subi par la personne atteinte (isolement social, perte d'autonomie, charge du budget du ménage, productivité du travail, santé du système économique de la société) [5, 6, 8]. Le glaucome est une maladie d'une grande importance en Afrique de l'Ouest en raison de nombreuses raisons dont le premier est d'ordre génétique et limité en matière de services. Au Togo où la prévalence est supérieure à 12 %, avec des taux de cécité de 30 % associés [9]. Au Niger, la centralisation des soins ophtalmologiques dans les villes rend la population rurale dépendante des médecins généralistes. Or, comme le montre les données du Burkina Faso et du Cameroun, une minorité d'entre eux sait reconnaître les facteurs de risque du glaucome et appliquer les protocoles de dépistage de cette pathologie [10, 11]. Les formations en ophtalmologie sont négligées et les programmes de santé publique sont peu adaptés pour une prise en charge du glaucome à l'inverse de la cataracte qui fait l'objet de plusieurs campagnes chirurgicales dans nos pays. Cette négligence conduit à une relative invisibilité du glaucome dans la prise en charge clinique et une prise en charge surtout tardive. Cette étude vise a pour but d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins praticiens du Niger face au glaucome.

METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective transversale descriptive, réalisée sur une période de deux mois, du 10 août au 10 octobre 2025. L'enquête a été effectuée au près des médecins praticiens des structures sanitaires publiques et privées de plusieurs régions du Niger, à savoir Niamey, Dosso, Diffa, Tillabéry, Zinder, Agadez, Maradi et Tahoua, sélectionnées en raison de la concentration de praticiens et de la diversité des structures de santé (hôpital public, centres de santé intégrés, clinique privée), permettant un échantillonnage représentatif des connaissances et pratiques médicales sur le glaucome. La population cible était constituée des médecins non ophtalmologistes exerçant dans les structures sanitaires ciblées pendant la période de l'étude. Ont été inclus les médecins non ophtalmologistes (généralistes et spécialistes d'autres disciplines) intervenant dans les structures publiques ou privées et ayant accepté de participer à l'étude. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré, élaboré pour évaluer les connaissances, attitudes et pratiques par rapport au glaucome. Le questionnaire a été rédigé en français et structuré en différentes sections : caractéristiques sociodémographiques, connaissances sur le glaucome, attitudes face au dépistage et pratiques de prise en charge. Le questionnaire a circulé par deux modalités : Un questionnaire numérique sur Google forms partagé par email et via les groupes professionnels de messagerie, des questionnaires papiers distribués directement aux praticiens par les enquêteurs dans les structures sanitaires concernées. La participation à cette étude était libre, volontaire et anonyme sur la base du consentement éclairé des participants, l'anonymat et la confidentialité des réponses ayant été strictement garantis ; L'étude a été conduite dans le respect des principes déontologiques de la recherche biomédicale après autorisation préalable de la direction de l'Hôpital National de Niamey. Les données recueillies ont été centralisées, saisies et traitées par les outils du pack Microsoft Office 2024 et le logiciel SPSS (version 26.0) ; les variables qualitatives ont été présentées en fréquences et pourcentages.

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

L'étude a inclus 260 participants, dont 176 hommes (67,7 %) et 84 femmes (32,3 %), soit un sex-ratio de 2,1. L'âge moyen était de 38,2 ans (extrêmes : 20 – 61 ans).

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

La majorité des médecins exerçaient dans les hôpitaux publics (45,4 %), suivis des centres privés (31,9 %). La région de Niamey concentrait 63,9 % des répondants. L'ancienneté professionnelle était de 6 à 10 ans pour 39,6 % des participants, tandis que les médecins très expérimentés (> 15 ans) étaient peu représentés (4,6 %) (Tableau I).

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants (N = 260)

Caractéristiques	N	%
Sexe		
Masculin	176	67,7
Féminin	84	32,3
Lieu d'exercice		
Hôpital public	118	45,4
Centre privé	83	31,9
Centre de santé humanitaire	33	12,7
Centre de santé intégré	23	8,8
CSI + CP	3	1,2
Région de travail		
Niamey	166	63,9
Maradi	22	8,3
Zinder	20	7,7
Diffa	18	6,9
Tahoua	12	4,6
Tillabéri	11	4,2
Agadez	8	3,0
Dosso	3	1,2
Années d'expérience		
0 – 1 an	27	10,4
2 – 5 ans	94	36,2
6 – 10 ans	103	39,6
11 – 15 ans	24	9,2
16 – 20 ans	7	2,7
> 20 ans	5	1,9

Connaissances sur le glaucome

La majorité des participants (83,8 %) définissaient correctement le glaucome comme une neuropathie optique chronique. Les antécédents familiaux constituaient le principal facteur de risque identifié (39,6 %), suivis de l'hypertonie oculaire (21,2 %). Le caractère héréditaire du glaucome était reconnu par 85,0 % des répondants (Tableau II).

Tableau II. Connaissances ur le glaucome (N = 260)

Variables	N	%
Définition du glaucome		
Neuropathie optique chronique	218	83,8
Maladie inflammatoire	34	13,1
Maladie infectieuse	2	0,8
Ne sait pas	6	2,3
Principal facteur de risque		
Antécédents familiaux	103	39,6
Hypertonie oculaire	55	21,2
Tous les précédents combinés	34	13,1
Âge élevé	12	4,6
Hypertension artérielle	12	4,6
Diabète sucré	9	3,5
Traumatisme oculaire	6	2,3
Ne sait pas	2	0,8
Caractère héréditaire du glaucome		
Oui	221	85,0
Non	19	7,3
Ne sait pas	20	7,7

Pratiques et attitudes face au glaucome

Le signe d'alerte le plus fréquemment cité était la douleur oculaire intense (45,0 %), suivie des céphalées (27,0 %). La mesure de la pression intraoculaire était considérée comme l'examen clé par 63,1 % des participants. Le traitement médical par collyres était privilégié par 60,4 % des répondants. La majorité des médecins (80,0 %) déclaraient orienter systématiquement les patients à risque vers un ophtalmologiste. Les principaux obstacles au dépistage étaient le manque de connaissance sur le glaucome (37,3 %), le manque de matériel (27,0 %) et la faible sensibilisation des médecins (27,0 %) (Tableau III).

Tableau III. Pratiques et attitudes des participants face au glaucome (N = 260)

Variables	N	%
Signes d'alerte du glaucome		
Douleur oculaire intense	117	45,0
Céphalées	70	27,0
Halo autour de la lumière	51	19,6
Fatigue oculaire	28	10,8
Baisse de l'acuité visuelle	1	0,4
Examen clé pour le dépistage		
Mesure de la pression intraoculaire	164	63,1
Fond d'œil	55	21,2
Tous les précédents	41	15,8
Champ visuel	19	7,3
Ne sait pas	5	1,9
Traitement principal du glaucome		
Collyres	157	60,4
Tous les précédents	69	26,5
Chirurgie	28	10,8
Laser	12	4,6
Orientation des patients à risque		
Toujours	208	80,0
Parfois	34	13,1
Rarement	7	2,7
Jamais	11	4,2
Obstacles au dépistage		
Peu ou pas de notion sur le glaucome	97	37,3
Manque de matériel	70	27,0
Faible sensibilisation des médecins	70	27,0
Charge de travail élevée	20	7,7

DISCUSSION

Dans la présente étude, un nombre significatif de participants (45,4%) travaillent dans des hôpitaux publics, ce qui témoigne de leur caractère central pour le système de santé du Niger. Ce poids est le résultat d'un rôle historique et institutionnel attribué au secteur public dans l'accueil des patients et dans le cadre de la formation médicale, de la référence et de la coordination, mais aussi d'une certaine ineffectivité des autres secteurs (public, privé, traditionnel).

Dans notre étude, une forte représentation géographique vient de la région de Niamey (63,9% des participants), résultat d'une distribution asymétrique des ressources humaines et des équipements de santé vers la capitale, mais organisant tout de même une certaine représentation des autres régions pour permettre une analyse à la fois globale, mais surtout conforme aux réalités du pays. En ce qui concerne le profil d'expérience, une forte majorité des praticiens (75,8 %)

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

justifient d'une ancienneté professionnelle comprise entre 2 et 10 ans. Cet échantillon, constitué de cliniciens relativement jeunes, mais déjà actifs témoigne d'une cible prioritaire aussi stratégique que pertinente pour les programmes de formation continue sur le glaucome au moment même où leurs compétences cliniques doivent se consolider. Si une majorité quantitative des participants (83,8 %) sait ce qu'est le glaucome (neuropathie optique chronique), l'analyse livre une dissonance entre cette assimilation théorique et les bases pratiques. Au niveau régional, des études rapportent toujours des lacunes. Ainsi, au Burkina Faso, Ouattara et al. (2023) trouvent un niveau majoritairement insuffisant à mauvais (88,4 %) des connaissances sur le glaucome, avec à la clé seulement 0,4 % de bonnes connaissances parmi le personnel évalué, tandis qu'en Côte d'Ivoire, Diabate et al. (2025) constatent qu'il manque des connaissances aux praticiens du CHU de Bouaké, avec 34 % du personnel médical et 34,2 % des médecins en reproche sur le sujet [10, 12]. Inversement, au Nigéria, Komofale et al. (2013) rapportent un meilleur profil (42,5 %) de bonnes connaissances, vraisemblablement favorisé par des actions de sensibilisation et de formations de mise à jour ciblées [13]. Cette disparité textuelle laisse entrevoir que la maîtrise de la définition conceptuelle ne garantit pas une compétence opérationnelle (reconnaissance des signes précoces, identification des facteurs de risques, choix des examens clés, choix des traitements possibles) et cette insuffisance opérationnelle impacte d'emblée le pronostic visuel en favorisant le diagnostic tardif. Comme l'avaient rapporté Ellong et al. (2006) [14] au Cameroun, le retard est étroitement corrélé à la méconnaissance de la pathologie des professionnels de premier recours, remettant en cause dans la pratique, un examen fait sur une évolution terminable, expliquerait la tardive prise en charge à des stades où pourtant les atteintes fonctionnelles sont irréversibles, plaidant ainsi en faveur de la finalité urgente d'implémentation de modules spécifiques de formation continue sur le sujet.

Le risque majeur révélé au cours de notre étude est l'antécédent familial (39,6%), faisant écho à la publication de Weinreb R et Khaw P en Californie aux Etats Unis d'Amérique en 2004 affirmant que ce risque est multiplié par 4 à 9 chez les apparentés au premier degré [15]. Dans notre étude, 85 % évoquent le caractère héréditaire du glaucome. Ce résultat témoigne d'une bonne perception du rôle génétique par la population médicale interrogée en accord avec les données internationales. L'hypertonie oculaire était une caractéristique représentée dans 21,2 % des cas. Quigley à Baltimore aux Etats Unis d'Amérique en 2011 rappelle que l'élévation de la pression intraoculaire est le premier facteur modifiable et que son contrôle est la pierre de façade d'un traitement [16].

Pourtant, dans le champ sémiologique de l'alerte, la clinique semble jouer un tour : les médecins semblent plutôt accoutumés à apparier les urgences glaucomateuses à des manifestations pulsatives dites urgentes (glaucomes associés à douleur oculaire aiguë, 45 %. glaucomes avec céphalées, 27 %) ou terminales (exemple du glaucome dit terminal avec cécité). Les signes plus flous – certes présents – de perception de halos colorés (19,6 %) et de fatigue de l'œil (10,8 %) sont moins pris en compte. Or, ce biais à privilégier des tableaux cliniques « bruyants » ou « invalidants » pose question au regard de l'évolution insidieuse et asymptomatique de l'ordinaire glaucome primitif à angle ouvert (GPAO) et de la nécessité urgente de redéfinir une formation des cliniciens sur la détection de signes cliniques discrets s'avérant salubres pour une détection précoce. En matière de diagnostic, 63,1 % des participants estiment la mesure de la PIO comme étant l'examen de référence pour le dépistage. Pourtant, comme le notent bien Bakayoko et al. (2023) à Bamako, l'hypertonie isolée ne saurait suffire à porter le diagnostic de glaucome vis-à-vis des glaucomes à pression normale et des hypertonies oculaires physiologiques isolées. Les outils diagnostiques complémentaires en cours d'examen que sont l'analyse du fond de l'œil (21,2 %), l'exploration du champ visuel (7,3 %) ou la combinaison des examens complémentaires (15,8 %) sont en conséquence largement sous-évalués par les participants, ce qui constitue un risque probable de sous-diagnostic [17].

En terme thérapeutique, 60,4 % des médecins choisissent de prescrire un traitement médicamenteux principalement basé sur les collyres hypotenseurs (analogues des prostaglandines, bêtabloquants, inhibiteurs de l'anhydrase carbonique). Cette option thérapeutique répond aux recommandations internationales de traitement dans l'indication du glaucome en première intention [18-21]. Dans le cadre de notre recherche, les praticiens se montrent plutôt enclins à référer les patients à risque vers l'ophtalmologiste, puisque 80 % disent le faire. Ce chiffre est révélateur d'une attitude clinique éclatante, mais aussi d'une prise en compte manifeste du rôle clé de ce spécialiste dans la confirmation diagnostique et la prise en charge thérapeutique du glaucome. En revanche, ce résultat qui fait la part belle à la bonne volonté clinique, n'est guère entendu ailleurs dans la littérature sous-régionale, car si les indications de même que les taux de référence sont nettement plus lucides. Au Burkina Faso, Ouattara et al. (2023) rapportent par exemple que seuls 41,6 % des soignants ont gardé une attitude favorable direction des références alors que la majorité exhibe des pratiques clairement jugées insuffisantes [10]. Moins de 50 % des généralistes amorçant correctement via le bon canal le cheminement au spécialiste expert n'a pour autant pas été mis en avant sous prétexte de l'argument du niveau d'agrément hélas, rampant à l'émergence de pratiques allez floches, dans les travaux de Bella et al. (2020) au Cameroun [11]. Si la dynamique positive constatée au Niger semble réjouissante, ce que montre l'expérience des pays subsahariens, c'est bien que les défauts de dépistage réduisent la précocité de l'intérêt pour la performance de ces transferts. D'où l'idée que la volonté de la référence soucieuse doit répondre à l'intention des soignants nigériens, à condition d'inscrire en annexe cette prise en charge dans le travail d'une formation continue

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

conventionnelle. La condition pour que la référence s'inscrive dans la rigueur des exigences cliniques et encore plus des pratiques acquises est pourtant de pouvoir distinguer avant que les lésions fonctionnelles ne soient irréversibles.

CONCLUSION

Cette étude transversale menée auprès de 260 médecins nigériens non ophtalmologistes met en lumière un paradoxe clinique : une bonne connaissance théorique du glaucome coexiste avec des lacunes pratiques persistantes dans l'identification des facteurs de risque, la reconnaissance des signes précoces et le choix des examens diagnostiques appropriés. Si l'attitude des praticiens est exemplaire – 80% d'entre eux orientent systématiquement les patients suspects vers l'ophtalmologiste – leur capacité à détecter précocement la maladie reste entravée par un déficit de formation spécifique et un accès limité aux outils diagnostiques. Ces résultats appellent à une action urgente à trois niveaux : intégrer des modules de formation continue obligatoires sur le glaucome dans le cursus des médecins généralistes, en insistant sur les signes d'appel discrets et l'interprétation des examens complémentaires ; améliorer la dotation en matériel ophtalmologique des structures sanitaires périphériques ; et enfin, évaluer l'impact de ces interventions sur les taux de dépistage précoce et la réduction de la cécité glaucomateuse au Niger. L'enjeu est de taille : transformer la volonté manifeste des praticiens en compétences opérationnelles pour que le dépistage du glaucome devienne une réalité accessible à tous les Nigériens.

Limite de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques. Premièrement, le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'évaluer l'évolution des connaissances et des pratiques dans le temps. Deuxièmement, la prédominance des répondants de la région de Niamey (63,9 %) limite la représentativité des résultats à l'ensemble des médecins du Niger, en particulier ceux exerçant en zones rurales. Troisièmement, le recueil des données par questionnaire auto-administré expose à un biais de déclaration, les participants pouvant surestimer leurs connaissances ou leurs bonnes pratiques.

DÉCLARATIONS

Remerciements

Au personnel du service d'Ophtalmologie et de Maladies infectieuses de l'Hôpital National de Niamey-NIGER.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit.

Dan Jouma A.M. L et Abba kaka H.Y ont conçu l'étude, Roufaye L a collecté les données, Dan Jouma A.M. L a effectué l'analyse statistique, et tous les auteurs ont rédigé et approuvé le manuscrit final.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres

Considérations éthiques

Toutes les étapes du travail ont été effectuées en conformité avec la déclaration d'Helsinki. L'approbation du comité d'éthique institutionnel a été obtenue avant le début de l'étude. En outre, ce travail n'a impliqué aucune expérimentation sur des êtres humains ou des animaux et ne contient aucune information personnelle permettant d'identifier les concernés.

Disponibilité des données

Les données sont disponibles sur demande raisonnable à l'auteur principal.

REFERENCES

1. Organisation mondiale de la santé. Cécité et déficience visuelle [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé; [mise à jour fév 2026; consulté le 30 juin 2026]. Disponible sur: Rapport OMS sur la vision .
2. Quigley HA, Broman AT. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. Br J Ophthalmol. 2006;90(3):262-7.
3. Oxford Brookes University, Organisation mondiale de la santé. Defining and diagnosing glaucoma: a focus on blindness prevention [Internet]. Community Eye Health Journal. 2021 [consulté le 30 juin 2026];34(112):4 p. Disponible sur: CEH Journal.
4. Renard JP, Sellem É. Glaucome primitif à angle ouvert: rapport 2014 [présenté à la] Société française d'ophtalmologie. Isssy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.
5. Quigley HA. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. British Journal of Ophthalmology [Internet]. 1 mars 2006 [cité 16 nov 2025]; 90(3):262-7. Disponible sur: https://bjo.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bjo.2005.081224
6. Tham YC, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng CY. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology. nov 2014;121(11):2081-90.
7. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, et al. Global data on visual impairment in the year 2002. Bull World Health Organ. nov 2004;82(11):844-51.
8. Tarik Jasarevic, Fadela Chaib, Paul Garwood. L'OMS lance son premier Rapport mondial sur la vision [Internet]. Organisation mondiale de la santé. 2019 [cité 20 nov 2025]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news/item/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision.
9. Cécité évitable : Le glaucome, un enjeu majeur de santé publique [Internet]. République Togolaise. [cité 20 nov 2025]. Disponible sur: https://www.republicoftogo.com/toutes-les-rubriques/sante/cecite-evitable-le-glaucome-un-enjeu-majeur-de-sante-publique.
10. Ouattara A, Sanou J, A. Traore, G. A. Meda, W. P. Djiguimdé, A. Zabsonre. Connaissances, attitudes et pratiques sur le glaucome du personnel soignant du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso. APIDPM Santé tropicale. avr 2023;1(1):230.
11. Bella AL, Domngang C, Ngawa L, Pokam L, Kagmeni G, Epée E. Connaissances, Attitudes et Pratiques Relatives au Glaucome Primitif à Angle Ouvert des Professionnels de Santé des Structures de Soins de la Région de l'Ouest-

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Cameroun. Health Sciences and Diseases. 1 janv 2020; 21(6):85-9.
12. Diabate Z, Raheemotu L, Gode L, Ouattara Y, Goule A, Koffi K, et al. Connaissances du personnel médical et paramédical du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké sur le glaucome primitif à angle ouvert. APIDPM Santé tropicale. avr 2025;7204:245-52.
13. Komolafe OO, Omolase CO, Bekibele CO, Ogunleye OA, Komolafe OA, Omotayo FO. Awareness and knowledge of glaucoma among workers in a Nigerian tertiary health care institution. Middle East Afr J Ophthalmol. 2013;20(2):163-7.
14. Ellong A, Mvogo CE, Bella-Hiag AL, Mouney EN, Ngosso A, Litumbe CN. [Prevalence of glaucomas in a Black Cameroonian population]. Sante. 2006;16(2):83-8.
15. Weinreb RN, Khaw PT. Primary open-angle glaucoma. The Lancet. mai 2004;363(9422):1711-20.
16. Quigley HA. Glaucoma. Lancet. 16 avr 2011;377(9774):1367-77.
17. Bakayoko S, Bodjrenou BD, Djiguimdé WP, Sidibe MK, Simaga A, Konikpo A, et al. Clinical and paraclinical features of pre-perimeter glaucoma at CHU-IOTA (Bamako). Health Sciences and Disease [Internet]. 30 avr 2023 [cité 26 nov 2025]; 24(5). Disponible sur: https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/4426.
18. Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : problématique et perspectives en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2006 [cité 26 nov 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_500229/fr/depistage-et-diagnostic-precoce-du-glaucome-problematique-et-perspectives-en-france.
19. Association France Glaucome. Bulletin Association France Glaucome [en ligne]. Hiver 2024-2025 [consulté le 2026 juin 30]. Disponible sur : https://www.associationfranceglaucome.fr/wp-content/uploads/2025/02/AFG-BULLETIN-Bulletin-AFG-Hiver-2024-2025-MPT-AFG-0125-V10.pdf.
20. Société Française d'Ophtalmologie (SFO). Prise en charge du glaucome primitif à angle ouvert [en ligne]. SFO ; 2014 sept [consulté le 2026 juin 30]. Disponible sur : https://www.sfo-online.fr/sites/www.sfo-online.fr/files/medias/documents/Prise_en_charge_du_GPAO_sept_2014.pdf.
21. Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : problématique et perspectives en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2006 [cité 26 nov 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_500229/fr/depistage-et-diagnostic-precoce-du-glaucome-problematique-et-perspectives-en-france.
22. Domngang, C., Ngawa, L., Pokam, L., Kagmeni, G., Epée, E., & Bella, A. L. (2020). Connaissances, Attitudes et Pratiques Relatives au Glaucome Primitif à Angle Ouvert des Professionnels de Santé des Structures de Soins de la Région de l'Ouest-Cameroun. HEALTH SCIENCES AND DISEASE, 21(6). https://doi.org/10.5281/hsd.v21i6.2033.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license