

# LE TRACHOME ET LES FEMMES

*Arriver à l'équité entre les  
hommes et femmes par le  
biais de l'implémentation  
de CHANCE*



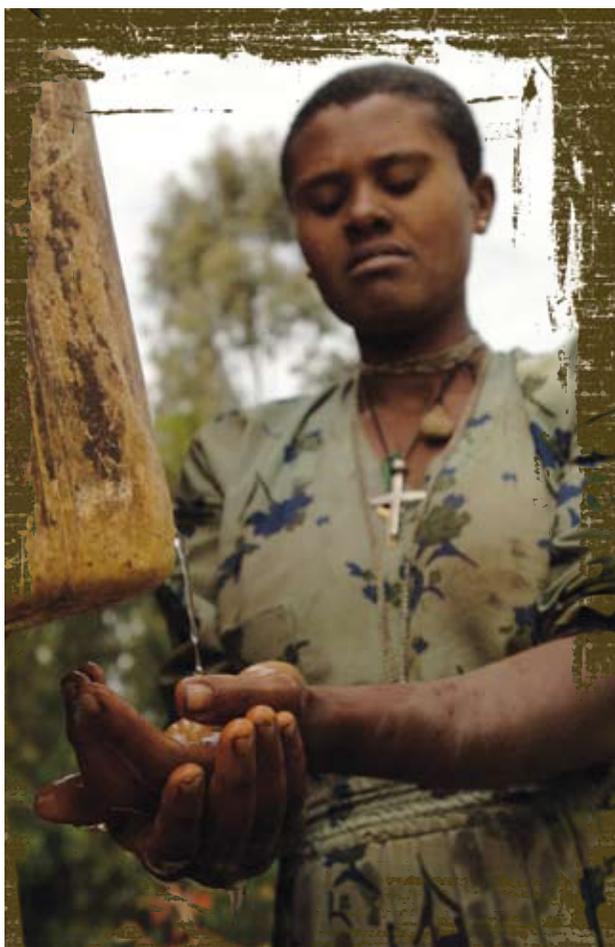
THE  
CARTER CENTER





# LE TRACHOME ET LES FEMMES

*Arriver à l'équité entre les hommes et femmes par le biais de l'implémentation de CHANCE*



Kilimanjaro Centre for  
Community Ophthalmology

THE  
CARTER CENTER



# REMERCIEMENTS

La mise en page et l'impression de ce manuel ont été possibles grâce à l'appui de la Fondation Elfenworks, le Centre Carter et le Centre pour l'ophtalmologie communautaire au Kilimandjaro. Les auteurs remercient les programmes nationaux de lutte contre le trachome d'Éthiopie, Égypte, Ghana, Mali, Nepal, Niger, Nigeria, Soudan, Tanzanie et Vietnam. Leurs expériences sont soulignées dans ce manuel comme les exemples des cas. Ce manuel est préparé par Elizabeth Cromwell et Paul Emerson du Centre Carter et Paul Courtright du KCCO. Les auteurs remercient Lisa Hamm, Jonathan King et Lisa Rotondo pour leur contribution au texte. La plupart de la photographie a été prise par Paul Emerson, Elizabeth Cromwell, Jonathan King, Louise Gubb, Lisa Rotondo et Vanessa Vick.

Nous aimerions que ce manuel soit accessible au plus grand nombre de personnes possible. Prière de faire des copies aux fins de distribution ou télécharger un exemplaire à l'adresse suivante : [www.cartercenter.org](http://www.cartercenter.org) ou [www.kcco.net](http://www.kcco.net). Des copies sont disponibles auprès du Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter en contactant le numéro suivant : +1 404 420 3842.

Edition de février 2009



# « FEMME DE L'AFRIQUE

*Balayeuses*

*A enduire murs et planchers  
De bouse de vache et terre noire,*

*Cuisinières, ayah, le bébé  
accroché à ton dos,*

*Qui vomit,*

*Laveuse de vaisselles,*

*A planter, désherber et récolter,*

*Commerçante, constructrice,*

*A courir faire les courses,*

*Charrette, camion*

*Ane ...*

*Femme de l'Afrique*

*Qui n'es-tu pas ? »*

*Extrait de The Song of Ocol du poète  
ougandais Okot p'Biket*

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Préface</b> .....	1	Mobilisation communautaire .....	28
<b>Chapitre 1 — Introduction :</b>		Formation des équipes de distribution .....	29
<b>Trachome et genre.</b> .....	2	Distribution des antibiotiques et grossesse .....	29
Qu'est-ce que le trachome?.....	3	Déterminer l'approche : endroit central ou	
Trachome et genre .....	4	porte à porte .....	29
Le défi mondial du trachome .....	5	Mécanisme de distribution .....	30
Le rôle du genre .....	7	Ménages où l'homme est absent .....	33
Activités spécifiques au genre.....	8	Suivi de la couverture spécifique au genre .....	33
Prise de décisions économiques .....	8	Dossiers de distribution.....	34
La puissance de femmes de changer l'ordre		Enquête sur la couverture .....	34
des choses .....	9	<b>Chapitre 4 — Changement de</b>	
Objectifs du Millénaire pour le		<b>comportement et genre</b> .....	36
développement et genre .....	9	Comprendre le changement de comportement .....	37
<b>Chapitre 2 — Équité entre les genres et</b>		Recueillir l'information sur la communauté.....	38
<b>mise en oeuvre du programme chirurgical.</b> ...	12	Enquête sur les sources d'information.....	39
Introduction : genre et chirurgie .....	13	Promotion de comportements positifs .....	40
Planification et mise en oeuvre du		Atteindre les hommes pour encourager le	
programme chirurgical .....	13	changement de comportement chez les femmes .....	41
Barrières à la chirurgie .....	14	Mise au point de matériel d'éducation	
Barrières économiques et sociales.....	15	sanitaire dans l'optique des genres .....	42
Facteurs individuels .....	16	Identifier les sous-groupes au sein d'un	
Calendriers saisonniers et journaliers.....	18	public plus large .....	42
Solutions à base communautaire pour		L'élaboration de matériel d'éducation sanitaire .....	43
améliorer l'accès à la chirurgie .....	18	Prétest du matériel d'éducation sanitaire .....	44
Approches à la prétestation chirurgicale :		Réalisation et distribution du	
dans un établissement de santé ou dans le		matériel d'éducation sanitaire.....	45
cadre d'une campagne .....	19	Radio.....	45
Conseils.....	20	<b>Chapitre 5 — N et CE : Arriver à l'équité</b>	
Conseils avant la chirurgie .....	20	<b>par le biais de l'intervention</b> .....	48
Conseils après la chirurgie .....	20	Hygiène et risques liés au genre .....	49
Suivi de la chirurgie du trichiasis .....	21	Pratiques culturelles : tabous et rituels .....	50
Suivi et évaluation du programme chirurgical :		Divisions culturelles du travail .....	51
fixer des cibles.....	23	Renforcement des capacités des comités villageois .....	52
Directives pour le suivi.....	25	Enfants en tant qu'agent du changement :	
Directives pour le compte rendu.....	25	santé scolaire.....	52
<b>Chapitre 3 — La distribution</b>		<b>Appendices</b> .....	58
<b>des antibiotiques</b> .....	26	A : Les supports de suivi chirurgical.....	59
Mise en oeuvre de la distribution		B : Les fiches d'enregistrement pour la	
des antibiotiques .....	27	distribution des antibiotiques .....	66
Fixer des objectifs .....	27	C : Les outils de recherche pour l'éducation sanitaire ..	70

## Préface du Président Carter

Les hommes et femmes, couples du monde entier, sont tous animés par les mêmes souhaits et désirs pour leur famille. Ils veulent des enfants en bonne santé, et souhaitent la paix et la stabilité dans leur foyer. Leur souhait, c'est d'envoyer leurs enfants à l'école pour leur assurer un avenir meilleur que le leur. Et pourtant, dans ces parties du monde où le trachome vient tristement affliger leur vie, les hommes et femmes mènent une existence bien différente de la nôtre. La répartition du travail et des tâches ménagères est guidée par le genre. Les femmes ne sont pas sur le même pied d'égalité que les hommes. Les enfants abritent la bactérie qui cause le trachome, et tout en veillant sur eux avec leur amour maternel, les femmes sont exposées plus souvent à l'infection au trachome que leur mari dont les responsabilités sont à l'extérieur du foyer. Alors que la maladie de la mère évolue et que ses cils commencent à frotter et à abîmer la cornée, ces mêmes enfants, le plus souvent des filles, lui rendent son amour en quittant l'école pour l'aider dans ses travaux et s'occuper de leur mère devenue invalide. C'est ainsi que le fardeau du trachome pèse de manière disproportionnée sur les épaules des femmes, empêchant les familles de sortir de la pauvreté et gardant les filles, qui sont la prochaine génération des femmes, sur un chemin de pauvreté perpétuelle.

Après avoir rendu visite aux nombreuses communautés dans le monde où le trachome est endémique, Rosalynn et moi-même avons été les témoins de tels drames. Combien de fois avons-nous pu voir lorsque le chef du village nous a présenté des personnes souffrant de trachome sévère ou dont la vue avait été épargnée par une simple opération que trois sur quatre d'entre elles étaient des femmes. Et combien de fois en leur rendant visite dans leur maison, avons-nous vu ces enfants trop timides pour sortir de leur modeste hutte car dans cette pauvreté extrême, ils n'avaient ni souliers ni habits corrects et étaient gênés de se montrer ainsi aux visiteurs.

L'Organisation mondiale de la Santé a fixé 2020 comme l'année ciblée de l'élimination du trachome cécitant. Ce n'est pas un but aisé à atteindre mais c'est possible. Pour y arriver, nous avons besoin de programmes communautaires qui libèrent du trachome tout le monde mais qui ciblent les femmes et les filles en particulière. Une éducation sanitaire doit être apportée aux femmes et filles pour



*L'ancien président Jimmy Carter salue une femme pendant une visite au programme de la lutte contre le trachome dans la région d'Amhara en Ethiopie.*

qu'elles sachent protéger leurs enfants contre le trachome. Un traitement leur doit être dispensé pour guérir celles infectées actuellement. Elles doivent avoir accès à l'eau et à l'assainissement. Elles doivent avoir accès facilement aux opérations des paupières. Toutes ces interventions doivent être apportées dans des proportions qui répondent à leurs besoins. Le manuel « Les Femmes et le Trachome » utilise des études de cas, des illustrations, des modèles de programmes réussis et présente des directives étape par étape pour permettre aux responsables et planificateurs des programmes de lutte contre le trachome d'appliquer la stratégie CHANCE dans l'optique équité entre les genres. J'aimerais encourager les étudiants et tous ceux qui prennent part à la lutte contre le trachome d'utiliser ce manuel et d'appliquer tout ce qui est pertinent dans leur pays et contexte pour s'assurer que les besoins des femmes ne soient pas ignorés. Ensemble, nous pouvons faire du trachome cécitant une triste affaire du passé et libérer les familles du joug de cette terrible maladie.

# 1 INTRODUCTION : TRACHOME ET GENRE



Ce manuel apportera à tous ceux cherchant d'améliorer l'utilisation plus égalitaire aux soins oculaires aux

pays en développement et partagera compétences nécessaires pour vérifier que les programmes de lutte contre le trachome sont dispensés en prêtant une attention suffisante aux besoins de la femme, ce que nous appelons l'optique équité entre les genres. Si le manuel s'attache essentiellement aux questions du genre et l'impact sur la prévalence du trachome, il n'en reste pas moins que l'égalité entre les genres dans la lutte contre le trachome compte de nombreux avantages indirects pour le programme de santé et de développement plus général. En effet, ce manuel :

- Apporte les preuves montrant pourquoi les activités de lutte contre le trachome devraient envisager les rôles et les responsabilités des femmes pour atteindre le but de GET 2020 : l'élimination du trachome cécitant dans le monde d'ici l'an 2020.
- Explique comment on peut revoir les outils de suivi pour mieux évaluer la réussite des programmes dans l'élimination du trachome cécitant.
- Présente des expériences d'un certain nombre de pays africains montrant comment les femmes et les filles participent à divers aspects de la lutte contre le trachome.
- Offre des solutions pratiques à des changements comportementaux souvent difficiles se rapportant à l'utilisation de services chirurgicaux, à l'hygiène et à l'assainissement et à l'amélioration des conditions environnementales.



Conjonctive normale



**Trachome inflammatoire folliculaire (TF)** : Présence de cinq follicules ou plus sur la conjonctive tarsale supérieure d'au moins 0,5 mm



**Inflammation trachomateuse intense (TI)** : Épaississement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsale masquant plus de la moitié du réseau vasculaire normal (profond) du tarse



**Trachome cicatriciel (TC)** : Présence de lésions cicatricielles sur la conjonctive tarsale



**Trichiasis trachomateux (TT)** : Présence d'au moins un cil en contact avec le globe oculaire ou des traces récentes d'arrachement de cils retourné



**Opacité cornéenne (OC)** : Opacité de la cornée facile à réparer cachant au moins une partie de la pupille

Figure 1.1. Système de classification simplifiée de l'Organisation mondiale de la Santé pour le trachome

## Qu'est-ce que le trachome ?

Le trachome est une infection des yeux causée par *Chlamydia trachomatis*. Avec le temps, des infections répétées provoquent une cicatrisation à l'intérieur de la paupière (conjonctive) qui retourne et dévie les cils vers la cornée. C'est ce qu'on appelle le trichiasis. Des cils qui viennent frotter la cornée causent non seulement une vive douleur mais abîment la vision et avec le temps, la personne devient aveugle.

Cette maladie passe par cinq stades, à savoir le trachome inflammatoire folliculaire (TF), le trachome inflammatoire

intense (TI), le trachome cicatriciel (TC), le trichiasis trachomateux (TT) et l'opacité cornéenne (CO). Les stades TF et TI sont constatés le plus souvent chez les enfants entre 3 mois et 10 ans alors que les stades plus avancés de la maladie, TC, TT et CO sont constatés généralement chez les adultes. La figure 1 illustre les cinq signes cliniques différents du trachome.

Le trachome a diverses conséquences biologiques tout au long de la vie, de la prime enfance jusqu'à l'âge adulte avancé. Les signes d'infection peuvent être notés même chez un nourrisson avec des signes cliniques d'inflammation apparaissant à l'âge de 6 mois. Par la suite à la fin de l'enfance et au début de l'âge adulte, la cicatrisation de la paupière interne pourra être détectée et, chez l'adulte plus âgé, la présence de cils retournés et l'abrasion de la cornée provoquent la cécité. Même si le trachome est souvent considéré une maladie progressive, toutes les infections avec *Chlamydia oculaire* n'aboutissent pas au trichiasis. Pas toutes les personnes avec une inflammation trachomateuse ne souffriront de cicatrisation à l'intérieur de la conjonctive et pas toutes les personnes avec cicatrisation conjonctive ne souffriront de trichiasis. De plus, ce ne sont pas tous les cas de trichiasis qui mèneront à la cécité.

## Trachome et genre

Les enquêtes faites dans de nombreux pays où le trachome est endémique s'accordent pour dire que les femmes

sont bien plus nombreuses à devenir aveugles suite au trachome. Les preuves indiquant une prédisposition liée au sexe les exposant à l'infection sont loin d'être concluantes. Leur risque

supplémentaire ainsi que les complications du trachome que connaissent les femmes durant la maladie laissent à penser à des facteurs autres que la biologie. On a avancé l'hypothèse que les femmes sont plus vulnérables à l'infection au trachome (et partant au trichiasis) du fait de leur contact bien plus étroit avec les enfants comparé aux hommes.

*Chlamydia oculaire* se propage par contact personnel direct, par des lits, serviettes et habits partagés et par le contact aux mouches qui sont porteuses de la bactérie venant des écoulements des yeux et du nez. Chez les jeunes enfants, la prévalence de la maladie active semble varier : les filles étant exposées portent un léger risque supplémentaire (bien que dans certaines enquêtes, la prévalence du trachome actif chez les filles était inférieur à celles des garçons). Les différences dans la prévalence du trachome actif entre filles et garçons ne sont pas aussi significatives qu'elles le sont entre les femmes et les hommes adultes. Rien ne vient prouver que les filles sont plus susceptibles biologiquement à l'infection que les garçons. Par ailleurs, certains faits semblent indiquer que les filles entrent pour une proportion plus élevée dans la charge communautaire de *Chlamydia trachomatis*. Des charges bactériennes élevées pourraient également expliquer pourquoi l'infection persistante est plus courante chez les filles. Dans le cadre d'une étude longitudinale, des garçons et filles, parfaitement appariés, avec maladie active grave ont fait l'objet d'un suivi sept années plus tard : les filles avaient des taux de cicatrisation conjonctivale environ 2,5 fois plus élevés que ceux des garçons.

Souvent une petite fille dès l'âge de cinq ans devra s'occuper d'un bébé ou des autres enfants. Tendance qui persiste lorsqu'elle grandit. Ce sont les femmes qui prennent soin de la famille. Le mariage à un jeune âge suivi de nombreuses années de maternité augmente le risque d'être infecté par les enfants. En effet, les travaux de recherche ont montré que, pour chaque enfant supplémentaire souffrant de trachome actif dans le ménage, il existe un risque supplémentaire de trichiasis pour la mère.

Il est évident qu'à l'âge adulte, les femmes sont plus susceptibles de souffrir du trichiasis que les hommes, quel que soit leur âge. Une méta-analyse préparée récemment des enquêtes faites dans le monde sur le trachome a montré qu'en général, les femmes étaient 1,9 fois plus susceptibles que les hommes d'être atteintes du trichiasis. Le risque supplémentaire se situait dans une fourchette



Une femme et un enfant éthiopiens.

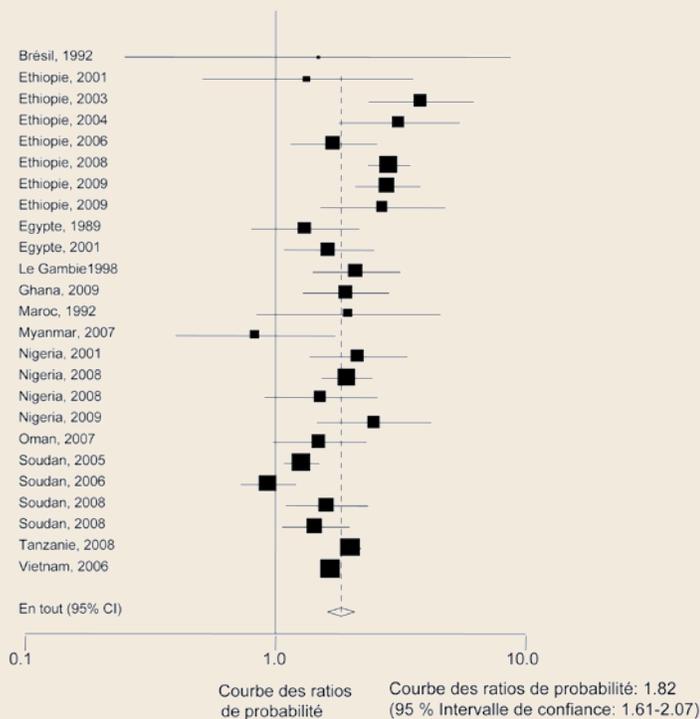


Figure 1.2. Courbe des ratios de probabilité. Une méta-analyse des données disponibles des enquêtes sur la prévalence a été réalisée pour déterminer la probabilité du trichiasis chez les femmes comparée aux hommes.

allant de 1,3 à 3,9 dans huit pays. Dans le cadre des enquêtes individuelles pour lesquelles cette analyse a été effectuée, il a été démontré que les femmes couraient un risque accru, significatif du point de vue statistique, de développer le trichiasis (voir la figure 1.2).

Certes, nous disposons de preuves nous montrant que les femmes ont des taux de trachome cécitant plus élevés et pourtant, sans la recherche comportementale se rapportant spécifiquement aux divers contextes, nous ne comprenons pas pleinement les rôles liés au genre qui contribuent à l'évolution du trachome cécitant.

### Le défi mondial du trachome

Alors qu'il était par le passé un problème de santé publique d'ampleur mondiale, le trachome a été éliminé de l'Amérique du Nord et de l'Europe au début du 20<sup>ème</sup> siècle grâce à un effort sur deux plans : lutte contre la maladie et amélioration du niveau de vie. Actuellement, le trachome est une maladie affligeant surtout les personnes de faible statut socio-économique vivant dans les régions rurales et reculées de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud, du Moyen-Orient et de l'Australie. Des régions comme le Sahel et les vallées du Nil et du Rift en Afrique sont des environnements marqués par un développement économique limité, une faible couverture d'assainissement et un accès restreint aux soins de santé préventive. S'il existe encore des foyers de maladie au Moyen-Orient, en Asie, aux Amériques et en Australie, la lutte



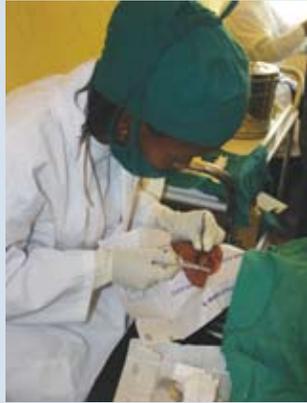
Bien qu'il existe encore des régions où le trachome est endémique en Asie, en Australie, aux Amériques et au Moyen-Orient, c'est en Afrique pourtant que la maladie est concentrée. Cette carte montre la distribution des régions où le trachome est endémique sur le continent.

Figure 1.3. Carte des pays où le trachome est endémique

déployée dans ces régions de pair avec le développement économique accru ont permis de faire reculer nettement le trachome. La majorité des études de cas et exemples dans le présent manuel appartiennent au contexte africain, ce continent renfermant la proportion la plus grande au monde de trachome et du trichiasis. La figure 1.3 montre la distribution de l'endémicité du trachome partout le continent africain, avec des zones d'endémicité constatées dans 57 pays, d'après les estimations.

### Encadré 1.1. Stratégie CHANCE pour la lutte contre le trachome

**CH** : La chirurgie permet de renverser les cils rentrés vers l'œil chez les patients souffrant de trichiasis. La chirurgie de la paupière est une technique relativement simple pouvant être réalisées dans la communauté ou dans les centres de santé. Souvent les patients ont peur de l'opération et la meilleure manière de les encourager à venir se faire opérer consiste à réaliser l'opération dans l'ensemble de la communauté. La chirurgie de la paupière supprime la douleur causée par le frottement des cils sur le globe oculaire mais n'enlève pas les cicatrisations et ne restaure pas la vue.



**A** : Les antibiotiques sont utilisés pour traiter le trachome actif et réduire le réservoir d'infection dans une communauté. La pommade à base de tétracycline appliquée sur les yeux chaque jour pendant 6 semaines permet de traiter le trachome actif. Ou alors, le médicament azithromycine peut être pris par voie buccale en comprimés (ou le sirop) et une dose par an permet de traiter le trachome actif. L'Organisation mondiale de la Santé recommande que toutes les personnes dans les communautés où la prévalence du trachome actif dépasse 10% des enfants âgés de 1 à 9 ans reçoivent un traitement de masse à base d'antibiotiques.

**N** : Le nettoyage du visage consiste à encourager une meilleure hygiène. Des visages sales sont associés avec le trachome. Un enfant dont le visage est sale est plus susceptible de transmettre le trachome s'il a une infection active ou de contracter le trachome s'il n'est pas infecté. Les écoulements des yeux et du nez attirent les mouches qui sont attirés par les yeux et qui peuvent transmettre l'infection ou la propager à d'autres personnes. Les programmes de lutte contre le trachome doivent communiquer l'importance de nettoyer le visage des enfants.

**CE** : Le changement environnemental est nécessaire dans une communauté pour une protection contre le trachome de longue durée. Le trachome persiste quand les gens vivent dans la pauvreté dans des locaux surpeuplés avec une infrastructure précaire au niveau de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'évacuation des déchets. Tant que ces conditions ne changeront pas, le trachome reviendra après le traitement à base d'antibiotiques.



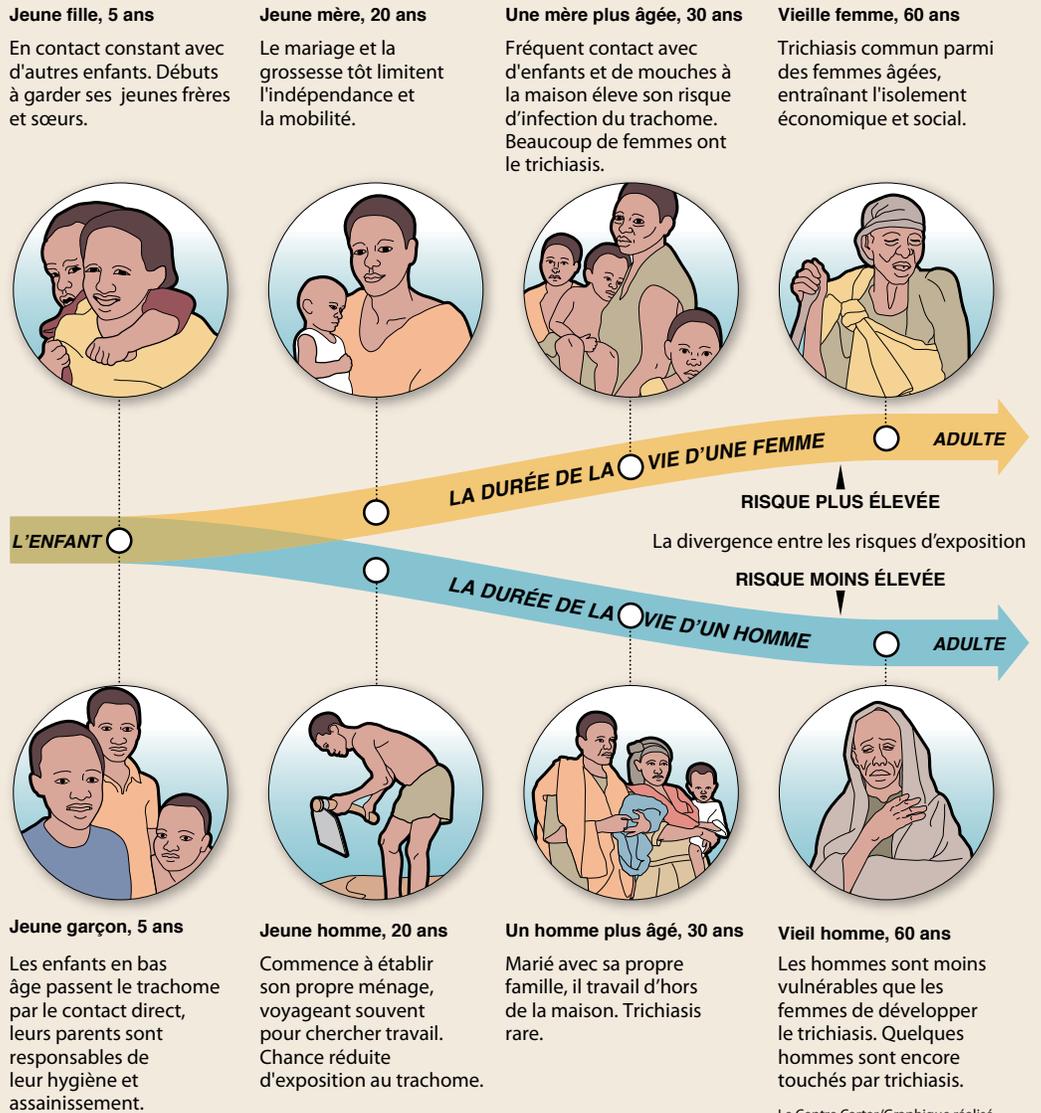
*Une jeune fille venant d'une région où le trachome était endémique auparavant au Ghana.*

L'Alliance pour l'élimination mondiale du trachome d'ici l'an 2020 (GET 2020) a été mise sur pied en 1997 dans le cadre de l'initiative VISION 2020 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'Alliance GET 2020 soutient les efforts coordonnés des organisations internationales, des groupes à but non lucratif et des programmes nationaux de lutte contre le trachome en vue d'éliminer le trachome cécitant.

La stratégie avalisée par l'Organisation mondiale de la Santé pour lutter contre le trachome, connue sous le sigle « CHANCE » est une approche intégrée de prévention des nouvelles infections du trachome et de traitement des cas existants de trachome et du trichiasis. « CHANCE » est le sigle pour Chirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changement Environnemental (voir l'encadré 1.1). La stratégie CHANCE compte des interventions de chirurgie pour corriger le trichiasis, une distribution en masse d'antibiotiques pour diminuer la charge de l'infection, des activités d'éducation sanitaire pour renforcer l'hygiène personnelle et la propreté du visage ainsi que l'assainissement pour réduire la transmission. Mis en œuvre conjointement, ces quatre volets ont fait leurs preuves, réduisant la prévalence générale des signes cliniques du trachome. Une évaluation sur l'impact de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE intégrale a été réalisée au Soudan du Sud et a démontré des réductions de signes de trachome chez des enfants allant jusqu'à

**Les risques du trachome divergent par les rôles des genres**

Pendant leurs vies, les femmes passent plus de temps avec des enfants que les hommes. Puisque les enfants en bas âge sont les réservoirs de l'infection, le contact avec eux peut avoir comme conséquence une infection de trachome plus fréquente. Les femmes sont placées à un plus gros risque pour des infections de trachome et la cécité suivante. Bien que les hommes et les femmes puissent développer le trichiasis, la chance du trichiasis est plus grande parmi des femmes que des hommes.



Le Centre Carter/Graphique réalisé par Alan Granberg

Figure 1.4. Etapes de la vie et trachome dans l'optique du genre.

90%. En 2008, le Ghana a fait une évaluation nationale des zones d'endémicité du trachome démontrant des réductions de la prévalence du TF et du TT nettement en dessous des seuils d'intervention fixés par l'OMS. Le Maroc et le Niger ont également fait un grand pas en avant dans leur combat pour éliminer le trachome en tant que problème de santé publique.

**Encadré 1.2**  
**La différence entre genre et sexe**

- **Sexe** est le terme utilisé pour faire la différence entre les hommes et les femmes sur la base de leurs caractéristiques biologiques.
- **Le genre** se rapporte aux caractéristiques acquises socialement qui distinguent entre les hommes et garçons et les femmes et filles.

**Le rôle du genre**

Le genre dans la plupart des cultures est l'aune qui sert à définir les rôles, attentes et comportements sociaux (voir l'encadré 1.2). Les rôles liés au genre divergent grandement d'un pays et d'une région à l'autre, et cette diversité n'est certes pas confinée aux tribus, aux zones urbaines-rurales et aux groupes socio-économiques. Dans le contexte de cette diversité, certaines généralisations des rôles des genres guident notre approche au renforcement des initiatives de santé publique. Par exemple, dans certaines sociétés paternalistes de l'Afrique, ce sont les hommes qui sont le gagne-pain de la famille alors que les femmes s'occupent des tâches ménagères et des enfants et, de plus en plus, des travaux des champs.

## Activités spécifiques au genre

Dans les sociétés paternalistes, les femmes sont souvent responsables de la majorité des tâches ménagères. Cela ne veut pas forcément dire que les femmes sont confinées au foyer, cela concerne davantage le rôle que jouent les femmes dans l'accomplissement de diverses tâches, qu'il s'agisse de faire la cuisine, d'aller chercher l'eau et le bois de feu, de nettoyer la concession de la famille, de s'occuper des enfants et de soigner les membres de la famille qui sont malades. Dans certaines régions, les tâches ménagères exposent les femmes à un risque accru de contracter des maladies. Par exemple, la préparation de la nourriture à l'intérieur de la maison dans un brasero à feu libre sans bonne ventilation est liée à des niveaux excessifs de polluants atmosphères. Ce sont également les femmes qui prodiguent les soins aux malades, les exposant ainsi davantage aux microbes que les hommes. Entourée d'enfants, la mère est bien susceptible de contracter des infections infantiles courantes comme le trachome.

Lorsque la charge du "travail de la femme" devient trop lourde pour une seule femme adulte dans le foyer, les jeunes filles et les femmes plus âgées « donnent un coup de main » et ainsi elles sont exposées jeunes filles déjà, générations après générations, aux mêmes risques de santé que leur mère. Ce type de travail étant limité et confiné à

leur maison ou à leur village, il devient soit dangereux ou interdit pour elles de sortir de ces confins. Et une femme qui se déplace rarement en dehors de la communauté aura un accès plus limité aux services de soins de santé et, partant, elle aura probablement moins confiance dans les gens et les organisations de l'extérieur.



*Une femme du Soudan.*

## Prise de décisions économiques

Dans les contextes aux modiques ressources, la dépendance financière des femmes face aux hommes a de nombreuses conséquences. Les maladies qui défigurent ou invalident les femmes, comme le trichiasis, la lèpre, la filariose lymphatique ou la difformité et l'infirmité, lui laissent entrevoir peu de chances de mariage. Aussi devient-elle très vite un fardeau pour sa famille ou risque d'être abandonnée par son mari si elle devient infirme après le mariage. Souvent, les femmes feront tout ce

### *Exemple de cas 1.1*

#### *Prise de décisions dans une famille en Ethiopie*

Dans ce village de l'Ethiopie, la famille Anteneh a bien du mal à joindre les deux bouts avec leur maigre récolte. Le mari et la femme, Wolde et Seratu, ont quatre enfants. Certes, ils ont encouragé leurs enfants à aller à l'école primaire mais les deux filles aînées, Sirgut et Tisgit, restent à la maison pour aider leur mère à chercher l'eau et le bois de feu, à s'occuper des animaux, à veiller sur les plus jeunes et à travailler dans les champs. Le fils aîné, Abebe, a quitté la famille il y a deux ans pour aller vivre dans la ville voisine. Il revient aider la famille lors des saisons où les travaux agricoles se font plus intenses. C'est le père qui contrôle les maigres ressources financières de la famille et qui décide des dépenses. C'est lui aussi qui prend les décisions concernant la location des terres, les réparations de la maison et la participation aux projets communautaires. Sa femme doit s'occuper de la maison et de la famille. Avec le peu d'argent qu'elle reçoit de son mari, elle prépare les repas, soigne les enfants malades et aide les personnes âgées de la famille. Alors que Seratu contribue pourtant énormément à la stabilité économique et sociale du ménage, elle doit demander l'autorisation à son mari avant de pouvoir dépenser l'argent, de sortir de la communauté ou de participer à d'autres activités.

*Une femme nigérienne qui vend de la nourriture pour gagner un peu d'argent.*



qui est leur pouvoir pour dissimuler leur infirmité ou trouveront divers subterfuges pour maintenir la stabilité au sein de leur famille tout en remettant à plus tard les soins médicaux. Dans bien des cas, elles devront décider quand c'est le bon moment de demander de l'argent et feront passer les besoins des hommes et des enfants avant les leurs. Lorsque les ressources financières sont insuffisantes, le peu dont on dispose est souvent utilisé pour les garçons avant les filles, ce qui réduit encore l'accès aux soins de santé pour les filles et les jeunes femmes.

## La puissance des femmes de changer l'ordre des choses

Certes, facile d'arriver aux généralisations à propos de la condition de la femme dans des sociétés paternalistes, et pourtant les relations entre les genres sont bien plus nuancées et complexes. Dans une société quelle qu'elle soit, la division du travail entre les hommes et les femmes a évolué avec le temps pour faciliter la survie et la stabilité économique. Un homme et une femme, pris individuellement, existent dans les limites de leurs représentations sociales, mais ils ne sont pas régis uniformément par ces notions. Les caractéristiques féminines et masculines sont généralement acceptées par les deux sexes dans une culture comme étant normales. Les structures sociales sont le cadre de référence d'un comportement acceptable qui définit les attentes culturelles. Tant les hommes que les femmes peuvent réaliser des changements dans leur foyer et leur communauté mais par contre, les moyens dont ils

disposent pour procéder à de tels changements varient grandement d'une personne à une autre. La capacité dépend non seulement du genre mais aussi de l'âge, de la situation économique et de l'histoire familiale (en plus d'autres mesures du statut et de l'accès). En règle générale, les femmes dans les contextes aux ressources limitées ont un accès plus limité que les hommes à l'éducation et participent moins aux décisions de la communauté locale. Leur autonomie individuelle est limitée par leurs responsabilités familiales. Une telle caractérisation dévalorise pourtant les nombreux mécanismes qu'emploient les femmes pour s'engager dans la vie de leur communauté, des collectivités locales et des marchés. Les femmes sont souvent représentées comme des membres passifs de la société alors qu'en réalité elles sont des participantes actives dans leurs communautés qui consacrent le changement à l'aide de leurs propres mécanismes et améliorent le bien-être de leur famille et de leur ménage. L'exemple de cas 1.1 montre le rôle du genre dans les délibérations dans une famille éthiopienne.

## Objectifs du Millénaire pour le développement et genre

Lorsque les Nations Unies ont adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000, des cibles formelles ont été définies dans les domaines de la santé publique, de l'éducation et du développement économique et l'équité entre les genres a été institutionnalisée. Les OMD sont un cadre de référence utile pour envisager l'impact du genre sur l'accès aux services de santé et aux possibilités éducatives et économiques. La moitié des OMD sont liés directement à une mise en œuvre de la stratégie CHANCE qui place les deux sexes sur un pied d'égalité. La conception et la réalisation de programmes se rapportant spécifiquement aux besoins de la femme permet de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme (OMD 3), de réduire la mortalité infantile (OMD4), d'améliorer la santé maternelle (OMD 5) et de préserver l'environnement (OMD 7).

Le trachome cécitant ne pourra être éliminé que si la stratégie CHANCE est mise en œuvre dans l'optique de l'équité entre les genres. Les programmes de lutte contre le trachome doivent saisir toutes les possibilités formelles et informelles d'innovations qui se rapportent spécifiquement aux hommes et aux femmes. Des programmes équitables envers les deux sexes permettront de réduire l'exposition aux facteurs risques, d'élargir l'accès aux services de santé préventive et curative et de renforcer les capacités locales pour maintenir des réductions dans la prévalence du trachome.

### Encadré 1.3

#### *Équité entre les genres et Objectifs du Millénaire pour le développement*

Quatre des huit objectifs du Millénaire pour le développement comportent un volet lié au genre :

Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

**Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation chez les femmes**

**Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile**

**Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle**

Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

**Objectif 7 : Préserver l'environnement**

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

## Lectures proposées

Commission on Social Development (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Genève. Organisation mondiale de la Santé. *Ce document, mis au point par l'OMS, présente les défis liés à une prestation de soins de santé équitable au niveau mondial. Une approche holistique est utilisée pour comprendre la gamme de facteurs qui déterminent l'accès.*

Congdon N, West S, Vitale S, Katala S, Mmbaga BBO. Exposure to children and risk of active trachoma in Tanzanian women. *American Journal of Epidemiology*. 1993;137:366-72. *Les femmes assumant leur rôle de mères et soignant leurs enfants sont plus susceptibles de contracter un trachome actif. Ce document présente divers faits expliquant comment les rôles et les responsabilités des femmes contribuent au risque excessif qu'elles courent de souffrir du trachome.*

Courtright P & West SK. Contribution of sex-linked biology and gender roles to disparities with trachoma. *Emerging Infectious Diseases* 2004;10:2012-6. *Cet article se penche sur la base de données traitant de la disparité entre les genres sur le plan du trachome cécitant. Les données indiquent que l'exposition aux facteurs risques du trachome est associée au genre.*

Emerson PM, Burton M, Solomon AW, Bailey R, Mabey D. The SAFE strategy for trachoma control: using operational research for policy, planning and implementation. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 2006;84:613-9. *Cet article passe en revue les données probantes de la recherche opérationnelle qui ont mené à l'adoption de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome.*

Frick KD, Basilion EV, Hanson CL, Colchero MA. Estimating the burden and economic impact of trachomatous visual loss. *Ophthalmic Epidemiology*. 2003;10:121-32. *Utilisant des données provenant des enquêtes sur le trachome, les auteurs estiment la perte de productivité imputable à la cécité liée au trachome (2,9 milliards de dollars) et les années de vie corrigées du facteur invalidité suite à la perte de vision imputable au trachome (39 millions d'AVCI).*

Geneau R., Lewallen S, et al. The social and family dynamics behind the uptake of cataract surgery: findings from Kilimanjaro region, Tanzania. *British Journal of Ophthalmology* 2005; 89: 1399-1402. *Bien qu'il traite de la chirurgie de la cataracte, ce document fait une description détaillée des divers facteurs sociaux, surtout au sein des ménages, qui influent de tout leur poids sur l'utilisation des services de soins oculaires.*

Mariotti SP, Pararajasegaram R, Resnikoff S. Trachoma: looking forward to global elimination of trachoma by 2020 (GET 2020). *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene* 2003;69 (suppl 5);33-35. *Cet article récapitule les réussites et les défis de l'effort mondial en vue d'éliminer le trachome.*

Melese M, Alemayehu W, Friedlander E, Courtright P. Indirect costs associated with accessing eye care services as a barrier to service use in Ethiopia. *Tropical Medicine & International Health* 2004;9:426-31. *Utilisant des données à base de population, cet article traite de certaines différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la fréquentation des services et les raisons de ne pas utiliser les services chirurgicaux (aussi bien pour la cataracte que le trichiasis).*

Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, Mariotti SP. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 2004;82:844-852. *Les données des enquêtes de population dans le monde entier ont été utilisées pour formuler des estimations sur la charge globale de pertes de vision ainsi que les causes, y compris le trachome.*

West SK, Munoz B, Mkocho H, Hsieh YH, Lynch MC. Progression of active trachoma to scarring in a cohort of Tanzanian children. *Ophthalmic Epidemiology* 2001;8:137-44. *Dans cette cohorte de sept ans d'enfants, l'incidence de la cicatrisation a été associée indépendamment avec un trachome constant sévère, l'âge et le sexe féminin indiquant qu'ils ont des réponses de hôte différentes à l'infection et qu'ils représentent un sous-groupe à haut risque.*

Zerihun N. Impact of trachoma among rural Ethiopian women: An occupational health issue. *Revue Internationale du Trachome et du Pathologie Oculaire Tropicale et Subtropicale et de Sante Publique*. 1998;143-149. *Ce document étaye l'interaction entre le genre et le trachome, dans l'optique des femmes éthiopiennes rurales.*



*Deux jeunes filles éthiopiennes.*

# 2 ÉQUITÉ ENTRE LES GENRES ET MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME CHIRURGICAL



## Introduction : genre et chirurgie

Ces vingt dernières années, la lutte contre le trachome a permis de réduire très nettement le trachome cécitant. Tempo qu'il est important de maintenir pour continuer à faire reculer l'infection et les nouveaux défis doivent donc être relevés avec le même enthousiasme et les mêmes ressources que lorsque le combat a commencé. Nous devons appliquer notre connaissance des facteurs risques spécifiques au genre pour mettre au point de nouvelles approches programmatiques à la lutte contre le trachome pour prévenir les nouvelles infections et réduire l'incidence du trichiasis.

La chirurgie du trichiasis est une intervention qui apporte un soulagement quasi immédiat aux gens vivant avec le trichiasis, améliorant la qualité de la vie et leur permettant de participer aux activités quotidiennes de leur ménage. Certes, les deux sexes sont frappés par le trachome cécitant et pourtant ce sont les femmes qui souffrent de manière disproportionnée du trichiasis. Les programmes de lutte contre le trachome devraient s'assurer que l'accès à la chirurgie est disponible pour tous ceux souffrant du trichiasis, que ce soit des hommes, des femmes, des groupes ethniques minoritaires, des communautés reculées, des nomades ou groupes vivant à la marge de la société. L'accès équitable à la chirurgie entre les hommes, les femmes et les enfants ne deviendra possible que si les responsables de programmes mettent sur pied des interventions chirurgicales qui tiennent compte de l'impact du genre sur la participation chirurgicale individuelle, la mobilisation communautaire et la prévention de la récurrence. Les objectifs d'élimination ne pourront être atteints que si les programmes de lutte contre le trachome ciblent les femmes pour la chirurgie du trichiasis.

Ce chapitre présente les données probantes qui viennent étayer une prestation chirurgicale tenant spécifiquement compte des besoins de la femme, des stratégies en vue de mettre en œuvre un programme chirurgical équitable sous l'angle du genre et des recommandations pour suivre et évaluer la performance programmatique en fonction des indicateurs liés au genre. L'exemple de cas 2.1 présente les histoires de deux filles qui ont bénéficié de la chirurgie.

*Une femme éthiopienne montre les pinces qu'elle utilise pour l'épilation.*

## Planification et mise en œuvre du programme chirurgical

Les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommandent que les programmes nationaux de lutte contre le trachome évaluent la prévalence du trichiasis chez les adultes âgés de 15 ans et plus dans le cadre d'enquêtes au niveau district. Si la prévalence du trichiasis dépasse 1% dans la population entière, l'intervention chirurgicale se justifie. Les données sur la prévalence ne sont pas utilisées actuellement pour planifier des interventions chirurgicales selon les sexes. Portant, le sexe et l'âge des participants des enquêtes soient généralement collectés lors des enquêtes sur la prévalence du trachome. Les programmes nationaux peuvent donc utiliser ces données, sans devoir faire des enquêtes supplémentaires, pour renforcer les programmes d'interventions chirurgicales, fixer des objectifs par sexe et formuler des outils d'éducation sanitaire pour attirer les sous-groupes les plus touchés de la population.



## Barrières à la chirurgie

On connaît bien les conséquences sociales de l'infirmité : une autonomie moindre, une estime de soi-même ébranlée, le peu de participation aux activités communautaires et le manque de pouvoir décisionnel au sein du ménage. Le trichiasis est une maladie invalidante même si un patient ou une patiente peut compter sur un solide réseau familial pour l'aider dans ses activités quotidiennes. Les patients du trichiasis sont isolés par

leur maladie. Dans pratiquement tous les contextes où le trachome est endémique, les raisons de ne pas utiliser les services chirurgicaux du trichiasis varient entre les hommes et les femmes alors que certaines caractéristiques se rapportant aux responsabilités et rôles sociaux complexes ont par contre toutes les chances d'être plus communes.

S'ils souhaitent voir grossir le rang des patients venant se présenter à l'intervention chirurgicale, les planificateurs

### Exemple de cas 2.1 Trichiasis chez les filles

#### Nyakier Mabor Gai : Soudan du Sud

« Mon nom, Nyakier, signifie 'celle qui est née en traversant le Nil'. Je suis née loin de chez moi dans l'état Unity quand ma mère a traversé le Nil pour se faire soigner car elle souffrait du trichiasis. Je ne connais pas mon âge exact mais ma mère pense que je dois avoir 8 ans. Elle est la première des quatre femmes de mon père et elle cultive la terre pour me nourrir, moi et mes 7 frères et sœurs. Mon père a un petit commerce dans une autre ville et je ne le vois pas souvent.



*Nyakier avant (à gauche) son opération du trichiasis. En voie de récupérer, elle a noté une nette amélioration juste quelques semaines après l'opération (à droite).*

Il y a quelques années mes yeux ont commencé à me faire souffrir. Des larmes en coulaient et ils étaient sensibles à la fumée et à la lumière. Les cils ont commencé à toucher les yeux il y a six mois. Je ne pouvais plus ouvrir les yeux dans la lumière du soleil et je restais donc assise à l'ombre alors que mes amis couraient dehors à s'amuser. Tout ce que je pouvais faire, c'était d'écraser et de piller les céréales pour ma mère. J'étais devenue pratiquement aveugle. Aucun de mes amis ou ni personne dans ma famille ne savait que faire de cette terrible douleur dans mes yeux. Ma mère priait que je puisse recevoir une attention médicale et moi je ne pouvais que pleurer devant le triste destin qui m'était réservé.

Maintenant depuis mon opération, je dis à tous ceux que je vois souffrir du trichiasis qu'ils devraient aller au centre de santé et obtenir de l'aide. Maintenant que je peux voir, j'ai dit à ma famille que je voulais aller à l'école et réussir dans la vie. Ma mère souhaite construire une meilleure maison pour nous près de la ville pour que je puisse aller à l'école avec mes frères et sœurs. Je veux servir d'exemple à ceux qui souffrent du trachome pour leur montrer qu'ils peuvent eux aussi se faire soigner et mener une vie heureuse. »

#### Hadiza Adamou : Niger

En attendant d'être examinée avant son opération du trichiasis, la jeune Hadiza Adamou de 15 ans se rappelle de son combat avec le trichiasis. Hadiza souffrait du trichiasis depuis toute jeune. Sa sœur Zara de 20 ans pensait que quelqu'un avait jeté un sort à Hadiza la faisant ainsi souffrir du trichiasis. Sa famille a payé un magicien pour qu'il retire le sort mais sa magie n'a pas eu d'effet sur sa souffrance. Vu que la première tentative était revenue tellement chère, la famille d'Hadiza n'a plus rien fait d'autre pour traiter son trichiasis.

Il y a plusieurs années de cela, la mère d'Hadiza est morte, laissant sa sœur Zara en charge de la famille. Sa sœur disait en ce temps là combien Hadiza « était un fardeau lourd à porter pour la famille » car « cela prenait tellement de temps de s'occuper d'elle et elle ne pouvait pas aller à l'école ou aider à la maison. » Sa famille attendait qu'elle soit indépendante, mais il y avait peu d'espoir pour son avenir.

Zara indique que la famille surtout le père soutenait entièrement la chirurgie de sa sœur. Ils craignaient tous que si sa vision ne s'améliorait pas, « il faudra chercher un homme âgé qui souhaite une deuxième ou troisième épouse pour avoir des enfants. »

Les histoires de Nyakier et Hadiza ressemblent à celles d'autres jeunes femmes dans des pays où le trachome est endémique. Privées de l'accès aux services médicaux, elles espèrent pourtant un meilleur avenir après l'opération. Il est important de communiquer les avantages de l'opération du trichiasis à la famille entière, surtout au père pour qu'un nombre croissant de filles viennent se faire opérer.

**Tableau 2.1**  
Types de coûts d'opportunité pour les patients du trichiasis

<b>Transport :</b>	La personne qui se fait opérer a besoin d'un autre membre de la famille pour l'accompagner et ensuite pour faire son travail pendant qu'elle se remet. Sa contribution à l'économie du ménage est perdue pendant ce temps. Par ailleurs, le fait de parcourir de longues distances pour avoir accès aux services (ou arriver à d'autres moyens de transport) cause d'autres coûts comme le temps et la fatigue.
<b>Soin de l'enfant :</b>	Les patients ont besoin d'aide de leur famille et des communautés pour se déplacer et rester dans le service (ou dans le camp) d'opération du trichiasis. Il leur faut trouver quelqu'un qui s'occupe des enfants. Ce sont des coûts indirects absorbés par la communauté qui seront repayés plus tard « à charge de revanche » dans le réseau social.  Ce sont souvent des coûts de capital social assumés par des femmes qui demandent une assistance pour les soins de l'enfant et autres responsabilités au sein de la communauté.
<b>Tâches ménagères :</b>	Les femmes ne peuvent plus s'occuper de leur tâches quotidiennes, comme aller chercher de l'eau et du bois de feu, faire la cuisine, donner à manger aux poules pendant qu'elles sont absentes de chez elles. Si un homme de la famille doit les accompagner, le soutien social pour l'opération risque de diminuer au sein de la famille. Les femmes ont tendance à considérer que leurs responsabilités familiales sont plus importantes que leur propre santé, et ne sont pas toujours prêtes à se défaire pour un temps de ces responsabilités.  Confier leurs responsabilités aux enfants plus âgés est également difficile car cela demande souvent que leurs filles restent à la maison alors qu'elles pourraient aller à l'école.

Les coûts monétaires ne représentent pas les seules dépenses pour une personne qui souhaite se faire opérer. Dans certains cas, la perte de la productivité économique et de la contribution à la main-d'œuvre familiale peut être encore plus lourde que les coûts monétaires. Dans le langage des économistes, c'est ce qu'on appelle « les coûts d'opportunité ». Un coût d'opportunité est la valeur de l'activité alternative qui est perdue, une fois prise la décision de passer son temps à faire autre chose. Par exemple, si une femme vient consulter pour l'intervention chirurgicale, son coût d'opportunité est la valeur de son temps et de son travail eût-elle passé sa journée à la place à s'occuper de sa famille ou à faire d'autres travaux ménagers. Le tableau 2.1 présente les divers types de coûts pour les patients du trichiasis.

Lorsque les programmes examinent l'accessibilité d'un service de santé, les coûts (tant coûts monétaires que coûts d'opportunité) ne sont pas assumés par le patient seul. Ces coûts s'étendent souvent aux autres membres de la famille ou du ménage. En effet, non seulement le patient passera du temps et de l'énergie à se faire opérer mais sa famille doit compenser pour son absence et sa récupération après l'opération. Une

des programmes doivent commencer par se poser la question suivante : « Pourquoi les patients ne viennent-ils pas se faire opérer ? » Et la réponse à cette question demande qu'on comprenne les coûts économiques, les facteurs sociaux et les obstacles du système de santé qui entravent une prestation chirurgicale réussie.

### Barrières économiques et sociales

Les patients du trichiasis doivent assumer des coûts considérables pour se faire opérer. Ces dépenses ne se limitent d'ailleurs pas aux coûts monétaires, par exemple, pour payer les soins médicaux et les frais de transport. Nombreux sont les coûts et, pour les patients du trichiasis qui vivent déjà dans la pauvreté, l'obstacle qui se dresse ainsi les dissuade de venir obtenir un traitement. Ce sont surtout les femmes souffrant du trichiasis qui risquent de ne pas avoir leurs propres ressources financières ou de ne pas pouvoir puiser dans le revenu familial pour payer les soins médicaux.

femme aura souvent besoin d'une assistance supplémentaire de la part d'un membre de la famille pour avoir accès aux services chirurgicaux. Si l'intervention est pratiquée trop loin, les patients ne pourront pas se déplacer jusqu'à cet endroit. Si l'effort que doit faire la famille est trop grand, le patient ne viendra pas se faire opérer même si le programme pense qu'il offre « un accès à une chirurgie gratuite » parce qu'il ne fait pas payer pour l'opération elle-même. Voir l'encadré 2.1 pour une liste des barrières à la chirurgie.

L'absence d'un membre de la famille qui obtient un traitement médical entraîne des coûts indirects pour le reste de la famille. Difficile d'assigner une valeur en dollar aux contributions de chaque membre de la famille et pourtant, le temps perdu et les tâches ménagères qui restent en plan reviennent chers pour ceux qui vivent déjà aux marges économiques de la société (voir l'exemple de cas 2.2).

### Encadré 2.1 Barrières à la chirurgie, liées au genre

#### Hommes :

- Travail saisonnier comme l'agriculture et le jardinage
- Activités liées à l'élevage
- Déplacement pour se rendre aux marchés, possibilités de travail en dehors du village

#### Femmes :

- Peu de pouvoir décisionnel au sein de la famille
- Manque de soutien social pour avoir accès à la chirurgie
- Incapacité de se déplacer sans accompagnant
- Manque d'expérience en ce qui concerne les déplacements à l'extérieur du village
- Tâches ménagères quotidiennes — s'occuper des enfants, faire la cuisine et nettoyer
- Chercher de l'eau et du bois de feu
- Agriculture
- Activités de marché (vendre de la nourriture, de l'huile, etc.)

### Encadré 2.2 Les obstacles rencontrés par ceux qui veulent prendre part à la campagne du trichiasis, Soudan du Sud

Transport au camp	1 journée de marche
Dépistage et enregistrement	1 journée d'attente pour se faire inscrire
Opération	2 journées d'attente pour se faire opérer
Observation postopératoire	2 jours
Déplacement pour rentrer chez soi	1 journée de marche
Repas manqués	1-3 par jour
Tâches ménagères	1 semaine de travail

## Facteurs individuels

Encourager et susciter la participation à la chirurgie du trichiasis relève d'une démarche éducative. En général, les patients sont nerveux et inquiets à l'idée d'une intervention invasive qu'ils ne connaissent pas. Les patients du trichiasis s'équipent de mécanismes de survie pour prendre en charge leur état et fonctionner avec les limitations de leur infirmité. Si un patient du trichiasis peut s'en tirer et s'adapter suffisamment à la situation



### Exemple de cas 2.2 L'histoire du mari et comment l'opération du trichiasis a profité à toute la famille

Accompagné par sa femme, Nyaguon, Yuol Makeui s'est rendu à Akobo, dans le Soudan du Sud pour la chirurgie du trichiasis. Yuol, petit agriculteur de 41 ans souffre depuis cinq ans du trichiasis. Il a vu rapidement diminuer la qualité de sa vie et n'arrive plus à subvenir aux besoins de sa famille depuis son trachome cécitant. C'est sa femme qui doit tout faire, elle cultive les champs, cherche l'eau et s'occupe de toute la famille. Pour le moment, ses enfants adolescents doivent rester à la maison pour aider la mère mais sous peu, ils partiront pour fonder leurs propres familles.

Après que les agents de santé sont venus au village pour annoncer la présence du camp chirurgical, Yuol et sa femme ont marché pendant toute une journée pour se rendre à Akobo. Yuol a pu se faire opérer gratuitement après avoir passé quatre journées à attendre dans l'hôpital d'Akobo. Sa femme Nyaguon a également des problèmes des yeux mais son état est inopérable. Elle craint de devenir un jour un fardeau pour son mari et sa famille. Heureusement que la chirurgie du trichiasis chez Yuol a déjà commencé à améliorer sa vision. Yuol espère à présent qu'après son rétablissement, lui et sa femme pourront à nouveau partager leurs tâches.

pour réaliser les tâches ordinaires, le risque de perdre sa capacité limitée suite à un échec de l'opération suffira probablement pour le décourager de venir.

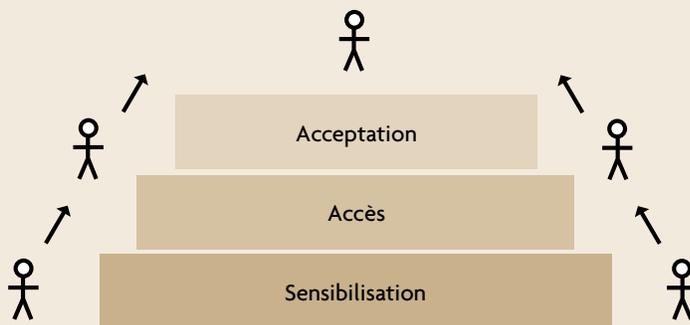
Un groupe de personnes vivant avec le trichiasis ont été interviewés en Gambie pour déterminer quelles étaient les raisons pour lesquelles elles ne venaient pas se faire opérer. Certaines personnes ont répondu qu'elles ne pensaient pas que leur état était suffisamment grave pour exiger un traitement, d'autres avaient fait de mauvaises expériences avec les services médicaux et d'autres encore ont avancé la peur, la préférence pour l'épilation ou le traitement traditionnel, l'opposition de la famille, les coûts d'opportunité élevés, le manque d'un accompagnant et le manque d'information sur l'intervention chirurgicale ou l'accès aux services.

**Tableau 2.2**  
**Surmonter son angoisse à propos de la chirurgie du trichiasis**



*Le suivi après la chirurgie du trichiasis peut être organisé au ménage du patient.*

<b>Facteurs contribuant à l'angoisse</b>	<b>Comment surmonter le problème</b>
Crainte de l'inconnu	Témoignage positif de gens du même âge/sexe, soit en personne ou à la radio  Permettre aux amis de venir se faire opérer ensemble car la participation en groupe avec des gens du même âge diminue les craintes individuelles.
Des instruments médicaux qui sont peu familiers et intimidants	Utiliser un personnel/système médical auquel les gens font confiance
Manque d'informations exactes sur la chirurgie	Utiliser les conseils préopératoires pour éduquer le patient et l'accompagnant
Crainte que l'opération soit douloureuse	Encourager un ami ou un membre de la famille à accompagner le patient pour le soutenir
Crainte que le trichiasis revienne	Expliquer au patient qu'un suivi est fait du résultat chirurgical
Personnel de santé qui n'est pas perçu comme étant amical ou soucieux du bien-être du patient	Conseils donnés individuellement avant et après l'opération  Offrir un déjeuner aux patients et à leurs guides



**Sensibilisation :** Ceux qui souffrent du trichiasis sont informés de l'existence de services pour leur état. Les membres de la famille savent que le trichiasis peut être traité et que nombreux sont les avantages dans le long terme pour la productivité et le statut social. Les dirigeants prennent connaissance de l'impact indirect d'avoir moins de gens aveugles dans la communauté et ils aident les programmes à atteindre les patients.

**Accès :** Les barrières à l'accès sont levées pour que les patients puissent se déplacer et se rendre dans les endroits où l'opération est effectuée. Ils peuvent laisser leur famille et la communauté les soutenir dans la décision d'obtenir le traitement. Il s'agit de diminuer le temps, la distance et les coûts de la participation, de se déplacer en groupes (avec des personnes du même âge) et de dispenser une éducation sanitaire ciblée pour augmenter les connaissances.

**Acceptation :** Les patients reconnaissent leur capacité à obtenir des services et un traitement. Ils surmontent la crainte de l'opération, se sentent à l'aise avec les risques et savent que la communauté et leur famille viennent soutenir leur traitement et rétablissement.

**Figure 2.1.** *Modèle d'acceptation pour la mobilisation communautaire.*

Une fois que les planificateurs du programme comprennent pourquoi les patients ne veulent pas ou ne peuvent pas venir se faire opérer, ils doivent se poser la question suivante : « Que faut-il mettre en place pour permettre aux gens de consulter les services chirurgicaux ? » Le tableau 2.2 fournit des exemples pour aider les patients à surmonter leur angoisse. Au niveau communautaire, les responsables des programmes peuvent se pencher sur les défis sociaux et culturels entourant la chirurgie du trichiasis en utilisant le modèle présenté en figure 2.1.

Outre l'examen des barrières communautaires et sociales à l'utilisation du service, le programme devrait également examiner le système de santé pour retenir toutes les possibilités de participation. En dernière analyse, si les patients du trichiasis ne viennent pas se présenter à l'intervention chirurgicale, c'est un indicateur montrant que le système de santé ne

réussit pas à atteindre la population. Il entre tant dans le rôle que dans la responsabilité du système de santé et de son personnel de comprendre les barrières, qu'elles soient d'ordre structurel ou socioculturel, et ensuite d'adapter le programme d'intervention chirurgicale, pour qu'il puisse relever ces défis. Utilisant le même modèle pyramidal, le développement et renforcement du système de santé peut être compris sur les plans suivants :

- **Sensibilisation** : Le personnel du système de santé et les partenaires reconnaissent la nécessité de se responsabiliser et de répondre aux besoins des patients.
- **Accès** : Le système de santé diminue les barrières structurelles à l'accès en offrant des chirurgies gratuites, en organisant des moyens de transport, en planifiant les interventions chirurgicales à des heures de la journée et à des moments de l'année auxquels les participants peuvent venir et en mettant sur pied des campagnes de chirurgie mobiles. Il est également important de former et d'équiper les opérateurs dans les communautés d'endémicité pour le traitement routinier et le suivi des cas de trichiasis.
- **Acceptation** : Interaction au niveau communautaire grâce à l'engagement avec les dirigeants communautaires et l'apport d'information et de conseils avant et après l'opération.

### Calendriers saisonniers et journaliers

Tant pour les femmes que pour les hommes, le coût et l'absence du travail peuvent varier selon les saisons. Les programmes de lutte contre le trachome doivent faire preuve d'imagination et trouver diverses solutions pour que toutes les personnes souffrant de trichiasis puissent obtenir les soins nécessaires. Impératif que les programmes organisent les interventions chirurgicales aux moments où les patients peuvent venir consulter. En effet, la participation sera probablement plus élevée si on prévoit les interventions pendant la bonne saison.

### Solutions à base communautaire pour améliorer l'accès à la chirurgie

- **Participation de tous à la prise de décision**. L'éducation sanitaire et la mobilisation communautaire doivent cibler les belles-mères, les pères, les maris et les dirigeants communautaires et religieux.

Souvent, il faut diriger les activités éducatives vers les hommes si on veut atteindre les femmes. Le programme chirurgical doit présenter l'intervention comme un acte bénéficiant à tous pas seulement à la personne qui sera opérée.

- **Utilisation de volontaires communautaires, animateurs, agents de développement et personnel enseignant**. Les encourager à trouver les personnes souffrant de trichiasis, puis à les informer et les recruter dans leur village avant que ne soit déployée la campagne chirurgicale.
- **Reconnaissance des barrières entravant la participation**. Les femmes se plaignent-elles de ne pas pouvoir participer à cause de leurs tâches ménagères ? Utiliser les groupes féminins, les groupes de jeunes ou les groupes d'écoute à la radio pour offrir de les aider à faire les travaux ménagers, à s'occuper de leurs enfants ou à travailler les champs. Encourager les communautés à organiser des crèches pour les enfants du village. Cette aide sera donnée gratuitement et la réciproque sera offerte si le cas se présente.
- **Campagnes chirurgicales dans les communautés ciblées ou au voisinage**. Cela diminue les barrières au niveau des transports et du temps.
- **Possibilités de suivi**. Nommer des membres communautaires ou agents d'extension qui aideront les patients connaissant des complications. Ces personnes seront ainsi envoyées vers le centre de santé le plus proche pour y recevoir un suivi.



Infirmière ophtalmologue au Soudan.

■ **Encourager les patients du TT à se présenter en groupe.** Participation en groupe venant d'un village natal car cela aide à venir à bout des craintes et supprime le temps de déplacement.

### **Approches à la prestation chirurgicale : dans un établissement de santé ou dans le cadre d'une campagne**

Les programmes de lutte contre le trachome utilisent généralement une combinaison d'approches fixes dans les établissements de santé et style campagne. Les chirurgies du trichiasis dans un établissement de santé sont réalisées dans le cadre des procédures routinières des centres de santé, dispensaires ou postes de santé. Dans le cadre de cette approche, le recrutement est passif, soit la personne se présente d'elle-même ou elle est envoyée par un agent de santé local. Le résultat chirurgical dépend de la présence d'un personnel médical qualifié, de la disponibilité de fournitures et d'équipement et d'une bonne supervision.

Face à un grand nombre de cas de trichiasis en attente pour la chirurgie, les programmes nationaux de lutte contre le trachome déploient souvent des campagnes chirurgicales pour augmenter le nombre de chirurgies pouvant être réalisées. Des campagnes chirurgicales peuvent être organisées dans les établissements de santé, dans les écoles ou autres endroits possibles et elles durent généralement entre une ou deux semaines. Il est important d'informer à l'avance les communautés locales de l'heure et de l'emplacement de la campagne. Des activités d'éducation sanitaire et de mobilisation sociale seront réalisées pour s'assurer que les personnes souffrant de trichiasis dans les communautés ciblées sont au courant du service qui sera fourni. Les programmes doivent s'assurer qu'ils disposent d'un nombre suffisant de chirurgiens, des produits nécessaires et de la présence d'un personnel de supervision. Le recrutement est énergique et souvent, de longues files de personnes viennent se présenter.

Les campagnes chirurgicales visent à atteindre les groupes « difficiles à atteindre » : femmes, enfants, minorité, groupes ethniques, communautés distantes et familles

#### **Encadré 2.3 Avantages d'une campagne chirurgicale**

- Chirurgie gratuite
- Présence de chirurgiens du trichiasis, hommes et femmes
- Plus d'occasions de donner des conseils et une éducation sanitaire
- Présence de multiples groupes ethniques parmi le personnel médical, les patients et les administrateurs (traduction disponible, approprié au contexte culturel)
- Possibilité pour les patients du trichiasis de voyager ensemble, réduit le nombre d'accompagnants de la communauté et diminue le sentiment d'isolement
- La participation à grande échelle augmente le soutien communautaire et s'assure l'engagement de la communauté
- Possibilités d'éducation sanitaire pour encourager la stratégie CHANCE

#### **Exemple de cas 2.3 Campagne chirurgicale : Perspective de l'agent de santé**



*Un chirurgien du trichiasis donne des conseils à une patiente dans l'état régional d'Amhara, Ethiopie.*

#### **Yemane Desta, chirurgien du trichiasis de l'état régional d'Amhara, Ethiopie**

“J’ai été formé avec un groupe de trente autres personnes à l’hôpital de Debre Markos et, après la certification, j’ai reçu un ensemble de nouveaux instruments chirurgicaux que je pourrais utiliser dans le bureau de santé du woreda. J’essaie dans la mesure du possible de réaliser des opérations routinières pour les gens du centre de santé du woreda mais ce n’est pas facile. J’ai d’autres responsabilités et tâches quotidiennes et si je veux faire une opération du trichiasis, je dois assembler tout le matériel et faire la préparation du patient moi-même. Parfois, je donne rendez-vous aux gens pour qu’ils viennent un autre jour, et je pense qu’ils doivent être déçus car ils ne reviennent pas. Je préfère à travailler dans le cadre des campagnes chirurgicales. Je rencontre mes anciens collègues et nous pouvons nous concentrer sur notre travail sans devoir s’occuper des autres aspects.

Nos formateurs s’assurent que les cas que nous devons opérer ne sont pas trop compliqués et les infirmiers préparent le matériel et conseillent les patients. Quelle satisfaction que de pouvoir simplement me concentrer sur les opérations avec mes collègues et de prodiguer un service à plusieurs centaines de personnes en l’espace d’une ou deux semaines. Quand s’achève une journée d’opérations, nous prenons plaisir à nos amis loin de chez nous et, nul doute, le paiement supplémentaire est également fort apprécié.

pauvres. La campagne a pour avantage que de multiples chirurgiens et personnel de soutien sont actifs en même temps. Contrairement à la chirurgie routinière faite dans un établissement, où seul un ou deux agents de santé sont présents, le contexte d'une campagne offre de bonnes possibilités d'éducation sanitaire en plus des conseils pouvant être donnés avant et après l'opération. Voir l'encadré 2.3 pour plus d'avantages des campagnes chirurgicales.

Souvent, les campagnes chirurgicales sont la formule préférée du personnel de santé. Les patients difficiles peuvent être pris en charge par des chirurgiens qui ont plus d'expérience et ceux moins compliqués peuvent être opérés par des chirurgiens avec moins d'expérience. Vu que les campagnes comptent un personnel de soutien supplémentaire, les chirurgiens peuvent se consacrer uniquement aux besoins des patients alors que d'autres personnes s'occupent des inscriptions, examens des yeux et de l'acuité visuelle et du suivi postopératoire. De plus, l'occasion ainsi donnée à des chirurgiens de divers niveaux de travailler ensemble est une riche opportunité pour le personnel de santé de partager les expériences, d'apprendre de nouvelles compétences avec tout le sens d'accomplissement que cela lui apporte. Une comparaison entre les approches au point de vue d'un agent de santé est présentée en exemple de cas 2.3.

Des outils d'éducation sanitaire peuvent être utilisés pour encourager les éventuels patients à assumer les risques et les coûts de la chirurgie. La chirurgie du trichiasis peut être fournie de manière conviviale « Ami du patient » grâce à de bons conseils et une meilleure organisation de l'intervention et du suivi.

## Conseils

Un grand nombre de patients du trichiasis qui ne sont pas au courant de l'acte chirurgical visant à rectifier le trichiasis risquent de ne pas avoir confiance dans le résultat. L'expérience précédente qu'une personne a eue des soins médicaux et son opinion de la chirurgie influent de tout leur poids sur son acceptation de se faire opérer. La crainte de l'intervention, le risque possible d'aggravation de la vision et la possibilité d'effets secondaires inconnus sont autant de facteurs contribuant à la perception que les éventuels effets indésirables de la chirurgie risquent d'être pires que le fait de vivre avec le trichiasis.

Comme pour toute autre intervention médicale, il est normal qu'un patient soit anxieux ou nerveux avant le traitement. Tous les programmes de lutte contre le trachome peuvent encore renforcer et améliorer les services de conseils avant et après l'opération pour les

patients, surtout les femmes et les enfants. Même si la chirurgie du trichiasis n'est pas une procédure compliquée ou longue, les patients sont généralement nerveux et anxieux avant l'opération.

## Conseils avant la chirurgie

Pendant l'évaluation, tous ceux donnant des conseils doivent laisser suffisamment de temps pour que les patients puissent poser des questions. Certes, il est important de faire passer les messages mais il est tout aussi important que cette séance de conseils soit perçue par le patient comme un moyen de répondre à ses propres préoccupations. Cette évaluation avant l'opération est la meilleure occasion pour une séance de conseils, axée sur les messages suivants :

- La chirurgie est le meilleur moyen de rectifier le problème.
- La chirurgie prend généralement entre 10 et 20 minutes par œil.
- Seule la paupière est opérée pas l'œil lui-même.
- Vous éprouvez une certaine douleur mais c'est peu de choses si vous comparez à la douleur des cils frottant sur le globe oculaire.
- Parfois, il faut à nouveau opérer quelques années plus tard.
- Expliquez le suivi routinier et la nécessité de revenir pour l'ablation des fils ou pour l'observation.
- La perte de vision qui a déjà eu lieu ne peut pas être rétabli mais on peut prévenir une perte de vision supplémentaire.

Certains patients auront d'autres affections oculaires, menant à une perte de vision, notamment la cataracte. Important lors de l'examen de faire l'évaluation de la cataracte et d'aiguiller le patient ou la patiente vers les services de chirurgie de la cataracte.

## Conseils après la chirurgie

Les messages après la chirurgie devront être portés sur les soins postopératoires et la prévention de la récurrence. Les conseils après l'intervention chirurgicale devront être axés sur les messages suivants :

- Décrire le but et le mode d'emploi des médicaments remis au patient ou à la patiente.
- Donner des recommandations pour soulager la douleur après l'opération.
- Il existe la possibilité d'une récurrence et il faut donc indiquer au patient ou à la patiente où ils peuvent se rendre dans un tel cas.



*Préparation d'un cas pédiatrique du trichiasis pour l'opération.*

- Encourager le patient à recommander l'intervention chirurgicale autour de lui à d'autres personnes souffrant du trichiasis.
- Il est important de se laver le visage. Tous les membres du ménage devraient observer une bonne hygiène personnelle.

De tels conseils seront utiles tant aux femmes qu'aux hommes souffrant du trichiasis. Il est important toutefois de prêter une attention particulière aux besoins des femmes et des filles lors des campagnes chirurgicales. Les filles qui vivent avec un trichiasis non opéré n'ont guère de perspectives sociales et économiques qui les attendent. Outre les conseils donnés au patient individuellement, les activités chirurgicales peuvent être utilisées pour éduquer les autres membres de la famille sur l'importance du traitement et de la prévention. La chirurgie du trichiasis est stressante pour la famille entière et il est important que la personne qui se fera opérée puisse compter sur le soutien social de la famille. Ce soutien viendra plus probablement si on éduque les maris, les pères et les frères afin qu'ils puissent reconnaître à juste titre combien il est important que les femmes se fassent opérer, surtout celles plus jeunes qui souffrent du trachome cécitant.

De plus, l'éducation donnée aux individuelles qui prennent soins des patients et aux membres masculins de la famille vient renforcer les conseils que reçoit le patient ou la patiente. Même si les femmes savent comment elles doivent prendre soin d'elles-mêmes après l'opération, elles vivent peut-être dans un contexte où elles n'ont pas les moyens d'appliquer les mesures d'hygiène personnelle et où elles sont privées de l'accès à l'assainissement. Peut-être sont-elles dans l'impossibilité de suivre les recommandations des soins postopératoires reçues par le chirurgien. Il est vital que les hommes et autres membres de la famille soient bien informés pour :

- qu'ils comprennent que leurs femmes ou filles se sentiraient beaucoup mieux après l'opération, qu'elles n'auraient plus mal et pourraient reprendre ses fonctions habituelles
- qu'ils reconnaissent l'importance des soins postopératoires
- qu'ils encouragent les femmes à promouvoir des comportements d'hygiène pour la famille entière
- qu'ils assurent l'accès aux installations sanitaires
- qu'ils soient en mesure de reconnaître les signes de récurrence et autres anomalies et sachent où se rendre pour obtenir un traitement
- qu'ils sachent comment prévenir le trachome
- qu'ils adoptent les interventions de la stratégie CHANCE pour le bien-être de la famille entière

Les agents de santé et les chirurgiens devront se rappeler que les enfants ont besoin d'une attention spéciale et nécessitent plus d'efforts que ceux investis chez une personne plus âgée. S'il reçoit une intervention de bonne qualité et de bons conseils avant et après l'opération, un enfant aura devant lui cinquante ans ou plus d'une vie productive du point de vue économique et social, contrairement à l'adulte plus âgé. Si un tel cas pédiatrique de trichiasis n'est pas opéré, l'enfant continue à être un fardeau pour la famille et risque de vivre toute sa vie dans un isolement social et une pauvreté extrême.

### **Suivi de la chirurgie du trichiasis**

On a également avancé la possibilité que, dans certains pays d'endémicité, mais pas dans tous, l'incidence de la récurrence du trichiasis serait différente entre les hommes et les femmes. Le suivi routinier des récurrences étant fait rarement, il n'est pas possible d'évaluer les différences dans les taux de récurrence entre les hommes et les femmes.



*Evaluation d'une femme éthiopienne pour déterminer son acuité visuelle avant l'opération du trichiasis.*

**Encadré 2.4**  
**Étapes pour mesurer les récurrences en Éthiopie**

Le suivi chirurgical en Éthiopie est réalisé dans le cadre des étapes suivantes :

1. Choisir une unité d'intervention (par exemple le district).
2. A partir des dossiers chirurgicaux, compiler une liste de tous les patients du trichiasis opérés à une période spécifiée (par exemple il y a 12-18 mois)
3. Utiliser la liste pour choisir un échantillon aléatoire de 200 patients
4. Rendre visite au domicile du patient
5. Examiner et s'entretenir avec tous les patients qui ont été opérés du trichiasis :
  - Compter le nombre de cils du trichiasis et noter sur un formulaire standard.
  - Utiliser un formulaire d'entretien standard pour évaluer le résultat de la chirurgie.
6. Aiguiller les récurrences pour le traitement chirurgical.

Des exemples de formulaires de suivi sont donnés à la fin de ce chapitre.

**Tableau 2.3**  
**Les questions pour le suivi postopératoire**

<b>Qualité de l'opération &amp; récurrence</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Solutions possible</b>
Les femmes risquent-elles davantage d'être opérées par des chirurgiens qui ont moins d'expérience ?	Examiner les registres de chaque chirurgien et comparer le nombre d'hommes et de femmes opérés.	Encourager les chirurgiens qui ont moins d'expérience à travailler sous la supervision d'opérateurs plus chevronnés. Sensibiliser les chirurgiens à l'importance de la chirurgie pour les femmes et les enfants Fixer des quotas pour le nombre de chirurgie, par genre
Les femmes reçoivent-elles des conseils suffisants ? Sont-elles bien informées ?	Lors des évaluations de suivi ou des enquêtes, demander aux patientes de décrire les soins post-opératoires à la maison	Donner une formation portant sur les conseils à apporter aux patients, lors de la formation des chirurgiens Réaliser des séances de pratique des conseils avec le personnel (jeu de rôle) avant les campagnes chirurgicales
Les femmes risquent-elles davantage d'avoir des récurrences du trichiasis ?	Comparer l'acuité visuelle et la gravité du trichiasis chez les anciens patients. Existe-t-il une différence entre les hommes et les femmes ?	Améliorer l'éducation sanitaire ciblant les membres masculins de la famille et autres soignants Identifier les pratiques culturelles ou autres facteurs risques qui réintroduisent l'infection ou favorisent le trichiasis
Les femmes cherchent-elles activement à obtenir un suivi des soins ?	Demander aux femmes lors du suivi si elles savent où obtenir des services supplémentaires. Peuvent-elles quitter la communauté pour obtenir des soins ?	Informar sur la disponibilité des services Utiliser la mobilisation communautaire et l'éducation sanitaire pour atteindre les hommes et les décideurs pour qu'ils laissent les femmes se déplacer pour qu'elles se rendent aux services de santé. Eduquer les agents de santé locaux en matière de prise en charge des récurrences

**Tableau 2.4**  
**Fixer des cibles chirurgicales—Exemple de calculs**

	<b>Ghana (Données de 2008)</b>	<b>Egypte (Données de 2001)</b>
Zone d'intervention	Région du Nord	Gouvernorat de Menofiya
Population estimée	1,8 million	2,75 millions (363 000 âgés de 50 ans et plus)
Enquête auprès de la population, par sexe	51,8% femmes, 48,2% d'hommes	51% de femmes, 49% d'hommes (âgés de 50 ans ou plus)
Population adulte totale, par sexe	867 600 hommes	177 870 hommes (âgés de 50 ans ou plus)
	932 400 femmes	185 130 femmes (âgés de 50 ans ou plus)
Taux de TT chez les hommes	0,20%	5,0 %
Taux de TT chez les femmes	0,39%	7,7%
Hommes en attente d'être opérés	1 735 hommes	8 893 hommes
Femmes en attente d'être opérés	3 636 femmes	14 255 femmes

*En utilisant cet exemple, si le programme de lutte contre le trachome au Ghana cherchait à éliminer le nombre de cas en attente d'opérations, en l'espace de trois ans, le programme devrait opérer 578 hommes et 1 121 femmes chaque année.*

Quel que soit le cas, il est important que les programmes se donnent un plan de suivi chirurgical. Comment peuvent-ils intégrer le suivi à l'intervention chirurgicale existante en sachant que les femmes ont moins de possibilités de quitter leur communauté pour aller consulter les services de santé pour des soins médicaux supplémentaires?

Le suivi routinier peut être amélioré par les moyens suivants :

- De bons conseils avant et après l'opération
- Confier les patients à tel agent de soins oculaires (responsable du suivi) ou à tel établissement en particulier
- Systèmes de tenue de dossier/archivage supervisés régulièrement
- Visites à un échantillon aléatoire de patients choisis dans les registres chirurgicaux afin d'observer les modes de récurrence.

Lorsque le programme ne peut pas suivre tous les cas individuels, il pourra obtenir un échantillon aléatoire de patients à partir des registres chirurgicaux. Le programme pourra trouver ces patients en utilisant leur nom et village d'appartenance. Un simple questionnaire pourra être administré pour comparer l'acuité visuelle et la gravité du trichiasis entre le moment de la chirurgie et le moment du suivi. Les cas de récurrence seront aiguillés vers les soins de suivi. L'encadré 2.4 montre le système de suivi en Ethiopie.

Les programmes peuvent songer de manière critique à la manière dont ils peuvent atteindre les femmes. Lorsqu'un suivi est fait, les données sont utilisées pour généraliser les taux de récurrence du trichiasis et les visites de suivi aideront également à trouver quelles sont les éventuelles raisons opérationnelles ou culturelles expliquant cette récurrence. Si les données indiquent des taux de récurrence plus élevés chez les femmes, le programme devra évaluer le système d'intervention chirurgicale. Le tableau 2.3 présente des questions d'évaluation et des indicateurs de pair avec les solutions possibles pour améliorer les résultats chirurgicaux.

### **Suivi et évaluation du programme chirurgical : fixer des cibles**

Avant de démarrer un programme chirurgical, les responsables de programmes devraient évaluer les données existantes pour fixer des buts d'intervention, annuels et finals. Si des données initiales ne sont pas disponibles, une enquête sur la prévalence est nécessaire pour mesurer la portée de la maladie, en faisant notamment une analyse de la prévalence des cas de trichiasis par genre et par âge.

Le calcul des buts d'intervention demande les éléments suivants :

- Estimer la population totale des femmes adultes et la population totale des hommes adultes.

- Estimer les cas en attente de chirurgie par sexe.
- Multiplier la population adulte par les taux de TT spécifiques par sexe.
- Noter que le nombre de cas en attente de chirurgie est le But d'Intervention Final (BIF).
- Diviser le nombre de cas en attente de chirurgie spécifiques par sexe par le nombre d'années prévues pour la mise en œuvre du programme pour déterminer les buts d'intervention annuels en fonction du sexe — But d'Intervention Annuel (BIA). Voir tableau 2.4 pour l'exemple des calculs.

***Histoire personnelle :  
Mare et Enatnesh Alegegn***

Après avoir vécu avec un trichiasis pendant 15 ans, Mare Alehegn a été opérée en 2005. Divorcée de son mari après être devenue incapable de s'occuper de la maison et de faire la cuisine, Mare et sa fille Enatnesh se sont efforcées de survivre pendant 10 ans, dépendant de l'aide d'autres familles et des voisins. Son trichiasis la faisait tellement souffrir qu'elle ne pouvait pas cuisiner sur un feu ouvert, donner à manger aux animaux ou cultiver les champs. Elle ne pouvait plus chercher de l'eau ou du bois de feu. Comme elle disait souvent, « si je retrouve ma santé, c'est tout ce qui compte. Je pourrais à nouveau travailler et m'occuper de ma famille. »

Trois années après l'opération, Mare n'a plus de trichiasis. Elle ne s'épile plus et sa cornée n'est pas endommagée. Son TT bilatéral a été entièrement rectifié par l'opération. Elles sont encore bien pauvres, elle et Enatnesh et pourtant, sa joie de vivre est revenue. Présentement, elle est capable de travailler la moitié de son lopin de terre. Elle ne peut pas cultiver le lopin entier car elle n'a pas de taureau ou d'âne. Elle peut cueillir du coton sauvage pour le vendre et sa vision est tellement bonne qu'elle peut tisser des paniers avec les joncs qui poussent le long des berges de la rivière. Mare est revenue à la vie. Elle ne souffre plus de l'isolement dans lequel la maladie l'avait rejetée. Les gens étaient cruels à son égard, disant qu'elle ne valait rien « car elle ne pouvait même pas s'occuper de sa famille. » A présent, elle a un modeste revenu et peut payer l'école de sa fille. Elle a gagné à nouveau le respect de la communauté. C'est avec beaucoup d'optimisme qu'elle envisage son avenir et celui de sa fille Enatnesh.



*Enatnesh (à gauche) et sa mère Mare décrivent comment leur vie a changé du tout au tout après l'opération du trichiasis.*

## Directives pour le suivi

La formulation de directives de suivi et d'évaluation au début du programme permet aux partenaires de collecter des données uniformes sur des indicateurs spécifiques par sexe. Les données sur les interventions chirurgicales peuvent être envoyées de l'établissement ou du site de la campagne vers les services de santé aux niveaux local, régional et national. Ces données encouragent les programmes à évaluer leurs progrès et à voir s'ils se rapprochent des buts d'élimination. Elles permettent aussi de déterminer si les enfants et les femmes sont couverts proportionnellement à leur part de cas de trichiasis. La proportion de femmes qui sont opérées devrait correspondre à leur prévalence du trichiasis. Il ne sera pas possible pour un programme d'atteindre ses buts d'élimination s'il n'arrive pas à atteindre tous les groupes cibles.

## Directives pour le compte rendu

Les outils suivants devront être utilisés pour la collection et l'analyse des données des patients :

- **Formulaire d'inscription du patient(e)** : Chaque chirurgien, qu'il soit basé dans un établissement ou intervienne dans le cadre d'une campagne, remplit un formulaire d'inscription pour le patient ou la patiente. L'information donnée sur ce formulaire permettra de retrouver le patient si un suivant s'avère nécessaire : prénom, nom de famille, âge, district, village, quartier ou concession. Il est utile également d'ajouter au formulaire la question suivante « Comment avez-vous appris l'existence de notre service chirurgical du trichiasis ? » car cela aide à savoir comment les gens prennent connaissance de l'opération.
- **Registre récapitulatif de l'établissement** : Les formulaires d'inscription des patients sont récapitulés sur le registre au niveau de l'établissement. Les données provenant des formulaires d'inscription des patients sont récapitulées et présentées au niveau district chaque mois. Ce compte rendu indique le nombre de patients opérés, le nombre d'hommes opérés, le nombre de femmes opérées et la proportion qui a reçu de l'azithromycine après l'opération. Le nombre total d'hommes et de femmes opérés doit être inclus dans chaque récapitulatif.

- **Registre récapitulatif du district** : Chaque bureau de district devrait noter les totaux mensuels pour chaque établissement. Chaque mois, on calcule ainsi le nombre total d'opérations réalisées dans tous les sites.
- **Registre récapitulatif régional** : Chaque région note les totaux mensuels pour chaque district.
- **Registre récapitulatif national** : Le programme national compile toutes les données des opérations pour chaque région.

Ces données devront être gardées dans une base de données ou un système d'archivage sur papier, soit au niveau régional ou au niveau national, et ainsi le programme national pourra suivre la performance des services chirurgicaux et voir si les objectifs sont atteints aux niveaux régional et national. Des exemples de formulaire d'inscription et des divers registres sont donnés à la fin de ce chapitre en Appendice A.

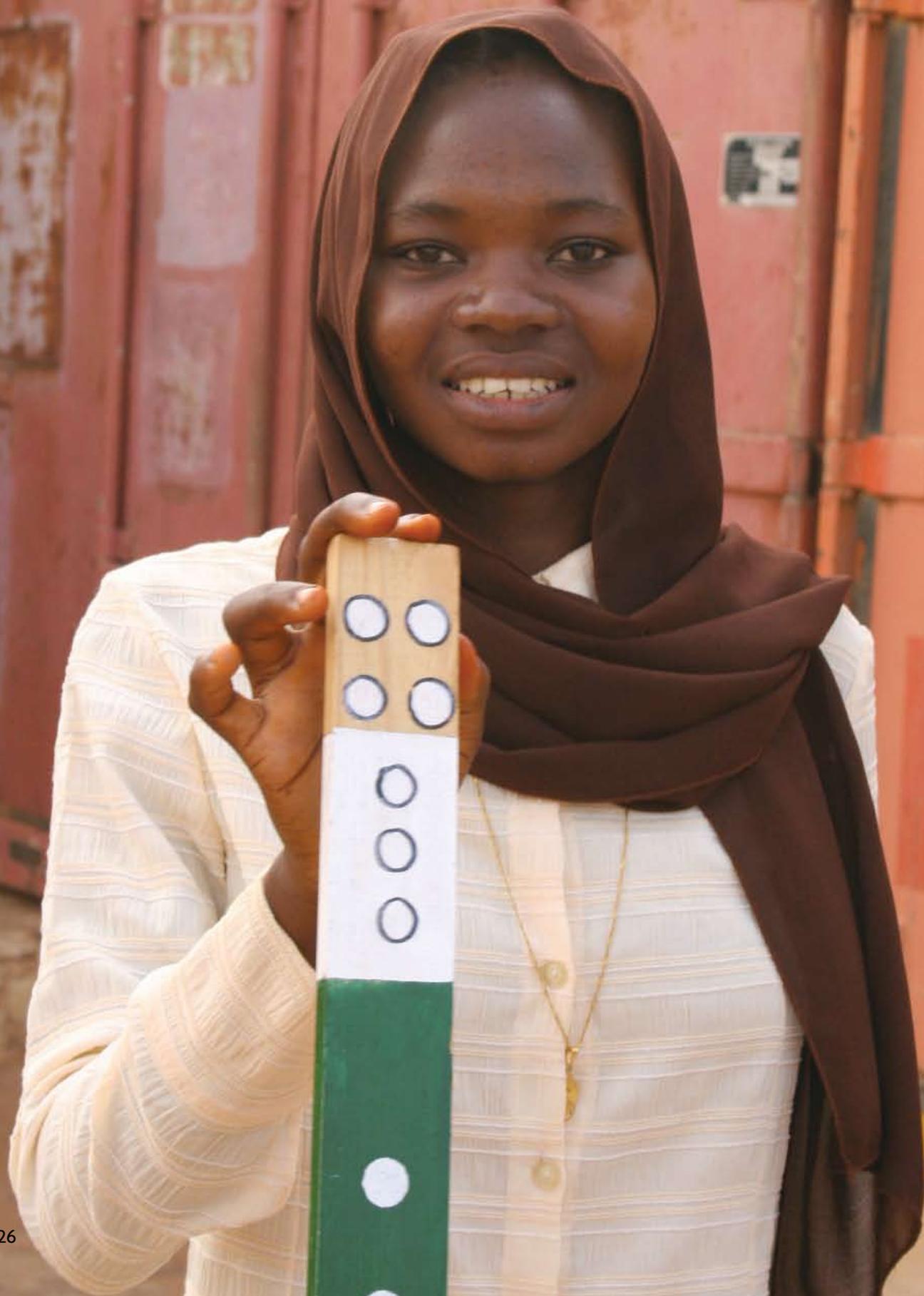
## Lectures proposées

Bowman RJ, Faal H, Jatta B, Myatt M, Foster A, et al. (2002) Longitudinal study of trachomatous trichiasis in The Gambia: barriers to acceptance of surgery. *Invest Ophthalmol* 43: 936-940. *Ce document se penche sur les diverses raisons pour lesquelles les personnes souffrant de trichiasis n'ont pas accès à l'opération.*

Ngondi J, Ole-Sempele F, Onsarigo A, Matende I, Baba S, et al. (2006) Blinding trachoma in postconflict southern Sudan. *PLoS Med* 3: e478. *Ce document présente les données de l'enquête initiale pour le payam de Mankien dans le Soudan du Sud. Les données démontrent que le trachome est un grave problème de santé publique dans le Soudan du Sud. Ce document utilise les données de l'enquête initiale pour identifier les zones qui seront ciblées par la stratégie CHANCE et calcule le nombre de cas en attente d'être opérés. Le document décrit également la prévalence élevée du trichiasis chez les enfants.*

West S, Nguyen MP, Mkocho H, Holdsworth G, Ngirwamungu E, et al. (2004) Gender equity and trichiasis surgery in the Vietnam and Tanzania national trachoma control programmes. *Br J Ophthalmol* 88: 1368-1371. *Cette étude utilise une enquête à base de population pour calculer la distribution par genre des cas de trichiasis dans les communautés où le trachome est endémique, au Vietnam et en Tanzanie. La distribution par genre de ces cas est analysée pour déterminer si les femmes utilisent les services chirurgicaux de manière proportionnelle à leurs besoins.*

# 3 LA DISTRIBUTION DES ANTIBIOTIQUES



**A**ctuellement, lorsque la prévalence des signes cliniques du trachome (grade TF) dépasse dix pour cent chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, l'OMS recommande un traitement de masse à base d'antibiotiques pour la population totale éligible et cela sur une base annuelle pour au moins trois ans. Le traitement de masse avec des antibiotiques est administré au niveau individuel et réduit la transmission de *C. trachomatis* au sein de la communauté. Combinée à l'éducation sanitaire et à l'amélioration environnementale, l'utilisation d'antibiotiques peut faire reculer de manière durable la maladie.

Car les enfants étant le principal réservoir de l'infection du trachome, il est impératif que les programmes de distribution des antibiotiques ciblent intentionnellement les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux car ils courent un risque accru de contracter de multiples infections qui causent souvent une cicatrisation conjonctivale et un trichiasis plus tard dans la vie. Un programme de distribution des antibiotiques, équitable sous l'angle des genres, nécessite le soutien de la communauté et des ménages, une stratégie de distribution qui s'assure que les femmes ont l'occasion de participer et un suivi, spécifique au genre, qui vérifie qu'on est bien en train d'atteindre les objectifs annuels.

### Mise en oeuvre de la distribution des antibiotiques

Les programmes doivent aller plus loin que le simple suivi de la quantité totale des médicaments distribués s'ils veulent mettre sur pied un programme de distribution des antibiotiques qui soit équitable dans l'optique genre. Ils devront créer un plan stratégique qui cible les femmes, les enfants et d'autres groupes qui sont exposés au plus grand risque d'infection et de trachome cécitant.



*Des agents de distribution soudanais se préparent pour les activités de la journée.*

### Fixer des objectifs

Les programmes calculent des prévisions de distribution des antibiotiques en utilisant des données sur la population des régions nécessitant des antibiotiques pour le trachome. Les programmes de lutte contre le trachome peuvent calculer de la même manière des cibles pour le trachome.

Pour calculer les objectifs de traitement annuel (OTA) les responsables des programmes ont besoin de :

- Estimer la population totale dans les régions à risque, moins 1,5% (ou 2% dans certains pays) pour les enfants de moins de 6 mois = Population totale éligible
- Calculer le pourcentage des hommes, des femmes et des enfants dans la population éligible à déterminer l'Objectif de traitement annuel (OTA) pour chaque groupe.

Le tableau 3.1 présente les calculs au Mali et au Niger à titre d'exemple.

### Encadré 3.1

#### Calculer les cibles pour les antibiotiques

	Niger (2008)	Mali (2008)
1. Population totale dans les régions endémiques	7 641 583	7 579 990
2. Soustraire 2% (pour les enfants moins des six mois)	-152 831	-151 600
3. Population totale à risque	=7 488 751	=7 428 390
4. Population adulte totale (15 ans ou plus)	Multiplier par 45,8% =3 429 848 adultes	Multiplier par 51,0% =3 865 795 adultes
<b>Hommes</b>		
5. Objectif traitement annuel (OTA) (% hommes x population adulte totale)	51,9% hommes adultes =1 780 091 hommes	49,5% hommes adultes =1 913 568 hommes
6. Besoin minimal pour les trois ans	=5 340 273 doses	=5 740 704 doses
<b>Femmes</b>		
7. Objectif traitement annuel (OTA) (% femmes x population adulte totale)	49,1% femmes adultes =1 684 055 femmes	50,5% femmes adultes =1 952 226 femmes
8. Besoin minimal pour les trois ans	=5 052 165 doses	=5 856 678 doses
<b>Enfants</b>		
9. Objectif traitement annuel (OTA) (% enfants x population d'enfants ciblé)	54,2% enfants =4 058 903 enfants	49% enfants =3 714 195 enfants
10. Besoin minimal pour les trois ans	=12 176 709 doses	=11 142 585 doses

\*Données de la revue du programme de lutte contre le trachome du Centre Carter, 2008 et enquêtes démographiques et de santé du Niger et du Mali

### Mobilisation communautaire

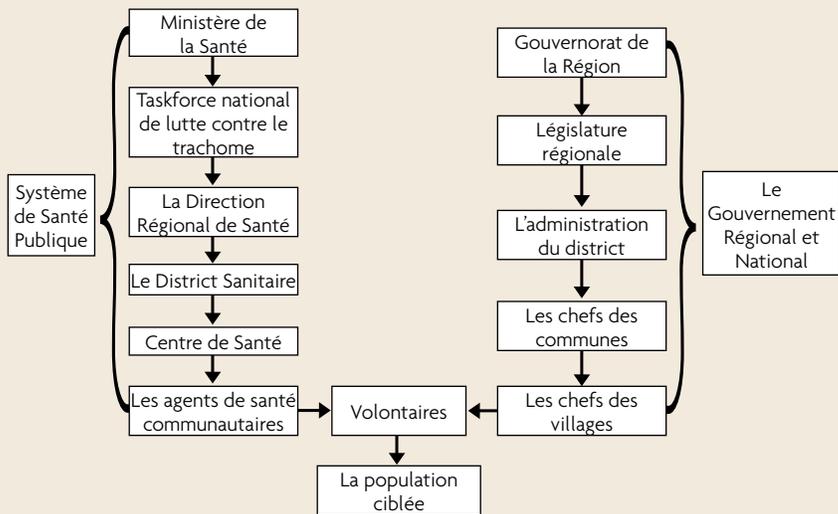
L'introduction d'un programme de distribution de médicaments dans une communauté s'accompagne toujours de défis bien particuliers qu'il faudra relever. Les responsables des programmes doivent vérifier que les dirigeants communautaires, les collectivités locales et le personnel des services de santé connaissent bien le mécanisme de distribution et qu'ils participent aux étapes de planification de la distribution et aux activités de mobilisation communautaire. Si on n'arrive pas à

obtenir le soutien de la part des dirigeants communautaires, il est fort probable que les habitants ne viendront pas en grand nombre profiter de la distribution du médicament. En plus, si on éduque les dirigeants et les décideurs, on arrivera à limiter la propagation d'information erronée, de scepticisme et de rumeurs à propos du médicament.

La méthode de mobilisation communautaire devrait également être envisagée stratégiquement. Un grand nombre de programmes utilisent des mégaphones, des annonces à la radio ou d'autres modes de communication pour

informer les communautés des activités de distribution qui sont planifiées. Il devient donc très important de choisir un moyen de communication auquel la population ciblée a accès. En général, il faut de multiples médias. Voyez comment les hommes et les femmes obtiennent leur information car, souvent, ils vont mentionner des sources d'information différentes ou un accès différent à la même source d'information. Par exemple, le ménage possèdera une radio mais les femmes n'auront pas toujours accès à la radio ou ne pourront pas choisir leur programme. Dans ce cas, on saura que les hommes qui sont les chefs de

Ce graphique présente le système parallèle de mobilisation utilisé pour engager le secteur de la santé et la collectivité locale dans la distribution des antibiotiques.



*Des agents de santé communautaire utilisent des hautparleurs pour annoncer des activités de distribution des antibiotiques.*

**Figure 3.1.** Mobilisation de la communauté et du système de santé : exemple d'Éthiopie.

famille écoute régulièrement la radio et qu'il vaudrait donc mieux diriger l'information sur la distribution vers les hommes et informer ces derniers des avantages que représente la participation pour leurs épouses et enfants, puis trouver une autre méthode pour atteindre directement les femmes. La figure 1.3 montre le rôle du gouvernement et le système de santé publique dans la mobilisation des communautés en Éthiopie.

### Formation des équipes de distribution

Les responsables des programmes doivent superviser les activités de préparation précédant les distributions bien que la réussite « sur le terrain » d'une campagne d'administration de masse d'antibiotiques dépende surtout de distributeurs bien formés et bien supervisés. Avant chaque administration de masse d'antibiotiques, les programmes devraient former tous les distributeurs pour qu'ils sachent administrer le médicament conformément au protocole et dispenser une éducation sanitaire pertinente à toutes les personnes recevant le médicament. Il n'est pas toujours facile de former le distributeur pour qu'il dispense la bonne éducation sanitaire aux publics concernés mais si on choisit quelques messages clés pour chaque groupe, il sera plus aisé de former le distributeur pour qu'il cible essentiellement les femmes et les enfants.

Essayez chaque fois que possible d'avoir des équipes avec des distributeurs hommes et femmes car cela assure l'accès aux ménages dirigés par une femme et cela donnera

également aux femmes qui se présentent à la distribution l'occasion de discuter de leurs préoccupations avec une autre femme. Par ailleurs, cela encourage la représentation des femmes dans le système de santé publique. Les programmes devront faire appel à leur meilleur jugement pour assembler des équipes de distribution comprenant le personnel qui convient dans le contexte culturel local.

### Distribution des antibiotiques et grossesse

La grossesse est un moment très important pour une femme et son partenaire et considérable est la mystique entourant l'événement. Aucun fait n'indique à l'heure actuelle des effets indésirables si une femme enceinte prend de l'azithromycine pour combattre le trachome. De fait, les données disponibles indiquent que les femmes qui prennent de l'azithromycine pendant la grossesse ont de meilleurs résultats de santé que celles qui n'en prennent pas. La grossesse n'est donc nullement une condition excluant les femmes de la distribution de l'azithromycine mais si cela les préoccupe, on leur donnera une pommade de tétracycline.

### Déterminer l'approche : endroit central ou porte à porte

La distribution en masse d'antibiotiques est organisée au niveau district. Soit elle se fait à un endroit central ou alors les distributeurs vont d'une maison à l'autre. Généralement, les campagnes de distribution choisissent



*Dosage de l'azithromycine en fonction de la taille.*

un endroit central puis dépendent de la mobilisation communautaire pour attirer les participants des communautés voisines. L'avantage de cette approche, c'est qu'elle engage les communautés dans le choix des sites de distribution ainsi que de l'heure et du jour de cette distribution. Cela aide à surmonter les barrières logistiques tel que le manque de moyens de transport pour les équipes de la distribution, l'accessibilité insuffisante et le personnel limité. Cela facilite également la tenue des dossiers et registres et la gestion des stocks.

La distribution au niveau des ménages demande que l'on forme des équipes de distribution venant des communautés locales en matière d'administration du médicament et

gestion de stocks. L'utilisation individuelle du médicament peut être plus élevée s'il est offert au niveau du ménage ou de la communauté, opposé au site centralisé, mais en revanche cette méthode demande un investissement important de temps et de ressources, tant de la part du programme que des distributeurs. Une bonne tenue de dossiers exige également un certain niveau d'instruction que ne possèdent pas toujours ces distributeurs et la gestion de stocks est elle aussi plus difficile : les médicaments sont remis à de nombreux distributeurs et il n'est pas toujours aisé de recouvrer la portion non utilisée. L'exemple de cas 3.1 présente des défis de distribution au sein d'une communauté en Egypte.

### **Mécanisme de distribution**

Suivant la stratégie, les équipes de distribution devront considérer à suivre les directives suivantes.

#### **Distribution du niveau central**

- Placer au moins trois distributeurs dans les sites de distribution. Un membre sera responsable de l'éducation sanitaire, un autre de l'inscription des personnes recevant le médicament et le troisième de l'administration du médicament.
- Si le programme dispose des ressources nécessaires pour employer un personnel supplémentaire au site de distribution, cette personne (ou un volontaire communautaire) pourra aider à mélanger la solution POS, à mesurer la dose en fonction de la taille ou à gérer la foule de gens.
- Quelle que soit la taille de l'équipe de distribution, le programme devra procéder à l'administration de l'azithromycine en veillant à ce que chaque équipe soit la plus productive possible pour que les receivers, surtout les femmes avec de jeunes enfants, ne doivent pas attendre trop longtemps. L'exemple de cas 3.2 donne la point de vue d'un agent de santé dans une campagne de distribution des antibiotiques.

#### **Porte à porte**

- On pourra faire appel à une équipe de deux ou trois distributeurs pour le mécanisme porte à porte.
- Inclure au moins une femme dans l'équipe pour que les ménages où seules des femmes sont présentes laissent passer la distributrice (dans les cultures toutefois où une femme peut se déplacer avec un groupe d'hommes de l'équipe de distribution).

### Exemple de cas 3.1

#### Distribution des antibiotiques à Tokh Tanbesha, Egypte

Bien des défis doivent être relevés par le personnel d'un programme qui commence à distribuer des antibiotiques dans des contextes où le trachome est endémique. Peu de communautés dans les pays en développement ont de l'expérience concernant la distribution en masse d'un médicament pour traiter une maladie qui ne touche que certains membres de la communauté. Pourquoi tous les membres d'une communauté devraient-ils prendre un médicament alors qu'ils ne sont pas tous « malades » ? Les rumeurs, les conceptions erronées et les entourloupettes politiques ont gravement détérioré la distribution d'antibiotiques dans certains endroits. Le résultat varie considérablement mais le plus souvent il varie en fonction des divisions sociales et politiques dans les communautés et ces divisions partent souvent des rôles et des responsabilités liés au genre.

La première distribution d'antibiotiques réalisée en Egypte est un bon exemple. Plusieurs semaines avant la distribution prévue, des membres de l'équipe en ont fait la promotion à Tokh Tanbesha (population de 20 000 personnes) en utilisant diverses méthodes. Réunions et formations ont été organisées avec les dirigeants politiques, les dirigeants religieux, les agents de santé et les enseignants. Tout cela encore renforcé par une promotion porte à porte au moment du recensement même si on reconnaissait que les groupes locaux n'avaient pas réussi à atteindre un grand nombre de ménages. De nombreuses enquêtes avaient noté une prévalence élevée du trachome et pourtant bien faible restait la connaissance du trachome chez les représentants officiels, le personnel de santé et la population locale. Les gens ne faisaient pas le lien entre le trichiasis de l'adulte (très courant) et « l'œil rouge » de l'enfant.

Juste avant que la distribution ne commence, les rumeurs ont éclaté parmi les villageois suggérant que le médicament allait rendre les gens aveugles en l'espace de trois jours et que des décès avaient eu lieu dans d'autres villages (alors qu'en fait, c'était la première distribution). La couverture atteinte par ces activités de distribution s'élevait à 62%, pratiquement identique pour les enfants d'âge préscolaire, les enfants fréquentant l'école et les femmes adultes (tous 69%) mais elle était bien inférieure pour les hommes adultes (48%). Les refus se situaient généralement au niveau de la famille plutôt que de l'individu. Un grand nombre des hommes étaient absents quand l'équipe s'est présentée pour la distribution. Ils étaient partis travailler dans les champs et certaines femmes ne voulaient pas accepter un médicament sans l'accord du chef de famille. Lorsqu'une famille refusait, cela se répandait comme de la poudre dans le village et les autres familles voisinaient refusaient elles aussi. Les séries suivantes de distribution ont été organisées à des moments différents pour s'assurer que les hommes étaient présents. La couverture s'en est trouvée plus élevée mais elle n'a jamais dépassé plus de 65% parmi les hommes adultes. Il ne faut pas sous-estimer le rôle que joue le genre ainsi que l'importance de comprendre les perceptions de la communauté dans l'adoption de nouvelles interventions comme la distribution en masse.



Une famille égyptienne.



Une jeune fille dans une file d'attente pour recevoir l'antibiotique.

### Exemple de cas 3.2

#### Une journée dans la vie d'un agent de distribution de l'antibiotique

En novembre 2008, le Bureau sanitaire régional d'Amhara a organisé une campagne intégrée d'éducation sanitaire pour le paludisme et le trachome et de distribution de l'antibiotique. Tout au long de la « semaine de MALTRA », le programme de lutte contre le trachome a distribué environ 4,8 millions de doses de l'antibiotique, en partant d'un endroit fixe. Une coordination bien planifiée du système de santé et la mobilisation bien exécutée des communautés locales ont permis à la Semaine de MALTRA d'atteindre ses objectifs d'intervention.

«Je suis l'un des agents d'extension communautaire qui ont été affectés récemment dans le woreda de Fogera. Nous travaillons avec les communautés et je passe pas mal de temps à faire du porte à porte pour parler avec les gens et encourager l'hygiène, l'assainissement, sensibiliser au VIH et aider à prévenir le paludisme. Parfois, les communautés souhaitent davantage que de simples conseils et c'est une des raisons pour laquelle j'aime tant la semaine MALTRA. Dans



Un agent de distribution remet de l'azithromycine.

mon équipe, il y avait trois autres personnes : un volontaire pour mesurer les enfants, un autre volontaire pour organiser les familles qui se présentaient pour le traitement et un représentant de l'administration kebele qui a été très utile pour remplir les formulaires et registres. A moi, il me revenait d'administrer le traitement et de distribuer l'azithromycine, la tétracycline et de faire les tests de diagnostic du paludisme chez les personnes qui avaient de la fièvre et aussi de leur donner le traitement nécessaire.

C'était notre seconde année de distribution et les registres étaient donc déjà remplis, une page par famille, et après la sensibilisation, ma petite équipe attendait au carrefour et traitait chaque famille qui venait se présenter. Après trois jours à attendre chaque fois dans les endroits les plus affairés du village, nous avons ouvert à nouveau les registres et nous sommes allés voir chez eux ceux qui ne s'étaient pas présentés. Nous connaissions tous ceux qui étaient inscrits dans le registre et nous avions une cible de 1 226 personnes à traiter pendant la semaine. Chaque fois qu'un groupe se forme à un point de distribution, j'arrête ce que je suis en train de faire car c'est une bonne occasion de donner une éducation sanitaire et de leur parler du

trachome et du paludisme. Les gens m'écoutent et me respectent car je suis un agent de santé mais je pense qu'ils ont déjà entendu ces propos. Ils viennent surtout me voir pour recevoir le médicament. Les gens ont commencé à se rendre compte des autres avantages de l'azithromycine. Ils mentionnent rarement une meilleure vision mais disent avoir moins de problèmes de peau, d'estomac ou de respiration. D'autres nous disent que le médicament leur donne la diarrhée et aggrave les hémorroïdes mais cela ne doit pas être trop grave car de plus en plus de gens viennent nous voir et souhaitent recevoir le médicament. Il ne reste plus beaucoup de travail à convaincre la population des bénéfices du traitement.

Depuis que nous sommes arrivés dans ce kebele, mes collègues et moi-même n'avons pas souvent reçu de recyclage. Cela me plait beaucoup de faire partie de la formation pour la semaine de MALTRA et aussi de recevoir des ressources financières pour former certains membres communautaires qui pourront nous prêter main forte. C'est sympa de faire partie de quelque chose de plus grand que nous et de prêter assistance à la communauté. »

■ La distribution devrait être prévue à un moment où les membres de la famille ont toutes les chances d'être chez eux, par exemple au moment des repas, le soir ou tôt le matin. Vu que la distribution porte à porte permet aux distributeurs d'entrer en contact avec la famille dans sa propre maison, c'est également une bonne occasion d'apporter une éducation sanitaire personnelle si les distributeurs ont été formés pour le faire.

■ Les équipes devront également se rappeler de noter toutes les données pour chaque ménage, indiquant les membres qui ont reçu les médicaments et ceux qui ne l'ont pas reçu en précisant les raisons. Il n'est pas nécessaire d'inclure les noms complets mais l'information sur l'âge et le sexe permettra au programme de déterminer si la même proportion d'hommes et de femmes sont traités. L'exemple de cas 3.3 présente la distribution porte à porte au Niger.

### Exemple de cas 3.3 Distribution à domicile au Niger

Moussa et Issoufou ont été retenus pour devenir des distributeurs lors de la première série du traitement à base d'azithromycine qui sera dispensé dans leur communauté. Ils traiteront non seulement toutes les familles dans leur propre village mais devront également rendre visite à dix autres communautés. Moussa et Issoufou finissent le repas et quand vient le soir, ils se mettent en route pour rendre visite aux familles qui étaient absentes toute la journée de chez elles pour aller travailler dans les champs. Pendant deux semaines, chaque soir, Moussa et Issoufou montent sur leur cheval et partent pour les villages voisins emportant azithromycine et tétracycline, registres, bâtons de mesure et lampes à pétrole. Travaillant à la lueur de sa lampe, l'équipe inscrit les familles et traite les membres. Quand des questions sont posées, l'équipe se prend le temps d'expliquer les avantages du médicament et l'importance de prévenir le trachome. Certaines femmes semblaient nerveuses par la présence d'étrangers dans leur foyer et Moussa et Issoufou n'ont jamais manqué de saluer d'abord le mari et d'expliquer la raison de leur visite. Il faut parfois jusqu'à 30 minutes pour traiter chaque membre d'une grande famille nigérienne et Moussa et Issoufou ont toujours quitté les communautés comprenant chaque fois un peu plus la prévention du trachome et le soutien communautaire pour les futurs traitements.

### Ménages où l'homme est absent

Plusieurs pays africains comptent une large minorité de ménages qui n'ont pas d'homme à leur tête. Ils viennent de divers contextes souvent suite à la migration d'un homme, du décès de l'homme lors des conflits, de la grossesse de l'adolescente et du divorce. Le ménage qui a une femme à sa tête prend maintes formes :

- Femmes qui sont divorcées ou veuves, qui ne se sont pas remariées et qui ont leur propre maison
- Femmes qui vivent avec la famille élargie dans une concession partagée mais qui ne sont pas perçues comme étant de cette famille immédiate
- Femmes seules qui vivent avec une autre famille comme employée domestique ou apprentie
- Femmes qui vivent seules une partie de l'année car leur mari est absent (flux migratoires à la recherche de travail ou service militaire)

Les données des enquêtes sur la prévalence ou les données des recensements permettront probablement au programme d'estimer la proportion de ménages qui n'ont pas d'homme à leur tête. En Afrique, la proportion de tels ménages varie allant de 11% en Egypte jusqu'à 25% en Tanzanie. Les femmes et les enfants qui vivent dans de tels ménages ne pourront pas toujours se déplacer pour se rendre dans un site de distribution. Certes, tel programme devra choisir un mécanisme de distribution qui convient le mieux au contexte local mais il lui faudra toujours chercher à inclure ce sous-groupe de la population. Dans bien des cas, le ménage qui a une femme à sa tête comptera moins de biens et aura un accès bien plus limité aux ressources comme la terre, le bétail, le crédit, l'éducation et les soins de santé et services d'extension. Encadré 3.1 présente l'accès équitable à la stratégie CHANCE parmi divers ménages.

### Suivi de la couverture spécifique au genre

Une évaluation de la couverture de distribution peut être faite immédiatement après l'administration massive de médicaments à l'aide des registres de distribution et fiches de pointage ou encore en réalisant une enquête auprès de la population pour estimer la couverture. Point besoin d'évaluer la couverture pour toutes les activités de distribution dans chaque unité d'intervention car les évaluations routinières permettront au programme de voir si le programme atteint bien les communautés.

Les programmes doivent suivre la couverture par sexe et par type de ménages. En effet, si on n'arrive pas à mesurer les types de groupes qu'on atteint, comment le programme pourra-t-il identifier les groupes ou les régions géographiques où les efforts de distribution

### Encadré 3.1 Accès équitable à CHANCE parmi divers ménages

- **Ménages avec un homme à leur tête** : Utiliser l'éducation sanitaire pour convaincre les hommes de laisser leur femme et enfants se déplacer jusqu'aux points de distribution. Envisager des moyens d'éducation comme la radio, les dirigeants religieux, les dirigeants d'opinion et l'éducation collective (présentation de marchés ou autres rassemblements).
- **Ménages avec une femme à leur tête** : Après la distribution, utilisez les activités « mop up » dans les communautés ou le programme croit qu'il y a une haute proportion des ménages qui sont menées par une femme. Inclure des agents de santé de sexe féminin dans les équipes de distribution si c'est approprié dans la culture. Expliquer aux dirigeants communautaires la nécessité de faire un « suivi » auprès des ménages.

doivent être intensifiés ? Le programme peut notifier un taux de couverture de 80% mais quels sont alors les 20% qui ne sont pas couverts ? Les méthodes de distribution, de mobilisation et d'éducation sanitaire risquent d'exclure systématiquement des sous-groupes spéciaux comme les ménages avec une femme à leur tête, les groupes nomades et autres membres minoritaires d'une communauté.

## Dossiers de distribution

L'OMS recommande que les doses d'azithromycine distribuées soient notées au moment du traitement. Ces fiches de distribution contiennent diverses informations, indiquant au minimum le village, l'âge, le sexe et la dose. Il ne faut pas noter des informations qui ne sont pas nécessaires car cela retarde le processus de distribution. Les équipes devraient suivre les recommandations suivantes :

- Chaque site et chaque équipe de distribution devraient utiliser le même modèle de registre et compiler les résultats de chaque journée sur un tableau récapitulatif. Souvent, les receveurs, surtout les femmes avec les enfants, risquent de faire demi-tour en voyant de longues files d'attente, et par conséquent, on conseille d'éviter de noter toute information qui n'est pas vraiment nécessaire.
- Lorsque les registres sont récapitulés, les équipes de distribution peuvent inclure le nombre total de femmes adultes, d'hommes adultes et d'enfants.
- La compilation des données, par sexe, des registres permet aux niveaux local, régional et national de suivre le progrès au niveau de la distribution des antibiotiques sur le plan des hommes, des femmes et des enfants couverts. Un exemple de registre de distribution et de tableau récapitulatif est donné dans l'appendice.
- Diviser le nombre total de doses distribuées par le nombre d'habitants de la zone d'intervention pour déterminer la couverture de la population.

## Enquête sur la couverture

Cela peut induire en erreur que de dépendre uniquement des dossiers de distribution pour mesurer la couverture. Ces dossiers ne sont pas toujours fiables car les registres sont parfois incomplets, manquants ou falsifiés. Autant de difficultés dès lors pour réconcilier les données de la distribution avec les fiches de gestion de stock de médicaments. S'ils veulent donc valider les estimations routinières de la couverture tirées des données administratives de la distribution, les programmes peuvent réaliser une enquête par grappe pour estimer la couverture de la population.

- Sélectionner 10 villages (grappes) au hasard d'une liste des toutes les villages qui ont participé dans la distribution
- Utiliser la méthode 'map et segment' pour choisir 10 ménages dans chaque grappe
- Faire une interview avec le chef du ménage
- Enregistrer la participation de toute la famille avec une fiche uniforme
- Saisir les données dans un programme d'analyse comme Epi Info ou Epi Data
- Calculer la pourcentage de participation

Les résultats de l'évaluation de la couverture devraient être intégrés à la base de données provenant du suivi régulier de la distribution des antibiotiques. S'il semble que, soit les hommes soit les femmes sont moins susceptibles de se présenter, le programme devra faire un suivi dans ces régions et renforcer les activités d'éducation sanitaire, de mobilisation communautaire et organiser, le cas échéant, des opérations de « mop up ». On pourra utiliser les registres de distribution et les résultats des enquêtes sur la couverture pour estimer la proportion d'hommes et de femmes recevant de l'azithromycine et ensuite l'appliquer aux objectifs annuels. Par exemple, si le programme estime que 60% des médicaments sont pris par des femmes, alors il pourra indiquer qu'un pas en avant a été fait au niveau de cet important segment démographique. Ces données sont non seulement pertinentes aux fins de planification mais peuvent aussi être utilisées pour le plaidoyer fait pour réunir les fonds nécessaires aux activités de distribution.

**Histoire personnelle :**  
**Azithromycine dans le contexte de la stratégie CHANCE intégrale**

Depuis l'introduction des interventions de lutte contre le trachome dans son district, la famille Yemane du woreda de Fogera dans la région d'Amhara de l'Ethiopie a adopté la stratégie CHANCE intégrale. Non seulement a-t-elle participé aux trois séries annuelles de distribution de l'azithromycine mais la famille participe également régulièrement aux autres interventions offertes dans sa communauté. La famille a pris connaissance des efforts de lutte contre le trachome lorsque Yemane (le père) a pris part à la formation sur la construction de latrines. Leurs deux enfants vont à l'école primaire où la lutte contre le trachome fait partie à présent du programme d'éducation sanitaire et où ils doivent pratiquer des comportements de prévention comme le lavage du visage. Un nouvel agent d'extension communautaire est venu travailler dans



*Un agent de distribution aide une femme à donner l'azithromycine à son enfant.*

la communauté l'année dernière. Après quelques sessions d'éducation sanitaire, sa femme, Tigist a commencé à voir le rapprochement entre la distribution d'antibiotiques et la stratégie CHANCE générale. Lorsque la famille participe à d'autres aspects de CHANCE, le traitement à base d'antibiotiques est complémentaire. Comme elle le note si bien, « la distribution d'antibiotiques se fait seulement une fois par an mais par contre, nous pratiquons CHANCE tout le temps. »

**Lectures proposées**

Francis V and Turner V. Achieving Community Support for Trachoma Control: A guide for district health work. *World Health Organization*. 1995; Geneva. Ce manuel présente les étapes à suivre pour mettre en place un soutien communautaire face aux interventions de la stratégie CHANCE. Ce texte est une bonne référence pour le processus de mobilisation communautaire et donne des directives pour faciliter l'éducation communautaire.

O'Laughlin, B. Missing Men? The Debate over Rural Poverty and Women-headed Households in Southern Africa. *Working Papers Institute of Social Studies*. 1997; 252. Ce document fait une description du ménage où l'homme est absent. L'auteur discute de l'impact qu'ont des nouvelles tendances de travail sur la composition du ménage.

World Health Organization. Trachoma Control: A guide for program managers. NLM classification WW 215. 2007; Geneva. *Le guide de l'Organisation mondiale de la Santé pour la mise en œuvre des programmes de lutte contre le trachome présente une série de directives pour les enquêtes et s'avère utile pour tout ceux qui planifient ou évaluent les interventions de la stratégie CHANCE.*

Desmond N, Solomon AW, Massae PA, Lema N, Anemona A, Foster A, Mabey DC. Acceptability of azithromycin for the control of trachoma in Northern Tanzania. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2005 Sep;99(9):656-63. Ce document présente les résultats des discussions des focus groups, de l'observation directe et des réponses au questionnaire structuré pour comprendre les raisons faisant qu'une communauté en Tanzanie refuse le médicament.

# 4 CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET GENRE



**U**n programme intégral d'éducation sanitaire et de changement comportemental pour la lutte contre le trachome a trois grands objectifs : (1) éduquer les groupes ciblés à propos de la maladie ; (2) convaincre le groupe ciblé d'adopter le comportement de recherche de traitement ; et (3) mobiliser les communautés et le leadership pour qu'ils soutiennent la mise en œuvre du programme de lutte contre le trachome. Ce chapitre présente les outils que peuvent utiliser les responsables du programme pour mettre au point les activités d'éducation sanitaire et de changement de comportement, en tenant des aspects spécifique liés au genre.

Plusieurs théories viennent expliquer le processus de changement de comportements au niveau de l'individu et de la collectivité. Si les différentes théories font entrer en jeu à divers niveaux d'influence des facteurs tels que la famille, l'éducation et l'apprentissage social, les étapes menant au changement n'en restent pas moins en gros les mêmes. La première étape du changement de comportement est de passer de l'état où ne sont pas connus les avantages d'un comportement à celui de la connaissance de ce comportement et de ses avantages. A partir de là, l'individu envisage le comportement et a l'intention de l'adopter. Après une période d'intention (qui varie selon la personne en question), l'individu commence à exécuter le comportement et ensuite encourage les personnes de son entourage à en faire de même. Les personnes qui sont prêtes à adopter de nouveaux comportements ou technologies avant la majorité de leurs pairs sont appelées « les adoptants précoces. » Les objectifs pour l'éducation sanitaire sont présentés en encadré 4.1.

## Comprendre le changement de comportement

Avant de démarrer un programme d'éducation sanitaire ou une campagne de changement de comportement, le programme de lutte contre le trachome devra déterminer ses objectifs sur le plan du changement de comportement. Il devra identifier les comportements positifs existants et les moyens de communication efficaces. Ces filières de communications ne sont d'ailleurs pas toujours les mêmes pour les hommes et les femmes.

### Encadré 4.1

#### *Buts de l'éducation sanitaire et du changement de comportement dans la lutte contre le trachome.*

##### Education

Si on leur apporte les informations nécessaires, les communautés et les personnes comprendront la cause du trachome, comment la maladie se transmet, comment elle évolue et quel est le but des interventions de la stratégie CHANCE. Les communautés comprendront qu'elles n'ont plus besoin de vivre avec le trachome cécitant.

##### Education sanitaire

L'éducation sanitaire est le mécanisme qui permet d'informer un groupe ciblé sur les risques de santé, les méthodes de prévention et la disponibilité des services de santé. L'éducation sanitaire à elle seule ne se traduit pas forcément par un changement de comportement.

##### Matériel et médias d'éducation sanitaire

Les médias utilisés pour apporter une éducation sanitaire sont les moyens de partage d'information, qu'il s'agisse de médias imprimés (affiches, dépliants, manuels, livres), de médias non imprimés (émissions de radio, sketches, chansons, vidéos) et de matériel pour soutenir l'éducation sanitaire (t-shirts, pagnes, instruments de musique, casquettes).

##### Changement comportemental

La stratégie de communication poussera les individus et les communautés à adopter de meilleurs comportements de santé pour réduire la transmission du trachome.

##### Campagne de changement de comportement

Une campagne visant au changement comportemental est un programme complet recommandant l'adoption de comportements positifs. Une telle campagne est comme un parapluie qui couvre de nombreux comportements différents et utilise de nombreuses stratégies différentes pour arriver au changement souhaité.

##### Mobilisation communautaire

Programme d'éducation sanitaire de vaste portée et adapté à la culture qui cherche à obtenir un soutien pour la stratégie CHANCE de la part des individus, des communautés et des dirigeants locaux.

Les programmes nationaux peuvent puiser dans la pléthore de ressources qu'offrent les membres de leurs équipes nationales de lutte contre le trachome. Ces partenaires peuvent éclairer d'un faisceau spécial telle ou telle question en s'inspirant des leçons retenues de programmes précédents ou des réussites rencontrées par le passé. Ces partenaires pourront également déterminer les domaines de collaboration et de financement possibles pour les projets d'éducation sanitaire.

## Recueillir l'information sur la communauté

Essentiel à ce niveau de réaliser des entretiens avec des membres communautaires pour prendre connaissance des pratiques et attitudes culturelles face à la lutte contre le trachome et se faire ainsi une bonne idée des communautés dans lesquelles œuvre le programme. Point besoin d'ailleurs que ce soit des entretiens formels ou des enquêtes compliquées. Facile de trouver cette information en rendant visite à plusieurs communautés différentes et en s'entretenant avec le public visé et des membres influents de la communauté. Ces entretiens vous apprendront quelles sont les attitudes de chacun face à certains types de comportements, ce qui motive les gens à changer leur comportement et quelles sont les sources d'informations qu'ils trouvent fiables. Les guides de discussion sont utiles pour faciliter cette activité de

collecte d'information. Le guide est une sorte d'aide-mémoire pour l'enquêteur, lui donnant les questions clés et suggérant des thèmes de discussion. Un exemple est présenté dans l'appendice.

Il n'existe pas un nombre fixe d'entretiens à réaliser. Continuez à poser des questions à divers membres de votre public cible jusqu'au moment où vous n'entendez plus rien de nouveau. Prenez des notes pendant les entretiens pour vous rappeler des points saillants et n'oubliez pas non plus de faire des observations de la communauté et de quelques ménages. Il est utile par exemple de noter des observations sur les modes comportementaux qui se rapportent à l'assainissement, à la préparation de la nourriture et à l'utilisation de l'eau dans le ménage. Voyez quelles sont les pratiques spéciales à tel groupe culturel. Lorsque vous avez terminé l'entretien, passez en revue vos notes et notez chaque nouveau thème qui se présente sur une liste pour ce sous-groupe. Une fois les notes revues, le programme disposera d'une liste de thèmes, d'idées et de concepts qui correspondent à chaque sous-groupe de la population cible (par exemple, une liste pour les hommes, une liste pour les femmes, les personnes âgées, etc.). Le programme devra ensuite déterminer ce que ces groupes ont en commun et ce qui les distingue, en prêtant une attention particulière aux analogies et différences entre les hommes et les femmes. Ces entretiens vous permettront également de

### Exemple de cas 4.1

#### Entretiens à base communautaire dans le Soudan du Sud

Une équipe du Programme de lutte contre le trachome dans Eastern Equatoria a réalisé des entretiens à base communautaire avec trois groupes cibles différents : chefs du ménage, femmes avec des enfants de moins de cinq ans et jeunes âgés de 11 à 16 ans. Ces entretiens ont été réalisés pour obtenir une information sur les attitudes et les comportements en matière d'hygiène dans ces trois groupes cibles. La discussion a mis en relief les aspects suivants :

- Les adultes et les enfants plus âgés défèquent en dehors de la concession.
- Les plus jeunes, les personnes âgées et les malades défèquent dans la concession et les autres membres de la famille viennent nettoyer ensuite.
- Les femmes décrivent la défécation comme quelque chose de honteux qui doit se faire en privé pour que les autres ne sachent pas que vous allez déféquer.
- Les mères pensent que les enfants de trois ans ou plus sont assez grands pour se laver le visage. Elles ont indiqué qu'elles lavaient le visage de l'enfant le matin



Agent de santé qui rend visite à une famille dans le Soudan du Sud pour en apprendre davantage sur les pratiques locales.

mais elles n'ont indiqué aucun autre moment où elles l'auraient fait à une autre heure de la journée.

- Les parents, que ce soit le père ou la mère, ont souligné combien il était important de garder propre le visage des enfants, aussi bien pour éviter les maladies que pour être joli aux yeux des autres.
- Le fait de vivre dans un environnement propre est important pour les membres communautaires : ils sont intéressés à construire et à utiliser les latrines à fosses.
- Les participants aiment chanter et danser et préfèrent des outils d'éducation sanitaire qui représentent leur communauté sous forme d'images.



Femme au Ghana qui lave le visage de son enfant.

retenir les comportements positifs qui sont déjà pratiqués par les membres de votre public cible. L'exemple de cas 4.1 décrit les données trouvées dans les entretiens au Soudan du Sud.

### Enquête sur les sources d'information

Il est important de connaître les moyens préférés et utilisés le plus couramment par les hommes et les femmes pour recevoir l'information afin de savoir quelle est la meilleure manière de faire passer le message sur le changement de comportement. Avant de démarrer une activité d'éducation sanitaire ou une campagne de mass médias, les programmes de lutte contre le trachome peuvent faire une enquête pour déterminer comme l'information se répand. Cette enquête mesure la fréquence de l'utilisation de chaque type de source d'information et, ensuite, vous pouvez analyser ces données pour saisir les différences entre les genres, les âges ou sous-groupes d'une unité d'intervention.

Les étapes de la réalisation d'une enquête auprès de la population sur les sources d'information sont :

1. Définir les groupes cibles (hommes, femmes, enfants, etc.).
2. Choisir aléatoirement entre 8 et 20 villages (grappes) dans chaque unité d'intervention.
3. Choisir aléatoirement entre 10 et 25 ménages dans chaque village. Envisager la capacité logistique du programme pour déterminer le nombre de villages qui peuvent être couverts.

### Exemple de cas 4.2

#### Enquête sur les sources d'information dans le Soudan du Sud

Un questionnaire a été utilisé pour déterminer les types de sources d'information auxquels les personnes ont accès, comment elles communiquent actuellement et quels sont leurs moyens de communication préférés. L'étude s'est penchée sur les formes contemporaines de communication (radio, cassettes, télévision, films, médias imprimés) et les formes traditionnelles de communication (culture populaire).

Le programme cherchait à comprendre les habitudes médiatiques des hommes, des femmes avec enfants et des jeunes. Il a donc réalisé des entretiens structurés avec des chefs de ménage, des femmes avec des enfants de moins de 5 ans et des jeunes âgés de 11 à 16 ans vivant dans 49 villages choisis aléatoirement dans le comté de Kapoeta South. Les participants ont choisi leur groupe et un questionnaire standard a été administré à tous les groupes.

Selon les réponses de l'enquête, voici le profil d'accès aux médias parmi les groupes cibles :

- Regardent la télé ou des vidéos : hommes 26%, femmes 20%, jeunes 19%
- Aiment regarder la télé ou les vidéos : hommes 97%, femmes 96%, jeunes 96%
- Écoutent la radio tous les jours : hommes 47%, femmes 24%, jeunes 32%
- Écoutent des cassettes : hommes 86%, femmes 49%, jeunes 54%
- Assistent aux divertissements traditionnels : hommes 93%, femmes 96%, jeunes 93%

Cette enquête souligne l'importance de comprendre les habitudes et les préférences médiatiques des membres communautaires lorsqu'on met sur pied une campagne de promotion sanitaire. En effet, les données montrent que les hommes, les femmes et les jeunes ont un accès différent à l'information et aux médias. Il faut donc cibler ces trois groupes différemment. Les hommes sont plus susceptibles d'être atteints par la radio alors que les trois groupes sont ouverts à la formule traditionnelle. Les cassettes sont populaires parmi les trois groupes mais pas dans la même mesure que le divertissement traditionnel. Si le programme avait supposé que ces trois groupes pouvaient être atteints par le même moyen, il serait passé à côté de segments entiers du public cible.

4. Contacter chaque ménage et interviewer tous les membres concernés de chaque groupe cible.
5. Dans chaque ménage, interviewer tous ceux concernés de chaque groupe cible en utilisant un questionnaire standard. Par exemple si le groupe cible est composé de mères, alors toutes les mères du ménage choisi pourront répondre séparément aux questions de l'entretien.

6. Saisir les données dans un programme d'analyse comme Epi Info ou Epi Data. Les deux programmes existent en anglais et en français (voir lectures proposées). Les réponses peuvent ensuite être analysées pour calculer les fréquences de réponses entre les différents groupes cibles.

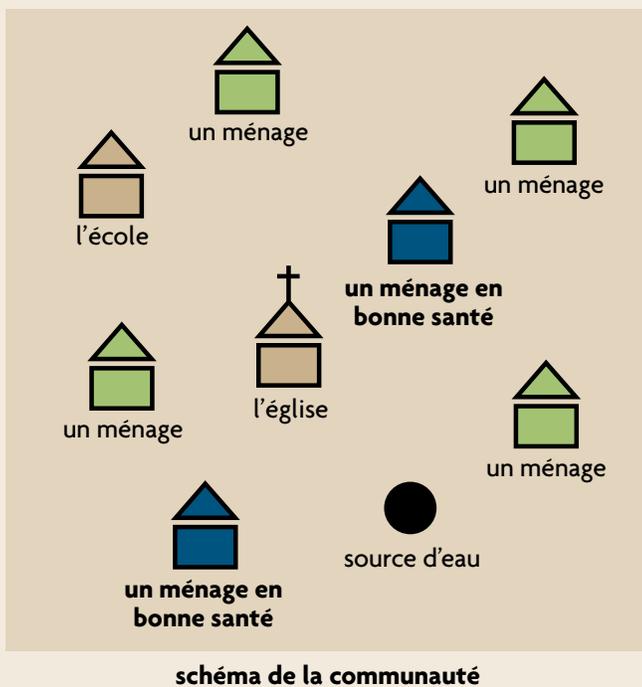
On comparera la fréquence de réponse pour chaque type de média afin de déterminer s'il existe de meilleurs moyens d'atteindre chaque groupe cible ou si une seule approche suffit. L'important est de découvrir quelles sont les sources d'information qui sont disponibles dans la population ciblée et parmi ces sources, lesquelles sont jugées crédibles et fiables. L'exemple de cas 4.2 montre les résultats d'une enquête au Soudan du Sud.

### Promotion de comportements positifs

Si un programme réalise une recherche formative pour déterminer comment la communauté perçoit l'hygiène, il trouvera qu'il existe déjà des pratiques actuelles qui réduisent la transmission des maladies infectieuses. C'est ce qu'on appelle le « modèle de déviance positive » dans la promotion sanitaire. Ce modèle part du principe qu'il existe des modèles à imiter (déviant positifs) dans

chaque communauté qui pratiquent les comportements qui leur permettent de trouver de meilleures solutions aux problèmes de santé que les autres membres communautaires qui ont le même accès aux mêmes ressources. Figure 4.1 démontre comment implémenter le modèle de déviance positive.

L'éducation sanitaire doit mettre en exergue et encourager ces comportements positifs existants. Il est plus facile de convaincre un public de maintenir ou d'améliorer des comportements existants plutôt que d'introduire une nouvelle pratique. Les pratiques existantes peuvent également être utilisées pour faire ressortir le rôle des femmes au sein de la communauté. Par exemple, si certaines femmes dans la communauté balayent déjà tous les jours leur maison, alors un message peut être adressé aux autres femmes les encourageant à suivre cet exemple et à faire de même. D'autres messages seront mis au point pour venir compléter et renforcer le message principal de l'éducation sanitaire, encourageant le public à reconnaître les avantages des comportements positifs. Toutefois, on privilégiera toujours les messages simples pouvant être traduits dans la réalité et venant de sources d'information auxquelles les gens font confiance. Un programme



L'approche de déviance positive cherche à trouver des ressources et solutions qui existent déjà au sein de la communauté pour résoudre les problèmes communautaires. Les approches classiques à la résolution d'un problème cherchent avant tout à trouver les manques dans les ressources communautaires alors que la déviance positive utilise les innovateurs dans les communautés pour servir de modèle et encourager d'autres à adopter le comportement en question.

Étapes d'une enquête sur le comportement positif :

- 1. Identifier** les familles qui semblent avoir les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. Identifier les familles qui semblent avoir des membres en bonne santé et propres.
- 2. Comparer** avec les familles dont les membres ne semblent pas d'avoir le même niveau de santé et assainissement.
- 3. Découvrir** les pratiques utilisées par les familles en bonne santé pour maintenir leur ménage qui sont différents que d'autres ménages dans la communauté.
- 4. Choisir** les comportements adoptés par les familles en bonne santé qui pourraient être recommandés au sein de la communauté.
- 5. Utiliser** ces comportements comme la base des messages d'éducation sanitaire.

Important de faire passer des messages qui peuvent effectivement être traduits dans la réalité des contextes où le trachome est endémique. Le cadre de la déviance positive aidera le programme à trouver les comportements qui sont appropriés, faisable et durables dans le contexte donné.

#### Encadré 4.2

#### Exemples de messages “réalisables” pour lutter contre le trachome

“Laver le visage de votre enfant le matin, après les repas et avant de le mettre au lit ”

“Balayer tous les jours votre concession.”

“Recouvrir de terre les matières fécales animales et humaines et les enlever de la concession.”



Une séance d'éducation sanitaire au Nigeria.



Agent de santé soudanais qui utilise une boîte à image pour sensibiliser les gens.

d'éducation sanitaire n'a aucune chance de réussir s'il met en avant des comportements impossibles à adopter ou s'il utilise des médias inaccessibles à la population cible. Par exemple, une annonce télévisée bien réalisée sur la douche quotidienne avec savon et eau chaude et installation sanitaires avec tout-à-l'égout ne servira pas à grand-chose dans un village qui n'a pas d'électricité, ni de réception de télévision, ni eau courante ni système public de tout-à-l'égout. Voir les exemples dans l'encadré 4.2.

#### Atteindre les hommes pour encourager le changement de comportement chez les femmes

Il est important de reconnaître que le comportement est influencé par divers acteurs dont les chefs de ménage, les dirigeants communautaires et religieux, les belles-mères et même le gouvernement local. Les interventions de lutte contre le trachome devraient cibler les membres de la famille qui prennent les décisions financières et qui contrôlent les ressources familiales. Même si ce sont les hommes qui exercent le principal contrôle dans le ménage, cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas vulnérables. Les hommes dans les contextes aux modiques ressources se heurtent aux difficultés suivantes :

- Mauvaises conditions économiques
- Manque d'éducation formelle

- Lourde charge de travail physique
- Pression pour subvenir aux besoins de la famille
- Manque de possibilités à l'extérieur de la communauté
- Attentes sociales et culturelles d'être une personne « forte », « celui qui doit pourvoir aux besoins » et le « décideur » alors qu'ils risquent de sentir seul et désorienté
- Attentes familiales peu réalistes
- Pression des pairs

En effet, la société s'attend à ce que les hommes soient capables de protéger leurs familles et de répondre aux besoins de leur femme et de leurs enfants. Leur statut au sein de leur communauté souffrira terriblement s'ils n'arrivent pas à assumer ce rôle. Les hommes souffrant d'invalidités comme le trichiasis sont encore plus défavorisés. Aussi, toutes ces pressions peuvent-elles servir à encourager les hommes à s'intéresser davantage à la santé de leur famille pour rehausser leur statut, garantir la productivité économique, affermir leur rôle de gardien de la famille et leur donner l'occasion de s'engager dans la vie communautaire. Les hommes sont sensibles à la perception communautaire et l'approbation du groupe. Les hommes n'adopteront pas de comportements qui contredisent leur définition du comportement masculin ou

### Encadré 4.3

#### Atteindre les hommes pour pouvoir atteindre les femmes

Identifier le rôle traditionnel de la masculinité :

- Quels sont les comportements de santé que les hommes jugent positifs ? négatifs ?
- Comment la prise de décisions parmi les femmes façonne l'identité masculine ?
- Les finances et les ressources du ménage sont-elles gérées différemment entre les hommes et les femmes ?



*Le public masculin doit être présent dans les stratégies d'éducation sanitaire, même si le public principal sont les femmes.*

L'éducation sanitaire peut être utilisée pour mettre en avant un autre modèle de l'autorité masculine. Voici des exemples de messages positifs :

- “C'est ma responsabilité de mari que d'utiliser le peu d'argent que j'ai pour payer le déplacement de ma femme et la faire opérer du trichiasis ”
- “Emmener ma femme se faire opérer donnera plus de statut à ma famille dans la communauté car j'ai fait preuve de compassion et ma récolte a été meilleure.”

Il est important de comprendre le modèle culturel et traditionnel de la masculinité parmi les communautés ciblées.

leur statut au sein de la communauté. Encadré 4.3 fournit des exemples de messages pour atteindre les hommes.

### Mise au point de matériel d'éducation sanitaire dans l'optique des genres

Les données de la recherche formative informeront le programme national sur les types de média disponibles et appréciés par le groupe ciblé. Les programmes devraient utiliser les données collectées pour retenir des médias jugés convaincants, crédibles, fiables, attirants et respectés. Par exemple, certaines sociétés préfèrent des médias non imprimés alors que d'autres jugeront que les médias textuels sont plus valides. Il n'existe pas de « modèle unique » pour l'éducation sanitaire.

### Identifier les sous-groupes au sein d'un public plus large

Bien des gens tous différents les uns des autres peuvent vivre dans un district où le trachome est endémique et pourtant tous risquent d'être touchés par le trachome. L'ampleur ou la gravité de la maladie changera en fonction des facteurs risques auxquels ces personnes ou groupes sont exposés. Les responsables des programmes devraient utiliser les résultats de la recherche formative pour identifier ces sous-groupes et les segmenter en publics différents.

La segmentation des publics permet à un programme de changement de comportement

Tableau 4.1

Les exemples de messages d'éducation sanitaire, segmentés par public et média

Message	Segment du public	Media
“Construisez une latrine”	Homme, chef de famille	Radio
“Lavez le visage de votre enfant”	Mères	Dirigeants religieux
“Emmenez votre femme ou votre mère se faire opérer”	Hommes, jeunes hommes	Séance d'éducation sanitaire pour les agents de santé
“Participez à la distribution d'azithromycine”	Hommes, femmes, enfants	Réunions avec les dirigeants communautaires, radio
“Faites-vous opérer du trichiasis”	Adultes, personnes plus âgées	Visites à domicile par les agents de santé, radio

de cibler parallèlement les différents publics. Si la recherche formative montre que les hommes et les femmes répondent à différentes formes de médias, alors des outils individuels d'éducation sanitaire devraient être mis au point pour refléter ces différences. Le tableau 4.1 montre la segmentation du public.

### L'élaboration de matériel d'éducation sanitaire

Les responsables des programmes devront suivre ces étapes suivantes en élaborant les matériaux éducatifs :

1. Préciser les objectifs du changement de comportement en fonction des résultats de la recherche formative : est-ce que le programme a appris quelque chose de nouveau à propos du public cible ? Est-ce que les buts du changement de comportement restent pertinents ?
2. Faire une liste des principaux comportements et messages pour encourager la stratégie CHANCE (utilisation de latrines, nettoyage du visage, participation à la distribution d'antibiotiques, adresse des cas de trichiasis vers les services de chirurgie, etc.).

3. Déterminer quels sont les médias qui conviennent le mieux au public cible et à chaque message clé. Tous les comportements ne se prêtent pas toujours de la même manière au même média. Par exemple, la radio arrivera probablement à mieux faire passer les messages sur la promotion de la construction des latrines alors que les agents de santé communautaire sont les plus indiqués pour la distribution des antibiotiques. Les femmes et les hommes devront probablement être ciblés séparément.

4. Mettre au point un avant-projet du matériel.
5. Faire un pré-test du matériel auprès du public cible.
6. Modifier le matériel en fonction des caractéristiques du public cible.
7. Faire un test pilote de la version finale avec le public cible.
8. Porter les derniers changements à la version finale.

#### Encadré 4.4

##### Pré-test du matériel d'éducation sanitaire

Le pré-test permet à chaque membre du public cible de donner son avis sur la pertinence, l'adéquation et la compréhension du nouveau matériel d'éducation sanitaire. Il est important que le matériel conçu pour les femmes soit également testé par les femmes. Par exemple, si vous faites le test d'une boîte à images montrant des femmes dans leur maison, vous pouvez poser le type de questions suivantes :

- Est-ce que son fourneau de cuisine ressemble à la vôtre ?
- Sa maison ressemble-t-elle à la vôtre ?
- Son foulard est-il noué correctement ?
- A votre avis, que fait-elle ?
- Manque-t-il quelque chose dans cette image ?

Une fois analysé chaque aspect du matériel, demandez-leur de discuter du média dans son entier.

- Les messages sont-ils présentés dans l'ordre correct ?
- Quels sont les principaux messages de cette boîte à images ?
- Qu'est-ce que vous comprenez du contenu ?
- Comment pourrait-on améliorer le média ?



Pré-test du matériel d'éducation sanitaire dans le Soudan du Sud.

#### Exemple de cas 4.3

##### Se servir du pré-test pour mettre au point du matériel d'éducation sanitaire

Le programme de lutte contre le trachome au Soudan a développé le sigle arabe "JMAL" pour traduire CHANCE. JMAL signifie beauté en arabe. Un artiste local a été chargé de traduire en images les quatre composantes de CHANCE. Ces images devaient surtout plaire aux femmes et aux enfants. Lors du pré-test auprès de femmes, le programme a découvert que les femmes ne portaient pas de t-shirts. Les images ont donc été mises sur de longs sacs des commissions que les femmes utilisent souvent dans les communautés rurales.

#### Pré-test du matériel d'éducation sanitaire

Le matériel d'éducation sanitaire devrait faire l'objet d'un pré-test avec le public cible, que soit avec des individus ou des petits groupes. Assemblez un groupe de 8 à 12 personnes auxquelles se destine le matériel.

Demandez-leur de donner leurs premières impressions du nouveau matériel. Cette évaluation permettra au programme de déterminer si le matériel est accessible en général. On demandera au focus group d'évaluer chaque composante (page, sketch, etc.) du matériel d'éducation sanitaire pour juger du contenu, de la compréhension et de la pertinence culturelle afin de mesurer si les images et les descriptions dépeignent des situations réelles.

#### Encadré 4.5

##### Planifier l'éducation sanitaire en fonction des calendriers journaliers et saisonniers

Le tableau montre un exemple de calendrier quotidien pour les hommes et femmes dans les zones rurales du Niger. Les responsables de programmes puissent créer un tableau pareil à décrire les activités d'une journée ordinaire pour chaque sous-groupe ciblé (le moment de la journée sera défini en fonction des tâches quotidiennes pertinentes dans le contexte local).

Moment de la journée	Emplacement, activités	Possibilités de communication
<b>Hommes</b>		
Tôt le matin	Mosquée, prières	Dirigeants religieux après la prière
Matin	A la maison, mangent le petit déjeuner et se préparent à aller au travail	Emissions à la radio
Repas de midi	Dans les champs à planter ou à récolter	—
Soir	Sont à la maison ou dans la maison des voisins à se détendre et à bavarder avec les autres	Emissions à la radio, réunions avec des dirigeants communautaires
<b>Femmes</b>		
Tôt le matin	Préparent le petit déjeuner et aident les enfants à se mettre en route pour l'école	Emissions à la radio (si les femmes ont accès à la radio)
Matin	Sont à la maison et nettoient la concession. Cherchent l'eau et le bois de feu	—
Repas de midi	Font la cuisine, écrasent les céréales et s'occupent des enfants	Groupements féminins informels, discussion en faisant les travaux ménagers
Soir	Lavent les enfants, préparent le repas du soir et vont parfois bavarder avec des voisines	Emissions à la radio qu'écoutent généralement les hommes

Des calendriers saisonniers sont préparés pour déterminer quels sont les meilleurs moments de l'année pour atteindre les différents groupes. Voyez comment le travail saisonnier change pour les hommes, les femmes, les personnes âgées, les nomades, les enfants car cela détermine le calendrier d'exécution de votre programme d'éducation sanitaire.

#### Exemple de cas 4.4

##### Éducation sanitaire ciblée au Vietnam

International Development Enterprises (IDE) a décidé de promouvoir le lavage des mains et du visage dans le cadre d'une campagne tournée essentiellement vers les enfants mais aussi vers les mères. Pensant donc aux enfants, IDE a choisi pour personnage central de la campagne un petit garçon à « l'étrange chevelure » qui sort tout droit des contes populaires sur le Buffalo Boy connu pour ses aventures et aimé des enfants. Le slogan de la campagne est intégré au logo avec les mots suivants : « Des yeux propres — des yeux sains » au-dessus des petits garçons et « un avenir brillant » en dessous.



Les canaux utilisés pour atteindre les enfants sont l'école, la télévision et les haut-parleurs dans la communauté. Le matériel de communication mis au point sont notamment les messages vidéos passés aux enfants à l'école et à la télévision, une chanson apprise à l'école disant que les yeux propres et sains s'accompagnent de réussite scolaire et de bonheur pour la famille entière. Sur les cahiers scolaires, la couverture porte les mots suivants : « As-tu lavé ton visage ? » et « Lave tes mains et nettoie ton visage avec ta propre serviette. » IDE a développé une bande dessinée avec le logo de la campagne qui montre le « petit garçon à l'étrange chevelure » qui se réveille, se lave le visage avec sa propre serviette puis se met en route pour l'école tout heureux. Pas un mot n'est dit. Le trachome n'est pas mentionné mais en arrière-fond, la musique est celle de la chanson du trachome. IDE a également mis au point une vidéo destinée aux garçons qui montre un petit garçon regardant la télé et voyant son joueur de football préféré qui se lave le visage en soulignant l'importance de l'hygiène. Ce garçon ensuite décide de se laver le visage avant d'aller jouer au foot avec ses copains. Il met un but et les autres le soulèvent en l'air.

Utilisez le feedback de la session du pré-test pour revoir le matériel.

On peut demander à l'artiste qui conçoit le matériel (journaliste radio, dessinateur, etc.) de venir rendre visite aux communautés locales. Cela l'aidera à faire des représentations authentiques de la population ciblée. Voir l'étude de cas 4.3 et l'encadré 4.5 pour les renseignements à propos du pré-testing.

### Réalisation et distribution du matériel d'éducation sanitaire

La réalisation et la distribution du matériel d'éducation sanitaire doivent être coordonnées dans le contexte d'un programme plus vaste de changement comportemental et doivent correspondre aux objectifs du programme général de changement de comportement. Avant de produire des exemplaires du matériel, les programmes de lutte contre le trachome devraient songer à la quantité nécessaire, aux mécanismes de distribution et au meilleur moment de l'année pour réaliser les activités éducatives. Par exemple, si l'administration en masse du médicament est prévue pour le mois de mars, il serait bon de déployer la campagne d'éducation sanitaire en février pour obtenir un bon soutien pour le programme. De même, si on tient compte du calendrier saisonnier et quotidien du public cible en planifiant les interventions, on arrivera à augmenter au maximum la participation. Si le programme souhaite cibler les hommes, il ne faudra pas le faire pendant les heures de la journée où ils sont loin de la maison, pas plus qu'il ne le faudrait le faire lors des mois où ils partent vers d'autres endroits à la recherche de travail. La distribution du matériel d'éducation sanitaire doit correspondre aux objectifs annuels du programme pour l'éducation sanitaire : nombre de facilitateurs et d'éducateurs, soutien logistique pour la production et la fourniture du matériel et supervision régulière du programme sur le terrain. L'encadré 4.5 présente les calendriers communautaires et l'exemple du cas 4.4 montre un exemple d'éducation sanitaire au Vietnam.

### Radio

La radio est le moyen de communication qui se prête le mieux à l'éducation sanitaire à grande échelle. La radio ouvre la porte vers le monde de l'extérieur, surtout aux femmes et aux filles. Elle apporte une information générique tant aux hommes qu'aux femmes mais n'aura aucun effet pour ceux qui n'ont pas accès à une radio ou qui ne peuvent pas choisir les programmes et ce dernier groupe regroupe surtout les femmes et les filles, surtout les jeunes filles.

Dans un grand nombre de communautés où le trachome est endémique, les femmes et les filles n'ont pas le même degré de mobilité que les hommes et les garçons plus âgés. Des taux moindres d'alphabétisation, moins d'indépendance économique et leur dépendance face aux pourvoyeurs masculins placent les femmes dans une situation précaire : elles n'ont pas toujours accès à l'information qu'elles souhaitent ou nécessitent. Si la radio est un outil efficace de communication des questions de santé pour un public plus large, il est pourtant capital de comprendre les habitudes d'écoute à la radio pour s'assurer que les messages arrivent au public ciblé. Même si la famille possède une radio qui fonctionne bien, cela ne veut pas dire que tous les membres ont le même accès pour décider du programme qu'ils veulent écouter, l'heure à laquelle ils souhaitent le faire et avec qui partager ce temps.

L'enquête pour mesurer les sources d'information décrites dans l'appendice présente les diverses manières d'évaluer les modes d'utilisation de la radio au sein d'un ménage (voir l'Appendice C). Par exemple, si le programme détermine que les hommes contrôlent la radio, le programme utilisera ce moyen de communication pour éduquer les hommes sur le meilleur être de leur famille s'il la protège contre le trachome.

Certains programmes de lutte contre le trachome ont utilisé des radios mécaniques pour former des clubs d'écoute et autres groupements féminins. Ces clubs sont très efficaces pour engager les femmes dans la programmation des activités de lutte contre le trachome, grâce à leur accès aux radios et à la possibilité de discuter des questions de santé avec leurs camarades. S'il n'est pas possible d'obtenir des radios, les groupements féminins restent quand même un forum efficace où les femmes peuvent discuter de leurs préoccupations sur le plan santé et trouver ensemble des solutions locales. Les groupements des femmes au Mali sont présentés en l'exemple de cas 4.5.

#### **Exemple de cas 4.5**

##### ***Les groupements des femmes au Mali***

Les groupements féminins sont courants dans la société rurale traditionnelle du Mali et l'utilisation de ces groupes pour parler de la lutte contre le trachome et recommander des améliorations sanitaires a propulsé le leadership féminin. Pour renforcer les progrès en vue d'éliminer le trachome, le programme national de lutte contre le trachome au Mali a formé des groupements féminins pour concrétiser les composantes N & CE de la stratégie CHANCE. Généralement, ce sont les femmes et les enfants qui sont les groupes primaires ciblés par les canaux existants d'éducation sanitaire. Cependant, ces canaux n'arrivent pas à atteindre ces groupes suite à une formation trop limitée des agents de santé communautaire et au grand nombre de messages qu'ils sont supposés faire passer dans la communauté.

Fin 2007, le Programme national de lutte contre la cécité (PNLCC) ciblait des groupements féminins existants dans neuf districts sanitaires des régions de Ségou et de Mopti cherchant à leur apporter une formation en matière de lutte contre le trachome. Ce programme de formation reposait sur les aspects fondamentaux du changement comportemental pour améliorer l'hygiène et l'assainissement, la mise en œuvre de la stratégie CHANCE et l'intégration des activités de lutte contre le trachome aux interventions communautaires déjà en place. À l'achèvement de la formation, chaque groupe a reçu une boîte à images sur le trachome, un lecteur de cassettes et une cassette sur le trachome.

Le projet de formation du groupement féminin s'est assuré que les pratiques améliorées d'hygiène soient toujours présentes dans les activités régulières des femmes rurales et de leur famille. De plus, l'engagement de femmes formées spécifiquement pour la lutte contre le trachome vient encore renforcer les activités des agents de santé communautaire. Les groupements féminins organisent des clubs d'écoute à la radio pour s'assurer que les messages sur le trachome arrivent jusqu'aux femmes. Ces clubs assurent l'accès des femmes aux messages radiophoniques sans que cela ne dérange les habitudes d'écoute des hommes ou des pères.



*Boîte qui fuit pour laver les mains en Ethiopie.*

## Lectures proposées

Roberts A, Pareja R, Shaw W, Boyd B, Booth E, Mata JI. A Tool Box for Building Health Communication Capacity. The AED Center for Global Health Communication and Marketing. <http://www.globalhealthcommunication.org/tools/29> Cette boîte à outils contient des directives pour la mise au point de programmes de communication sanitaire, la conception de matériel d'éducation sanitaire et la mise en place de programmes de communications appropriés du point de vue culturel et viables sous l'angle programmatique dans le but d'encourager le changement comportemental.

Howard-Grabman L & Snetro G. How to Mobilize Communities for Health and Social Change. 2003. Baltimore: Health Communication Partnership based at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [http://www.hcpartnership.org/PUBlications/Field\\_Guides/Mobilize/htmlDocs/cac.htm](http://www.hcpartnership.org/PUBlications/Field_Guides/Mobilize/htmlDocs/cac.htm). Center for Communication Programs. Johns Hopkins Health publications <http://www.jhuccp.org/pubs/> Ce manuel est un guide pratique pour la mobilisation et l'éducation communautaire. Le Centre pour les programmes de communication de Johns Hopkins compte divers matériels d'éducation sanitaire, notamment pour mettre au point un programme d'éducation sanitaire qui prête attention tout spécifiquement aux questions relatives au genre.

Family Health International. Behavior Change Communication (BCC) for HIV/AIDS: A Strategic Framework. Family Health International Institute for HIV/AIDS. 2002; Arlington, VA. Ce document présente un cadre stratégique pour concevoir un programme de changement comportemental. Si le contexte concerne la prévention

du VIH/SIDA, le cadre n'en est pas moins applicable à d'autres problèmes de santé publique.

Sternin M, Sternin J, Marsh D. Designing a Community-Based Nutrition Program. Using the Hearth Model and the Positive Deviance Approach—A Field Guide. 1998. Save the Children USA. Ce document applique l'approche de la déviance positive à la mise en place des programmes nutritionnels. Il illustre les étapes pour identifier les ménages en bonne santé et choisir les comportements à promouvoir avec des exemples de la vie réelle.

Curtis V, Kanki B, Cousens S, Diallo I, Kpozehouen A, Sangare M, Nikiema M. Evidence of behavior change following a hygiene promotion program in Burkina Faso. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (6). Deux enquêtes auprès de la population ont été réalisées pour noter la couverture d'un programme de promotion de l'hygiène au Burkina Faso. Les enquêteurs constatent que les programmes de promotion de l'hygiène qui reposent sur une recherche locale et utilisent des méthodes de communication appropriées dans la culture locale ont plus de chances d'être efficaces.

Les matériaux d'éducation sanitaire peut être téléchargé du Centre Carter de l'adresse suivante : [http://www.cartercenter.org/health/trachoma\\_education/index.html](http://www.cartercenter.org/health/trachoma_education/index.html)

Epi Info peut être téléchargé de l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/epiinfo/downloads.htm>

Epi Data peut être téléchargé de l'adresse suivante : <http://www.epidata.dk/download.php>

# 5 N ET CE : ARRIVER A L'ÉQUITÉ PAR LE BIAIS DE L'INTERVENTION



Le trachome est une maladie communautaire, il ne suffit pas que quelques personnes adoptent de meilleures pratiques. La prévention du trachome grâce à la promotion de l'hygiène et de l'assainissement doit être vue comme une priorité communautaire. Pour arriver à réduire la transmission du trachome, les programmes doivent présenter l'infection comme un problème de santé familiale et offrir à tous les membres l'information pertinente ainsi que des interventions et approches fiables pour réduire le risque de contracter cette infection. Lorsque les programmes reconnaissent que les femmes n'ont guère de pouvoir décisionnel dans la plupart des communautés où le trachome est endémique, ils peuvent concevoir des interventions et des messages d'éducation sanitaire qui soutiennent les femmes et leur donnent les moyens de veiller à l'hygiène au sein de leur famille.

Les activités entrant dans la composante du nettoyage du visage et du changement de l'environnement concernent la promotion des bonnes mesures d'hygiène par le biais de l'éducation sanitaire, éducation concernant le trachome en milieu scolaire, la construction de latrines et l'approvisionnement en eau. Les interventions « N & CE » ne seront pas discutées individuellement dans ce manuel mais ce chapitre apporte aux programmes de lutte contre le trachome des outils pour encourager la promotion de l'hygiène chez les femmes et les enfants. Le

but de ce chapitre est de permettre aux responsables du programme de mettre au point des plans d'intervention qui permettent aux communautés de participer à la conception et à la mise en œuvre des activités « N & CE » et de vérifier qu'il existe un accès équitable à un meilleur assainissement et une meilleure hygiène pour toutes les personnes exposées au risque de contracter le trachome.

### Hygiène et risques liés au genre

Les tâches ménagères qui incombent généralement aux femmes les exposent à un risque accru de contracter l'infection trachomateuse (voir le tableau 5.1). Ce sont elles qui se chargent généralement de laver et baigner les jeunes enfants. L'hygiène doit être inclus dans l'optique du genre car c'est le genre qui informe les comportements liés à l'hygiène, ce qui place les hommes et les femmes à différents niveaux de risques. Si, d'une part, les femmes sont responsables de la bonne hygiène de leurs enfants, d'autre part, elles n'ont pas les moyens de prendre les décisions concernant la distribution des ressources de la famille (argent, temps, etc.) aux fins d'hygiène, comme l'accès à l'eau, au savon, aux serviettes et aussi le temps nécessaire pour enseigner l'hygiène à leurs enfants. La liberté de prendre les décisions est encore plus restreinte quand les ressources deviennent rares. Le genre informe également la répartition du travail et des tâches familiales, qui se répercute sur l'exposition au trachome. Les

**Tableau 5.1**  
*Rôles spécifiques au genre et facteurs-risques du trachome*

Individu	Rôles des genres	Facteurs-risques du trachome	Comment traiter N & CE
<b>Hommes</b>	Construction Creuser Agriculture Travail migratoire Marché/les affaires	Contact avec les mouches Exposition avec les autres communautés d'endémicité	Latrines familiales Lavage du visage et des mains
<b>Femmes</b>	Soins des enfants Nettoyage de la maison Elevage Agriculture, suivant le contexte local	Contact avec les mouches Exposition aux jeunes enfants Exposition au manque d'assainissement dans la maison	Latrines familiales Lavage du visage et des mains Hygiène des enfants Enlever les ordures et enterrer les matières fécales

interventions possibles N & CE sont également indiquées, montrant que tous les membres communautaires ne courent pas le même risque d'être affligés par le trachome.

### Pratiques culturelles : tabous et rituels

Les comportements individuels sont forgés par des normes communautaires. Ces « règles » non écrites régissent la manière dont les membres d'un groupe gèrent leurs propres comportements, adoptent leurs habitudes et établissent leurs relations avec les autres. Certes, il existe des analogies entre des cultures qui partagent la même langue ou religion et, pourtant, toutes les communautés ont leurs propres préférences quant à la manière dont les membres devraient se comporter et interagir entre eux. Les comportements se rapportant à la préparation de la nourriture, à la défécation, au ramassage des ordures et au contact physique sont ancrés dans des croyances

traditionnelles dont nombreuses proviennent d'un souci de réduire les menaces pesant sur la santé publique. Un grand nombre de ces croyances traditionnelles ne sont pas fondées sur des informations exactes au vu des connaissances actuelles sur les maladies infectieuses mais elles continuent pourtant à exercer une influence puissante sur le comportement.

Les tabous sont des comportements jugés interdits ou inacceptables. Par exemple, dans un certain nombre de pays de l'Afrique de l'Ouest, il est tabou de manger ou de serrer les mains avec la main gauche car elle est utilisée pour se nettoyer après la défécation. Un grand nombre de tabous existent pour de bonnes raisons et aident à maintenir la propreté et l'hygiène dans les communautés. D'autres croyances traditionnelles s'inspirent davantage de superstitions ou pratiques religieuses animistes et n'auront pas toujours un effet direct sur la santé de la

#### Exemple de cas 5.1

##### *Tabous, culture et trachome chez les Masais*

Probablement que le trachome existe depuis des générations et des générations parmi les Masais et autres tribus d'éleveurs de l'Afrique de l'Est. La plupart des interventions utilisées pour lutter contre cette maladie sont l'hygiène et l'assainissement. En effet, certains tabous culturels dans cette société limitent l'utilisation des latrines, essentiellement la notion patriarcale voulant qu'après leur rite de passage, les hommes n'ont plus besoin de déféquer. La chose peut sembler absurde à la plupart des gens mais, dans la société patriarcale des Masais, les hommes dirigent tout et sont vus comme des « dieux » et tout le monde sait que les dieux ne défèquent pas.

La conséquence de cette perception culturelle est le tabou associé au fait que les femmes ou les enfants pourraient voir les hommes entrer dans une latrine. Il y a une ou deux générations, les hommes quittaient le boma (leur maison) tôt le matin et restaient en dehors toute la journée à garder leur bétail. Ils faisaient leurs besoins dans la brousse. Tout effort de convaincre les Masais de construire des latrines s'est avéré en vain jusqu'à présent et celles construites par des organisations extérieures servent de dépôt. Et les femmes du boma jettent les matières fécales humaines avec celles des animaux, les ramassant dans un tas avec une clôture et les bomas autour.

Ces cinquante dernières années, la diminution des terres pâturages et d'autres changements sociaux et politiques ont apporté un style de vie plus sédentaire aux Masais, y compris les hommes. La concentration de déchets humains et animaux a augmenté dans un grand nombre de villages. En même temps, les hommes hésitent encore à construire des latrines. Les femmes aimeraient bien en avoir mais elles ont besoin des hommes pour les construire. En plus, les



*Une femme Masai et son enfant.*

tabous exigent également de construire deux latrines : une pour les hommes et une pour les femmes et les enfants. L'intégration progressive des Masais dans la société du Kenya et de la Tanzanie augmente probablement les chances d'acceptation des latrines bien que les tabous culturels soient coriaces et ne changent pas vite.

communauté. Quel que soit le cas, le programme doit chercher à comprendre comment les tabous influencent le comportement et trouver des manières créatives de mettre en œuvre ses activités tout en respectant la culture locale (voir l'exemple de cas 5.1).

La plupart des responsables de programme de lutte contre le trachome savent combien il est difficile et long de changer les normes et les comportements communautaires. Indispensable de connaître les perceptions d'une communauté face au genre, à l'hygiène et à l'assainissement pour concevoir des interventions sanitaires réussies.

### Divisions culturelles du travail

La plupart des cultures sont dotées d'une certaine forme de divisions du travail entre les hommes et les femmes. Par exemple, en Afrique subsaharienne, les femmes sont généralement responsables des tâches ménagères, comme la cuisine et le nettoyage et les soins des enfants alors que les hommes sont responsables de l'élevage des animaux, de la construction ou d'un travail manuel ardu. Dans certaines communautés, les tâches des hommes et des femmes peuvent se recouper pour une grande partie. Dans des groupes plus restrictifs, il peut y avoir une séparation distincte du travail entre les deux genres dans la mesure où les hommes et les femmes ne sont pas autorisés à partager les fonctions et devoirs. Si les responsabilités primaires entre hommes et femmes risquent d'être différentes, les divisions du travail entre les genres sont souvent complémentaires.

La plupart des programmes d'hygiène et d'assainissement, y compris la construction des latrines et des points d'eau demandent une contribution soit de la communauté ou du ménage individuel. La demande pour de telles contributions joue un rôle capital dans le niveau d'utilisation et la réussite de l'intervention. Par exemple, si un projet de construction de latrines demande aux familles d'aider à creuser le trou, les ménages sans hommes risquent de ne pas participer si les femmes ne sont pas en mesure de faire un travail manuel. Si l'objectif consiste à atteindre des taux élevés de couverture en latrines, alors le programme devra revoir sa stratégie de mise en œuvre pour tenir compte de cet aspect démographique. S'ils veulent arriver à une couverture dans leurs interventions d'assainissement, les programmes doivent comprendre les rôles des genres et encourager ainsi les hommes et les femmes à travailler en collaboration pour que tous les membres puissent participer.

L'exemple ci-dessus de construction des latrines souligne l'importance de se donner des stratégies de mise en œuvre



*Une fillette ghanéenne rit lors d'un sketch sur l'éducation sanitaire.*

qui recherchent l'équité entre les sexes. Dans le cas des latrines, les projets de développement communautaire doivent être exécutés en assurant l'accès à tous les groupes démographiques (hommes et femmes, riches et pauvres, jeunes et vieux) car seul ainsi pourra-t-on arriver à une utilisation et participation élevées.

Voici les étapes à suivre pour arriver à l'équité entre les genres dans les projets d'hygiène et d'assainissement communautaires :

- 1. Connaître la communauté :** Poser des questions lors des enquêtes initiales de collecte de données, par exemple : Quels sont les types de ménages dans vos communautés cibles ? Quelle est la proportion de ménages qui ont accès à l'assainissement ? Est-ce que les hommes et les femmes partagent les latrines ? Les points d'eau ? Les endroits pour se laver ? Qui est chargé de laver les enfants ?
- 2. Mobiliser la participation communautaire :** Organiser des réunions avec toutes les parties concernées pour obtenir le soutien des dirigeants hommes et femmes ainsi que des chefs religieux et responsables politiques.
- 3. Mettre au point l'approche d'exécution :** Le programme a-t-il une stratégie qui vérifie que tous les membres de la communauté ont un accès égal ? Comment les hommes et les femmes vont-ils contribuer ? Certains risquent-ils d'être exclus ? Faites



*Un maçon construit une dalle de latrines au Nigeria.*

### *Exemple de cas 5.2*

#### *Rôle des genres dans le projet de construction de latrines au Nigeria*

Dans les états du Plateau et de Nasarawa au Nigeria, la promotion des latrines familiales est appuyée par le programme national de lutte contre le trachome. Par ailleurs, tous les bénéficiaires doivent aider à construire leur propre latrine. Le programme de lutte contre le trachome forme les maçons locaux et leur apprend à poser les dalles de ciment pour couvrir la latrine. Chaque communauté reçoit l'équipement nécessaire pour préparer le moule de la dalle des latrines. Dans chaque communauté, un à trois maçons sont formés, suivant les besoins et la perte par attrition. Le salaire du maçon varie d'une communauté à une autre et même d'un ménage à un autre car le paiement est négocié entre les deux parties. Le montant varie entre 100 et 1000 naira (1 à 8 dollars) bien que le maçon travaille parfois en échange de céréales ou même gratuitement dans un geste de solidarité. Le ciment est fourni par le programme national. Le chef du ménage doit apporter le sable et le gravier et construire la superstructure de la latrine. Les superstructures sont diverses : faites de paille, de feuilles de palme, de pisé, de tôle ondulée ou de briques de ciment.

La souplesse du paiement communautaire permet au maçon de fournir son service aux ménages en fonction de leur capacité de contribution. Au Nigeria, les travaux manuels comme creuser le trou, construire des superstructures et poser la dalle en ciment sont des travaux confiés aux hommes. La contribution des femmes est également importante même si c'est uniquement pour apporter l'eau ou les feuilles et branches.

une liste de ce que vous attendez de chaque ménage et de chaque membre du ménage. Et rappelez-vous qu'il faut distribuer les rôles en fonction des responsabilités incombant à chaque sexe dans cette culture.

- 4. Faire une liste des barrières que ces personnes risquent de rencontrer :** Voyez comment les rôles liés au genre limitent la participation. Et n'oubliez pas les autres groupes minoritaires comme les ménages les plus pauvres, les groupes nomades et les ménages polygames.

### **Renforcement des capacités des comités villageois**

Sans le soutien et l'engagement communautaires, il vous sera impossible d'arriver à des améliorations durables dans le cadre des projets d'assainissement ou autres initiatives de développement communautaire. Lors de l'étape planification du projet, les responsables des programmes devraient se rappeler d'intégrer au plan de

mise en œuvre un volet portant sur le renforcement de la gestion communautaire. Les comités maintiennent en vie le projet et confèrent par ailleurs aux femmes des rôles de leadership institutionnalisés qui risquent de ne pas exister ailleurs dans les structures locales de gouvernance. Voir l'exemple de cas 5.2 pour une discussion sur la construction des latrines au Nigeria et l'exemple de cas 5.3 pour une discussion sur la matière d'eau en Éthiopie.

### **Enfants en tant qu'agents du changement : santé scolaire**

Les enfants ne peuvent pas être atteints directement par la radio mais par contre les programmes d'éducation primaire sont un excellent moyen de leur apporter une éducation sanitaire ciblée. Dans les régions où la fréquentation scolaire est élevée, les programmes de santé scolaire peuvent avoir un impact percutant.

### *Exemple de cas 5.3*

#### *Eau et femmes en Ethiopie*

En juillet 2006, le sub-kebele de Fek Ayil, situé dans les collines de la région d'Amhara en Ethiopie, a commencé à pomper l'eau de son propre point d'eau protégé. Vivant à deux heures de marche de la route la plus proche, les 21 ménages de cette petite communauté n'avaient jamais eu accès à un point d'eau protégé avec une eau salubre.

Dans une maison à côté du point d'eau vit Simegn Alem, la gardienne volontaire et membre du comité de gestion communautaire. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi elle avait été choisie comme gardienne du point d'eau, elle a répondu, « je vis dans le ménage le plus proche et donc facile pour moi d'ouvrir la barrière lorsque quelqu'un veut passer pour chercher de l'eau. Parfois, la responsabilité me pèse un peu mais je suis tout à fait prête à continuer de l'assumer car c'est important. »

« Sans un gardien, la pompe pourrait être endommagée et l'eau gaspillée, » a-t-elle ajouté. La petite communauté a fourni la main-d'œuvre pour la pompe, et a creusé le puits de 18 mètre, apportant tous les matériaux de construction à la main, depuis la route jusqu'au village. C'est également la communauté qui a choisi cinq membres pour former un comité de gestion. Ce groupe collecte 1 birr (environ 0,11 dollars) par mois auprès de chaque ménage et cet argent est déposé dans un compte d'épargne d'une banque dans la capitale du district. La communauté peut utiliser ces épargnes pour obtenir un prêt et financer l'entretien de la pompe. Le comité compte deux autres femmes qui aident Simegn à maintenir la pompe et à suivre les contributions des familles. Leur engagement dans le comité leur a permis d'être des dirigeantes du village pour la première fois dans leur vie. »



*Simegn Alem, gardienne du puits.*

Dans la plupart des pays où les ressources sont limitées, les ministères de la santé et les ministères de l'éducation formulent en collaboration le programme d'éducation sanitaire pour les élèves du primaire. Ces programmes utilisent l'infrastructure éducative existante pour parler de la prévention des maladies et de la recherche de la santé à des enfants qui risquent de ne pas être instruits à ce propos dans leur famille.

Dans les régions où le trachome est endémique, les programmes de santé scolaire sont utilisés pour promouvoir l'hygiène et l'assainissement en installant des latrines et des endroits pour se laver les mains et en intégrant des leçons sur le trachome dans le programme standard qui encouragent les élèves à continuer ces pratiques à la maison. L'exemple de cas 5.4 montre la santé

#### *Exemple de cas 5.4*

#### *Les programmes scolaires de lutte contre le trachome, tel que vus par un enseignement au Népal*

**Yagya Raj Bahтта est professeur au lycée Janata à Kanchangpur au Népal**

“J'étais un des deux enseignants de mon école qui ont été choisis pour suivre une formation dans le cadre du programme Helen Keller International. Nous étions bien enviés par les autres car les possibilités de formation sont rares dans cette province un peu perdue. La formation était excellente quoique un peu courte à mon avis. Après, je me suis senti prêt à dispenser de suite le programme et j'enseigne un cours par semaine à trois à cinq classes. Par contre, je n'ai pas pu intégrer les leçons du trachome au programme existant sauf parfois pendant le cours de science.

Cela ne signifie nullement un surcroît de travail pour moi car nous avons reçu du matériel tout prêt pendant notre formation. Ces cahiers et livres sont très jolis et bien imprimés et les élèves les trouvent attirants. Ils les aiment tellement qu'ils les emportent chez eux et gardent leurs copies. Je n'arrive pas à les récupérer, ce qui risque de poser problèmes plus tard car peu probable que ces livres seront à nouveau imprimés.

Dans mon école, j'ai mis sur pied une « équipe de combat du trachome » et nous nettoyons la concession de l'école et les salles de classe, maintenant bien les alentours de l'école et les latrines. Nous avons préparé un sketch que nous jouons pour l'école et parfois pour la communauté.

Les enfants se sentent très fiers de participer à la présentation et ils répondent très bien aux questions posées par le public. Les élèves ont également l'occasion de participer à des concours entre les écoles où ils peuvent gagner des prix comme des t-shirts, des styles et autres articles promotionnels.

A la suite de ces leçons, j'ai noté une amélioration générale dans l'hygiène personnelle de mes élèves. Ils parlent du trachome à leurs parents et amis, et j'espère que cela sensibilisera à la maladie et encouragera des améliorations dans l'assainissement et l'hygiène dans la communauté.



*Les étudiantes népalaises lisent des livres de contes sur le trachome.*

### Encadré 5.1

#### Programmes de santé scolaire

##### Composantes des programmes de santé scolaire

**1. Sensibiliser la communauté au programme :** Obtenir le soutien de la communauté pour l'éducation sanitaire destinée aux enfants. Encourager les enseignants et les dirigeants à soutenir publiquement l'utilisation des enfants comme agents de changement et sources d'information sanitaire.

**2. Créer un environnement scolaire salubre :** Installer des stations de lavage des mains et des latrines et veiller à ce qu'elles soient utilisées. Cela améliorera la propreté de l'école et donnera aux élèves l'occasion de pratiquer ces comportements.

**3. Former les enseignants en matière de lutte contre le trachome :** Réaliser des formations d'une à deux journées en collaboration avec le service d'éducation local pour s'assurer que les enseignants comprennent l'importance de la lutte contre le trachome et introduisent des méthodes pédagogiques participatives.

**4. Organiser des sessions régulières d'éducation sanitaire :** Encourager les éducateurs à faire des contrôles d'hygiène chaque matin et à donner des leçons une fois par semaine. Créer des clubs d'assainissement,

des groupes de théâtre, des leaders du lavage des mains et des groupes de nettoyage de l'école pour encourager la participation et pratiquer les comportements liés à l'hygiène.

**5. Encourager les élèves à débattre la situation en matière de santé et d'hygiène de leur communauté :** Pendant les leçons de santé, les enseignants devraient faire participer les élèves à une discussion sur les problèmes de santé dans leurs communautés. Explorer les causes et les solutions.



*Education sanitaire dans une école primaire ghanéenne.*

### *Histoire personnelle :*

#### *Production de savon au Niger*

Dans le cadre de la composante “N” (Nettoyage du visage) de la stratégie CHANCE, le programme national de lutte contre le trachome au Niger aide les districts de santé à former les femmes en matière de préparation du savon traditionnel. Les femmes reçoivent également une éducation par le biais d’autres canaux portant sur l’importance de laver régulièrement les visages des enfants pour réduire la transmission du trachome.

Aisha Oumarou vit dans le village d’Adorihi, dans le district de Matameye de la région de Zinder. En 2003, elle a suivi une formation portant sur la préparation du savon traditionnel. Depuis, à sa propre initiative, elle a formé vingt autres femmes de son propre village et des villages voisins. Elle vend ses pains de savon fait à la maison pour 50 CFA pièce (environ 10 cents) et arrive à en vendre pour 4-8 dollars par semaine.

“Lorsque le district de santé a cherché des femmes pour la formation portant sur la production de savon traditionnel, je me suis portée de suite volontaire. Je connais l’importance du savon pour rester propre et je savais que c’était une compétence qui me serait fort utile. Je me suis rendue compte lors de la formation que c’était un processus simple à apprendre. C’est également facile car j’ai tous les ingrédients qu’il me faut ici à la maison. Le seul obstacle parfois, c’est trouver l’eau.

Pour moi, fabriquer le savon comporte plusieurs avantages. Les gens aiment mon savon et sont bien contents de voir combien le savon garde leurs enfants propres. Ils me disent que grâce au savon leur peau reste bien saine et leurs habits sont bien propres. J’aime avoir une compétence qui me rapporte un peu d’argent. J’ai préparé un sac plein de savon pour mon amie qui va avoir son bébé sous peu, ainsi elle pourra laver ses habits et garder bien propre son bébé.



*Des femmes nigériennes fabriquent leur propre savon avec des matériaux locaux.*

scolaire au Nepal et l’encadré 5.1 présente les composantes de l’éducation sanitaire.

Toute une gamme de matériel a été mis au point pour éduquer les élèves sur le trachome. Cahiers d’exercices, jeux, affiches, cartes et autocollants en sont juste quelques exemples ciblés aux enfants à l’âge scolaire. Programmes qui utilisent du matériel novateur et qui communiquent dans les langues locales ont fort bien réussi à faire des enfants des combattants enthousiastes dans la lutte contre le trachome.

Les programmes de santé scolaire reposent sur la théorie voulant que les enfants sont plus ouverts et plus désireux d’adopter de nouveaux comportements que les adultes. Souvent les enfants seront davantage prêts à remettre en question des pratiques ou croyances culturelles et davantage emballés par de nouvelles idées. En plus, c’est une occasion idéale de transfert de connaissance, sachant que les enfants plus âgés doivent souvent s’occuper de leurs fratries plus jeunes.

## Lectures proposées

Emerson P, Frost L, Bailey R, Mabey D. Implementing the SAFE strategy for trachoma control: a toolbox of interventions for promoting facial cleanliness and environmental change. 2006. The Carter Center; Atlanta. *Ce manuel décrit les diverses interventions disponibles pour les volets N & CE de CHANCE. Le manuel indique comment réaliser une évaluation communautaire pour déterminer les interventions appropriées.*

Curtis V (2001) Hygiene: How myths, monsters, and mothers-in-law can promote behavior change. *Journal of Infection* 2001: 75-79. *L'auteur essaye de comprendre les comportements d'hygiène sous l'angle social et culturel. Le document soutient que les mythes, tabous et traditions sont des déterminants puissants de la santé et du comportement.*

Lewallen A, Massae P, Tharaney M, et al. Evaluating a school-based trachoma curriculum in Tanzania. *Health Education Research*. 2008;23:1068-1073. *Une évaluation d'un programme scolaire sur le trachome en Tanzanie. Les auteurs ont trouvé une inégalité entre les messages sanitaires (vu comme des messages positifs chez les enseignants) et les capacités environnementales pour les mettre en oeuvre. Il n'y avait aucun puits à l'école et un minimum de latrines à l'école comme aux ménages.*

Jenkins MW, Curtis V (2005) Achieving the 'good life': Why some people want latrines in rural Benin. *Social Science & Medicine* 61: 2446-2459. *Une étude qualitative utilisant des entretiens approfondis a été réalisée pour déterminer la motivation poussant à installer des latrines familiales dans les zones rurales du Bénin. Les répondants ont avancé des raisons autres que celles de santé, par exemple, le statut, l'intimité et le côté pratique. Les auteurs préconisent l'utilisation de ces motivations pour la promotion des interventions d'assainissement.*



*Un puits avec pompe manuelle au Mali.*

# APPENDICES



## Carte de chirurgie du patient(e)

<b>Numéro de série du patient(e) :</b>		<b>Nom du chirurgien</b>	
<b>Nom complet du patient(e)</b>		<b>Nom de l'assistant</b>	
<b>Age du patient(e)</b>			
<b>Sexe du patient(e)</b>	<b>Homme</b> <input type="checkbox"/>	<b>Femme</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Village du patient(e)</b>			

Etat clinique du patient(e) avant la chirurgie		Droit	Gauche
	<b>Acuité visuelle</b>		
<b>Opacité cornéenne</b> Marquer la position de l'opacité			
<b>Gravité du trichiasis</b> Nombre de cils qui frottent le globe		0 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10+ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10+ <input type="checkbox"/>
Dessiner les cils qui frottent le globe			

<b>Date de l'opération</b>	/ /		
<b>Consentement informé</b>	Je sais que cette opération ne me rendra la partie de la vue que j'ai perdue mais aidera à garder la vue que j'ai pour le moment.		Signature
<b>Intervention chirurgicale réalisée</b>	<b>Type d'opération</b>	<b>Oeil droit</b>	<b>Oeil gauche</b>
	<b>Type de fils</b>		
	<b>Complications de l'opération</b>		

<b>Suivi PO</b>	/ /	<b>Oeil droit</b>	<b>Oeil gauche</b>
<b>1<sup>er</sup> jour</b>	<b>Complications post-opératoires</b>		

<b>Suivi</b>	/ /	<b>Oeil droit</b>	<b>Oeil gauche</b>
<b>PO après 10 jours</b>	<b>Acuité visuelle</b>		
	<b>Ablation des fils</b>		
	<b>Complications/ commentaires</b>		

## Exemple de registre récapitulatif : Registre de du Centre de Santé

Nom du Centre de Santé : \_\_\_\_\_ Mois/Année : \_\_\_\_\_

NS	Nom	Age	Sexe	Village	Chirurgien	Technique	Azithromycine donnée ?	Date
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

Notes: Le numéro de série (NS) devrait correspondre au registre individuel du patient

Total hommes opérés : \_\_\_\_\_ Total hommes qui ont reçu de l'azithromycine : \_\_\_\_\_

Total femmes opérées : \_\_\_\_\_ Total femmes qui ont reçu de l'azithromycine : \_\_\_\_\_

## Exemple de registre récapitulatif : Niveau district

District : \_\_\_\_\_ Mois/Année : \_\_\_\_\_

NS	Nom de l'établissement	Total # hommes Opérés	Total # femmes Opérées	Total # Traitements A hommes	Total # Traitements A femmes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Total hommes opérés au niveau district : \_\_\_\_\_ Total hommes qui ont reçu de l'azithromycine : \_\_\_\_\_

Total femmes opérées au niveau district : \_\_\_\_\_ Total femmes qui ont reçu de l'azithromycine : \_\_\_\_\_

## Exemple de registre récapitulatif : Niveau régional

Région : \_\_\_\_\_ Mois/Année : \_\_\_\_\_

NS	Nom du district	Total # hommes opérés	Total # femmes opérées	Total # Traitements A hommes	Total # Traitements A femmes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Total hommes opérés au niveau régional : \_\_\_\_\_ Total hommes qui ont reçu de l'Azithromycine : \_\_\_\_\_

Total femmes opérées au niveau régional : \_\_\_\_\_ Total femmes qui ont reçu de l'Azithromycine : \_\_\_\_\_

## Exemple de registre récapitulatif : Niveau national

Mois/année : \_\_\_\_\_

NS	Nom de la région	Total # hommes opérés	Total # femmes opérées	Total # Traitements A hommes	Total # Traitements A femmes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Total hommes opérés au niveau national : \_\_\_\_\_ Total hommes qui reçoivent de l'Azithromycine : \_\_\_\_\_

Total femmes opérées au niveau national : \_\_\_\_\_ Total femmes qui ont reçu de l'Azithromycine : \_\_\_\_\_

## Evaluation de la récurrence du trichiasis

Code du patient(e) \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_ Village \_\_\_\_\_  
 Nom du chirurgien qui a fait le suivi \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Code du chirurgien \_\_\_\_\_ Chirurgien qui a opéré : gaucher ou droitier \_\_\_\_\_

### Présentant Trichiasis :

**Oeil droit**

**Oeil gauche**

Nombre de cils touchant le globe \_\_\_\_\_

Emplacement des cils retournés

(Temporal/Milieu/Nasal)/ TMN (encerclez tout ce qui s'applique) T M N

T M N

No.	Questions	Réponses – Codes	Sauter à
Q1	Age du répondant(e) en années complètes	_____ années	
Q2	Sexe du répondant(e)	Masculin 1 Féminin 2	
Q3	Avez-vous pratiqué l'épilation pour votre trichiasis avant l'opération ?	Oui 1 Non 2	→ 5
Q4	Quelle était la fréquence de l'épilation avant la chirurgie (en intervalle de jours)?	_____ jours	
Q5	Qui vous a conseillé de vous faire opérer ?	Volontaire du trachome 1 Agent de santé 2 Membre de la famille 3 Bénéficiaire de la chirurgie 4 Autre (Spécifiez) _____ 9	
Q6	Est-ce que l'opération a amélioré votre état ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 3	→ 9 → 8
Q7	Pourquoi pensez-vous que votre état ne s'est pas amélioré ? (Encerclez tout ce qui s'applique)	Récidive 1 Croissance de tissus autour de la plaie(Granulome) 2 Douleurs 3 Diminution de la vision 4 Paupière défigurée 5 Autre (Spécifiez) _____ 9	
Q8	Que faites-vous à présent pour votre trichiasis? (Encerclez tout ce qui s'applique)	Rien 0 Opération 1 Epilation 2 Guérisseur local 3 Pommade 4 Autre (Spécifiez) _____ 9	
Q9	Pourquoi pensez-vous que votre état s'est amélioré ? (Encerclez tout ce qui s'applique)	Trichiasis rectifié 1 Douleur soulagée 2 Vision améliorée 3 Autre (Spécifiez) _____ 9	

(Suite)

No.	Questions	Réponses – Codes	Sauter à
Q10	Si vous en aviez besoin, est-ce que vous vous feriez à nouveau opérer ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 3	
Q11	Après votre opération, est-ce que vous avez conseillé à d'autres patients de faire opérer ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 3	
Q12	Est-ce que vous avez entendu des choses négatives à propos du traitement chirurgical pour le trichiasis ?	Oui 1 Non 2	→14
Q13	Quelles sont les choses négatives que vous avez entendues ? (Encerclez tout ce qui s'applique)	Les opérateurs ne sont pas vraiment qualifiés 1 Douleur pendant l'opération 2 Récidive après la chirurgie 3 Paupière défigurée 4 Autre (Spécifiez) _____ 9	
Q14	Quel est l'oeil qui a été opéré ou les deux yeux ont été opérés ?	Droit 1 Gauche 2 Les deux 3	
Examen	<p>Nombre de cils touchant le globe</p> <p>Emplacement des cils inversés (Temporal/Milieu/Nasal)/ TMN (Encerclez tout ce qui s'applique)</p> <p>Granulome (Oui/Non)</p> <p>Défaut d'occlusion de la paupière (Oui/Non)</p> <p>Sur-correction (Oui/Non)</p> <p>Encoche de la paupière (Oui/Non)</p> <p>Opacité cornéenne (Oui/Non) (Temporal/Moyen/Nasal)</p>	<p><b>Œil droit</b></p> <p>_____</p> <p>T M N</p> <p>Oui 1 Non 2</p> <p>T M N</p> <p><b>Œil gauche</b></p> <p>_____</p> <p>T M N</p> <p>Oui 1 Non 2</p> <p>T M N</p>	

# B LES FICHES D'ENREGISTREMENT POUR LA DISTRIBUTION DES ANTIBIOTIQUES

## Exemple de registre récapitulatif : Registre de du Centre de Santé

Date : \_\_\_\_\_ District : \_\_\_\_\_ Station de Distribution : \_\_\_\_\_

Région : \_\_\_\_\_

No.	Station	Total Hommes	Total Femmes	Quantité totale		
				Comprimés (#)	Siroop (ML)	TEO (# de tubes)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
<b>Total</b>						

Cette fiche doit être utiliser à la site de la distribution. Enregistrez le nom du village, l'âge, et le sexe de chaque participant.

## Exemple de registre récapitulatif : Niveau district

Région : \_\_\_\_\_ District : \_\_\_\_\_ Date du compte rendu : \_\_\_\_\_

No.	Date	Total hommes	Total femmes	Quantité totale		
				Comprimés (#)	Sirop (#ML)	TEO (# of tubes)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
<b>Total</b>						

Utilisez cette fiche pour l'approche fixe. Enregistrez le nombre total des doses distribuées à chaque site pour calculer la productivité pour le district entier.

## Exemple de registre récapitulatif : Niveau régional

Région : \_\_\_\_\_ Date du compte rendu: \_\_\_\_\_

No.	Nom de l'activité de distribution	Total hommes	Total femmes	Quantité totale		
				Comprimés (#)	Sirop (ML)	TEO (# of tubes)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
<b>Total</b>						

Au niveau régional, compilez une liste des districts avec le nombre de doses distribuées.

## Exemple de registre récapitulatif : Niveau national

Mois/année : \_\_\_\_\_

NS	Nom de la région	Total # hommes opérés	Total # femmes opérées	Total # Traitements A hommes	Total # Traitements A femmes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Total hommes opérés au niveau national : \_\_\_\_\_ Total hommes qui reçoivent de l'Azithromycine : \_\_\_\_\_

Total femmes opérées au niveau national : \_\_\_\_\_ Total femmes qui ont reçu de l'Azithromycine : \_\_\_\_\_

Au niveau national, compilez une liste des régions avec les nombres des doses distribuées.

## Exemple de guide de questions pour les entretiens

### Questions pour le chef de ménage et mères avec des enfants de moins 5 ans

#### Utilisation de l'eau et nettoyage du visage :

- Quelles sont les utilisations les plus importantes de l'eau dans votre communauté ?  
(Question approfondie : Pourquoi \_\_\_\_\_ représente une utilisation importante de l'eau ?)
- Si l'eau dans le ménage est limitée, à quoi allez-vous utiliser l'eau ?  
(Pourquoi avez-vous choisi cela ? Qui prend les décisions concernant l'utilisation de l'eau ?)
- Comment allez-vous nettoyer le visage d'un enfant ?  
(Avec de l'eau ? Sans eau ? Qu'utilisez-vous ?)
- Que pensez-vous des enfants avec un visage propre ?  
(Pourquoi pensez-vous cela ?)
- Que ressentez-vous en voyant des enfants avec des visages sales ?  
(Pourquoi vous sentez-vous ainsi ?)

#### Défécation :

- Que pensez-vous des gens qui défèquent dans la brousse ?  
(Pourquoi pensez-vous ainsi ?)
- Que pensez-vous des gens qui défèquent dans le village ou aux alentours ?  
(Pourquoi vous sentez-vous ainsi ? Adultes, enfants, bébés?)
- Pourquoi certaines personnes défèquent-elles près du village ?  
(Pourquoi, à votre avis, font-elles ainsi ?)
- Pourquoi certaines personnes défèquent-elles dans la brousse ?  
(Pourquoi, à votre avis, font-elles ainsi ?)
- Votre avis à propos de creuser un trou et d'enterrer les matières fécales ?  
(Avantages ? Inconvénients ?)

#### Communication :

- Y a-t-il une personne dans le village que tout le monde écoute et respecte quand il s'agit de questions de santé ?  
(Qui est cette personne ? Pourquoi l'écoutez-vous ?)
- Existe-t-il des guérisseurs traditionnels dans la communauté ? Les gens écoutent-ils les conseils de santé donnés par ces personnes ?
- Que pensez-vous d'une femme dans la communauté donnant des messages d'éducation sanitaire ?  
(Ce que renferme le message, est-ce important ? Qui est la femme ? Pourquoi est-ce important ?)

#### Assainissement et Hygiène :

- Que pensez-vous du niveau d'assainissement dans la communauté ?  
(Décrivez les pratiques d'assainissement dans la communauté.)
- Nettoyer la concession, est-ce que c'est une priorité ?  
(Qu'est-ce qui en fait une priorité ? Ou pas une priorité ?)
- Est-ce que c'est une priorité d'être propre physiquement ?  
(Qu'est-ce qui en fait une priorité ? Ou pas une priorité?)

#### Boîtes à images :

- Regardez de près ces deux boîtes à images. Laquelle est la plus facile à comprendre : dessins ou photos?
- Laquelle préférez-vous ?  
(Demandez pourquoi ils aiment certains aspects.)
- Qu'est-ce qu'ils aiment le moins ?  
(Demandez pourquoi ils n'aiment pas certains aspects. Que pourrait-on améliorer ? Comment rendre le message plus clair ?)

## Enquête pour trouver les sources de l'information

Numéro de série	Saisie de données 1 <i>(initiales)</i>	Date de saisie
Etat / Comté / District	Saisie de données 2 <i>(initiales)</i>	Date de saisie
Village		
Date de cet entretien Jour/mois/année	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
Nom de l'observateur/enquêteur qui fait l'entretien		
Consentement informé donné ? Initiales et date	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
<b>Aspects démographiques</b>		
Q1	Description du répondant(e)	Chef de ménage = 1 Mère avec des enfants de moins de 5 ans = 2 Jeune âgé(e) de 11 à 16 ans= 3
Q2	Genre du répondant(e)	Masculin = 0 Féminin = 1
Q3	Quel âge avez-vous ?	<i>(marquez l'âge)</i>
Q4	Jusqu'à quel niveau d'instruction êtes-vous allé(e)  <i>(Si "aucun," demandez "avez-vous suivi une éducation non formelle (ENF?)")</i>	Aucun=1 Religieux=2 Partie du primaire=3 Partie du secondaire=4 Tout le secondaire=5 Plus loin=7 ENF=8
Q5	Quelle est votre principale occupation ?	Jeune=1 Etudiant(e)=2 Agriculteur=3 Commerçant=4 Employé(e)=5 Eleveur=6 Militaire=7 Femme au foyer=8 Autre (marquez) =99
Q6	Quelle est votre religion ?	Chrétienne=1 Islam=2 Animiste=3 Autre (marquez) =99
Q7	Quelle est votre ethnie ?	<i>(insérez la réponse appropriée)</i> =1 =2 =3 =4 =5 Autre (marquez) =99
<b>Radio</b>		
R1	Est-ce que vous possédez une radio ?	Non=0 Oui=1
R2	Est-ce que vous écoutez parfois la radio ?	Non=0 Oui=1 → R13

(Suite)

R3	Avec quelle fréquence écoutez-vous la radio?	Tous les jours =1 Tous les deux ou trois jours =2 Hebdomadaire=3 Moins d'une fois par semaine=4	
R4	Où est-ce que vous écoutez la radio ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	A la maison=1 Dans la maison d'un ami=2 A la ferme=3 Au marché=4 Au pâturage=5 A l'extérieur avec des amis=6 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	
R5	Quel est votre endroit préféré pour écouter la radio ?	A la maison=1 Dans la maison d'un ami=2 A la ferme=3 Au marché=4 Au pâturage=5 A l'extérieur avec des amis=6 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	
R6	A quelle heure de la journée est-ce que vous écoutez la radio ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	Matin=1 Après-midi=2 Soir=3 Toute la journée=4	
R7	Quels sont les types de programmes que vous écoutez généralement ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	Tout ce qui passe sur les ondes=1 Nouvelles=2 Sports=3 Religion=4 Emission dramatique=5 Musique=6 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	
R8	Qui choisit la station que vous écoutez ?	Moi-même=1 Chef du ménage=2 Propriétaire de la radio=3 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	
R9	Quelles sont les stations de radio que vous écoutez le plus ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	BBC =1 VOA =2 <i>(Insérez la réponse appropriée)</i> =3 =4 =5 =6 Musique non spécifique=7 Ne sais pas=77 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	
R10	Quelle est votre station radiophonique préférée ?	BBC =1 VOA =2 <i>(Insérez la réponse appropriée)</i> =3 =4 =5 =5 Musique non spécifique=6 Ne sais pas=77 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	
R11	Quelles sont les langues que vous aimez écouter à la radio ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	<i>(Insérez la réponse appropriée)</i> =1 =2 =3 =4 Pas de préférences/ne sais pas=77 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	

(Suite)

R12	Est-ce que vous écoutez parfois des cassettes?	Non=0 Oui=1	→ TV1
R13	Quel est le type de cassettes que vous écoutez ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	Musique=1 Discours=2 Annonces publiques=3 Ne sais pas=77 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	
<b>Télévision et films</b>			
TV1	Est-ce que vous avez une télévision à la maison ?	Non=0 Oui=1	→ TV13
TV2	Avec quelle fréquence regardez-vous la télévision à la maison ?	Au moins tous les jours=1 Tous les deux ou trois jours=2 Toutes les semaines=3 Moins qu'une fois par semaine=4	
TV3	A quelle heure de la journée regardez-vous la télé ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	Matin=1 Après-midi=2 Soir=3 Toute la journée=4	
TV4	Quel est votre moment préféré pour regarder la télé ?	Matin=1 Après-midi=2 Soir=3 Toute la journée=4	
TV5	Combien de chaînes avez-vous ? <i>(Marquez)</i>	<i>(marquez)</i>	
TV6	Quels sont les types de programmes que vous aimez regarder ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	Tout ce qui passe=1 Nouvelles=2 Sports=3 Religion=4 Emission dramatique=5 Feuilleton=6 Musique=7 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	
TV7	Qui choisit ce que vous regardez à la télé ?	Moi-même=1 Chef du ménage=2 Propriétaire de la télé=3 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	
TV8	Quelles sont les stations de télé que vous aimez regarder le plus ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	<i>(marquez)</i>	
TV9	Quelle est la station de télé que vous préférez ?	<i>(marquez)</i>	
TV10	Quelles sont les langues que vous aimez écouter le plus à la télé ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	<i>(insérez la réponse appropriée)</i> =1 =2 =3 =4 Pas de préférences/ne sais pas=77 Autre ( <i>marquez</i> ) ___ =99	
TV11	Quel est votre programme de télé préféré ?	<i>(marquez)</i>	
TV12	Est-ce que vous regardez parfois des programmes de télé ou films en dehors de chez vous ?	Non=0 Oui=1	→ PM1

(Suite)

TV13	Où est-ce que vous les regardez ? <i>(Marquez tout ce qui s'applique)</i>	Maison d'un ami/voisin=1 Ecole=2 Magasin=3 Bar=4 Cinéma=5 Autre endroit public=6 Autre ( <i>marquez</i> ) _____=99	
TV14	Avec quelle fréquence regardez-vous souvent la télé ou un film en dehors de chez vous ?	Tous les jours=1 Une fois par semaine=2 Une fois par mois =3 Moins souvent que cela =4	
TV15	Est-ce que vous aimez regarder la télé ou aller voir un film dans des endroits publics comme la place du marché ou une école ?	Non=0 Oui=1	
TV16	Y a-t-il un moment de l'année où vous aimez encore plus regarder la télé ou voir un film en dehors de chez vous ? <i>(Indiquez uniquement première réponse)</i>	A n'importe quel moment=1 Saison sèche=2 Saison des pluies=3 Saison des récoltes=4 Journées nationales=5 Ne sais pas=77 Autre ( <i>marquez</i> ) _____=99	
TV17	Y a-t-il un jour de la semaine où vous aimez encore plus regarder la télé ou voir un film en dehors de chez vous ? <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	Pas de préférence=1 Lundi=2 Mardi=3 Mercredi=4 Jeudi=5 Vendredi=6 Samedi=7 Dimanche=8	
TV18	A quel moment de la journée aimez-vous regarder la télé ou des films en dehors de chez vous ? <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	A n'importe quel moment=1 Matin=2 Pendant la journée=3 Le soir =4 La nuit =5	
TV19	Quel est le type de programme de télé ou films que vous aimez voir en dehors de chez vous ? <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	Films américains=1 Films nigériens=2 Arts martiaux/Action=3 Tout ce qui passe à la télé=4 Emissions musicales=5 Educatif=6 Autre ( <i>marquez</i> ) _____=99	
TV20	Quel est le type de programme que vous préférez ? <i>(Ne choisissez qu'un seul)</i>	Films américains=1 Films nigériens=2 Arts martiaux/Action=3 Tout ce qui passe à la télé=4 Emissions musicales=5 Educatif=6 Autre ( <i>marquez</i> ) _____=99	

(Suite)

TV21	Est-ce que vous payez généralement pour voir la télé ou des films en dehors de chez vous ?	Non=0 Oui=1 Parfois=2	
<b>Médias imprimés</b>			
MI1	Pouvez-vous lire dans une langue donnée?	Non=0 Oui=1	→ MI8
MI2	Est-ce que vous lisez les journaux ou revues?	Non=0 Oui=1	→ MI8
MI3	Quel est le journal ou quelle est la revue que vous lisez ?  <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	<i>(insérez la réponse appropriée)</i> =1 =2 =3 =4 Autre (marquez) ___ 99	
MI4	Est-ce que vous achetez généralement les journaux ou les revues ?	Non=0 Oui=1	
MI5	Quel est le type d'articles que vous aimez lire dans les journaux ou les revues ?	Actualités nationales=1 Actualités internationales=2 Sports=3 Pages de conseils=4 Editorial=5 Jeux/plaisanteries=6 Autre (marquez) ___ 99	
MI6	Quelles sont les langues dans lesquelles vous aimez lire le journal ou les revues ?  <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	<i>(insérez la réponse appropriée)</i> =1 =2 =3 =4 Autre (marquez) ___ 99	
MI7	Quel est votre journal préféré ou quelle est votre revue préférée ?  <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	<i>(insérez la réponse appropriée)</i> =1 =2 =3 =4 Ne sais pas=77 Autre (marquez) ___ =99	
MI8	Est-ce que vous regardez parfois les journaux ou les revues ?	Non=0 Oui=1	→ AP1
MI9	Quel est le journal ou quelle est la revue que vous regardez généralement ?  <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	<i>(insérez la réponse appropriée)</i> =1 =2 =3 =4 Ne sais pas=77 Autre (marquez) ___ =99	
MI10	Qu'est-ce que vous regardez dans le journal ou dans la revue ?  <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	Photos=1 Bandes dessinées=2 Publicités=3 Autre (marquez) ___ =99	
MI11	Est-ce que vous comprenez généralement ce que vous voyez dans les journaux et les revues ?	Non=0 Oui=1 Ne sais pas=77	

(Suite)

<b>Affiches et pancartes</b>			
AP1	Est-ce que vous voyez parfois des affiches?	Non=0 Oui=1	→ SB8
AP2	Où est-ce que vous voyez les affiches ?  <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	Marché=1 Dispensaire=2 A la maison=3 A l'école=4 A l'église=5 Dans les magasins=6 Sur les arbres=7 Autre ( <i>marquez</i> ) _____=99	
AP3	Avec quelle fréquence voyez-vous des affiches?	Tous les jours=1 Toutes les semaines=2 Tous les mois=3 Moins d'une fois par mois=4	
AP4	Lorsque vous voyez une nouvelle affiche, est-ce que vous allez la voir de plus près ?	Non=0 Oui=1 Parfois=2 Ne sais pas=77	
AP5	Est-ce que vous comprenez généralement les affiches ?	Non=0 Oui=1 Parfois=2 Ne sais pas=77	
AP6	Si l'affiche fait la publicité de telle chose, est-ce que vous souhaitez l'avoir ?	Non=0 Oui=1 Parfois=2 Ne sais pas=77	
AP7	Si vous souhaitez accrocher une affiche là où tout le monde dans la communauté peut la voir, où est-ce que vous la mettriez ?  <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	Maison du chef=1 Près du point d'eau=2 Maison du volontaire de la santé=3 Magasin=4 Ecole=5 Arbre=6 Ne sais pas=77 Autre ( <i>marquez</i> ) _____=99	
AP8	Est-ce que vous voyez parfois des grandes affiches ou pancartes ?	Non=0 Oui=1	→ DT1
AP9	Où est-ce que vous voyez les pancartes ?  <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	Magasins=1 Marché=2 Grande ville=3 Sur la route=4 Près de l'école=5 Autre ( <i>marquez</i> ) _____=99	
AP10	Quand vous voyez les pancartes, est-ce que vous vous arrêtez pour voir de plus près ce qui se trouve sur la pancarte ?	Non=0 Oui=1 Parfois=2 Ne sais pas=77	
<b>Divertissement traditionnel : Théâtre, comédie, Chœurs d'église</b>			
DT1	Est-ce que vous assistez parfois à des loisirs ou divertissement traditionnel comme le théâtre, les sketches ou les chœurs d'église ?	Non=0 Oui=1	→ ST1

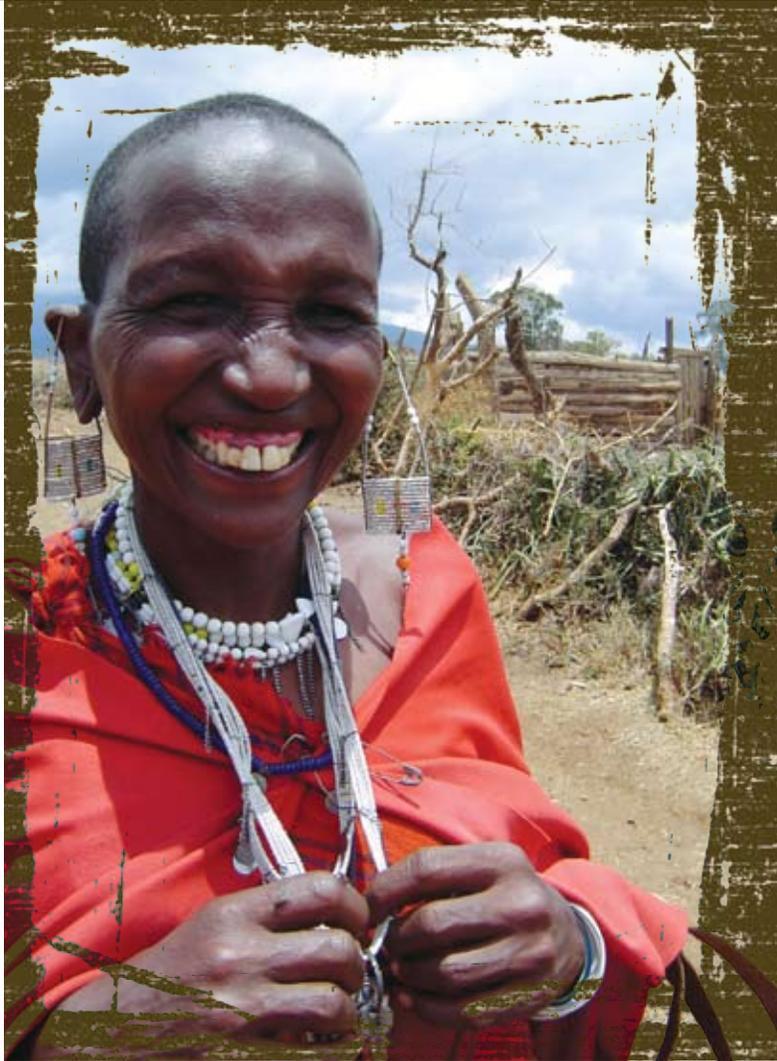
(Suite)

DT2	A quel moment de l'année, ces divertissements traditionnels sont-ils joués ou organisés ? (Indiquez tout ce qui s'applique)	A n'importe quel moment=1 Saison sèche=2 Saison des pluies=3 Saison où le bétail doit être gardé=4 Journées nationales=5 Ne sais pas=77 Autre (marquez) _____=99	
DT3	Où assistez-vous généralement au divertissement traditionnel ? (Indiquez tout ce qui s'applique)	Ecole=1 Marché=2 Mariages=3 Circoncision=4 Place du village=5 Autre (marquez) _____=99	
DT4	Y a-t-il un jour de la semaine qui est le meilleur pour le divertissement traditionnel ? (Indiquez tout ce qui s'applique)	Pas de préférence=1 Lundi=2 Mardi=3 Mercredi=4 Jeudi=5 Vendredi=6 Samedi=7 Dimanche=8 Ne sais pas=77	
DT5	A quelle heure de la journée allez-vous généralement assister au divertissement traditionnel ? (Indiquez tout ce qui s'applique)	A n'importe quel moment=1 Matin=2 Après-midi=3 Soir=4 Nuit=5	
DT6	Est-ce que vous aimez les divertissements traditionnels ?	Non=0 Oui=1 Parfois=2 Ne sais pas=77	
DT7	Est-ce que vous croyez les messages que vous entendez ou que vous voyez dans les divertissements traditionnels ?	Non=0 Oui=1 Ne sais pas=77	
<b>Systèmes traditionnels pour recevoir l'information</b>			
ST1	Où est-ce que vous obtenez l'information à l'intérieur du village ? (Indiquez tout ce qui s'applique)	Marché=1 Membre de la famille=2 Ami=3 Aînés=4 Enfant=5 Dirigeant religieux = 6 Agent de santé=7 Autre (marquez) _____=99	
ST2	Où est-ce que vous obtenez l'information de l'extérieur du village ? (Indiquez tout ce qui s'applique)	Agent ONG=1 Représentant du gouvernement=2 Agent de santé=3 Endroits publics=4 Ami/parent=5 Aînés=6 Autre (marquez) _____=99	
ST3	Y a-t-il une personne dans votre village qui donne une information à laquelle vous pouvez faire confiance ?	Non=0 Oui=1 Ne sais pas=77	→ V1 → V1

(Suite)

ST4	Quelle est la personne qui donne cette information? <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	Chef du camp d'élevage=1 Aînés=2 Chef=3 Enseignant=4 Dirigeant religieux=5 Agent de santé=6 Conseiller=7 Autre (marquez) =99	
<b>Vêtements</b>			
V1	Est-ce que vous voyez parfois des gens dans la communauté avec des habits ou autres articles qui portent des messages imprimés ?  Si oui, quels types d'articles ont-ils ? <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	Non=0 T-shirt=1 Chapeau=2 Sac=3 Pagne=4 Ne sais pas=77 Autre (marquez) =99	→ V3
V2	Est-ce que vous voyez parfois des gens dans la communauté avec des T-shirts qui portent des messages imprimés ?	Non=0 Oui=1	→ Fin
V3	Est-ce que vous regardez plus les images ou les messages s'ils sont imprimés sur le devant ou le dos du T-shirt?	Sur le devant=1 Le dos=2 N'as pas d'importance=3	
V4	A votre avis, les messages sur les T-shirts peuvent-ils influencer la manière dont vous vivez votre vie ?	Non=0 Oui=1 Parfois=2 Ne sais pas=77	
V5	Est-ce que vous possédez un T-shirt avec de grandes images ou messages marqués dessus ?	Non=0 Oui=1	→ V7
V6	Est-ce que vous le mettez souvent ?	Jamais=0 Tous les jours=1 2-3 fois par semaine=2 1 fois par semaine=3 Parfois, moins d'une fois par semaine=4	
V7	Comment pouvez-vous reconnaître les agents de santé dans votre communauté ? <i>(Indiquez tout ce qui s'applique)</i>	T-Shirt=1 Casquette=2 Autres habits=3 Je connais la personne=4 Badge=5 Logo=6 Autre (marquez) =99	
V8	Si vous voyez quelqu'un avec un message d'éducation sanitaire sur ses habits, est-ce que vous avez tendance à aller voir cette personne si vous avez un problème de santé?	Pas du tout=1 Parfois=2 Toujours=3 Cela dépend du problème de santé=4 Ne sais pas=77	





Kilimanjaro Centre for  
Community Ophthalmology

THE  
CARTER CENTER



The Carter Center  
One Copenhill  
453 Freedom Parkway  
Atlanta, GA 30307

(404) 420-5100 • Fax (404) 420-5145  
[www.cartercenter.org](http://www.cartercenter.org)