

Équité du traitement en fonction des hommes et femmes dans le trachome au Sénégal

Présenté par

Ruth LUABEYA

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Publique Internationale

Directeur de mémoire : Professeur Anne Marie Moulin

le 11 octobre 2023

Devant le jury composé de :

Pr. Patrick THONNEAU Président
Directeur du département Santé

Pr. Pierre TRAISSAC Examineur
Ingénieure de recherche, IRD Épidémiologiste
Montpellier RD UMR MoiSA

Madame Mirette MATTA Examineur
Ministère de la santé

Remerciements

D'abord, je rends grâce à Dieu, maître de toute chose, d'avoir été toujours à mes côtés quelles que soient les situations. Merci de m'avoir permis d'aller jusqu'au bout de cette aventure merveilleuse. Je te prie Dieu de Branham de guider mes pas et de m'aider dans l'atteinte de mes objectifs.

Au président et aux membres du jury : malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de juger ce travail. Merci pour votre disponibilité et vos suggestions constructives. Recevez l'expression de notre profonde gratitude.

A mon encadreur de stage Dr Amadou Mbaye et toute son équipe : c'est pour moi l'occasion de vous remercier d'avoir accepté de m'accueillir dans votre institution pour mon stage académique et m'avoir impliqué dans un projet un peu unique, qui m'a permis de rédiger ce travail.

A ma directrice de mémoire professeure Anne-Marie MOULIN : chère maître, merci d'avoir accepté de diriger ce travail et de n'avoir ménagé aucun effort et votre temps pour améliorer ce travail. Veuillez accepter toute ma gratitude et reconnaissance.

A La prestigieuse université Senghor à Alexandrie : merci pour cette belle expérience unique « à la senghorienne » et pour la qualité de la formation reçue.

Au Directeur du département Santé, Dr Patrick THONNEAU : les deux années passées au sein du département m'ont permis de mieux vous connaître et de retenir une chose « Always, small is beautiful ». Merci pour votre implication à l'endroit de vos étudiants.

A madame Magui ABDO, Secrétaire Exécutive des départements Management et Santé : merci pour l'accompagnement et le soutien à notre égard. Recevez ici toute notre reconnaissance.

Au Professeur Rubio NZENZA : Merci pour votre accompagnement et soutien durant mon stage académique.

A monsieur Boris Amakoé, mon confident, merci d'avoir toujours été là, d'avoir supporté mes caprices, de m'avoir soutenu et accompagné en cette période.

A la 18ème promotion de l'université Senghor, nous avons partagé de bons moments ensemble qui resteront gravés dans ma mémoire.

A mes promotionnaires du département santé et particulièrement : Tourita, Élisabeth, Jashua, Julie, Adizatou et Taibou, merci d'avoir été toujours là dès le début de cette belle aventure, c'est une grâce de vous avoir.

À tous ceux, qui de près ou loin ont contribué à l'élaboration de ce travail, recevez toute ma gratitude et mes remerciements.

Dédicace

A mes parents Blaise Pascal LUABEYA et Anny MBIYA, merci pour toutes ces valeurs inculquées, de m’avoir montré le chemin de la réussite. Certes, vous n’avez pas fait des longues études comme moi, mais très jeune, vous m’aviez fait comprendre que j’étais capable de faire plus. Ce travail est le vôtre.

A mes sœurs, Naomie, Benita, Rebecca et Grace, mes frères Amos et Benjamin pour la considération, la confiance et tous les encouragements. Je vous en suis très reconnaissante.

A ma colocatrice Roxane, ma sœur d’une autre mère camerounaise, merci d’avoir été une belle âme. Nous avons passé deux bonnes années ensemble, le chemin a été certes long, parsemé d’embuches mais nous y sommes arrivés.

Au Dr Nana Linda, toi qui as voulu être de notre mais le destin a décidé autrement. Mon parcours à Senghor est le tien, Roxane et moi t’avons fait honneur et nous te sommes reconnaissantes.

A Patrick Memtodjin, ton mindset fait de toi une personne particulière, même devant la tempête, tu ne t’agites point, tu restes optimiste. Toujours disponible pour les autres et dévoué. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

A Samuel Bwira, d’avoir été un appui et soutien durant ma période de stage, toi qui m’appelles maman solution, ce travail existe grâce à toi. Reçois ma gratitude.

Au Dr Makunga Yannick, mon data manager, ami et confrère, nous avons parcouru un long chemin ensemble, ce n’était certainement pas facile, en dépit de tes nombreuses occupations, tu as toujours été disponible. Ce travail est le nôtre.

Aux volontaires de l’Université d’Été féministe de l’Afrique de l’Ouest et du Centre, singulièrement à Aminata Geneviève, Marième et Aicha, votre soutien inconditionnel, la participation active à la collecte des données de ce travail, je vous serai éternellement reconnaissante chères sœurs.

A mon mentor Dr Michel Muvudi, grâce à vos encouragements et soutiens, ma vie est ma première entreprise comme vous me l’avez appris, je suis à mon second master, merci de nous transmettre cette sagesse.

A mon premier parrain Dr Mbow MBAYE, sans vous, je ne garderais point cette belle image du Sénégal. Dès le premier contact, vous avez été un père, un mentor, un conseiller et un confident, je me rappellerais toujours cette phrase, « Ruth tu dois produire un bon mémoire ». Je vous dédie ce travail.

A mon second parrain Sidy Ndiaye, alumnus de la 13^{ème} promotion de l’Université Senghor, mon séjour à Dakar a été illuminé grâce à vous, lorsque je me suis résignée, vous vous êtes battu d’arrache-pied pour la réalisation de ce travail. Recevez toute ma gratitude.

Résumé

Introduction : Le trachome est la première cause de cécité infectieuse dans le monde, causé par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. Il est qualifié de maladie des pauvres, la transmission se fait au contact des mains, serviettes et des doigts souillés, ainsi que par l'intermédiaire des mouches. Deux groupes de population en sont la cible (les enfants et la femme). Le contrôle du trachome se fait par la chirurgie, les antibiotiques, le nettoyage du visage et le changement de l'environnement (CHANCE). Les femmes étant plus à risque de développer le trachome cécitant, cette étude a évalué l'équité du traitement en fonction de 2 sexes dans le district de Mékhé au Sénégal.

Méthodologie : Nous avons utilisé la méthode descriptive mixte, basée sur l'analyse secondaire des données de surveillance du trachome, et les entretiens individuels avec les femmes opérées en 2022. Les analyses descriptives ont été utilisées pour les variables quantitatives et l'analyse sémantique pour les variables qualitatives.

Résultats : Du 24 au 27 octobre 2022, Cinq cent deux (502) personnes ont été diagnostiquées du trichiasis dont 79% ont subi la chirurgie par la méthode de trabut, 6% traité par épilation et 14% de refus pour ces deux méthodes de traitement énuméré. Parmi les personnes opérées, 74% était de sexe féminin, 65 % étaient porteurs d'un trichiasis majeur. L'âge moyen était de 58 ans. Les raisons de retard de traitement chirurgical évoqués par les participantes étaient le manque de connaissance de la maladie et ou du traitement associé à la peur de subir un traitement chirurgical. Et pendant ce temps, elles se prenaient en charge au moyen d'une pince à épiler les cils ou d'un traitement traditionnel/religieux.

Les rendez-vous postopératoires avant le troisième mois étaient effectifs à environs 95%. 30% avaient manquées le dernier rendez-vous, 93% des absents étaient de sexe féminin. Les raisons évoquées étaient le manque d'information et le voyage pour une autre ville pour se faire aider après l'intervention chirurgicale.

Conclusion : Le trichiasis est le stade avancé du trachome. C'est la forme cécitante qui précède l'opacité cornéenne. Tôt la maladie est prise en charge, mieux le malade préserve la totalité de la vision. La persistance du trichiasis au-dessus du seuil d'élimination dans la région de Mékhé chez la femme est due à la peur de subir l'intervention et le manque de connaissance sur la maladie et le traitement chirurgical. La sensibilisation et l'éducation pourraient aider à atteindre la cible pour arriver à l'élimination (prévalence du trichiasis trachomateux (TT) « inconnu du système de santé » <1 cas pour 1000 habitants). Il est nécessaire d'étendre l'étude dans les autres districts pour arriver à une conclusion générale.

Mots-clefs

Trachome, Trichiasis, Homme-femme, CHANCE, chirurgie, perceptions

Abstract

Introduction: Trachoma is the leading infectious cause of blindness, caused by the bacterium *Chlamydia trachomatis*. Referred to as a disease of the poor, it is transmitted by contact with soiled hands, towels and fingers, as well as by flies. Two population groups are targeted (children and women). Trachoma can be controlled by surgery, antibiotics, facial cleansing and environmental changes (SAFE). Women are more at risk of developing trichiasis this study assessed the equity of treatment in Mékhé district in Senegal.

Methods: A descriptive mixed-methods sequential explanatory design involving secondary analysis of trachoma surveillance data, and individual interviews of women operated in 2022. Descriptive analyses were used for quantitative variables, and semantic analysis for qualitative variables.

Results: From 24th to 27th October 2022, five hundred and two (502) people were diagnosed with trichiasis, 79% of whom were operated by the trabut method, 6% by eyelash removal and 14% of whom refused these two methods of treatment. Among the operated patients, 74% were female, 65% had major trichiasis. The mean age was 58 years. The reasons for delayed surgical treatment enumerated by the participants were lack of knowledge of the disease as well as the treatment and the fear of undergoing surgical treatment. And during this time, they were treated with eyelash removal or traditional/religious treatment.

Postoperative appointments before the third month were effective at about 95%. 30% had missed the last appointment, 93% of the absentees were female. The reasons mentioned were the lack of information and the trip to another city.

Conclusion: Trichiasis is the advanced stage of trachoma and the stage preceding corneal opacity. Early the disease is managed, the better the patient preserves the entire vision. The persistence of trichiasis above the elimination threshold in the Mekhé region among women is due to fear of undergoing the procedure and lack of knowledge about the disease as well as the surgical treatment. Awareness and education could help achieve the target of elimination (prevalence of “health system unknown” trachomatous trichiasis (TT) <1 case per 1000 population). It is necessary to extend the study to other districts.

Keywords

Trachoma, Trichiasis, Male-Female, Gender, SAFE, surgery, perceptions.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

AMM	Administration de masse d'antibiotique
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la démographie
CHANCE	Chirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changement d'environnement
DALY	Disability Adjusted Life Year
EHCVM	Enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages
GET2020	Alliance mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RBLP	Rotation Bi lamellaire du Bord de la Paupière
RBLT	Rotation Bi lamellaire du Tarse
RTP	Rotation tarsale postérieure
TF	Trachome folliculaire
TSO	Technicien supérieur en ophtalmologie
TT	Trichiasis Trachomateux

Tables des matières

REMERCIEMENTS	I
DEDICACE	II
RESUME	III
ABSTRACT	IV
Liste des acronymes et abréviations utilisées	V
TABLES DES MATIERES	1
1. INTRODUCTION	3
Approche théorique et cadre conceptuel des facteurs liés à l'accès aux soins.....	4
Trachome et genre	6
1.1. Justification de l'étude	12
1.2. Objectifs de l'étude	13
1.3. Hypothèse de recherche	14
2. METHODOLOGIE.....	15
2.1 Type et période d'étude	15
2.2 Cadre de l'étude	15
2.3 Population d'étude.....	17
2.4 Échantillonnage	18
2.5 Matériels de collecte des données.....	18
2.6 Considérations éthiques.....	20
3. RESULTATS.....	21

3.1.	Caractéristiques générales et cliniques des opérées.....	21
3.2.	Profil des opérateurs	26
3.3.	Vécus et perception du trichiasis par les femmes opérées	26
3.4.	Suivi post-opératoire	31
4.	DISCUSSION	36
5.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	39
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40
	LISTE DES ILLUSTRATIONS	46
	LISTE DES TABLEAUX	46
	ANNEXES.....	47

1. Introduction

Le trachome est une maladie infectieuse sévissant essentiellement dans les pays en voie de développement. Il est défini comme une infection à évolution aiguë de la conjonctive, puis chronique, entraînant une pousse anarchique des cils qui érodent la cornée et aboutissant à la cécité, après une évolution d'une durée variable [1]. Il est la première cause de cécité infectieuse dans le monde, responsable d'environ 1,9 million de cas de cécité, alors que 2,8 millions de personnes sont atteintes de trachome avancé [2]. Bien qu'il soit évitable et traitable, le trachome représente un problème majeur de santé. Il est qualifié de maladie des pauvres et touche environ 40 pays dans le monde [3].

En effet, le trachome, causé par la bactérie *Chlamydia trachomatis*, sa forme active touche principalement les enfants et la forme cécitante les femmes. La première infection débute généralement dans l'enfance, le taux d'infection est maximal entre l'âge de 2 et 5 ans. La prévalence du trichiasis, corollaire du trachome, ajustée à l'âge est deux fois supérieure chez la femme que chez l'homme [4]. Environ 60 à 85% des personnes atteintes du trichiasis dans le monde sont les femmes [5].

Le trachome est une maladie cible de l'initiative "vision 2020 : le droit à la vue" et l'initiative de son élimination est à l'origine d'une grande coalition mondiale dénommée " l'Alliance mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) " (GET2020). En juin 1997, lors de sa première réunion, il a été fixé comme objectif d'éliminer à l'horizon 2020 le trachome comme problème de santé publique [6]. La stratégie **CHANCE**¹ de l'OMS avec ses quatre composantes adoptées en 1993, a permis de baisser de moitié le nombre des personnes à risque de trachome depuis 2011 [7]. Malgré ce gain considérable, 2.8 millions des personnes sont en attente d'une chirurgie du trichiasis et les femmes sont presque deux fois plus susceptibles que les hommes d'en avoir besoin [8].

Le trachome est la deuxième cause de cécité après la cataracte au Sénégal, avec 25 000 personnes aveugles enregistrées en 1997, dont les trois quarts sont des femmes. La première enquête nationale en 2000, ciblait principalement les femmes et les enfants. La prévalence du trachome actif (TF) était estimée à 1,2% chez la jeune femme âgée de 15 à 20 ans, tandis que celle du trichiasis (TT) atteignait 2,6 % [9].

Ces résultats démontraient que les femmes seraient plus affectées du trichiasis que les hommes. Dans quelle mesure le Programme National de la Promotion de la Santé Oculaire du Sénégal se préoccupe-t-il de l'équité vis-à-vis des femmes dans les activités de traitement du trichiasis. Ainsi, ce travail analyse les facteurs liés à cette problématique et examine les stratégies mises en place pour garantir l'équité dans l'accès aux soins en respectant l'équité homme et femmes.

¹ CHANCE : Chirurgie, Antibiotique, Nettoyage du visage et Changement d'Environnement

Approche théorique et cadre conceptuel des facteurs liés à l'accès aux soins

Historique et épidémiologie du trachome

Le trachome est l'une des maladies anciennes et probablement la plus répandue comme l'a décrit Charles Nicolle. Son origine reste quelque peu controversée. Certains auteurs pensent que la souche aurait pu être conservée dans l'Arche de Noé, qu'elle proviendrait du monde oriental, ou encore de l'Asie central [10]. Des preuves indiquent l'existence de la maladie en 1900 av. J.C., notamment par la découverte d'une pince dans une tombe égyptienne, qui était utilisée pour retirer les cils enroulés. De plus, le papyrus de Thèbes détaille la pathologie en Afrique et en Asie dès le XV^e siècle avant l'ère chrétienne [11].

La propagation du trachome depuis son foyer d'origine vers le reste du monde a été favorisée par les guerres et les invasions au cours de l'Antiquité, notamment l'expansion depuis l'Égypte, la Perse et l'Europe orientale par les armées de Darius lors des guerres contre les Scythes. De plus, les déplacements des immigrants d'un territoire à un autre ont contribué à sa dissémination jusqu'à la fin du XIX^e siècle [10]. Grâce au développement socio-économique et l'amélioration des infrastructures sanitaires, le trachome a disparu dès la fin du XIX^e siècle et s'est transformé en Afrique en une maladie tropicale lors de l'expansion coloniale, affectant essentiellement les populations autochtones [12].

L'origine microbienne étant demeurée longtemps introuvable, ses caractéristiques ont brouillé sa mise en évidence et rendu sa prise en charge difficile. En 1930, le chercheur Tang Feifan a mis en évidence la bactérie responsable de la maladie et ceci, grâce au perfectionnement des cultures microbiennes [13]. A cause de sa propagation dans le monde, vers 1940, La Ligue Contre le Trachome a été fondée et en 1993, après un premier essai clinique en Gambie, l'azithromycine a été retenue comme traitement de choix contre la forme active de la maladie [14].

En ce qui concerne le Sénégal, l'histoire remonte dans les années 1900 Lafont et Dupont ont signalé la présence nombreuse de personnes atteintes de trachome parmi les Maures dans les régions de Louga et de Podor. Ils ont noté que cette prévalence augmentait à mesure que l'on se rapprochait de la boucle du fleuve Sénégal et de la Mauritanie [15].

Les données sur la prévalence du trachome et du trichiasis sont régulièrement mises à jour et publiées chaque année par l'OMS. [L'atlas du trachome](#) fournit les données détaillées et actualisées, tandis que le résumé peut être exploité sur [Observation mondiale de la santé de l'OMS](#). Des progrès majeurs ont été observés dans la lutte contre le trachome. En effet, le nombre de patients atteints de trachome est passé de 590 millions en 1990 à 157.7 millions en 2022. Aussi, la proportion de la cécité due au trachome est passée de 10,6% à 1,4% durant la même période [16,17].

Dans l'ensemble, la distribution géographique du trachome correspond à la « ceinture de pauvreté » mais n'est pas du tout homogène [18]. En effet, la prévalence varie d'une zone à une autre, pouvant atteindre 30% au sein d'une même région. Une étude cas témoins réalisée dans la région d'Amhara, en Éthiopie, en vue de comparer le niveau socio-économique des ménages ayant un malade trichiasique et des ménages sains a montré que les familles pauvres avaient deux fois plus le risque de développer un trichiasis que les familles économiquement stables [3]. Des évidences montrent que le trichiasis amplifie le cercle vicieux de la pauvreté par la baisse de la productivité qu'elle entraînerait [19,20]. L'invalidité causée par le trichiasis est estimée entre 171 000 et 1,3 million des années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) et une des pertes de 5 à 8 milliards USD/an [21].

En raison de cette répartition inégale, un système a été mis en place avec comme objectif de suivre les progrès dans la réduction du trachome, dans chaque district endémique et de déterminer les pays ayant atteint l'élimination [22]. La figure 1 montre la répartition géographique du trachome dans le monde, qui touche l'Afrique du Nord, l'Afrique subtropicale, le Moyen-Orient, l'Asie du Nord-Est, l'Australie, certaines îles du Pacifique et l'Amérique latine ainsi que le sous-continent indien [29].

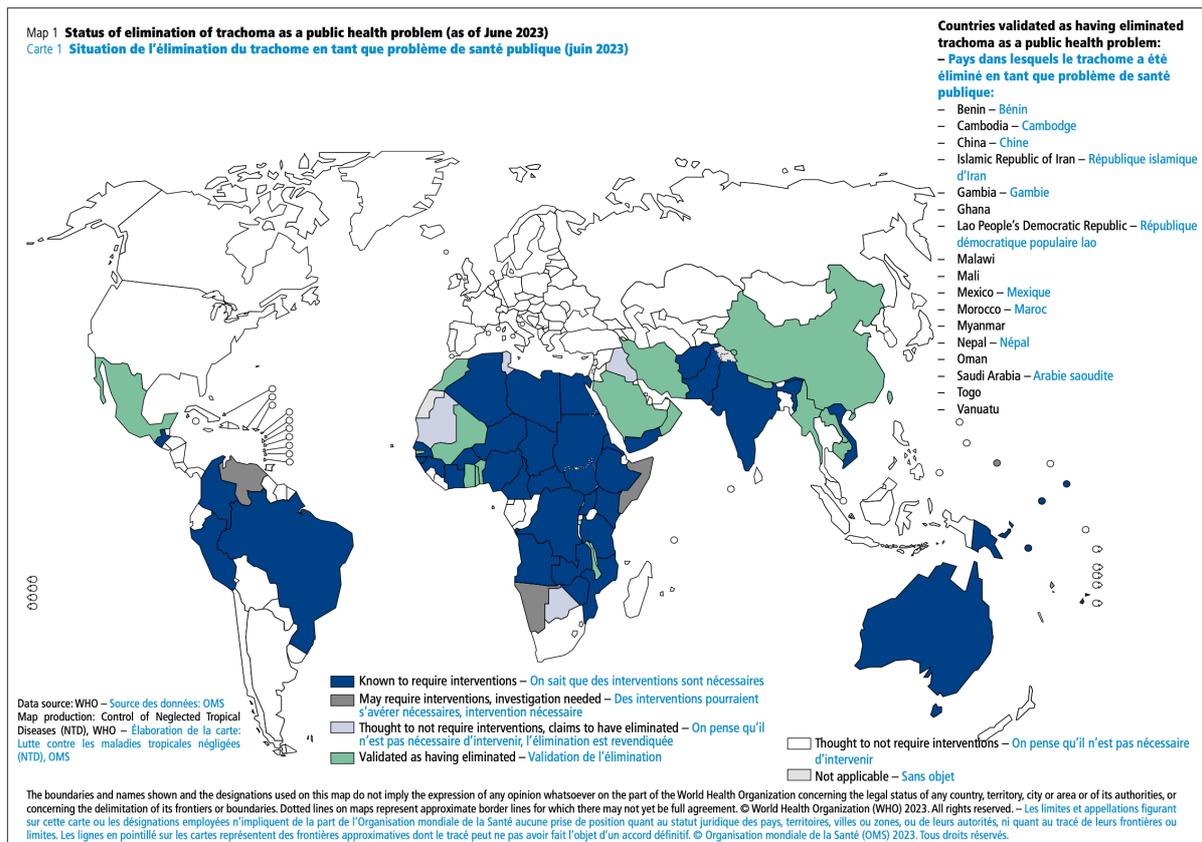


Figure 1 Situation du trachome dans le monde (Tropical data 2023)

Du trachome au trichiasis

Le trachome est causé par une bactérie intracellulaire de la famille de *Chlamydia trachomatis CT*, [25]. La transmission se fait au contact des mains, serviettes et des doigts souillés, ainsi que par l'intermédiaire des mouches. La maladie évolue en deux phases : d'abord une kérato-conjonctivite aiguë, puis une phase chronique due aux infections répétées. L'inflammation conduit à la cicatrisation de la conjonctive, ce qui entraîne une distorsion des cils en direction du globe oculaire, provoquant le trichiasis et lorsque la paupière se déforme en s'incurvant et s'enroule en dedans, on parle de l'entropion [26]. Environ 30 % des personnes atteintes de trachome développent finalement un trichiasis [11].

Un lien a été établi entre les infections chroniques répétées et le développement du trichiasis à l'âge adulte [15]. Cependant, il est important de noter que tous les cas de trichiasis ne sont pas toujours d'origine trachomateuse. Des recherches menées à New Delhi ont révélé que parmi les 100 patients opérés du trichiasis, de régions d'Amérique et d'Inde, seulement 35 % étaient attribuables au trachome. En effet, d'autres affections peuvent également entraîner un trichiasis, telles qu'une blépharite, un syndrome de Stevens-Johnson, une brûlure, un traumatisme, une tumeur, un zona ou un pemphigoïde cicatriciel oculaire [27].

L'OMS classe le trachome en cinq stades cliniques suivant l'évolution de la maladie, en l'absence de traitement (annexe 1) [28]. Sur le plan clinique, le trichiasis est défini comme la présence d'au moins un cil frottant contre le globe oculaire, le trichiasis est défini comme la présence d'au moins un cil frottant le globe oculaire, ou encore par des signes d'épilation récente des cils [29]. Bien que la paupière supérieure soit le site le plus affecté, il peut également affecter la paupière inférieure. Selon une étude menée par Sandra Cassard en Tanzanie, 11 % des yeux présentant un trichiasis de la paupière supérieure présentaient une atteinte de la paupière inférieure après deux ans de suivi [30].

Trachome et genre

Il a déjà été signalé que les femmes sont deux à trois fois plus susceptibles de contracter le trachome que les hommes. Dans la région de Dalocha en Éthiopie, 11 cas sur 18 de trichiasis concernent des femmes [31].

Les raisons plausibles du risque élevé de contamination du trachome chez la femme et de développement d'un trichiasis avancé peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs :

- le rôle traditionnellement dévolu aux femmes dans la société et au sein de la famille.;
- le manque d'accès à l'éducation et aux revenus;
- les pratiques traditionnelles et des rituels de beauté auxquels les femmes sont souvent soumises;
- le manque d'autonomie et de pouvoir de décision chez les femmes;

- Certains états physiologiques, comme la grossesse.

Les femmes sont exposées de manière accrue à la bactérie responsable du trachome dans les régions endémiques. Lorsqu'une femme a des enfants atteints du trachome, elle est plus fréquemment et régulièrement exposée à l'infection par les enfants dont elle s'occupe. Et ce cycle prédispose la femme, de par son sexe et le « genre ²», de leur proximité étroite avec les enfants, les femmes sont exposées à l'infection à travers diverses sécrétions physiologiques, notamment nasopharyngées, y compris le trachome [32]. Dans les sociétés patriarcales, l'indépendance et l'éducation sont généralement davantage accordées aux hommes, tandis que les femmes sont souvent assignées aux tâches ménagères, à la gestion du foyer et à l'éducation des enfants. A la campagne, elle s'occupe des travaux champêtres. En Tanzanie, une étude cas-témoin a révélée qu'avoir des enfants en âge préscolaire constituait un facteur de risque du trachome chez la femme [33].

Les femmes sont également souvent perçues comme des aides-soignantes pour tous les malades qui les entourent. Cette initiation aux soins commence dès l'enfance pour les jeunes filles. Par conséquent, elles demeurent en proximité avec leurs frères et assument des responsabilités maternelles à un âge précoce. Elles sont mariées dès leur jeunesse, ce qui les prédispose, en raison de leur genre et des rôles qui leur sont assignés, à contracter plusieurs maladies infectieuses, y compris le trachome. Cela s'explique par le fait qu'elles restent proches non seulement des enfants malades, mais aussi des adultes malades. Ce risque augmente avec l'âge en raison des infections répétées [34]. Dans les pays développés, les chercheurs ont attribué cette susceptibilité aux hormones de la femme [35].

En dehors de ces facteurs, certaines pratiques religieuses comme l'utilisation du khôl dans la religion musulmane. En effet le khôl, kohol est une poudre minérale et végétale, utilisée pour maquiller et soigner les yeux. Il peut-être de couleur noir, gris ou bleu selon sa composition. Composée essentiellement de sulfure d'antimoine, certains khôls malheureusement, contiennent encore aujourd'hui du sulfure de plomb, ce qui provoque des intoxications graves. Il s'applique à l'aide d'un bâtonnet très fin appelé Mirwed (souvent en bois) sur le bord interne de la paupière instrument en bois appelé kholier. Ceci pourrait aussi être un facteur de contamination et de recontamination [36].

Lors des traitements de masse à base d'Azythromycine, les femmes enceintes sont exemptées, probablement à cause des effets secondaires sur la femme enceinte et le fœtus. Elles sont simplement traitées avec la pommade à base de tétracycline à application locale. Il n'est pas clairement documenté dans la littérature quelles mesures sont prises après

² Par genre, on entend les rôles, comportement, activités, fonctions et chances qu'une société, selon la représentation qu'elle s'en fait, considère comme adéquats pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles et les personnes qui n'ont pas une identité binaire

l'accouchement pour compenser ce traitement, par conséquent, ceci pourrait contribuer à la persistance de l'infection chez les femmes [37].

Dans les sociétés où la religion dicte les normes sociales, la décision d'accepter une intervention chirurgicale ne dépend souvent pas uniquement de la femme elle-même. Même si elle le souhaite, le dernier mot revient souvent à son mari et/ou à sa famille [38].

Au Malawi, la majorité des femmes qui acceptaient la chirurgie étaient veuves, En quelque sorte, exprimer que parce qu'elles n'ont plus de maris, elles n'ont plus de chefs et décident toutes seules de l'acte chirurgical [39].

Le risque accru d'exposition au trachome chez les femmes est amplifié par de nombreux obstacles aux soins de santé, tels que les responsabilités familiales et les tâches ménagères, ainsi que l'accès limité à des soins de santé de qualité qui sont souvent au-delà de leurs moyens financiers. De plus, la réticence à recourir aux services de santé est également un problème majeur. Tous ces facteurs contribuent à l'inégalité en matière de soins de santé et entravent les progrès vers l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique.

Au Sénégal, les femmes représentent 52% de la population générale et 75% d'entre elles vivent en milieu rural. En 2016, on estimait 32% des femmes mariées avant l'âge de 18 ans et 9% avant l'âge de 15 ans. Ainsi, avec ce pourcentage, le nombre de ces femmes dont le bien-être sanitaire devait dépendre d'une tierce personne, en l'occurrence le mari ou la famille, doit être très élevé. Un pays qui a demeuré pendant longtemps dans un système où les droits de la femme dépendaient de la culture c'est-à-dire le mariage précoce, accepter de vivre dans un mariage polygamique, l'analphabétisme, et d'autres pratiques néfastes faites à la femme. [40].

Surnommé le Pays de la Teranga, il est connu pour son hospitalité. Les familles vivent généralement en communauté. " et tout au long de l'année, de nombreuses cérémonies religieuses et culturelles ont lieu. Parmi elles, « Magal » (pèlerinage) de Touba qui réunit environ 4 millions de participants alors que sa population normale est de 400.000 habitants. Pendant ces cérémonies, la population vivant à Dakar rentre dans leurs familles respectives en province. Les femmes, en ce moment ont plusieurs responsabilités notamment celle de la cuisine. Ceci pourrait être un facteur de contamination mais aussi de contrainte de soins chirurgicaux [41].

Types de traitement du trichiasis

Le trichiasis peut être corrigé de deux manières :

- par des méthodes non chirurgicales telles que l'épilation, pouvant être indiqué en cas de trichiasis mineur ou devant un échec chirurgical. De nombreux patients préfèrent d'abord essayer ce traitement avant de recourir à la chirurgie [42];

- la chirurgie.

L'OMS recommande la « rotation bilamellaire du bord de la paupière » (RBLP) pour corriger l'entropion cicatriciel trachomateux. Cette opération a été identifiée lors d'essais cliniques comme ayant le plus faible taux de récurrences postopératoires. Cependant, deux techniques chirurgicales sont à ce jour utilisées. Elles comprennent une incision partielle ou complète à travers la paupière, permettant ensuite de corriger le trichiasis en faisant pivoter les cils trichiatiques à la position normale [43].

Bien que la chirurgie soit la méthode permettant de corriger définitivement le trichiasis, il est important de noter qu'elle ne résout pas les problèmes de vision associés. Les résultats postopératoires peuvent parfois être décevants. Outre les récurrences, des complications telles que des granulomes, une rétraction de la paupière ou des malformations peuvent survenir [44].

Outre la technique de RBLP, la rotation tarsale postérieure (RTP) ou l'opération de Trabut également couramment utilisée. Les deux méthodes ont été comparées lors d'un essai clinique randomisé en Éthiopie, qui n'a montré aucune différence significative en termes de résultats [45]. Au Sénégal, la méthode cette méthode a connu son succès à 82% après 2 ans de suivi [46].

Plusieurs prérequis pour la chirurgie :

- Une sensibilisation adéquate sur le trichiasis, ses causes, ses conséquences, ainsi que le mode de traitement, y compris le lieu où le traitement peut être obtenu ;
- un entretien avec le malade pour lui expliquer les bénéfices du traitement chirurgical;
- l'accessibilité aux soins notamment à travers des unités mobiles ou fixes ;
- la disponibilité des kits nécessaires pour l'opération ;
- un personnel formé à l'acte chirurgical [12].

Barrières à la chirurgie liées au genre

Les études ont révélé un taux d'acceptation de la chirurgie du trichiasis relativement bas, allant de 18 % à 66 %, même lorsque les services sont gratuits et que les moyens de transport sont disponibles [47].

L'approche de la chirurgie du trichiasis doit être centrée sur le patient et doit prendre en compte les différences entre hommes et femmes. Lors de la planification des activités visant à prendre en charge le trichiasis, il est essentiel de reconnaître la position sociale inférieure des femmes et de mettre en place un système efficace de détection pour atteindre même les cas difficiles. Pour mieux comprendre les facteurs qui influencent l'acceptation des soins chirurgicaux, plusieurs auteurs ont proposé des facteurs susceptibles d'influencer sur la prise en charge. Outre les facteurs individuels, il convient de prendre en compte deux autres

catégories: les facteurs socio-culturels et les facteurs liés au système de santé ainsi qu'aux prestataires de soins [48].

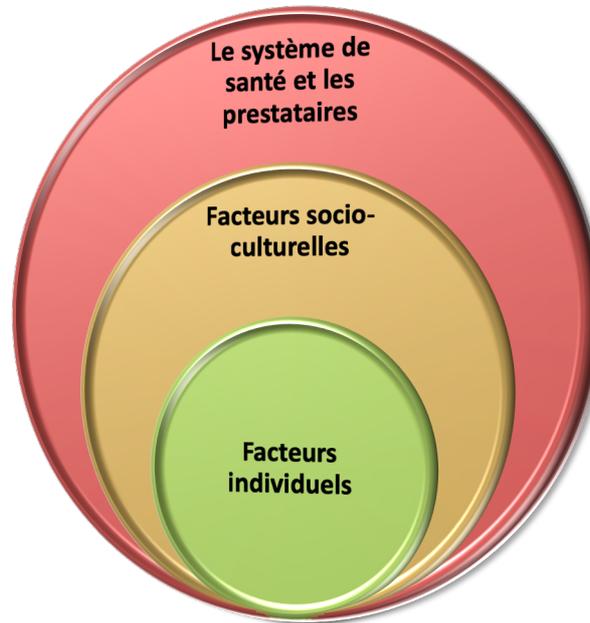


Figure 2 Cadre conceptuel illustrant les facteurs liés à l'accès aux soins du trichiasis chez la femme

Facteurs individuels

(i) En ce qui concerne la prise en charge chirurgicale du trichiasis, les femmes ont un taux d'acceptation généralement plus bas. En Tanzanie, une étude portant sur les obstacles perçus par les patients a révélé que les femmes étaient beaucoup plus enclines à penser qu'elles pouvaient gérer le trichiasis avec des pinces à épiler que les hommes, ou qu'elles ne voyaient pas l'intérêt de se faire opérer [49]. Une autre étude a montré que le fait d'avoir des enfants à élever, les tâches ménagères ou le constat qu'aucune femme de leur entourage n'avait été opérée constituaient autant de raisons pour les femmes de refuser la chirurgie [50]. D'autres raisons sont souvent évoquées, notamment la peur et le manque de connaissance sur la maladie et son traitement, le manque d'un accompagnateur lors la chirurgie, les responsabilités familiales, etc. [51].

(ii) L'âge du patient

Bien que le trichiasis touche davantage les adultes, les extrêmes d'âge peuvent influencer l'acceptation des soins chirurgicaux. En Éthiopie, une étude portant sur les déterminants de la non-utilisation de la chirurgie du trichiasis a révélé que le groupe d'âge le plus jeune (moins de 60 ans) était le principal déterminant de la non-utilisation des services chirurgicaux [52].

Autres : à part l'âge et le sexe, lorsque la maladie est à son début ou lorsqu'il s'agit d'un trichiasis mineur ou unilatéral, le malade semblerait ne pas trouver l'utilité de la chirurgie car l'œil controlatéral voit bien.

Facteurs socio-économiques

La chirurgie du trichiasis peut entraîner des coûts pour les femmes, notamment :

- Les frais de l'opération, lorsque celle-ci n'est pas gratuite.
- Les frais de transport pour le patient et les personnes qui l'accompagnent pour l'opération et les trois visites de suivi.
- Les femmes, étant déjà en situation de pauvreté, peuvent être réticentes à subir une opération qui les empêcherait de poursuivre des activités génératrices de revenus.

L'opération nécessite une période de repos, pendant laquelle le patient ne peut pas contribuer aux charges du ménage [34].

Dans la région de Mtwara en Tanzanie, il a été observé que pendant la période de récolte de manioc, les patients atteints du trichiasis hésitaient à subir une intervention chirurgicale [53].

Facteurs liés au système de santé

La distance que doit parcourir le patient pour atteindre le centre de prise en charge du trichiasis, sa proximité avec les agents de santé qui offrent les soins chirurgicaux, le sexe de l'opérateur et le risque de récurrence chez les personnes ayant déjà subi une intervention chirurgicale sont généralement des facteurs qui limitent l'accès aux soins chirurgicaux pour les patients atteints de trichiasis.

Il a été suggéré, dans le cadre d'un essai randomisé de chirurgie communautaire, que la prestation de la chirurgie dans les villages des patients facilite l'accès aux soins en réduisant les coûts pour le patient, en économisant du temps et minimise la peur de l'opération en raison du sentiment de proximité et de la connaissance des opérateurs[46].

Bien que la chirurgie du trichiasis soit censée corriger l'anomalie des cils et prévenir la cécité, on observe un taux élevé de récurrences (10 à 25 % des personnes actuellement atteintes de trichiasis ont déjà subi une chirurgie du trichiasis) [27], ainsi que les déformations de l'œil, etc. Pour prendre en charge ces anomalies précocement, l'OMS recommande un suivi sur une période pouvant aller jusqu'à deux ans (intervenant dans les 24 heures suivant la chirurgie, entre le septième et le quatorzième jour, le troisième et le sixième mois, et après un à deux ans).

En Afrique, en 2021, seulement quatre sur vingt-sept pays endémiques ont déclaré avoir une politique nationale de suivi des patients atteints de trichiasis après une intervention

chirurgicale et deux avaient une politique nationale pour la réalisation d'audits des chirurgiens de trichiasis [54].

Équité du genre dans la prise en charge du trachome

La deuxième édition du *Manuel du trachome et de la femme* suggère que les programmes nationaux de lutte contre le trachome des pays endémiques devraient promouvoir la représentation et la diversité du genre au sein du personnel impliqué dans la prise en charge du trichiasis à tous les niveaux. Cela inclut la sensibilisation, la recherche des cas et ainsi que l'intervention chirurgicale. Au Nigeria, en raison de normes culturelles et religieuses, il a été constaté qu'un agent de dépistage masculin ne pouvait pas entrer dans une maison à moins qu'un homme ne soit présent. Surtout dans le monde arabo- musulman. [34].

1.1. Justification de l'étude

Afin de mesurer le fardeau du trachome en Afrique de l'Ouest, une série d'enquêtes de prévalence a été réalisée entre 1997 et 2006 dans six pays par l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale Appliquée (l'IOTA) de Bamako. Ces enquêtes ciblaient essentiellement la population à risque (les enfants de moins de dix ans et les femmes de plus de quatorze ans). L'enquête au Sénégal avait révélé l'entropion trichiasis dans environ 2,6% pour la population générale en 2000 et la prévalence chez la femme variait entre 3,1 et 0,3 %. Trois régions étaient sévèrement endémiques, notamment la région de Louga, Diourbel et Thiès. Par la même occasion, conformément aux directives de l'OMS, les enquêtes ont été étendues dans les régions suspectées d'être endémiques mais qui n'avaient pas encore fait l'objet d'une enquête.

Pour atteindre les objectifs de la GET2020, le Sénégal, tout comme les autres pays endémiques, a mis en place des interventions visant à contrôler le trachome par des campagnes d'administration de masse d'antibiotique (AMM), des sites d'intervention pour corriger l'entropion en cas de trichiasis trachomateux, l'assainissement du milieu et l'approvisionnement en eau potable, conformément aux recommandations de l'OMS de la stratégie CHANCE. Les interventions ont débuté en 2005 dans les huit régions et se sont étendues au fur et à mesure que la cartographie du trachome avançait. L'ensemble de ces activités a conduit à une baisse de la prévalence du TF jusqu'au seuil d'élimination³ en 2018 alors que 35 districts avaient toujours une prévalence du trichiasis supérieure à 0,2% [55,56].

³ Seuil d'élimination du trachome: une prévalence de l'inflammation du TF inférieure à 5 % chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, maintenue pendant au moins deux ans en l'absence d'administration de masse d'antibiotique, dans chaque district précédemment endémique ; une prévalence du TT inférieure à 0,2 % chez les personnes âgées de 15 ans et plus, dans chaque district précédemment endémique.

Depuis 2019, le Sénégal accroît ses efforts pour éliminer le trachome d'ici 2025. Malgré l'augmentation des services chirurgicaux desservant la population malade, la prévalence élevée du trichiasis au Sénégal reste un problème de santé et l'un des facteurs de cécité.

Selon les dernières statistiques de GET2020 de 2021, environ 57 939 personnes au Sénégal sont atteintes de trichiasis, et pour atteindre le seuil d'élimination, il faudrait opérer environ 40 965 personnes atteintes de trichiasis.

Le district de Mekhé est considéré comme endémique depuis 2004, sa prévalence de base était estimée à 23,6 % et 4,5 % respectivement pour le trachome folliculaire (TF) et le trichiasis trachomateux (TT). En 2016, la prévalence du TT a diminué à 0,33 %, mais la dernière enquête de pré-validation en 2019 a montré une augmentation avec une prévalence estimée à 0,64 %.

En se basant sur la première enquête de 2000, la prévalence du trichiasis au Sénégal chez la femme était élevée. Par conséquent, pour atteindre l'élimination, il est nécessaire de mettre en place des stratégies qui favorisent l'intégration et l'équité du genre dans la prise en charge du trichiasis. Cette étude a pour but d'évaluer l'intégration du genre dans la chirurgie du trichiasis en décrivant les activités liées à la composante CH de la stratégie CHANCE et répondre aux questions suivantes :

- pourquoi la prévalence du trichiasis est-elle au-dessus du seuil d'élimination et à quel mesure les femmes sont-elles touchées par cette maladie ? ;
- quelle est la perception des femmes à l'égard du trichiasis et de son traitement par chirurgie ?
- quels sont les déterminants susceptibles d'améliorer les résultats, du point de vue du « genre » et de l'égalité homme-femme ?

1.2. Objectifs de l'étude

Objectif général

Le but de cette étude est d'évaluer l'équité du genre dans la prise en charge de la chirurgie du trichiasis dans le district de Mékhé au Sénégal.

Objectifs spécifiques

- décrire les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant subi une chirurgie pour le trichiasis et le profil de leurs opérateurs;
- identifier et décrire les déterminants de la chirurgie du trichiasis tout en évaluant la perception des femmes vis-à-vis de cette intervention chirurgicale ;

- évaluer les stratégies mises en place pour garantir l'équité d'accès par genre de la chirurgie du trichiasis.

1.3. **Hypothèse de recherche**

La prise en compte des certains facteurs pourrait améliorer le traitement équitable des femmes dans le traitement du trichiasis.

2. Méthodologie

2.1 Type et période d'étude

La présente étude est de type descriptif mixte, elle explore l'équité du genre et l'égalité homme-femme dans la prise en charge du trichiasis et ses déterminants dans le district de Mékhé.

Cette étude se divise en deux phases distinctes ; Dans la première phase, une analyse quantitative a été réalisée pour décrire la chirurgie du trichiasis effectuée en 2022. Cette analyse s'est basée sur l'examen des données de suivi des activités de chirurgie du trichiasis collectées par le Programme National de la Promotion de la Santé Oculaire du Sénégal. Ces données sont stockées dans la base de données Tropical Data, qui est gérée en partenariat avec l'organisation Sightsavers. Les informations des patients sont enregistrées dès leur première consultation à l'aide de l'application mobile TT Tracker, développée par Sightsavers, pour faciliter la collecte et le suivi des patients après l'opération.

La deuxième phase de l'étude a consisté à extraire les données des patientes de sexe féminin à partir des données quantitatives recueillies lors de la première phase. Ensuite, des informations qualitatives ont été collectées directement auprès de ces femmes opérées en 2022 lors des campagnes chirurgicales contre le trichiasis. Cette étude s'est déroulée sur une période de quatre mois, de juin à septembre 2023.

2.2 Cadre de l'étude

L'étude a eu pour cadre le district de Mékhé. Le district sanitaire de Mékhé est situé dans la région de Thiès, département de Tivaoune, à 120 km au Nord-Est de Dakar sur la Nationale 2. Elle s'étend sur une superficie de 5.5 km. Il couvre une superficie de 1516 km² avec une population de 162 685 habitants, soit 107 par Km². Il comprend 600 villages dont 192 sont situés à plus de 5 km d'un poste de santé, 304 sont distants d'une structure sanitaire entre 5 et 10 km.

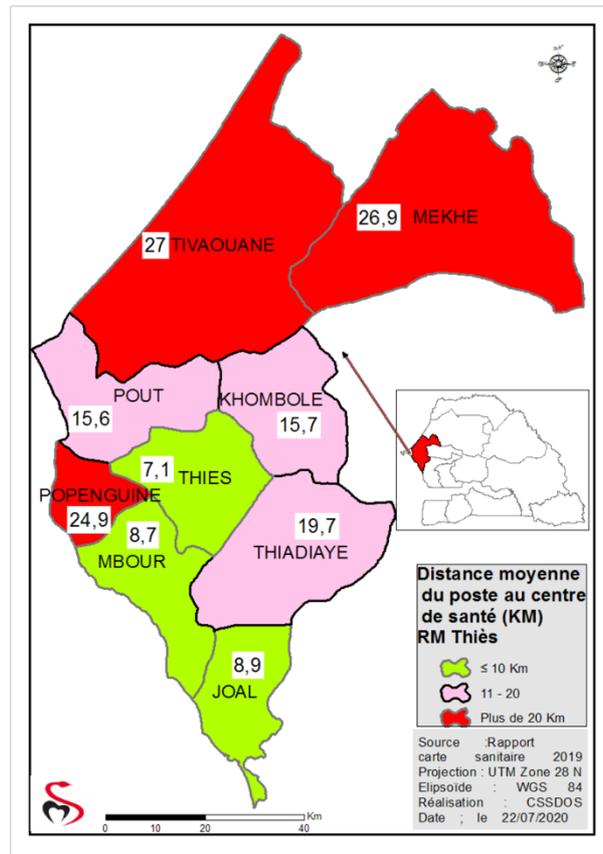


Figure 3 Carte sanitaire du district de Mékhé

Structure administrative du Sénégal

La loi 96-06 du 22 mars 1996, portant code des collectivités locales sur la décentralisation a doté les collectivités locales d'une personnalité juridique et d'une autonomie financière. Le territoire national est découpé en 14 régions administratives, 45 départements, 117 arrondissements et 557 communes [57].

Contexte socio-économique

Le taux de pauvreté au Sénégal a connu une légère baisse en milieu rural de 5 points en 10 ans (37,8% contre 42,8% en 2011) selon les résultats de la première édition de l'enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages (EHCVM). La plus forte baisse est enregistrée à Dakar où le taux de pauvreté est passé de 14,2% en 2011 à 8,7% en 2018

La commune de Mékhé est reconnue pour la production et la commercialisation des objets artisanal (chaussures en cuir et la broderie artisanale manuelle) qui a contribué à la réduction de la pauvreté dans cette région [58].

2.3 Population d'étude

La population de Mékhé est de 176 372 habitants selon les dernières statistiques de l'Agence Nationale de la Statistique et de la démographie (ANSD).

- Analyse quantitative

Le trichiasis touche à priori la population féminine adulte, mais pour déterminer l'équité du genre dans la prise en charge du trichiasis, les populations concernées sont les adultes (hommes et femmes) de 15 ans et plus. C'est ce qui a motivé le choix de ces deux groupes de population.

- Analyse qualitative

Compte tenu du fait que les femmes sont les plus touchées par le trichiasis, mais qu'elles ont moins accès à la chirurgie et que leur maladie est souvent à un stade avancé lorsqu'elles y ont accès, cette partie de l'étude s'est concentrée uniquement sur les femmes opérées du trichiasis en 2022 pour évaluer les facteurs liés à cette situation.

Critères de sélection

L'OMS définit le trichiasis trachomateux comme la présence d'au moins un cil qui frotte le globe oculaire ou encore des signes récents d'épilation des cils. On parle de trichiasis mineur lorsque moins de cinq cils sont en contact avec l'œil, et au-delà de ce seuil, on parle de trichiasis majeur.

Critères d'inclusion

Les cas de trichiasis inclus dans l'analyse quantitative n'ont concerné que :

- les personnes âgées de 15 ans et plus ;
- tous les cas diagnostiqués et opérés du trichiasis lors des campagnes de chirurgie du trichiasis en 2022 ;
- les opérateurs correspondants ;
- les résidents du district de Mékhé.

Tandis que l'analyse quantitative s'est limitée aux critères ci-après :

- être de sexe féminin ;
- accepter de participer à l'étude ;
- avoir été opérée du trichiasis en 2022 ;
- habiter le district de Mékhé.

Critères de non inclusion

L'analyse quantitative :

- les cas enregistrés et traités hors campagnes de chirurgie du trichiasis ;
- les non-résidents de Mékhé.

L'analyse qualitative :

- refus de participer à cette étude ;
- personne incapable de répondre correctement aux questions;
- avoir été opérée dans un autre district que Mékhé.

2.4 Échantillonnage

Nous avons procédé premièrement à l'échantillonnage exhaustive de tous les malades opérés du trichiasis dans le district de Mékhé.

Puis, sur la base des données quantitative, un nombre maximum d'entretiens ont été réalisés avec les femmes uniquement, sélectionnées de manière aléatoire grâce à la fonction « ALEA » sur Excel. Au total 50 femmes ont été sélectionnées

2.5 Matériels de collecte des données

L'approche phénoménologique a été utilisée pour la collecte d'informations à travers des entretiens approfondis d'une durée maximale de 30 minutes. À l'aide d'un questionnaire semi-structuré, l'accent a été mis sur les raisons qui ont retardé la prise en charge de la maladie, la perception des femmes concernant la maladie, les raisons pour lesquelles certaines femmes refusent de se faire opérer. Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle dans la langue locale (Wolof) et enregistrés à l'aide d'un smartphone grâce à l'application Automatic Call Recorder, avec l'approbation des participantes.

La traduction en langue française a été effectuée directement lors de la transcription.

a. Source de ces données

- Les données sur la chirurgie du trichiasis, les patients opérés et les opérateurs ont été extraites de la base de données en ligne Tropical Data/TT Tracker ;
- Les rapports des activités, ainsi que les protocoles des enquêtes des parties prenantes impliqués dans la lutte contre le trachome nous ont éclairés sur le déroulement des activités de dépistage et à la détection de « cas suspects de TT »

b. Processus de collecte de données

L'équipe chargée de faciliter la collecte des informations était composée de trois personnes, dont deux assistantes et l'investigatrice principale (une assistance qui a déjà séjourné dans le district de Mékhé et une étudiante en santé publique)

Avant la collecte des données, les deux assistantes ont été formées au préalable par l'investigatrice, sur l'objectif principal de l'étude, sur le trachome, le trichiasis et sa prise en charge.

c. Sélection des participantes et procédure des entretiens

Avant la chirurgie, lorsqu'un diagnostic de trichiasis est établi et que le patient accepte de se faire opérer, le numéro de contact est enregistré simultanément. Cela facilite le suivi postopératoire en permettant un rappel efficace.

Les participantes pour les entretiens ont été sélectionnées de manière aléatoire en utilisant la fonction Aléa (RAND) sur Excel. Après avoir généré des nombres aléatoires, les 50 premiers noms ont été retenus pour les entretiens. Les contacts qui ne pouvaient pas être joints jusqu'à la fin de la période définie pour les entretiens n'ont pas été remplacés par d'autres.

Avant les entretiens, toutes les participantes ont été préalablement informées par téléphone un ou deux jours à l'avance. Au cours de cet appel, les objectifs de l'étude et ses avantages ont été expliqués, et toutes les participantes ont donné leur consentement verbal pour participer. Certaines d'entre elles ont également été écoutées lors de cet appel.

Pour cette étude, il était prévu de réaliser un maximum de trente (30) entretiens, ou d'arrêter lorsque les entretiens ne fourniraient plus de nouvelles informations significatives. Finalement, trois entretiens supplémentaires ont été réalisés avant de conclure la collecte des données.

d. Validité et fiabilité

Pour assurer la validité de l'étude, la triangulation des données combinant l'analyse documentaire, la transcription des entretiens ont été faites le même jour de l'entretien.

La qualité des informations recueillies a été contrôlée en sélectionnant des assistantes appropriées, en veillant à ce qu'elles soient de sexe féminin, qu'elles maîtrisent la langue locale et connaissent bien le district. De plus, le questionnaire a été préalablement testé avant d'être utilisé pour les entretiens.

e. Traitement et analyse des données

Pour évaluer l'équité dans la prise en charge de la chirurgie du trichiasis, les variables suivantes ont été retenues et extraites de la base de données :

- les caractéristiques sociodémographiques et clinique des malades opérés du trichiasis;
- le profil des opérateurs ;
- les dates de l'opération et de trois suivis ;
- les raisons de refus.

Ces données ont été extraites de la base de données en ligne sur Excel, une correspondance des caractéristiques de l'opérateur a été faite manuellement. Ensuite, le nettoyage, l'encodage, l'analyse et la visualisation des données ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS (version 28). Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de graphiques.

Les données qualitatives ont été organisées et codées en utilisant la théorie ancrée, puis regroupées en thèmes à partir de l'analyse thématique. Dix (10) thèmes et vingt-trois (23) sous thèmes ont été identifiés et regroupés grâce à l'analyse sémantique.

2.6 Considérations éthiques

Le protocole de cette étude a été soumis au responsable du cabinet Santé Plus, partenaire du Ministère de la Santé et de l'Action Social du Sénégal, en charge de l'élaboration du dossier d'élimination du trachome comme problème de santé publique au Sénégal pour validation. La participation dans cette étude a été volontaire après le consentement verbal des participantes. Les noms des malades et des opérateurs ont été préalablement codés. Les conclusions de cette étude présentées comme travail de fin de master en santé publique.

3. Résultats

Cette section présente les activités de la chirurgie du trichiasis réalisées en 2022 dans le district de Mékhé au Sénégal.

Elle décrit :

- les caractéristiques générales, cliniques des personnes opérées et le suivi postopératoire ;
- le profil des opérateurs ;
- d'une part la perception du trichiasis et sa prise charge par les femmes et d'autre part les femmes qui refusent la chirurgie ;
- les raisons qui ont conduit à une prise en charge tardive et au manque de suivi.

3.1. Caractéristiques générales et cliniques des opérées

Lors de la campagne de dépistage qui a eu lieu du 18 au 24 octobre 2022,

- cinq mille neuf cent soixante-cinq (5 965) personnes ont été dépistées du trichiasis, 71% était composé de personnes de sexe féminin ;
- trois mille cinq cent seize (3516) personnes ont été présentes dans les camps de chirurgie, 72% était de sexe féminin.

Du 24 au 27 octobre 2022, Cinq cent deux (502) personnes ont été diagnostiquées et traitées par chirurgie (79%) et ou l'épilation (6%) et 14% de refus.

Concernant la chirurgie, trois cent quatre-vingt-treize (396) personnes repartis dans vingt-neuf sites ont été opérées. Le sexe ratio F/H était de 2,8%. La majorité de patients opérés étaient porteurs d'un trichiasis majeur dans plus de la moitié de cas (65,4%). Les femmes étaient porteuses d'un trichiasis majeur à 72,2%.

Les opérateurs étaient majoritairement de sexe masculin (63,2%) avec un sexe ratio H/F de 1,7, techniciens supérieurs d'ophtalmologie (89,5%)

3.1.1. Age

L'âge moyen des opérées était de 58,2± 16,1 ans avec des extrêmes de 15 et 100 ans. Les patients âgés entre 60 et 74 ans étaient le plus nombreux dans plus d'un tiers de cas (35,9 %). La figure ci-dessous en donne les détails.

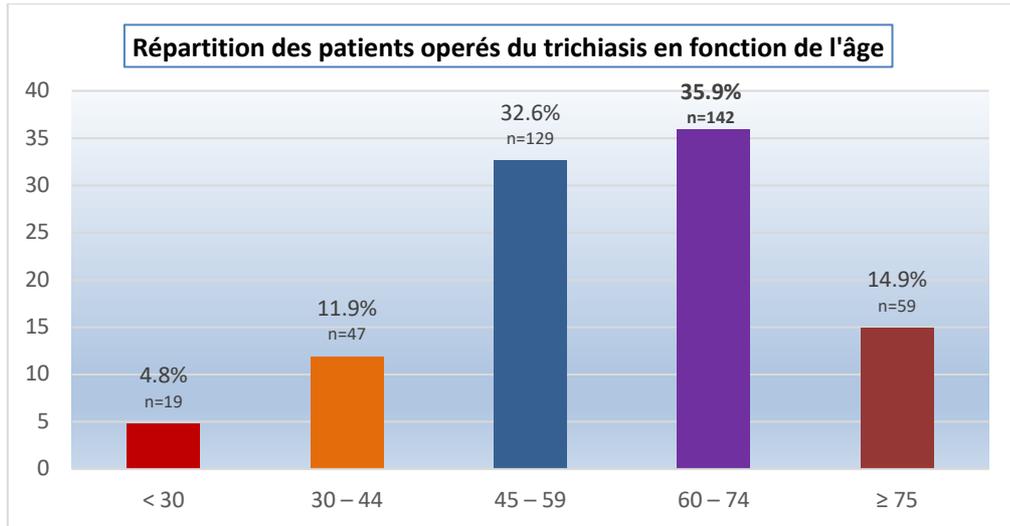


Figure 4 Répartition des patients en fonction de l'âge

3.1.2. Sexe

Comme le montre la figure 4, la majorité de patients opérés du trichiasis dans la région de Mékhé (74 %) était de sexe féminin (sex-ratio F/H de 2,8).

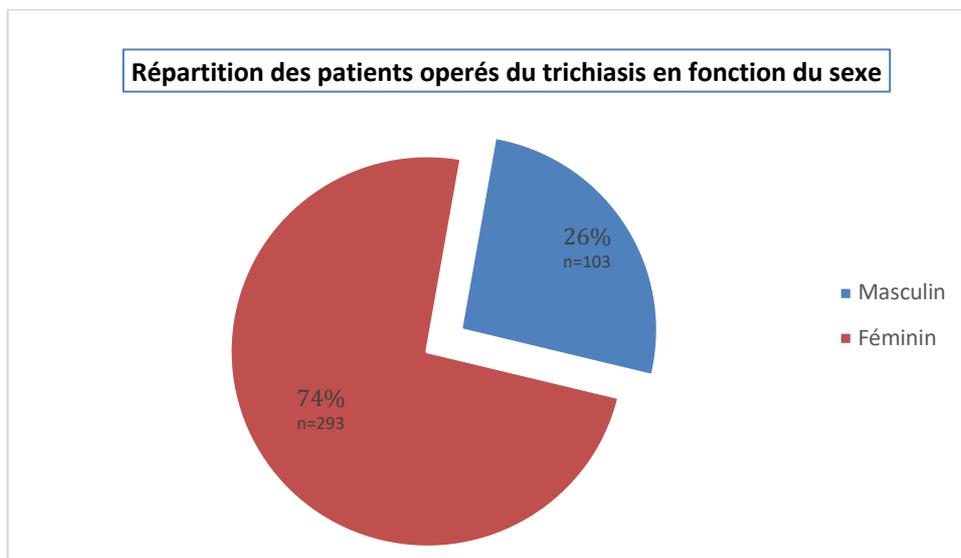


Figure 5 Répartition des patients en fonction du sexe

Le tableau I présente la répartition des patients opérés du trichiasis en fonction de l'âge et du sexe.

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Sexe	Tous n= 396	Masculin n =103	Féminin n=293	p-val
Age (ans)				< 0,001
Moyenne ± ET	58,2±16,1	63,8±17,1	56,1±15,3	
Extrêmes	15-100	15-93	20-100	
< 30	19 (4,8)	6 (5,8)	13 (4,4)	
30 – 44	47 (11,9)	5 (4,9)	42 (14,3)	
45 – 59	129 (32,6)	25 (24,3)	104 (35,5)	
60 – 74	142 (35,9)	39 (37,9)	103 (35,2)	
≥ 75	59 (14,9)	28 (27,2)	31 (10,6)	

Le tableau ci-dessus met en évidence un lien significatif entre l'âge et le sexe des patients opérés du trichiasis : les hommes étaient significativement plus âgés que les femmes (âge moyen 63,8 ans vs âge moyen 56,1 ans), les patients âgés entre 60 et 74 ans étaient les plus touchés par le trichiasis (35,9%) avec une proportion élevée des hommes parmi eux (39 cas, soit 37,9%). La grande proportion des femmes porteuses du trichiasis était retrouvée dans la tranche d'âge de 45 à 59 ans. Les différences observées étaient statistiquement significatives (p-val < 0,001).

3.1.3. Lieu d'opération

Le tableau ci-dessous répartit les patients en fonction du lieu d'intervention du trichiasis.

Tableau II : Répartition des patients selon le site d'intervention

Site d'opération (N= 29)	Effectif (N= 396)	Pourcentage (%)
Poste de santé Mbakhiss	57	14,4
Poste de santé Kelle	40	10,1
Poste de santé Khandane	27	6,8
Poste de santé Ngandiouf	23	5,8
Poste de santé Thieker	22	5,6
Centre de santé Mékhé	20	5,1
Poste de santé Koul	20	5,1
Poste de santé Gade Yell	17	4,3
Poste de santé Pekesse	17	4,3
Poste de santé Merina Dakhar	15	3,8
Poste de santé Touba Kane	15	3,8
Poste de santé Niakhene	14	3,5
Poste de santé Mbayene	13	3,3
Poste de santé Ndemene	13	3,3
Poste de santé Ngalick	10	2,5
Poste de santé Ndjieurigne	10	2,5
Poste de santé Darou Gaye	11	2,8
Poste de santé Fass Diacksao	10	2,5
Poste de santé Thyll Sathe	6	1,5
Poste de santé Thilmakha	5	1,3
Poste de santé Khawlou	5	1,3
Poste de santé Ngaye Diagne	5	1,3
Poste de santé Nguembe	5	1,3
Poste de santé Golobe	5	1,3
Poste de santé Lebou	3	0,8
Poste de santé Diemoul	3	0,8
Poste de santé Maka Leye	2	0,5
Poste de santé Nguewoul Loto	2	0,5
Poste de santé Ngaye Djitte	1	0,3

Au total, vingt-neuf sites ont accueilli 396 personnes pour la chirurgie du trichiasis. La majorité de patients étaient opérés respectivement aux postes de santé de Mbakhiss (14,4%) et Kelle (10,1%), suivis essentiellement de ceux opérés à Khandane (6,8%), Ngandiouf (5,8%), Thieker (5,6%), Mékhé (5,1%) et Koul (5,1%). Les autres structures étaient faiblement représentées.

3.1.4. Type de trichiasis

La majorité de patients opérés à Mékhé était porteur d'un trichiasis majeur dans plus de la moitié de cas (65,4%).

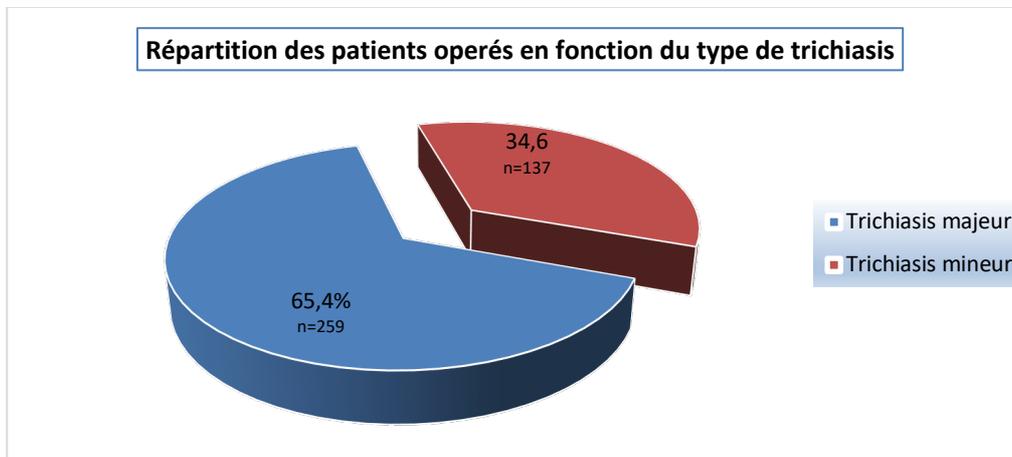


Figure 6 Répartition des patients opérés selon le type de trichiasis

La répartition du type de trichiasis retrouvé chez les patients opérés en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau III : Type de trichiasis en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Types de trichiasis	Tous n=396	Trichiasis majeur n =259	Trichiasis mineur n=137	<i>p-val</i>
Age (ans)				0,558
Moyenne ± ET	58,2±16,1	58,9±16,3	56,9±15,8	
< 30	19 (4,8)	10 (3,9)	9 (6,6)	
30 – 44	47 (11,9)	32 (12,4)	15 (10,9)	
45 – 59	129 (32,6)	81 (31,3)	48 (35,0)	
60 – 74	142 (35,9)	94 (36,3)	48 (35,0)	
≥ 75	59 (14,9)	42 (16,7)	17 (12,4)	
Sexe				0,264
Féminin	293 (74,0)	187 (72,2)	106 (77,4)	
Masculin	103 (26,0)	72 (27,8)	31 (22,6)	

Les patients ayant présenté un trichiasis majeur étaient plus âgés que ceux porteurs d'un trichiasis mineur (âge moyen de 58,9±16,3 ans). Les patients âgés entre 60 et 74 ans étaient les plus nombreux avec une proportion plus élevée de ceux porteurs d'un trichiasis majeur (36,3%). Mais les différences observées n'étaient pas statistiquement significatives.

Pour ce qui est du sexe, Il n’y avait pas de lien significatif entre le sexe des patients et le type de trichiasis.

3.2. Profil des opérateurs

Le tableau 3 présente les principales caractéristiques générales des opérateurs.

Tableau IV : Profil des opérateurs et inclusion du genre

Variables	Opérateurs N= 19	Opérés N= 396
Sexe		
Féminin	7 (36,8)	93
Masculin	12 (63,2)	303
Qualité		
Technicien supérieur en ophtalmologie	17 (89,5)	293
Infirmier	2 (10,5)	103
Moyenne intervention	20,8±19,9	396

Comme le montre le tableau ci-dessus, les opérateurs de sexe masculin étaient prédominants dans plus de la moitié de cas (63,2%) avec un sexe ratio H/F de 1,7. La majorité d’entre eux était des techniciens supérieurs en ophtalmologie dans plus de trois quarts de cas (89,5%). Le nombre moyen d’interventions par chirurgien était de 20,8 et variait entre 1 et 97 interventions.

3.3. Vécus et perception du trichiasis par les femmes opérées

Les femmes étaient majoritaires (68,4%) parmi les personnes ayant refusé la chirurgie du trichiasis lors de la campagne, et la plupart des cas opérés présentaient un trichiasis majeur (76%).

Pour comprendre les raisons derrière l’évolution de la maladie, nous avons interrogé les femmes qui étaient présentes aux sites et qui ont acceptées de se faire opérer. Au total, 22 femmes ont partagé leurs opinions et leur expérience sur l’opération. Leurs âges variaient de 27 à 84 ans, 91% étaient mariées avec des enfants (une participante a affirmé qu’elle était mariée depuis 15 ans, alors qu’elle avait 13 ans). Une participante était une mère célibataire et une autre était veuve. Seize femmes étaient des ménagères sans emploi, et dix-huit d’entre elles étaient atteintes du trichiasis aux deux yeux.

3.3.1. Cause de la maladie

Aucune des femmes interrogées n'a pu donner une réponse correcte sur la cause de la maladie. Parmi celles (environ 25%) qui ont déclaré ne pas connaître la cause ni le nom de la maladie, certaines ont expliqué que les agents de santé n'ont pas fourni d'explications claires sur la maladie, que ce soit avant ou après l'opération.

Les réponses des participantes sur les causes de la maladie comprenaient :

- le vieillissement ;
- la poussière ;
- l'hérédité ;
- des causes spirituelle.

50% des participantes ont estimé que la maladie était liée à l'âge, car elles étaient malades depuis longtemps et avaient remarqué une aggravation avec le temps.

Madame B, âgée de 62 ans, atteinte de deux yeux, opérée deux fois de trichiasis majeur

« Cette maladie est une maladie qui vient avec l'âge et c'est Dieu qui permet ça, la maladie ne guérit jamais ».

W, 53 ans, atteinte du trichiasis mineur

« J'ai été soignée traditionnellement par des versets coraniques, pour moi c'est une maladie normale qui vient avec l'âge ».

Une jeune femme D de 29 ans a affirmé que c'était une maladie infectieuse causée par la

« La poussière »

Une autre femme R, agent paramédical, affirme que la maladie est d'origine héréditaire :

«Ma maladie a commencé depuis que j'étais toute petite, et plusieurs personnes dans la famille ont été malade donc je pense que c'est une maladie héréditaire transmise par nos parents ».

3.3.2. Retard de traitement et/ou autres traitements

Les femmes ont partagé diverses raisons pour expliquer pourquoi elles n'avaient pas subi l'opération du trichiasis plus tôt et quelles étaient leurs méthodes de traitement précédentes.

Voici un résumé de leurs réponses :

- **Ignorance** : plus de la moitié des participantes ont affirmé qu'elles ne savaient pas qu'un traitement chirurgical était disponible pour le trichiasis.
- **Peur de se faire opérer** : la peur était une préoccupation majeure pour plusieurs femmes. Elles avaient peur des conséquences de l'opération, notamment de la

possibilité que cela les empêche de vaquer à leurs occupations quotidiennes. Une femme a expliqué que, bien qu'elle ait envisagé de se faire opérer à plusieurs reprises, elle avait toujours reculé à la dernière minute en raison de ses craintes. Elle craignait également que l'opération ne l'empêche de travailler, ce qui aurait un impact sur sa capacité à subvenir aux besoins de sa famille.

- **Pauvreté** : Certaines femmes ont mentionné qu'elles n'avaient pas les moyens financiers pour subir l'opération. Elles craignaient que les coûts liés à l'opération et au suivi postopératoire ne les plongent davantage dans la pauvreté.

Cependant, malgré ces préoccupations, certaines femmes ont finalement choisi de se faire opérer. Elles ont été encouragées par le succès de personnes qu'elles connaissaient ayant subi l'opération et par la perspective de soulager leur douleur oculaire.

Madame L, âgée de 43 ans, atteinte d'un trichiasis majeur aux deux yeux et malade depuis plusieurs années (5ans plus).

«La principale raison qui a retardé mon opération, c'est la peur.

À chaque fois, je me disais que cette fois-ci, j'irais à l'hôpital me faire opérer, mais je me rétractais toujours à la dernière minute.

J'avais peur que l'opération m'empêche de vaquer à mes occupations, d'autant plus que je ne savais pas quand je guérirais. Je m'occupe de moi toute seule, et ma famille au village compte énormément sur mon aide pour subvenir à leurs besoins. Je n'y parviens que grâce à mon travail. Donc c'était une décision que je ne devais pas prendre à la légère, même si mes yeux me faisaient atrocement mal.

La peur était la seule raison, car si j'avais décidé de le faire avant l'opération, mon patron aurait pris en charge tous les frais, comme il le fait habituellement quand je tombe malade ».

Madame J,

« J'avais un peu peur de me faire opérer, mais comme j'avais mal aux yeux, j'ai saisi l'occasion et je suis partie me faire opérer ».

Madame Y, âgée de 40 ans, atteinte d'un trichiasis mineur de deux yeux

« Je n'avais pas les moyens financiers, et en réalité, j'avais très peur de l'opération. J'avais peur de ne plus pouvoir subvenir aux besoins de ma famille, alors que nos conditions de vie n'étaient déjà pas bonnes. Mais quand j'ai vu que cela avait réussi à quelques personnes que je connaissais, je me suis lancée, et je ne le regrette pas »

3.3.3. *Les moyens de traitement avant la chirurgie*

Le traitement utilisé par les participantes avant la chirurgie était médical, impliquant l'utilisation de gouttes ophtalmologiques, ainsi que des méthodes d'épilation des cils et certains remèdes traditionnels.

Épilation : était une pratique courante, avec 40 % des femmes affirmant qu'elles arrachaient les cils en contact avec leurs yeux. Elles le faisaient seules ou avec l'aide de leurs proches.

M, âgée de 73 ans, mère de 7 enfants, X, veuve et de 40 ans et K de 55 ans, toutes atteintes de deux yeux.

« Ça fait moins de deux ans que les cils entrent dans mon œil, avant j'arrachais les cils et c'est mon petit-fils qui me les arrachait ».

« Je m'arrachais moi-même les cils, Je prenais une pince vendue en pharmacie et je les enlevais ».

P, 43 ans

« Je n'ai pratiqué que l'épilation lorsque ça devenait épuisant et insupportable. Je donnais une pince aux enfants et je leur demandais de m'arracher les cils qui dérangeaient car je me blessais quand j'essayais de le faire moi-même ».

Traitement traditionnel et religieux : certaines participantes avaient recours à des traitements traditionnels et religieux pour traiter leur trichiasis.

Madame O, de 50 ans,

« Je suis veuve avec des enfants, mes deux yeux ont été atteinte de la maladie, et soigné aux moyens de traitement traditionnel et religieux appelé Dakandé... Je ne savais pas que le traitement par chirurgie existait ».

Le Dakandé en wolof, c'est la gomme arabique, produit après séchage de la tige de l'*Acacia Sénégal*. Au Sénégal, elle est utilisée lors de la lessive, surtout pour des habits luxueux car cette dernière préserve la texture de l'habit surtout le Bazin. Au Congo, nous avons l'habitude de l'utiliser pour noircir les cheveux.

3.3.4. *Perception sur chirurgie*

Les opinions des femmes concernant la chirurgie du trichiasis étaient divergentes. Bien que 60% des femmes recommanderaient la chirurgie aux femmes qui refusent cette intervention, elles ont admis que la chirurgie ne guérit pas complètement la maladie.

Certaines femmes ont partagé leurs expériences post-opératoires. Une participante témoigne que sa paupière est tendue depuis l'opération et d'entre elles ont affirmé que quelques cils

touchaient toujours leur œil. Deux femmes ont mentionné qu'elles utilisaient toujours une pince, bien que ce soit moins fréquent qu'auparavant.

Celles qui avaient déjà une maladie avancée ont exprimé leur déception, en espérant que l'opération résoudrait leurs problèmes.

H, 45 ans mariée mère de cinq enfant, commerçante atteinte de deux yeux :

« Présentement, j'ai des larmoiements, j'ai toujours été malade depuis mon enfance et malgré l'opération, ça persiste toujours ».

Une autre femme a expliqué qu'on ne lui avait pas dit qu'elle devait se faire opérer jusqu'à ce qu'elle se rende à Ndande, où on lui a recommandé l'opération. Elle a accepté avec l'espoir que la maladie guérirait, mais elle a exprimé des doutes quant à l'efficacité de l'opération. Elle a également mentionné que l'ophtalmologiste lui avait prescrit d'autres produits, mais elle avait peur que sa vision se détériore davantage. Depuis l'opération, les cils n'entrent plus dans son œil, mais elle ne voit toujours pas bien.

3.3.5. A la question de savoir si elles peuvent conseiller aux autres la chirurgie

Les femmes qui ont subi la chirurgie du trichiasis ont partagé leurs expériences et certaines ont tenté de rassurer celles qui hésitent à se faire opérer.

"Je leur dirai que ça leur sera bénéfique car ça ne fait même pas mal. Moi par exemple, maintenant mes yeux sont en bonne santé et je n'ai plus mal, je me sens mieux et je regarde comme j'en ai envie sans aucun souci."

Elle a également évoqué le fait que certaines femmes avaient peur de l'opération et avaient désisté le jour même de l'intervention. Elle pense que la peur de l'échec de l'opération et de ses conséquences financières peut dissuader certaines femmes.

Une autre femme a partagé son expérience post-opératoire difficile, expliquant qu'elle avait souffert de maux de tête intenses et que ses yeux lui faisaient très mal. Elle avait également eu des problèmes avec la pommade prescrite après l'opération.

L'expérience n'étant pas similaire, celle qui a eu une déformation de l'œil et celles dont la vue demeure affectée ont mentionnées que la chirurgie ne guérit pas et mieux il est préférable de se remettre à Dieu.

Concernant la gêne des cils dans l'œil, 86% des participantes ont déclarées qu'elles n'ont plus des cils qui frottent l'œil.

Ces témoignages reflètent les préoccupations et les expériences variées des femmes concernant la chirurgie du trichiasis, montrant à la fois les avantages de la procédure et les défis auxquels elles peuvent être confrontées.

3.4. Suivi post-opératoire

La quasi-totalité des patients (96,2% de cas) s'était présentée à l'hôpital le premier jour après l'intervention chirurgicale du trichiasis. Entre la première et la deuxième semaine, seulement quatre patients (soit 1% de cas) ne s'étaient pas présentés pour le suivi alors qu'entre trois et six mois de l'intervention, près de trois quarts seulement (soit 69,7%) avait respecté le rendez-vous de suivi post-opératoire pendant que près d'un tiers de patients opérés (30,3%) étaient absents à ce rendez-vous postopératoire. La figure ci-dessous en illustre les détails.

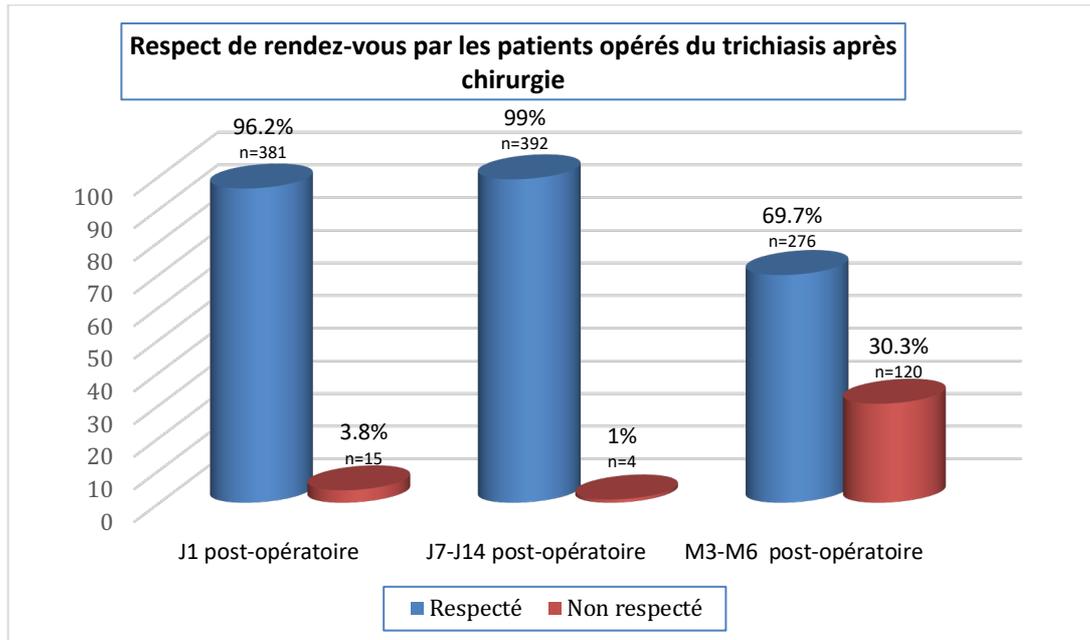


Figure 7 Répartition des patients opérés selon leur suivi en post-opératoire

Le tableau ci-dessous présente le respect de suivi par les malades en fonction des caractéristiques générales.

Tableau V : Respect des suivis post-opératoires en fonction des caractéristiques générales

Variables	Suivi post op. J ₁			Suivi post op. J ₇ -J ₁₄			Suivi post op. M ₃ -M ₆		
	Oui n =381	Non n=15	<i>p-val</i>	Oui n =392	Non n=4	<i>p-val</i>	Oui n =276	Non n=120	<i>p-val</i>
Sexe			0,953			0,963			0,294
Masculin	99 (26,0)	4 (26,7)		102 (26,0)	1 (25,0)		76 (27,5)	27 (22,5)	
Féminin	282 (74,0)	11 (73,3)		290 (74,0)	3 (75,0)		200 (72,5)	93 (77,5)	
Type de trichiasis			0,078			0,685			0,419
Majeur	246 (64,6)	13 (86,7)		256 (65,3)	3 (75,0)		177 (64,1)	82 (68,3)	
Mineur	135 (35,4)	2 (13,3)		136 (34,7)	1 (25,0)		99 (35,9)	38 (31,7)	
Qualité de l'opérateur			0,254			0,272			< 0,001
TSO	280 (73,5)	13 (86,7)		291 (74,2)	2 (50,0)		270 (97,8)	23 (19,2)	
Infirmier	101 (26,5)	2 (13,3)		101 (25,8)	2 (50,0)		6 (2,2)	97 (80,8)	
Sexe de l'opérateur			0,767			0,265			< 0,001
Masculin	292 (76,6)	11 (73,3)		299 (76,3)	4 (100,0)		186 (67,4)	117 (97,5)	
Féminin	89 (23,4)	4 (26,7)		93 (23,7)	-		90 (32,6)	3 (2,5)	

Au J1, les femmes étaient plus nombreuses parmi celles qui n'étaient pas venues au premier rendez-vous post-opératoire (73,3%). La grande proportion des patients absents au premier rendez-vous était et était porteurs d'un trichiasis majeur (64,5%) et avaient été opérés par un TSO (73,5%), de sexe masculin (76,6%). Les différences observées n'étaient pas statistiquement significatives dans la plupart de cas.

Au second rendez-vous, les femmes étaient également les plus nombreuses parmi ceux qui n'étaient pas venues au deuxième rendez-vous post-opératoires (3 femmes sur 4, soit 75%). La plupart de patients absents au deuxième rendez-vous étaient porteurs d'un trichiasis majeur (75%) et étaient opérés soit par un TSO (50%) ou par un infirmier (50%). Aussi, aucun patient opéré par un opérateur de sexe féminin n'a été absent au deuxième rendez-vous, de sexe masculin (76,4%). Mais les différences observées n'étaient pas statistiquement significatives.

Et au dernier rendez-vous, on a noté un grand nombre d'absents parmi les patients opérés. Les femmes étaient également les plus nombreuses à manquer ce troisième rendez-vous post-opératoires (77,5%) et étaient porteurs d'un trichiasis majeur (68,3%). La quasi-totalité des patients opérés par un infirmier (80,8%) de sexe masculin (97,5%) étaient significativement absents au dernier rendez-vous.

3.4.1. *Facteurs associés au non-respect des rendez-vous post-opératoires*

Tableau VI : Facteurs associés au non-respect des rendez-vous post-opératoires

Variables	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	P	RR (IC95%)	p	RR aj (IC95%)
Age	0,016	0,98 (0,97-0,99)	0,619	0,00 (0,96-1,02)
Sexe				
Masculin		1		1
Féminin	0,295	1,31(0,79-2,17)	0,263	1,79(0,64-5,01)
Type de trichiasis				
Mineur		1		1
Majeur	0,419	1,21 (0,77-1,91)	0,483	0,75(0,33-1,68)
Sexe de l'opérateur				
Masculin		1		1
Féminin	<0,001	0,05 (0,02-0,17)	< 0,001	0,02 (0,04-0,14)
Qualité de l'opérateur				
TSO		1		1
Infirmier	<0,001	189,8 (75-480)	<0,001	303,5(86,4-1066,1)

En analyse uni variée, l'âge faible des patients, le sexe de l'opérateur et la qualité de l'opérateur étaient des facteurs associés au non-respect des rendez-vous post-opératoires par les patients. En effet, plus l'âge était faible, plus le patient avait la probabilité de ne pas respecter les rendez-vous post-opératoire. Aussi, les patients opérés par les chirurgiens de sexe féminin et surtout par les infirmiers présentaient un risque de ne pas respecter les rendez-vous postopératoires. Ce risque était multiplié par 189 pour les patients opérés par un infirmier.

En analyse multivariée, la force des associations observées en analyse uni-variée de la régression de Cox n'a persisté que pour le sexe et la qualité de l'opérateur multipliant.

3.4.2. Raison au non-respect des rendez-vous post-opératoires

Parmi les personnes interrogées, toutes ont déclarées n'avoir eu des difficultés liées au déplacement pour se rendre aux camps d'opération. Une seule personne a déclaré que son domicile était éloigné et une autre participante a rapporté que les organisateurs de la campagne l'ont soutenu financièrement pour son déplacement.

Dans le groupe des participantes que nous avons interrogées, seule une d'entre elles a témoigné qu'elle n'a pas été au troisième rendez-vous parce qu'on ne l'a pas rappelé. 72% des femmes ne sont pas revenues aux rendez-vous. Elles ont affirmé que les opérateurs n'ont fourni aucun détail sur la maladie ni sur les modalités de suivi. Trois femmes ont expliqué qu'elles étaient parties hors région en famille pour avoir de l'aide après l'intervention.

Plus de la moitié des personnes opérées n'avaient pas laissé leurs contacts au moment de l'opération, ce qui aurait rendu difficile leur récontact ultérieur pour le rendez-vous post-opératoire.

4. Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'équité du traitement entre homme et femmes dans la prise en charge du trachome. En effet, la forme active de la maladie étant sous contrôle depuis 2017, notre étude a concerné la forme chronique de la maladie qui est celle du trichiasis trachomateux, prise en charge chirurgicalement. Pour ce faire, nous avons décrit les activités de la chirurgie du trichiasis dans le district de Mékhé au Sénégal réalisée en 2022, et évaluer l'équité dans le traitement entre homme et femmes. Dans la littérature, peu d'étude aborde cette question. Les études abordent plus les la charge de la maladie au sein de la population générale.

Dans notre étude, la majorité des cas enregistrés et opérés était de sexe féminin avec sexe ratio F/H était de 2,8%. Ces résultats confirment que femmes seraient plus atteintes du trichiasis que les hommes parallèlement aussi que des stratégies ont été mises en place pour atteindre toute la population lors de ladite campagne chirurgicale de 2022. Le groupe d'âge de 60 à 74 ans était majoritaire, ceci confirme que le trichiasis affecte beaucoup plus les personnes âgées de 50 ans et plus mais aussi que les personnes atteintes de cette maladie ont accès aux soins à un stade avancé de la maladie comme l'indique l'étude sur l'âge appropriée des individus à inclure dans une enquête pour estimer la prévalence du trichiasis [59].

Le Sénégal s'implique dans la mobilisation et les dépistages avec une participation élevée des agents de sexe féminin. Au total 604 agent de dépistage des cas du trichiasis ont été impliqués dans la recherche des cas dont 87,5% était de sexe féminin, car en effet, les femmes ont la facilité d'interagir avec les malades de deux sexes sans problème or un agent de dépistage de sexe masculin dans un ménage des femmes nécessiterait obligatoirement la présence du responsable homme de ce ménage. Et ceci pourrait en effet être un obstacle à la détection des cas [60].

La chirurgie du trichiasis a eu lieu dans vingt-six sites, l'objectif était d'avoir des sites à proximité de la population. Ceci serait un facteur très important pour faciliter l'accès aux malades. Dans une étude sur la prise en charge de la chirurgie du trichiasis et les facteurs associés en Éthiopie, les patients qui habitaient loin des établissements des soins étaient 2,42 fois limités d'avoir accès aux soins que les personnes proches [61].

Le traitement le plus utilisé avant la chirurgie chez les femmes interrogées ou bien même après la chirurgie est l'épilation. En effet, cette pratique est purement utilisée chez les femmes d'autant plus que la pince à épiler est un objet purement féminin comme l'a décrit le Dr Sacko au Mali. Ceci rejoint l'étude de la Tanzanie, sur les obstacles perçus par les patients, les femmes étaient beaucoup plus susceptibles de signaler qu'elle pouvait gérer le trichiasis avec des pinces à épiler que les hommes ou parce qu'elles ne trouvaient pas l'intérêt de se faire opérer [51].

65% des cas opérés de trichiasis avaient plus de cinq cils touchant l'œil et 81% des femmes interrogées ont déclarées avoir une atteinte bilatérale. Ces indicateurs indiquent probablement une sévérité de la maladie et une baisse de la vision. Ceci reflète un manque de service permanent car en effet, les campagnes chirurgicales du trichiasis ne sont pas organisées chaque année dans le même district. Ceci suppose que les taux de récurrence post-chirurgical pourraient en effet être élevé. Ces résultats sont similaires à une étude réalisée en Éthiopie sur les caractéristiques des patients atteints du trichiasis se présentant en chirurgie, 82% des participants avaient une atteinte bilatérale [62].

Dans cette étude, 100% des femmes interrogées n'avait aucune connaissance de cause réelle de la maladie mais elles ont quand même accepté la chirurgie. Ces résultats sont contraires avec ceux d'une étude cas témoins réalisée en Éthiopie, en effet ceux qui ne connaissaient pas la maladie étaient 77% plus susceptibles de refuser la chirurgie [63].

Les raisons ayant retardées la prise en charge des femmes enquêtées étaient essentiellement l'ignorance d'un traitement chirurgical et pour celles qui étaient consciente du traitement ont avouées que c'était la peur de se faire opérer et d'empirer les choses et de devenir aveugle. Une participante a expliqué que le jour de l'opération, la majorité des femmes malades avaient peur de se faire opérer. Elle-même a beaucoup attendu mais ne pouvant plus supporter les douleurs, elle a finalement accepté de se faire opérer. Tel a aussi été le cas d'une étude qualitative sur les obstacles liées à l'utilisation des services chirurgicales en Éthiopie, au Kenya et Tanzanie [51].

Le retard ou le refus des femmes se faire opérer est dû aux responsabilités de la femme lorsqu'elle s'occupe de sa famille comme l'a témoigné une participante. « Je m'occupe de moi toute seule et ma famille au village compte énormément sur mon aide pour subvenir à leurs besoins. Je n'y parviens que grâce à mon travail. Donc c'était une décision que je ne devais pas prendre à la légère même si mes yeux me faisaient atrocement mal. Il n'y a que cette raison là car si je me décidais à le faire avant l'opération, mon patron allait prendre en charge tous les frais comme il a l'habitude de le faire quand je tombe malade» [64].

Le suivi postopératoire de la chirurgie du trichiasis s'étale sur une période de six mois à deux ans, car c'est durant cette période que les récurrences et les complications surviennent. Le minimum de six mois est acceptable. Le premier contrôle se fait le lendemain de la chirurgie, puis entre le septième et le quatorzième jour et enfin entre le troisième et le 6eme mois. L'analyse descriptive montre en effet que les femmes ont été plus absentes au rendez-vous que les hommes. Certaines femmes ont témoigné qu'elles n'avaient pas l'information et actuellement ont les a informé d'attendre une nouvelle campagne mais d'autre ont été obligées de rentrer en famille pour avoir de l'aide. Seule une participante a témoigné avoir été accompagnée par son mari

L'analyse uni variée a montré que plus l'âge était faible, moins ces personnes reviennent en consultation. Ceci pourrait s'expliquer dans la sévérité de la maladie. Car en effet le groupe d'âge de moins de 30 ans atteint de trichiasis majeur représentait seulement 3,8 % [52].

Trois femmes sur quatre n'ont pas été présentes au rendez-vous pour le suivi postopératoire. Le soin post opératives du lendemain pourrait en effet se faire par le patient à la maison ou aidé par ses proches mais le malade doit obligatoirement revenir au second et dernier contrôle

Bien que la proportion des opérateurs de sexe féminin soit relativement inférieure aux hommes, le programme se force à faire participer les femmes dans les activités.

Trois quarts des femmes interrogées ont témoigné n'avoir eu aucune explication avant ou après la chirurgie. Concernant le suivi, elles affirment qu'on les a dit d'attendre la prochaine campagne. Le suivi étant un indicateur d'efficacité dans la prise en charge du trichiasis, car il permet non seulement d'évaluer le taux de réussite des opérateurs mais aussi de limiter les complications. Une chirurgie ayant occasionnée des séquelles serait la cause de refus de participation des autres malades. Une femme a témoigné qu'elle ne pourrait jamais conseiller à une autre de se faire opérer à cause des séquelles qu'elle a actuellement (une tension sur la paupière opérée). Ces résultats sont semblables à une étude réalisée en Tanzanie sur les obstacles des perçus par les patients au suivi chirurgical (étude du suivi postopératoire de la chirurgie du trichiasis à 6 mois en Tanzanie), 31% des participants n'était pas présent à cause l'oubli et du fait de ne pas avoir eu un rappel liées au suivi post opératoire du trichiasis [65].

Limites

Les limites de cette étude ont été :

- la qualité des données secondaires difficile d'analyser les associations ;
- l'étude a été basée sur les données d'une campagne et des cas opérés seulement ;
- le temps limité accordé à la recherche qui inclut aussi le stage ;
- l'investigatrice principale ne maîtrise pas la langue locale ;
- les contacts de plusieurs opérés manquaient dans la base de données utilisée ;
- l'âge avancée de certaines participantes.

Cependant, cette étude a pu ressortir les déterminants susceptibles d'améliorer les résultats, du point de vue de l'égalité homme-femme qui est le manque d'information sur la maladie qui entraîne la peur et le retard de traitement.

Une étude représentative devrait être envisagée pour améliorer l'accès au traitement chirurgical.

5. Conclusion et perspectives

L'histoire naturelle du trachome, sa chronicité et la survenue du trichiasis sont un fait naturel pour les femmes enquêtées atteintes du trichiasis. La perte progressive de la vision est attribuée à la vieillesse.

La persistance du trichiasis au-dessus du seuil d'élimination dans la région de Mekhé chez la femme est due à la peur de subir l'intervention. Il est nécessaire d'étendre l'étude dans les autres districts pour mieux conclure.

En effet, après avoir confronté les données quantitatives aux qualitatives, les déterminants liés à l'accès aux soins chez les femmes sont le manque d'information, de connaissances sur la maladie et la peur de perdre complètement la vue et/ou d'être incapable de vaquer à ses occupations. Les campagnes chirurgicales ont lieu une fois tous les deux à trois ans. Et en 2022, au total seize districts ont bénéficié des activités de dépistage et de traitement entre juin et décembre avec les mêmes opérateurs. Cela suppose que la charge du travail était élevée et pourrait en effet baisser l'interactivité entre les malades et les opérateurs.

Le programme en charge de lutte contre le trachome a en effet intégré des stratégies pour assurer l'équité et l'égalité du genre à l'accès aux soins au sein du personnel de santé et la multiplicité des sites opératoires pour faciliter le déplacement.

Les femmes devraient être sensibilisées davantage et savoir que plus la maladie avance, moins la chirurgie sera efficace et bénéfique.

De ce fait, nos recommandations s'adressent aux décideurs en charge de lutte contre le trachome et sont :

- l'offre de décentraliser de soin , le niveau périphérique doit être capable d'offrir les soins aux malades dans le besoin et à temps;
- renforcer la sensibilisation en utilisant plusieurs canaux (message téléphonique, radio, télévision, affiches, posters dans les lieux public et très fréquenter comme à proximité des marchés et mosquées).
- renforcer les moyens de suivi postopératoire en mettant en œuvre les stratégies des autres pays qui ont éliminé le trachome comme problème de santé publique (suivi des patients sur WhatsApp, etc.) ;
- évaluer la satisfaction des opérées.

Références bibliographiques

1. Moulin AM. *La lutte contre le trachome, de l'arrière-garde à l'avant-garde.* médecine/sciences [Internet]. 2005 Dec [cited 2023 Jul 18];21(12):1101–5. Available from: <http://www.medecinesciences.org/10.1051/medsci/200521121101>
2. Organisation Mondiale de la Santé. *Principaux repères de l'OMS sur le trachome* [Internet]. [cited 2023 Apr 24]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/trachoma>
3. Habtamu E, Wondie T, Aweke S, Tadesse Z, Zerihun M, Zewdie Z, et al. *Trachoma and Relative Poverty: A Case-Control Study.* PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2015 Nov 23 [cited 2023 May 1];9(11):e0004228. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4657919/>
4. Cromwell EA, Courtright P, King JD, Rotondo LA, Ngondi J, Emerson PM. *The excess burden of trachomatous trichiasis in women: a systematic review and meta-analysis.* Trans R Soc Trop Med Hyg. 2009 Oct;103(10):985–92.
5. Zerihun N. *Trachoma in Jimma zone, south western Ethiopia.* Trop Med Int Health TM IH. 1997 Dec;2(12):1115–21.
6. World Health Assembly 51. *Global elimination of blinding trachoma* [Internet]. World Health Organization; 1998 [cited 2023 Jul 19]. Report No.: WHA51.11. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79806>
7. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS). *L'OMS valide l'élimination du trachome par le Malawi, premier pays d'Afrique australe à obtenir cette validation* [Internet]. OMS | Bureau régional pour l'Afrique. 2023 [cited 2023 Apr 29]. Available from: <https://www.afro.who.int/fr/news/loms-valide-lelimination-du-trachome-par-le-malawi-premier-pays-dafrique-australe-obtenir>
8. Sanders A, Emerson P, Courtright P, Hooper P. Women and trachoma: *why prioritising gender equity is essential to achieve vision for all.* Community Eye Health [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 10];36(119):19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10436767/>
9. Saal MB, Schemann JF, Saar B, Faye M, Momo G, Mariotti S, et al. [*Trachoma in Senegal: results of a national survey*]. Med Trop Rev Corps Sante Colon. 2003;63(1):53–9.
10. Nataf R. *Le trachome, maladie historique et fléau social.* Vol. 17, Bulletin of the World Health Organization. 1957. p. 497–504.
11. MacCallan AF. Trachoma. Br J Ophthalmol [Internet]. 1926 Jul 1 [cited 2023 May 1];10(7):415–6. Available from: <https://bj.o.bmj.com/content/10/7/415>
12. Schémann JF. Le trachome: *Une maladie de la pauvreté.* In: *Le trachome : Une maladie de la pauvreté* [Internet]. Marseille: IRD Éditions; 2013 [cited 2023 May 11]. p. 175–9. (Didactiques). Available from: <http://books.openedition.org/irdeditions/2450>

13. Wang Y. Etiology of trachoma: *a great success in isolating and cultivating Chlamydia trachomatis*. Chin Med J (Engl). 1999 Oct;112(10):938–41.
14. Bailey RL, Arullendran P, Mabey DCW, Whittle HC. *Randomised controlled trial of single-dose azithromycin in treatment of trachoma*. The Lancet [Internet]. 1993 Aug 21 [cited 2023 Sep 19];342(8869):453–6. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(93\)91591-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(93)91591-9/fulltext)
15. Moulin AM, ed., Orfila J, ed., Sacko D, ed., et al. *Lutte contre le trachome en Afrique subsaharienne = Trachoma control in sub-Saharan Africa*.
16. OMS. *Principaux repères de l'OMS sur le trachome* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/trachoma>
17. Courtright P, Rotondo LA, MacArthur C, Jones I, Weaver A, Negash BK, et al. *Strengthening the links between mapping, planning and global engagement for disease elimination: lessons learnt from trachoma*. Br J Ophthalmol. 2018 Oct;102(10):1324–7.
18. AJANA F, BARIL L, DEL GIUDICE P, DEVELOUX M, EPELBOIN L, FAUCHER JF, et al. *Epilly trop 2022: Maladies infectieuses Tropicales Negligées ctualités - Documents - spilf - infectiologie* [Internet]. [cited 2023 Aug 20]. Available from: https://www.infectiologie.com/fr/actualites/epilly-trop-2022_-n.html
19. Naidoo K. *Poverty and blindness in Africa*. Clin Exp Optom [Internet]. 2007 Nov 1 [cited 2023 Aug 20];90(6):415–21. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1111/j.1444-0938.2007.00197.x>
20. Burton MJ, Mabey DCW. *The Global Burden of Trachoma: A Review*. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2009 Oct 27 [cited 2023 Aug 13];3(10):e460. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761540/>
21. Frick KD, Hanson CL, Jacobson GA. *Global burden of trachoma and economics of the disease*. Am J Trop Med Hyg. 2003 Nov;69(5 Suppl):1–10.
22. Smith JL, Haddad D, Polack S, Harding-Esch EM, Hooper PJ, Mabey DC, et al. *Mapping the Global Distribution of Trachoma: Why an Updated Atlas Is Needed*. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2011 Jun 28 [cited 2023 Aug 20];5(6):e973. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3125147/>
23. Sarah V, Adams AB, Jesudason T. *Celebrating 20 years of progress: accelerating towards elimination. Community Eye Health* [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 27];31(103):73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6253308/>
24. Nations Unies. *Le Bénin et le Mali éliminent le trachome, une maladie qui provoque la cécité* | ONU Info [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 20]. Available from: <https://news.un.org/fr/story/2023/05/1135187>

25. Rajak SN, Habtamu E, Weiss HA, Bedri A, Gebre T, Bailey RL, et al. *The clinical phenotype of trichomatous trichiasis in Ethiopia: not all trichiasis is due to entropion*. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011 Oct 10;52(11):7974–80.
26. Taylor HR, Burton MJ, Haddad D, West S, Wright H. *Trachoma*. Lancet Lond Engl. 2014 Dec 13;384(9960):2142–52.
27. OMS. *Alliance mondiale de l’OMS pour l’élimination du trachome d’ici 2020: Deuxième réunion scientifique mondiale sur le trichiasis trachomateux*. 2015.
28. Organisation Mondiale de la Santé. *Consultation technique sur la surveillance du trachome: task Force For Global Health, Decatur, États-unis D’amÉrique*. Genève; 2014 Sep. Report No.: 19.
29. Traoré L. Chapitre 8. Quand et comment opérer le trichiasis : *indications, qualité, délégation, taux de couverture, stratégie ?* In: Moulin AM, Orfila J, Sacko D, Schemann JF, editors. *Lutte contre le trachome en Afrique subsaharienne* [Internet]. IRD Éditions; 2006 [cited 2023 Jul 22]. p. 81–7. Available from: <http://books.openedition.org/irdeditions/5103>
30. Cassard S, Merbs S, Harding J, Munoz B, West S, Gower E. *The Epidemiology of Lower Eyelid Trichomatous Trichiasis among Upper Eyelid Trichiasis Surgery Patients*. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2013 Jun 16;54(15):869.
31. Macleod CK, Butcher R, Mudaliar U, Natutusau K, Pavluck AL, Willis R, et al. *Low Prevalence of Ocular Chlamydia trachomatis Infection and Active Trachoma in the Western Division of Fiji*. Senok A, editor. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2016 Jul 12 [cited 2023 Jul 23];10(7):e0004798. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0004798>
32. Gratten M, Gratten H, Poli A, Carrad E, Raymer M, Koki G. *Colonisation of Haemophilus influenzae and Streptococcus pneumoniae in the upper respiratory tract of neonates in Papua New Guinea: primary acquisition, duration of carriage, and relationship to carriage in mothers*. Biol Neonate. 1986;50(2):114–20.
33. West SK, Munoz B, Turner VM, Mmbaga BB, Taylor HR. *The epidemiology of trachoma in central Tanzania*. Int J Epidemiol. 1991 Dec;20(4):1088–92.
34. Cromwell E, Emerson P. *Women trachomna* [Internet]. Centre Carter et Paul Courtright du KCCO; 2009. Available from: https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/trachoma/women_trachoma.pdf
35. Courtright P, West SK. *Contribution of Sex-linked Biology and Gender Roles to Disparities with Trachoma1*. Emerg Infect Dis [Internet]. 2004 Nov [cited 2023 Aug 31];10(11):2012–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328994/>
36. Sams K. *A medicine for every sickness: A visual reflection on the treatment of eye disease in rural Niger*. Med Anthropol Theory [Internet]. 2016 [cited 2023 Sep 10];3(2):313–24. Available from: <https://hal.science/hal-02568994>

37. West SK. *Azithromycin for Control of Trachoma*. Community Eye Health [Internet]. 1999 [cited 2023 Sep 14];12(32):55–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1706032/>
38. McCauley AP, West S, Lynch M. *Household decisions among the Gogo people of Tanzania: determining the roles of men, women and the community in implementing a trachoma prevention program*. Soc Sci Med 1982. 1992 Apr;34(7):817–24.
39. Courtright P. *Acceptance of surgery for trichiasis among rural Malawian women*. East Afr Med J. 1994 Dec;71(12):803–4.
40. WATHI. *Les mariages précoces au Sénégal* [Internet]. WATHI. 2018 [cited 2023 Sep 11]. Available from: <https://www.wathi.org/laboratoire/initiatives/femme-election-senegal-2019/wathinote-femme-election-senegal-2019/les-mariages-precoces-au-senegal/>
41. Descateaux A. *Plus de 4 millions de participants au grand Magal de Touba* [Internet]. La Croix Africa. 2017 [cited 2023 Sep 14]. Available from: <https://africa.la-croix.com/plus-de-4-millions-de-participants-grand-magal-de-touba/>
42. Burton M, Habtamu E, Ho D, Gower EW. *Interventions for trachoma trichiasis*. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [cited 2023 Sep 14];(11). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004008.pub3/full>
43. Reacher MH, Muñoz B, Alghassany A, Daar AS, Elbualy M, Taylor HR. *A controlled trial of surgery for trachomatous trichiasis of the upper lid*. Arch Ophthalmol Chic Ill 1960. 1992 May;110(5):667–74.
44. Habtamu E, Wondie T, Aweke S, Tadesse Z, Zerihun M, Gashaw B, et al. *Predictors of Trachomatous Trichiasis Surgery Outcome*. Ophthalmology [Internet]. 2017 Aug [cited 2023 Sep 14];124(8):1143–55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5540045/>
45. Adama O, Barnabé YR, Gueswendé KFX, Sibraogo K, Paul KD, Alexi SY, et al. *Prognosis of Misgav-Ladach Caesarean Sections in an African Environment: Case of the Banfora Regional Hospital in Burkina Faso about 110 Cases*. Open J Obstet Gynecol [Internet]. 2017 Aug 30 [cited 2023 Mar 19];7(9):1006–15. Available from: <http://www.scirp.org/Journal/Paperabs.aspx?paperid=79396>
46. Bowman RJC, Faal H, Jatta B, Myatt M, Foster A, Johnson GJ, et al. *Longitudinal Study of Trachomatous Trichiasis in The Gambia: Barriers to Acceptance of Surgery*. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2002 Apr 1;43(4):936–40.
47. Rajak SN, Collin JRO, Burton MJ. *Trachomatous trichiasis and its management in endemic countries*. Surv Ophthalmol. 2012;57(2):105–35.
48. Pearson K, Habte D, Zerihun M, King JD, Gebre T, Emerson PM, et al. *Evaluation of Community-Based Trichiasis Surgery in Northwest Ethiopia*. Ethiop J Health Sci [Internet]. 2013 Jul [cited 2023 Aug 13];23(2):131–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3742890/>

49. Bickley RJ, Mkocho H, Munoz B, West S. *Identifying Patient Perceived Barriers to Trichiasis Surgery in Kongwa District, Tanzania*. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2017 Jan 4 [cited 2023 Aug 21];11(1):e0005211. Available from: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005211>
50. Rajak SN, Collin JRO, Burton MJ. *Trachomatous trichiasis and its management in endemic countries*. Surv Ophthalmol. 2012;57(2):105–35.
51. Churko C, Asfaw MA, Zerdo Z. *Exploring barriers for trachomatous trichiasis surgery implementation in gamo zone, Southern Ethiopia*. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2021 Sep 15 [cited 2023 May 19];15(9):e0009780. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8476041/>
52. Meshesha TD, Senbete GH, Bogale GG. *Determinants for not utilizing trachomatous trichiasis surgery among trachomatous trichiasis patients in Mehalsayint District, North-East Ethiopia*. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2018 Jul 18 [cited 2023 Aug 30];12(7):e0006669. Available from: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006669>
53. Gupta KM, Harding JC, Othman MS, Merbs SL, Gower EW. *Why do patients refuse trichiasis surgery? Lessons and an education initiative from Mtwara Region, Tanzania*. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2018 Jun 14 [cited 2023 Jul 21];12(6):e0006464. Available from: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006464>
54. Bowman RJ, Soma OS, Alexander N, Milligan P, Rowley J, Faal H, et al. *Should trichiasis surgery be offered in the village? A community randomised trial of village vs. health centre-based surgery*. Trop Med Int Health TM IH. 2000 Aug;5(8):528–33.
55. Sarr B, Sissoko M, Fall M, Nizigama L, Cohn D, Willis R, et al. *Prevalence of Trachoma in Senegal: Results of Baseline Surveys in 17 Districts*. Ophthalmic Epidemiol. 2018 Dec;25(sup1):41–52.
56. Renneker KK, Abdala M, Addy J, Al-Khatib T, Amer K, Badiane MD, et al. *Global progress toward the elimination of active trachoma: an analysis of 38 countries*. Lancet Glob Health. 2022 Apr;10(4):e491–500.
57. CODE DES COLLECTIVITÉS LOCALES | *Gouvernement du Sénégal* [Internet]. [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.sec.gouv.sn/publications/lois-et-reglements/code-des-collectivites-locales>
58. Ndiaye M. SOCIAL-TERRITORIAL INNOVATIONS AND LOCAL ECONOMIC DEVELOPMENT: *THE CASE OF NGAYE MÉKHÉ, SENEGAL*. Univ Forum [Internet]. 2015 Apr 16 [cited 2023 Sep 13];4(2). Available from: <http://universitasforum.org/index.php/ojs/article/view/166>
59. Jefitha K, Hillary R, Mesurier RL, Mwanthi M, Keefe J. *What is the appropriate age range of individuals to be included in a survey to estimate the prevalence of trachomatous trichiasis?* Br J Ophthalmol [Internet]. 2011 Aug 1 [cited 2023 Sep 16];95(8):1058–60. Available from: <https://bjo.bmj.com/content/95/8/1058>

60. Vaghaiwalla T, Gyawali S, Jayaram A, Nathani P, Sawhney R, Long K, et al. *Academic Global Surgery: Creating Opportunities, Equity, and Diversity*. *Ann Glob Health* [Internet]. [cited 2023 Aug 31];89(1):12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9936913/>
61. Adafrie Y, Redae G, Zenebe D, Adhena G. *Uptake of Trachoma Trichiasis Surgery and Associated Factors Among Trichiasis-Diagnosed Clients in Southern Tigray, Ethiopia*. *Clin Ophthalmol Auckl NZ* [Internet]. 2021 May 10 [cited 2023 Jul 20];15:1939–48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8121670/>
62. Melese M, Alemayehu W, Bayu S, Girma T, Hailesellasie T, Khandekar R, et al. *Low vision and blindness in adults in Gurage Zone, central Ethiopia*. *Br J Ophthalmol* [Internet]. 2003 Jun [cited 2023 Sep 11];87(6):677–80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1771701/>
63. emhj. *Determinants of corrective upper eye lid surgery refusals among trachomatous trichiasis patients in Ethiopia: a case-control study* [Internet]. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. [cited 2023 Sep 15]. Available from: <http://www.emro.who.int/in-press/reviews/determinants-of-corrective-upper-eye-lid-surgery-refusals-among-trachomatous-trichiasis-patients-in-ethiopia-a-casecontrol-study.html>
64. Adafrie Y, Redae G, Zenebe D, Adhena G. *Uptake of Trachoma Trichiasis Surgery and Associated Factors Among Trichiasis-Diagnosed Clients in Southern Tigray, Ethiopia*. *Clin Ophthalmol* [Internet]. 2021 May 10 [cited 2023 Sep 16];15:1939–48. Available from: <https://www.dovepress.com/uptake-of-trachoma-trichiasis-surgery-and-associated-factors-among-tri-peer-reviewed-fulltext-article-OPHTH>
65. Kashaf MS, Wolle MA, Muñoz BE, Mkocha H, Funga N, Gracewello C, et al. *Patient perceived barriers to surgical follow-up: Study of 6-month post-operative trichiasis surgery follow-up in Tanzania*. *PLOS ONE* [Internet]. 2021 Mar 19 [cited 2023 Sep 16];16(3):e0247994. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0247994>

Liste des illustrations

Figure 1 Situation du trachome dans le monde (Tropical data 2023).....	5
Figure 2 Cadre conceptuel illustrant les facteurs liés à l'accès aux soins du trichiasis chez la femme.....	10
Figure 3 Carte sanitaire du district de Mékhé.....	16
Figure 4 Répartition des patients en fonction de l'âge.....	22
Figure 5 Répartition des patients en fonction du sexe	22
Figure 6 Répartition des patients opérés selon le type de trichiasis	25
Figure 7 Répartition des patients opérés selon leur suivi en post-opératoire.....	31

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge et le sexe.....	23
Tableau II : Répartition des patients selon le site d'intervention.....	24
Tableau III : Type de trichiasis en fonction des caractéristiques sociodémographiques	25
Tableau IV : Profil des opérateurs et inclusion du genre	26
Tableau V : Respect des suivis post-opératoires en fonction des caractéristiques générales	32
Tableau VI : Facteurs associés au non-respect des rendez-vous post-opératoires	34

Annexes

Annexe 1 : Système de classification simplifiée de l'OMS pour le trachome

Grade	Manifestation clinique
Trachome folliculaire (TF)	Présence de 5 follicules ou plus (de 0,5 à 2,0 mm) sur la conjonctive tarsienne supérieure
Trachome inflammatoire (TI)	Épaississement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne qui masque plus de la moitié des vaisseaux tarsiens normaux profonds
Trachome cicatriciel (TS)	La présence de cicatrices dans la conjonctive tarsienne
Trichiasis Trachomateux (TT)	Présence d'au moins un cil incarné touchant le globe oculaire
Opacité cornéenne (CO)	Présence d'une opacité cornéenne facilement visible qui masque au moins une partie de la pupille

Annexe 2 : **Consentement éclairé**

Madame,

Je suis Ruth Luabeja, étudiante en Master en santé publique.

Nous venons de la part du Cabinet Santé Plus de Dakar. Nous travaillons avec le ministère de la santé. Dans le cadre de mon étude de fin de master, nous menons une étude sur l'intervention chirurgicale que vous avez subie l'année dernière. Nous voulons connaître l'état actuel de vos yeux et ce que vous pensez de la maladie et du traitement que vous avez subi.

Notre discussion prendra au maximum 30 minutes et nous vous garantissons que les informations recueillies resteront confidentielles et sera partagées de façon anonyme.

Consentez-vous de participer à cette étude ? 1. Oui 2. Non

Si oui,

Permettez-moi d'enregistrer cet entretien.

Durant cet entretien, si vous ne vous sentez pas à l'aise nous pouvons arrêter.

Annexe 3 : Questionnaire

Code de l'enquêtée : _____

Lieu d'opération : _____

- a. Parlez-moi un peu de vous (que faites-vous dans la vie, si elle travaille plus, essayez de savoir ce qu'elle faisait avant, si elle a été mariée, pendant combien de temps, si elle a des enfants),
- b. De quel œil nous vous avons opéré ?
- c. Comment se porte l'œil ?
- d. Depuis quand cette maladie à commencer ? et comment ?
- e. Depuis combien de temps les cils frottent votre œil (yeux) ?

Moins de deux ans Entre trois et cinq ans Plus de cinq ans

- f. Comment avez-vous supportez la maladie ? avez-vous eu autre traitement ?
- g. Pourquoi avoir attendu longtemps avant de se faire opérer, avez-vous eu de contrainte ? quelles étaient les contraintes
- h. Avez-vous une idée de la cause de la maladie
- i. Avez- vous des difficultés suivant pour vous faire opérer ?
- j. La distance de chez vous jusqu'au centre d'opération était loin ? Si oui,
- k. Est-ce que l'hôpital vous a facilité le transport ?
- l. Avez-vous suivi vos contrôles ? Combien ? Si non pourquoi ?

Que pensez-vous des femmes qui ne veulent pas se faire opérées ?

Satisfaction

- Avez-vous l'impression que votre vision a changé depuis l'opération ?

Si oui, en quoi a-t-elle changé ?

1. Amélioration 2. Détérioration Autre _____

- Conseillerez-vous à quelqu'un de se faire opérer ? Si non-pour quoi ?
- Est-ce que vous recommanderiez à quelqu'un atteint de TT de traiter son trichiasis par la chirurgie ?

1. Oui 2. Non si non pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Merci pour la collaboration

Annexe 4 : Analyse thématique

A. Thèmes

1. Informations démographiques :

- âge et sexe : l'âge des individus varie de 27 à 84 ans et toutes sont des femmes.
- état civil et famille : certains sont mariés et ont des enfants, d'autres sont veufs et une est célibataire sans enfants.
- statut d'emploi : certains ont un emploi, tandis que d'autres sont femmes au foyer ou ne travaillent plus.

2. Symptômes et durée du trichiasis :

- symptômes ciliaires : les individus présentent des problèmes ciliaires tels qu'un mauvais alignement et une irritation des cils.
- durée des symptômes : les symptômes du trichiasis sont présents depuis diverses durées, de quelques années à plusieurs décennies.

3. Antécédents de traitement :

- traitements traditionnels et religieux : certaines personnes ont d'abord recherché des traitements traditionnels ou religieux avant d'envisager une intervention chirurgicale.
- médicaments : certains ont essayé des médicaments ou des gouttes oculaires comme forme de traitement.
- auto-épilation des cils : quelques personnes ont tenté de gérer leur trichiasis en s'enlevant elles-mêmes les cils problématiques.

4. Obstacles à la recherche d'une intervention chirurgicale :

- peur de la chirurgie : la peur de la procédure chirurgicale et de ses complications potentielles constituait un obstacle important pour certains.
- manque de sensibilisation : certains ne savaient pas que la chirurgie était une option de traitement viable pour leur maladie.
- contraintes financières : les ressources financières limitées ont empêché certains de recourir à un traitement médical.

5. Motivations pour la chirurgie :

- douleur et inconfort : beaucoup ont opté pour la chirurgie en raison de la douleur et de l'inconfort provoqués par le trichiasis.

- influence des autres : entendre parler d'opérations chirurgicales réussies par des connaissances ou des prestataires de soins de santé a incité certains à se faire opérer.

6. Expériences chirurgicales :

- résultats chirurgicaux : certains ont connu des résultats positifs après la chirurgie, avec un soulagement des symptômes.
- inconfort postopératoire : quelques personnes ont signalé un inconfort postopératoire, notamment un gonflement et une douleur.
- chirurgies multiples : certaines personnes ont nécessité plusieurs interventions chirurgicales en raison d'un trichiasis persistant ou récurrent.

7. Perceptions et attitudes à l'égard de la chirurgie :

- encouragement à la chirurgie : ceux qui ont eu des expériences positives en matière de chirurgie ont encouragé les autres à l'envisager.
- scepticisme à l'égard de la chirurgie : certains ont exprimé leur scepticisme quant à l'efficacité de la chirurgie ou leur crainte de complications potentielles.

8. Accès aux soins de santé :

- proximité des établissements de santé : la distance des établissements de santé a influencé la décision de subir une intervention chirurgicale.
- réseaux de soutien : le soutien familial et l'aide au transport ont joué un rôle dans l'accès aux services de santé.

9. Suivi des soins :

- respect des rendez-vous de suivi : certaines personnes ont souligné l'importance de se présenter aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- symptômes persistants : quelques personnes ont présenté des symptômes persistants malgré la chirurgie.

10. Croyances sur le trichiasis :

- certaines personnes considéraient le trichiasis comme un élément normal du vieillissement ou l'attribuaient à des causes divines.

-

B. Sous-thème

Thème 1 : Trichiasis et son impact

- Sous-thème 1.1 : symptômes du trichiasis
 - irritation et démangeaisons
 - douleur et inconfort
 - problèmes de vue
- Sous-thème 1.2 : durée et progression
 - durées variées du trichiasis
 - progression de la maladie au fil du temps

Thème 2 : Approches thérapeutiques

- Sous-thème 2.1 : Traitements traditionnels et religieux
- Sous-thème 2.2 : Médicaments et gouttes pour les yeux
- Sous-thème 2.3 : Auto-épilation des cils

Thème 3 : Obstacles à la recherche d'une intervention chirurgicale

- Sous-thème 3.1 : Peur de la chirurgie
- Sous-thème 3.2 : Manque de sensibilisation
- Sous-thème 3.3 : Contraintes financières

Thème 4 : Motivations pour subir une intervention chirurgicale

- Sous-thème 4.1 : Douleur et inconfort
- Sous-thème 4.2 : Influence des autres

Thème 5 : Expériences chirurgicales

- Sous-thème 5.1 : Résultats chirurgicaux
- Sous-thème 5.2 : Inconfort postopératoire
- Sous-thème 5.3 : Nécessité de plusieurs interventions chirurgicales

Thème 6 : Perceptions et attitudes à l'égard de la chirurgie

- Sous-thème 6.1 : Encouragement à la chirurgie
- Sous-thème 6.2 : Scepticisme à l'égard de la chirurgie

Thème 7 : Accès aux soins de santé

- Sous-thème 7.1 : Proximité des établissements de santé

- Sous-thème 7.2 : Réseaux de soutien

Thème 8 : Soins de suivi

- Sous-thème 8.1 : Respect des rendez-vous de suivi
- Sous-thème 8.2 : Symptômes persistants

Thème 9 : Croyances sur le trichiasis

- Sous-thème 9.1 : Le trichiasis comme élément normal du vieillissement
- Sous-thème 9.2 : Attribution aux causes divines

Thème 10 : Informations démographiques

- Sous-thème 10.1 : Âge
- Sous-thème 10.2 : État civil
- Sous-thème 10.3 : Famille
- Sous-thème 10.4 : Statut d'emploi