



Cécité

Différences entre hommes et femmes

dans la Région de la Méditerranée orientale

Quelque 50 millions de personnes dans le monde souffrent de cécité et, parmi elles, 64 % sont des femmes. Ce pourcentage représente un taux de cécité ajusté sur l'âge de 39 % plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Ce chiffre pourrait bien atteindre 75 millions d'ici 2020 si l'on ne consacre pas davantage d'efforts à la prévention de ce fléau. D'après des études réalisées en Égypte, le nombre de personnes aveugles devrait passer de 420 000 en 1980 à 868 000 d'ici 2020 et le taux brut de cécité, estimé à 1,8 % en 1980, devrait atteindre 3,2 % d'ici 2020 [1]. On estime pourtant que 80 % des cas de cécité pourraient être évités [2].

La cécité et l'âge chez les hommes et les femmes

Comme l'espérance de vie augmente dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, on peut s'attendre à voir augmenter les taux de cécité chez les femmes, de même que les chiffres globaux. Cette hypothèse concerne tout particulièrement les pays qui enregistrent encore une légère différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes, comme le Pakistan où l'espérance de vie des femmes est à l'heure actuelle légèrement inférieure à celle des hommes.

Une étude locale sur le trachome et la cécité dans un village agricole du delta du Nil, en Égypte, a révélé que la cécité frappait 17 % des habitants de plus de 50 ans et 30 % de ceux de plus de 60 ans. Les femmes, elles, enregistrent un taux de prévalence de 13 % supérieur à celui des hommes [1]. Il est ressorti d'une enquête par sondage en grappes, menée dans le gouvernorat de Menoufia, en Égypte, au cours de laquelle 2426 personnes de 50 ans et plus ont été examinées, que 12 % d'entre elles étaient aveugles, et ce dans une proportion de 38,3 % d'hommes et de 61,7 % de femmes [2].

Une enquête nationale menée à Oman a montré une différence statistique sensible entre la prévalence de la cécité touchant les hommes (0,8 %) et celle touchant les femmes (1,4 %) [3]. Selon l'OMS, la cécité devient un problème de santé publique au niveau du pays lorsque le taux national s'élève à 0,5 % ou plus, et au niveau de la collectivité lorsque le taux atteint 1 % ou plus.

La cécité évitable

Le trachome

C'est la bactérie *Chlamydia trachomatis* qui est responsable du trachome. Cette maladie infectieuse des yeux est la principale cause de cécité dans les pays en développement. Les taux d'infection par le trachome sont supérieurs chez les fillettes et les femmes, tout comme les infections répétées qui peuvent entraîner la cécité. En tant que responsables au premier chef des soins aux enfants, les jeunes filles et les mères sont plus exposées à l'agent infectieux présent dans les sécrétions oculaires des nourrissons. C'est chez les enfants d'âge préscolaire que les taux d'infection atteignent leur point culminant, provoquant à cet âge un grand nombre de cicatrices, de trichiasis et de cécité. Le trichiasis est l'étape du trachome caractérisée par la déviation des cils vers le globe oculaire, ce qui provoque une irritation de la cornée et entraîne la cécité.

Une récente enquête égyptienne a révélé que les taux de récurrence du trichiasis après une intervention chirurgicale étaient de 44,4 % pour les femmes contre 37,7 % pour les hommes [4]. Cette différence tient peut-être au fait que les femmes tardent plus à se faire opérer. Des études montrent que les taux d'infection et de surinfection sont plus élevés chez les filles que chez les garçons. Les cas de cécité due au trachome sont de 2 à 4 fois supérieurs chez les femmes [4].

Selon une enquête menée à Oman, la cécité due au trachome touche davantage les femmes ; ainsi, sur 85 femmes aveugles, 25 avaient contracté le trachome, alors que sur 49 hommes aveugles, 8 seulement l'avaient contracté [3]. En République islamique d'Iran, une enquête menée en milieu hospitalier a montré que les trachomes et les infections



à chlamydia avaient atteint hommes et femmes en nombres semblables. Or, les enquêtes réalisées à l'échelon local révèlent habituellement des taux de trachome supérieurs chez les femmes qui ne fréquentent pas les services hospitaliers [5].

Les cataractes

Tout porte à croire que, dans les pays en développement, beaucoup de cas de cécité sont dus aux cataractes qui peuvent être traitées par la chirurgie. Les taux de couverture de la chirurgie de la cataracte sont moins élevés chez les femmes que chez les hommes [6]. Plusieurs facteurs expliquent ces taux plus faibles chez les femmes : le coût élevé de l'intervention, les difficultés de transport pour se rendre dans les services hospitaliers, la valeur subjective de l'opération de la cataracte, le manque d'informations au sujet de la maladie et de l'opération et la crainte d'un échec. Une évaluation rapide des services de chirurgie de la cataracte au Pakistan a montré que le taux de couverture des opérations chirurgicales était de 92 % pour les hommes contre 73 % pour les femmes. Le manque d'accès à l'intervention (18 %) et son coût élevé (18 %) figuraient parmi les raisons avancées par les personnes n'ayant pu bénéficier de l'opération [7].

Les programmes de lutte contre la cataracte devraient susciter une meilleure participation des femmes car celles-ci sont plus exposées à la maladie que les hommes du fait qu'elles ont une espérance de vie plus élevée et qu'elles encourent davantage de risques qu'eux. Les évaluations des programmes actuels se heurtent toutefois au fait que, bien souvent, les taux de couverture de la chirurgie de la cataracte ne tiennent pas compte des résultats des opérations.

La vulnérabilité des hommes

Certaines activités, notamment dans les zones de conflit, exposent les hommes à un plus grand risque de cécité que les femmes. Une étude menée sur des patients ayant été

blessés alors qu'ils éliminaient des mines a montré que les trois quarts d'entre eux étaient devenus aveugles. Aucune des victimes ne portait d'équipement de protection pour les yeux ni de vêtements de protection lors des opérations de déminage [8,9].

Comment orienter la recherche ?

Il est nécessaire de disposer de données ventilées par sexe pour évaluer précisément l'accès aux services de soins oculaires et leur utilisation, de même que la prévalence de la cécité. Lorsque les services de soins oculaires sont sous-utilisés, il importe de trouver des méthodes pour améliorer l'utilisation de ces services aussi bien par les hommes que par les femmes. Il faut mener davantage d'enquêtes au sein même de la population pour évaluer la prévalence des maladies oculaires, l'accès aux services de soins et leur utilisation effective.

Comment agir pour influencer sur les prises de décision et la mise en œuvre de programmes de prévention de la cécité ?

Les données doivent être ventilées par sexe et tenir compte aussi bien des informations recueillies au sein de la population que des études menées en milieu hospitalier. Les programmes de prévention de la cécité, menés aux niveaux national et local, devraient contrôler les taux de couverture de la chirurgie du trichiasis et de la cataracte et examiner les résultats des interventions en fonction du sexe ; il importe à cet égard de mettre en place des stratégies spécifiquement axées sur les femmes pour qu'elles puissent bénéficier d'un traitement contre le trichiasis et le trachome, notamment en leur facilitant l'accès aux services de soins oculaires et en les sensibilisant à ces maladies. Il est nécessaire par ailleurs de prendre des mesures pour lever les obstacles à l'accès aux soins. Des conseillers appartenant au même groupe social se révéleront sans doute plus efficaces que des agents de santé pour inciter les malades à recourir aux soins oculaires.

Bibliographie

- [1] Courtright P et al. Trachoma and blindness in the Nile Delta: Current patterns and projections for the future in the rural Egyptian population. *British Journal of Ophthalmology*, 1989, 73, 536–540.
- [2] Fuad D, Mousa A, Courtright P. Sociodemographic characteristics associated with blindness in a Nile Delta governorate of Egypt. *British Journal of Ophthalmology*, 2003, 88(5), 614–618.
- [3] Khandekar R, Mohammed AJ, Negrel AD et Riyami AA. The prevalence and causes of blindness in the Sultanate of Oman: the Oman Eye Study (OES). *British Journal of Ophthalmology*, 2002, 86(9), 957–62.
- [4] Courtright P et West S. Contribution of sex-linked biology and gender roles to disparities with trachoma. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10(11), 2012–16.
- [5] Yaqubi GH et Anani GR. Prevalence of trachoma in chronic conjunctivitis, Birjand, Islamic Republic of Iran (Prévalence du trachome dans la conjonctivite chronique, Birjand (République islamique d'Iran. Résumé). *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2002, 8(2&3).
- [6] Lewallen S et Courtright P. Gender and use of cataract surgical services in developing countries [Inégalités entre hommes et femmes et utilisation des services de chirurgie de la cataracte dans les pays en développement]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(4), 300–303 (résumé en français).
- [7] Haider S, Hussain A et Limburg H. Cataract blindness in Chakwal District, Pakistan: results of a survey. *Ophthalmic Epidemiology*, 2003, 10, 249–58.
- [8] Muzaffar W et al. Mine blast injuries: ocular and social aspects. *British Journal of Ophthalmology*, 2000, 84, 626–30.
- [9] Khodadoust A. Iran and the scourge of preventable blindness. *Review of International Ophthalmology*, 2002, 136–8.

Pour toute demande de renseignements,
prière de s'adresser à l'Unité
« Rôle de la femme dans la santé et le développement »
Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale
Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte)
Tél. : (202) 670 25535
Télécopie : (202) 670 2492/4
Courriel : whd@emro.who.int
postmaster@emro.who.int
Internet : <http://www.emro.who.int>