

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

UNIVERSITE DE BAMAKO

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

THESE N°.....

**ETUDE DE LA PREVALENCE DU
TRACHOME DANS LE CERCLE DE
DOUMENTZA REGION DE MOPTI
EN 2005**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE
...../.....**2006**

DEVANT

LA FACULTE DE MEDECINE, DE PHAMACIE
ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE

PAR :

Mr ADAMA DEMBELE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT : Professeur Amadou Diallo

MEMBRE DU JURY : Docteur Lamine Traoré

CO DIRECTEUR : Docteur Sanoussi Bamani
 Docteur Adama Diawara

DIRECTEUR : Professeur Abdoulaye Diallo



ANNEE ACADEMIQUE 2005-2006

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006**

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – MAITRE DE
CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL-**
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| M. Alou BA | : Ophtalmologie |
| M. Bocar SALL | : Orthopédie Traumatologie Secourisme |
| M. Souleymane SANGARE | : pneumo-phtisiologie |
| M. Yaya FOFANA | : Hématologie |
| M. Mamadou L. TRAORE | : Chirurgie générale |
| M. Balla COULIBALY | : Pédiatrie |
| M. Mamadou DEMBELE | : Chirurgie Générale |
| M. Mamadou KOUMARE | : Pharmacognosie |
| M. Mohamed TOURE | : Pédiatrie |
| M. Ali Nouhoum DIALLO | : Médecine Interne |
| M. Aly GUINDO | : Gastro-Entérologie |

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE : Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE : Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE : Orthopédie Traumatologie, **Chef de D.E.R**

M. Kalilou OUATTARA : Urologie
M. Amadou DOLO : Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED : O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW : Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE : Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO : Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye DIALLO : Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE : Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP : Chirurgie Générale
M. Gangaly DIALLO : Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE : Gynéco-obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Filifing SISSOKO : Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE : Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO : Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY : Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS : Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA : Stomatologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE : Gynéco-obstétrique
M. Sadio YENA : Chirurgie Générale et Thoracique
M. Issa DIARRA : Gynéco-obstétrique
M. Youssouf COULIBALY : Anesthésie –Réanimation
M. Samba Karim TIMBO : Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO : Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO : Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA : Anesthésie –réanimation
M. Nouhoum ONGOIBA : Anatomie et chirurgie Générale
M. Zanafon OUATTARA : Urologie

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| M. Adama SANGARE | : Orthopédie –Traumatologie |
| M. Sanoussi BAMANI | : Ophtalmologie |
| M. Doulaye SACKO | : Ophtalmologie |
| M. Ibrahim ALWATA | : Orthopédie –Traumatologie |
| M. Lamine TRAORE | : Ophtalmologie |
| M. Mady MACALOU | : Orthopédie –Traumatologie |
| M. Aly TEMBELY | : Urologie |
| M. Niani MOUNKORO | : Gynéco- Obstétrique |
| M. Tiemoko D. COULIBALY | : Odontologie |
| M. Souleymane TOGORA | : Odontologie |
| M. Mohamed KEITA | : Oto- Rhino- Laryngologie |

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

| | |
|-----------------------------|--|
| M. Daouda DIALLO | : Chimie Générale et Minérale |
| M. Siné BAYO | : Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie |
| M. Amadou DIALLO | : Biologie |
| M. Moussa HARAMA | : Chimie Organique |
| M. Ogobara DOUMBO | : Parasitologie –Mycologie |
| M. Yénimégué Albert DEMBELE | : Chimie Organique |
| M. Anatole TOUNKARA | : Immunologie, Chef de D.E.R. |
| M. Bakary M. CISSE | : Biologie |
| M. Abdourahamane S. MAIGA | : Parasitologie |
| M. Adama DIARRA | : Physiologie |
| M. Massa SANOGO | : Chimie Analytique |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | |
|----------------------|----------------------------|
| M. Amadou TOURE | : Histo- embryologie |
| M. Flabou BOUGOUDOGO | : Bactériologie- Virologie |
| M. Amagana DOLO | : Parasitologie |

3. MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| M. Mamadou KONE | : Physiologie |
| M. Mahamadou CISSE | : Biologie |
| M. Sékou F. M. TRAORE | : Entomologie médicale |
| M. Abdoulaye DABO | : Malacologie, Biologie Animale |
| M. Ibrahim I. MAIGA | : Bactériologie-Virologie |

4. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|---------------------------|---------------|
| M. Abdourahamane TOUNKARA | : Biochimie |
| M. Moussa Issa DIARRA | : Biophysique |
| M. Kaourou DOUCOURE | : Biologie |

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| M. Bouréma KOURIBA | : Immunologie |
| M. Souleymane DIALLO | : Bactériologie-Virologie |
| M. Cheik Bougadari TRAORE | : Anatomie-Pathologie |
| M. Lassana DOUMBIA | : Chimie Organique |
| M. Mounirou BABY | : Hématologie |
| M. Mahamadou A. THERA | : Parasitologie |

5. ASSISTANTS

| | |
|------------------------|------------------------------------|
| M. Mangara M. BAGAYOKO | : Entomologie Moléculaire Médicale |
| M. Guimogo DOLO | : Entomologie Moléculaire Médicale |
| M. Abdoulaye TOURE | : Entomologie Moléculaire Médicale |
| M. Djibril SANGARE | : Entomologie Moléculaire Médicale |
| M. Mouctar DIALLO | : Biologie-Parasitologie |
| M. Bokary Y. SACKO | : Biochimie |
| M. Boubacar TRAORE | : Immunologie |

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| M. Abdoulaye Ag RHALY | : Médecine Interne |
| M. Mamadou K. TOURE | : Cardiologie |
| M. Mahamane MAIGA | : Néphrologie |
| M. Baba KOUMARE | : Psychiatrie, Chef de D.E.R. |
| M. Moussa TRAORE | : Neurologie |
| M. Issa TRAORE | : Radiologie |
| M. Mamadou M. KEITA | : Pédiatrie |
| M. Hamar A. TRAORE | : Médecine Interne |
| M. Dapa Aly DIALLO | : Hématologie |
| M. Moussa Y. MAIGA | : Gastro-Entérologie Hépatologie |
| M. Somita KEITA | : Dermato-Leprologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| M. Toumani SIDIBE | : Pédiatrie |
| M. Bah KEITA | : Pneumo-Phtisiologie |
| M. Boubakar DIALLO | : Cardiologie |
| M. Abdel Kader TRAORE | : Médecine Interne |
| M. Siaka SIDIBE | : Radiologie |
| M. Mamadou DEMBELE | : Médecine Interne |

3. MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|-----------------------|----------------------|
| M. Mamady KANE | : Radiologie |
| M. Saharé FONGORO | : Néphrologie |
| M. Bakoroba COULIBALY | : Psychiatrie |
| M. Bou DIAKITE | : Psychiatrie |
| M. Bougouzié SANOGO | : Gastro-Entérologie |

4. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| Mme Tatiana KEITA | : Pédiatrie |
| Mme TRAORE Mariam SYLLA | : Pédiatrie |
| M. Adama D. KEITA | : Radiologie |
| Mme SIDIBE Assa TRAORE | : Endocrinologie |
| Mme Habibatou DIAWARA | : Dermatologie |
| M. Daouda K. MINTA | : Maladies Infectieuses |

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| M. Kassoum SANOGO | : Cardiologie |
| M. Seydou DIAKITE | : Cardiologie |
| M. Mahamadou B. CISSE | : Pédiatrie |
| M. Arouna TOGORA | : Psychiatrie |
| Mme DIARRA Assétou SOUCKO | : Médecine Interne |
| M. Boubacar TOGO | : Pédiatrie |
| M. Mahamadou TOURE | : Radiologie |
| M. Idrissa CISSE | : Dermatologie |
| M. Mamadou B. DIARRA | : Cardiologie |
| M. Anselme KONATE | : Hépto-Gastro-Entérologie |
| M. Moussa T. DIARRA | : Hépto-Gastro-Entérologie |
| M. Souleymane DIALLO | : Pneumologie |
| M. Souleymane COULIBALY | : Psychologie |
| M. Soungalo DAO | : Maladies Infectieuses |
| M. Cheïck Oumar GUINTO | : Neurologie |

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

| | |
|--------------------------|------------------------------------|
| M. Boubacar Sidiki CISSE | : Toxicologie |
| M. Gaoussou KANOUTE | : Chimie Analytique, Chef de D.E.R |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | |
|--------------------|----------------------|
| M. Ousmane DOUMBIA | : Pharmacie Chimique |
| M. Drissa DIALLO | : Matières Médicales |

3. MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|------------------------|-----------------|
| M. Boulkassoum HAIDARA | : Législation |
| M. Elimane MARIKO | : Pharmacologie |
| M. Alou KEITA | : Galénique |

4. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|-------------------|---------------------|
| M. Benoît KOUMARE | : Chimie Analytique |
| M. Ababacar MAIGA | : Toxicologie |
| M. Yaya KANE | : Galénique |
| Mme Rokia SANOGO | : Pharmacognosie |

5. ASSISTANTS

M. Saïbou MAIGA : Législation
M. Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sidi Yaya SIMAGA : Santé Publique, Chef de D.E.R.
M. Sanoussi KONATE : Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Moussa A. MAIGA : Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE : Santé Publique
M. Adama DIAWARA : Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO : Santé Publique
M. Massambou SACKO : Santé Publique
M. Alassane A. DICKO : Santé Publique

4. ASSISTANTS

M. Samba DIOP : Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA : Epidémiologie
M. Oumar THIERO : Biostatistique

A. CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA : Botanique
M. Bouba DIARRA : Bactériologie
M. Salikou SANOGO : Physique
M. Boubacar KANTE : Galénique
M. Souleymane GUINDO : Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA : Mathématiques
M. Modibo DIARRA : Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA : Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE : Génétique
M. Yaya COULIBALY : Législation

B. ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA : Bromatologie
Pr Babacar FAYE : Pharmacodynamie
Pr Eric PICHARD : Pathologie Infectieuse
Pr Mounirou CISSE : Hydrologie
Pr Amadou DIOP : Biochimie

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

**LOUANGE A ALLAH L'UNIQUE MAITRE DE
L'UNIVERS.
C'EST LUI LE DETENTEUR DU SAVOIR ET IL LE
DONNE A QUI IL VEUT.
C'EST PAR SA GRACE QUE NOUS AVONS PU
REALISER CE TRAVAIL.**

LISTE DES ABREVIATIONS :

| | |
|---------------|--|
| P N L C : | Programme National de Lutte contre la Cécité |
| I T I : | International Trachoma Initiative |
| O M S : | Organisation Mondiale de la Santé |
| G E T : | Global Eradication of Trachoma |
| T F : | Trachome Folliculaire |
| T I : | Trachome Intense |
| TT : | Trichiasis Trachomateux |
| C H A N C E : | |
| | - CH = Chirurgie du Trichiasis |
| | - A = Antibiotique |
| | - N = Nettoyage du visage |
| | - CE = Changement de l'environnement |
| I O T A : | Institut Ophtalmologique Tropicale d'Afrique |
| O C C G E : | Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies |
| C P M : | Chefs de postes médiaux |
| C s Com : | Centre de Santé Communautaire |
| O N G : | Organisation Non Gouvernementale |
| E M T: | Elimination Mondiale du Trachome |
| CsRef : | Centre de Santé de référence |

SOMMAIRE

CHAPITRE I

INTRODUCTION

CHAPITRE II

OBJECTIFS

- Objectif général
- Objectifs spécifiques

CHAPITRE III

GENERALITES

CHAPITRE IV

METHODOLOGIE

- Cadres de l'étude
- Période d'étude
- Population d'étude
- Type d'étude
- Echantillonnage
- Technique et instruments de collecte des données
- Test préliminaire
- Considérations éthiques
- Plan d'analyse des données

CHAPITRE V

RESULTATS

CHAPITRE VI

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

CHAPITRE VII

CONCLUSION RECOMMANDATIONS

- Conclusion
- Recommandation

CHAPITRE VIII

REFERENCE

- Résumé
- Annexes

DEDICACES

Mes chers parents :

Mamadou Niantié DEMBELE et Mariam DOUMBIA

Ce travail est le votre.

Avec beaucoup d'amour, vous nous avez donné une éducation dans le sens du bien et de la probité.

Papa, tu as toujours voulu que tes enfants ne manquent de rien et tu nous as suffisamment forgés pour affronter la vie.

Ton sens de l'honneur, ton amour pour le travail et ton dégoût de l'injustice et de la paresse ont fait la renommée de notre famille.

Maman, tu es pour moi un modèle de courage et de bonté, puisse Dieu me permettre de témoigner encore longtemps tout mon attachement !

Au Docteur Chiompéré KONE et Mme KONE Awa KONATE

Votre maison est un havre de paix et d'amour.

Baba, vous avez été pour moi plus qu'un père, que de sacrifices consentis, vous n'avez ménagé aucun effort pour m'inculquer les règles élémentaires de savoir- être et de savoir- faire.

Tant de bonheur vécu et tant de souhait réalisé grâce à votre soutien qui ne m'a jamais fait défaut.

Ce travail est le votre. Infiniment merci !

A tous mes oncles et toutes mes tantes

Sincères remerciements pour vos conseils et votre soutien

A mes Grands parents

Je vous aime grands parents puisse Dieu vous accueillir dans son paradis.

A mes frères et sœurs

Aucun mot ne pourra exprimer mon attachement et mon amour pour vous.

Merci pour toute l'affection que vous ne cessez de me témoigner.

A mes cousins et cousines

Toute ma gratitude et mon attachement

A mes beaux frères

Trouvez ici l'expression de mes respects.

A tous mes Amis : de Bamako, Sikasso, Koutiala, et à toute la promotion 1999-2000 de la F M P O S.

Trouvez ici toute ma reconnaissance, pour tous ces souvenirs et les moments de bonheur vécu grâce à vous.

REMERCIEMENTS

A toutes les personnes qui, d'une façon ou d'une autre ont participé à la réalisation de ce travail.

A tous les enseignants de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.

A tout le personnel du P N L C en particulier à Monsieur Famolo COULIBALY, vous n'avez cessé de me donner des conseils didactiques tout au long de la rédaction de ce document.

Trouvez ici toute ma reconnaissance !

Au Docteur TELLY Antandou, représentant I T I Mali

Merci pour votre confiance.

A Mr Faira O. KEITA, Superviseur et chef de mission :

Nous avons cheminé ensemble tout au long de ce travail. J'ai été profondément marqué par votre courage, votre rigueur, votre amour du travail bien fait. Que Dieu vous donne longue vie.

Ce travail est le votre, trouvez ici toute ma reconnaissance !

Au Docteur KONATE Lasseni inspecteur en chef à l'inspection de la santé et Mme KONATE Ramata FOMBA :

Votre sagesse et votre immense qualité humaine font de vous un exemple à suivre. Puisse le bon Dieu vous couvrir de sa grâce !

A Mr Oumar GUINDO, informaticien à la Direction Nationale de la Santé

Merci pour votre disponibilité et votre apport dans l'analyse statistique de ce document.

A tout le personnel médical du centre de santé de référence de Douentza, particulièrement à Mr Mamoudou GUINDO (Guide et interprète durant l'enquête).

A tout les chefs de villages et leurs agents de santé de C S C O M qui nous ont reçus, pour leur généreuse hospitalité.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A Notre maître et président du jury :

Professeur Amadou Diallo

- Professeur agrégé de Biologie Animale
- Professeur de Biologie Animale et de Zoologie à la FMPOS
- Vice recteur de l'université de Bamako

Votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de science et de chercheur font de vous un exemple.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

A Notre maître et juge :

Docteur Lamine TRAORE,

- Spécialiste en ophtalmologie,
- Assistant chef de clinique,
- Responsable du département Recherche et santé publique à l'I O T A.

Disponible, généreux et aimable vous nous avez reçu et séduit.

Votre extrême courtoisie, votre amour du travail bien fait et votre humanisme ont forcé notre admiration. Nous vous prions de croire à notre profonde considération.

A Notre maître et Co-Directeur de thèse :

Docteur Adama DIAWARA,

- Spécialiste en Santé publique,
- Maître assistant de Santé publique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie,
- Chef de Division Assurance qualité et économie du médicament à la Direction de la Pharmacie et du Médicament,

Honorable maître, votre souci pour la formation de vos élèves, votre immense Pédagogie, votre rigueur scientifique et vos qualités d'homme dévoué à la cause de la recherche scientifique font de vous une référence pour les chercheurs de ce pays.

Nous sommes très fiers d'avoir été à votre école. Soyez rassuré cher maître que vos enseignements, vos conseils ne seront pas vains.

A Notre maître et Co – Directeur de thèse :

Docteur Sanoussi BAMANI,

- Spécialiste en ophtalmologie,
- Assistant chef de clinique,
- Coordinateur du P N L C.

Honorable maître, plus qu'initiateur, vos suggestions et votre disponibilité ne nous ont jamais fait défaut tout au long de ce travail. Votre souci de travail bien fait, Vos qualités humaines et de chercheur endurant font de vous un homme envié et aimé par vos malades et vos élèves. Vous êtes celui là même que nous voudrions être.

C'est une fierté pour nous d'avoir été parmi vos élèves et un honneur de vous avoir comme codirecteur de thèse.

Cet instant solennel nous offre l'heureuse occasion de vous témoigner toute notre gratitude.

A notre maître et directeur de thèse:

Le professeur Abdoulaye DIALLO,

- Spécialiste en ophtalmologie,
- Maître de conférence agrégé en ophtalmologie à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako,
- Directeur général de l'I O T A,

Merci pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de faire parti de ce jury.

Je garde de vous, l'image d'un éminent professeur dévoué pour la science et l'humanité.

Trouvez ici notre sincère admiration et notre haute reconnaissance.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Première cause de cécité évitable au monde, le trachome est une kérato-conjonctivite transmissible, d'évolution habituellement chronique, elle provoque une inflammation de la conjonctive (membrane tapissant la face inférieure des paupières) et la formation de cicatrices qui entraînent la cécité. L'agent responsable de l'inflammation de la conjonctive est un micro-organisme, *Chlamydia trachomatis*. [2]

Le trachome demeure encore et toujours un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Il sévit généralement dans les zones rurales à climat sec, où les mauvaises conditions de vie socio-économique, le manque d'eau et d'hygiène facilitent sa propagation à laquelle l'enfance paie un lourd tribut. [7]

L'OMS, d'après les dernières estimations, pense que le trachome actif affecte plus de 84 millions de personnes à travers le monde, 10 millions de personnes présentent des complications cécitantes de la maladie (L'entropion trichiasis) et probablement 7.6 millions de personnes ont déjà perdu la vue. (4)

Dans la sous région Ouest africaine une étude de prévalence du trachome actif réalisée chez les enfants de 0 à 10 ans avait trouvé les taux de 39,9% et 26,9% respectivement au Niger et au Burkina Faso [13]. En 2000 on a retrouvé une prévalence du trachome actif de 35,1% chez les enfants de moins de 10 ans en Guinée Conakry. [10]

Une enquête menée sur l'ensemble du territoire malien en 1996 et 1997 avait montré une prévalence du trachome actif (TF ou TI) à 34,9% chez les enfants de 0 à 10 ans, une prévalence du trachome intense (TI) à 4,2% chez ces mêmes enfants. Chez les femmes de plus de 14 ans la prévalence de l'entropion trichiasis était de 2,5%. [11]

Une enquête réalisée en 2005 par une équipe de L'IOTA dans la région de Mopti et Ségou a montré une prévalence assez faible (9,2%) de TF dans le cercle de Bla, 11% à San, 12,4% à Tominian et 22,7% dans le cercle de Koro. Dans les quatre cercles, la prévalence de TT dépasse 1% et atteint même 4% dans le cercle de Koro.

L'OMS dans le cadre de la lutte contre la cécité a créé en 1996 : L'ALLIANCE de l'Élimination Mondiale du Trachome cécitant d'ici l'an 2020 (EMT 2020) ou « Global Elimination of trachoma for year 2020 » (GET 2020) en élaborant une stratégie globale : la stratégie « CHANCE » qui associe : [7]

CH= chirurgie du trichiasis

A = Antibiotique : traitement antibiotique des formes évolutives

N = Nettoyage du visage

CE= Changement de l'environnement : en vue d'éliminer de façon définitive le trachome cécitant.

C'est dans le cadre de la lutte contre le trachome par la stratégie « CHANCE » et en prélude à la distribution de L'AZITHROMYCINE dans la région de Mopti que ce travail a été initié principalement pour faire une évaluation de la prévalence du trachome dans le cercle de DOUENTZA. A cet égard L'Internationale Trachoma Initiative (I T I) créée en mai 1998 qui soutient L'ALLIANCE GET 2020 de L'OMS et le Programme National de lutte contre la cécité (PNLC) nous ont fourni l'opportunité de réaliser ce travail.

Après quelques généralités nous parlerons des matériels et méthodes utilisés, ensuite des résultats, puis des commentaires et des discussions, et enfin nous terminerons par une conclusion générale et des recommandations.

OBJECTIFS :

CHPITRE II :

OBJECTIFS

-- Objectif General :

Etudier la situation épidémiologique du trachome dans le cercle de Douentza dans la région de Mopti au Mali.

-- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence du trachome actif chez les enfants de 0 à 10 ans dans le cercle de Douentza.
- Déterminer la prévalence du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus dans le cercle Douentza.
- Identifier dans le cercle de Douentza les facteurs de risque déjà établis dans la survenue du trachome ('accès à l'eau, hygiène environnementale et corporelle).

CHAPITRE III :

GENERALITES :

1 – Généralités et Définition:

Le mot trachome vient des racines grecques, signifiant « rugueux » et « enflure », en référence à l'aspect de la conjonctive tarsienne. [4]

Le trachome est une maladie très ancienne, qui a existé depuis l'antiquité. On ne peut pas détacher l'histoire du trachome de l'histoire militaire.

Tout conflit s'accompagne de migrations importantes et surtout d'un cortège de souffrance, de conditions d'hygiène défectueuses, de privations qui sont des facteurs éminemment aggravants pour l'éclosion et le développement de la maladie trachomateuse. [4]

L'endémie trachomateuse a sensiblement régressé au cours des dernières décennies.

Parmi les manifestations ophtalmologiques des chlamydiæ, le trachome représente l'atteinte la plus grave et reste un problème de santé publique dans les pays en voie de développement.

Le trachome est une « kérato-conjonctivite transmissible à évolution généralement chronique, caractérisée par la formation de follicules, une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen et entraînant des lésions cicatricielles typiques » (définition des experts de L'OMS - 1955). [2]

Le trachome touche de façon plus importante les enfants d'âge scolaire et les femmes/mères qui constituent les cibles primaires des groupes de population les plus défavorisés vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène, par manque d'eau, de promiscuité, et par manque d'assainissement du milieu.

2-Epidemiologie et répartition géographique :

Maladie ubiquitaire, le trachome est un véritable fléau social mondial puis que L'OMS estime à 84 millions de personnes le nombre de trachomateux disséminés dans les 55 pays endémiques essentiellement en Afrique et au Moyen-Orient. Quelques pays des Amériques et d'Asie sont également touchés. (3)

Dans les pays industrialisés il a disparu progressivement avec l'amélioration des conditions socio économiques et des habitudes sanitaires. Il persiste encore sous forme de foyers résiduels dans certains pays de l'Amérique centrale et de l'Amérique du sud. [2]

Aujourd'hui, la maladie sévit essentiellement dans les zones rurales pauvres des pays d'Afrique, de certains pays de la Méditerranée orientale. Elle reste également endémique dans plusieurs pays d'Asie.

Agent Pathogène :

Il s'agit d'une infection bactérienne causée par une bactérie appelée *Chlamydia trachomatis* découverte en 1907 à Java par Prowaczek et Halberstaedter en pratiquant des frottis conjonctivaux.. Il possède tous les caractères des bactéries mais soumis à un développement par cycle intracellulaire obligatoire. [2]

L'immunofluorescence a permis de distinguer 15 sérotypes (les sérotypes A, B, Ba, C,) de virulence différente. Ils sont responsables du trachome et des conjonctivites à inclusion. [10]

Retenons, sur le plan physiopathologique, que ce *Chlamydia* provoque par son exotoxine la formation de follicules aux dépens de la couche adénoïde épaissie de la conjonctive. En regard, l'épithélium conjonctival présente une hyperplasie rapidement importante. Les follicules se développent, se nécrosent à l'extérieur et entrent en involution. [2]

On assiste alors à l'apparition d'une réaction fibreuse prenant la place de l'hyperplasie folliculaire et aboutissant à des lésions cicatricielles irréversibles. [2]

Véritable «cirrhose » du chorion, caractère pathognomonique du trachome qui le distingue absolument des autres conjonctivites folliculaires.

Le réservoir de virus est l'homme. La contagiosité du trachome est certaine, mais relative. Le rôle vecteur des mouches a été démontré par Nicolle, Cuenod et Blanc mais elles sont davantage le vecteur des conjonctivites saisonnières. Le pou est probablement un réservoir de virus ou un agent de transmission. [2]

Parmi les facteurs étiologiques et épidémiologiques généraux, on sait que les conjonctivites saisonnières, bactériennes ou virales ont un rôle de facteur favorisant, prédisposant ou aggravant. Le rôle du terrain est important, la maladie trachomateuse évolue différemment selon les individus : les parasitoses, les avitaminoses, les carences alimentaires créent un terrain favorable à l'implantation et à la dissémination du trachome. Les facteurs économiques et sociaux ont une action favorisante indiscutable dans la propagation et la pérennité de la maladie. [2]

3 - Clinique :

Le diagnostic du trachome est essentiellement clinique.

Le trachome est une maladie chronique, son évolution ne présente aucun caractère cyclique mais peut durer de nombreuses années et même toute une vie. [2]

L'affection est particulièrement polymorphe selon le sérotype, le terrain ou les nombreux facteurs aggravants déjà cités.

L'OMS a élaboré en 1987 une codification simplifiée, qui est la suivante :

TF = inflammation folliculaire trachomateuse : présence d'au moins 5 follicules sur la conjonctive tarsienne supérieure.

TI = inflammation trachomateuse intense : épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne qui masque plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse.

TS = tissu de cicatrisation trachomateux : présence d'un tissu de cicatrisation nettement visible sur la conjonctive tarsienne.

TT = trichiasis trachomateux : un cil frotte le globe oculaire. Les cils épilés sont aussi une évidence d'un trichiasis.

CO = opacité cornéenne : très visible au niveau de la pupille et par conséquent à l'origine d'une perte importante de la vision.

a - Diagnostic positif :

Association d'un pannus trachomateux à :

- . La présence de follicules tarsiens supérieurs et/ou
- . La présence de follicules limbiques et/ou
- . La présence d'inclusions de chlamydiae au frottis conjonctival. [2]

b - Diagnostic différentiel :

Se pose avec les autres chlamydioses oculaires :

- . Conjonctivite à inclusion du nouveau-né,
- . La folliculose infantile,
- . La limbo- conjonctivite endémique des tropiques (LCET).

Le diagnostic de laboratoire repose essentiellement sur :

- . l'examen direct des produits de grattage de l'épithélium conjonctival
- . l'isolement sur cultures de cellules,
- . les techniques de micro- immunofluorescence (Wang et Grayson) [2]

4 - Les Complications :

L'évolution spontanée de la kérato-conjonctivite trachomateuse n'entraîne la plupart du temps que des séquelles cornéo-conjonctivales relativement bénignes. Mais hélas, de nombreuses complications viennent émailler cette évolution et faire toute la gravité du trachome.

Elles sont surtout :

*Cornéennes à type : [2]

- d'ulcération
- de kératite parenchymateuse
- de cicatrices cornéennes.

*Lacrymales à type de :

-dacryoadénites (inflammation de la glande lacrymale)

-dacryocystite : il s'agit d'une inflammation du sac lacrymal liée à la stase lacrymale dans le sac lacrymal par suite de sténose du canal lacrymo-nasal.

*Xérosis : il traduit la kératinisation des épithéliums conjonctivaux et cornéens. [2]

Surinfections bactériennes : Elles font toute la gravité du trachome et sont responsables pour la plupart des formes cécitantes du trachome. [2]

5 – Traitement :

Aujourd'hui, il repose sur l'acronyme : la stratégie « CHANCE »

Au cours de la première réunion de l'Alliance pour l'élimination mondiale du trachome cécitant en 1996, L'OMS a adopté une stratégie de lutte résumée par l'acronyme « CHANCE » qui vise à contrôler le trachome cécitant d'ici l'an 2020.

- CH = Chirurgie du trichiasis
- A = Antibiothérapie
- N = Nettoyage du visage
- CE = Changement de l'environnement.

□ Chirurgie du trichiasis :

La chirurgie est un moyen immédiat et peu coûteux de traiter les séquelles. De nombreuses techniques y sont utilisées en particulier la méthode de Trabut et la rotation bilamellaire du tarse.

□ Antibiothérapie :

C'est la seconde composante de la stratégie Chance. Jusqu'à récemment, il s'agissait de la pommade tétracycline à 1% facilement disponible et peu coûteuse. Un antibiotique, l'Azithromycine, s'est avéré efficace pour le traitement des infections Chlamydiennes lorsqu'il est administré per os en monodose. C'est un médicament relativement exempt d'effets secondaires graves.

Des études ont montré en Gambie, en Egypte et en Arabie Saoudite, qu'en général, sur 6 mois d'observation, une dose orale de 20 mg/kg est aussi efficace que 6 à 7 semaines de tétracycline. Administrée au niveau communautaire, elle diminue la pathologie inflammatoire pendant 6 à 12 mois.

□ Nettoyage du visage :

Le degré de propreté des enfants constitue un facteur de risque important dans la survenue du trachome. La toilette du visage est un geste simple mais peu usité dans les régions où l'eau est rare. En Afrique, nombreux sont ceux qui doivent parcourir plusieurs kilomètres pour parvenir à la source d'eau la plus proche.

□ Changement de l'environnement :

Dans ce domaine, les activités doivent être axées sur la situation et les exigences particulières de chaque région.

En général, les mesures visant à diminuer la densité des mouches atténueront la probabilité de transmission du trachome. Parmi elles, figurent l'élimination correcte des déchets domestiques, humains et animaux ;

Ces activités reposent sur une participation active de la communauté. Elles feront souvent appel à une action intersectorielle.

Prophylaxie:

Le vrai traitement du trachome devrait être un traitement prophylactique.

Puisque les essais de vaccination n'ont pas apporté les résultats escomptés, la vraie prophylaxie du trachome devrait être dominée par l'amélioration des conditions de vie :

Hygiène, éducation, alimentation, organisation sanitaire à l'échelon de l'individu et de la collectivité puisqu'il est prouvé que « Le trachome recule devant la civilisation ».

Ce n'est qu'à ce prix que sera éradiqué ce fléau vieux comme le monde qui reste encore actuellement une des principales causes de cécités évitables.

METHODOLOGIE

CHAPITRE IV

METHODOLOGIE

1 – CADRE DE L'ETUDE :

Située dans la partie Nord de la 5^e région administrative du Mali, le cercle de Douentza constitue le cercle le plus vaste de la région de Mopti avec une superficie de 66971.59 km².

IL est limité :

Au Nord par le cercle de Gourma Rharous et le cercle de Niafunké.

Au Sud par le cercle de Badiangara et celui de Koro.

A l'Est par le Burkina Faso.

A l'Ouest par le cercle de Mopti.

La population en 2005 (calculée sur la base du recensement Général de la population et de l'habitat de la D N S I de 1998) est estimée à 181472.2Hbts avec un taux d'accroissement de 2.2% ; ce qui fait une densité de 2.7Hbts par Km².

Les principales ethnies sont :

Les Dogons, les peulhs, les sonrhaïs et les Bambaras.

Le cercle de Douentza compte 15 communes dont 8 centres de santé communautaire (CsCom) et 1 centre de santé de référence de cercle (CsRef).

Le cercle compte 3 médecins, 2 sage femmes, 5 infirmiers d'Etat, 6 infirmiers du premier cycle et 14 matrones ;

On note surtout l'absence d'ophtalmologiste dans le cercle.

L'islam est la religion prédominante ; l'économie est basée essentiellement sur l'élevage (les animaux cohabitent avec les hommes) et l'agriculture ; l'artisanat est peu prospère et le commerce assez développé.

Les principales sources d'approvisionnement en eau sont constituées par les puits traditionnels non aménagés et les marigots non permanents.

A Douentza on compte 110 forages et 102 puits- citernes qui constituent la majorité des sources permanentes.

A Douentza l'exode est une habitude pendant la saison sèche, la mauvaise saison pluvieuse et les criquets pèlerins n'ont fait qu'aggraver la situation, les Hommes abandonnent parfois les femmes et les enfants.

2 – PERIODE D'ETUDE :

L'enquête s'est déroulée pendant 15 jours (du 18 Avril au 2 Mai 2005).

3 – POPULATION D'ETUDE :

L'enquête a porté sur les enfants de 10 ans et moins et les sujets de 15 ans et plus de 20 villages du cercle de Douentza.

4 – TYPE D'ENQUETE :

Il s'agissait d'une enquête transversale par sondage aléatoire en grappe à deux niveaux.

5 – ECHANTILLONNAGE :

Bases de sondage :

Pour pouvoir effectuer ce sondage il a fallu :

- 1 établir la liste de tous les villages du cercle
- 2 déterminer le nombre total de concessions par village
- 3 déterminer le nombre total de ménages par village

La méthodologie utilisée était la méthode de sondage en grappe telle que décrite par l' Organisation Mondiale de la Santé dans l'évaluation de la couverture vaccinale.

Nous avons choisi au hasard 20 grappes (recommandation OMS) au lieu de 30 (dans l'évaluation de la couverture vaccinale).

Ces grappes correspondaient à des villages (cf. Annexe)

Ménage= époux plus femme avec enfants et personnes en charge.

Mère= toute personne s'occupant d'enfant.

Pour choisir le premier village un nombre au hasard entre 1 et l'intervalle de sondage, calculé par la formule : population totale cumulée divisée par 20 (nombre de grappes) a été choisi.

Le village dont la population cumulée peut contenir le chiffre choisi au hasard sera retenu comme le premier village.

Pour choisir le deuxième village il faut ajouter le chiffre choisi au hasard à l'intervalle de sondage.

La population cumulée du deuxième village doit être supérieure ou égale au nombre calculé par la formule suivante : nombre au hasard plus (+) intervalle de sondage.

Pour les autres grappes, il s'agit d'ajouter systématiquement le pas de sondage à la population cumulée de chaque village choisi.

La grappe suivante correspondait au village dont l'effectif cumulé renferme le chiffre ainsi obtenu.

Une fois dans le premier village, la première concession à visiter a été déterminée au niveau d'un espace public commun. Nous avons jeté un crayon, la direction à prendre a été celle indiquée par le bout du crayon lorsqu'il est tombé sur le sol.

Le pas de progression qui correspond au nombre de concessions séparant deux concessions devant être successivement visitées est obtenu en ajoutant un pas correspondant au nombre total de ménages dans le village divisé par le nombre de ménages à enquêter multiplié par le nombre moyen de ménages par cercle. Dans une concession tous les ménages s'y trouvant étaient enquêtés.

Taille de l'échantillon :

Afin de donner une précision d'au moins $\pm 10\%$ à nos estimateurs avec un risque d'erreur de 5%, la taille de l'échantillon tenant compte de l'effet de grappe est calculée par la formule :

$$n = \frac{\Sigma^2 \alpha p q}{i^2} \times d$$

Avec: n = taille, p = taux de prévalence du trachome, q = 1-p, i = la précision de l'étude, d = effet grappe, Σ = proportion d'unité statistique.

Chez les enfants de 0 à 10 ans, il s'agissait d'estimer la prévalence du TF. La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction des éléments ci-après :

- P = 34,9%
- i = 5%
- d = 4
- α = 5%
- Taux de refus = 10%

Chez les sujets de 15ans et plus (prévalence TT) nous avons retenu les éléments suivants :

- P = 2,5%
- i = 5%
- d = 2
- α = 5%
- Taux de refus = 10%

Nous avons ainsi obtenu un effectif minimum indispensable par grappe de 77 enfants de 0 à 10 ans et 83 adultes de 15 ans et plus qui ont été enquêtés.

Le nombre de ménages par grappe était estimé à 56.

6 – TECHNIQUES ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES :

L'enquête a été réalisée par une équipe comprenant :

- un assistant médical spécialiste en ophtalmologie, pour la supervision et l'examen oculaire
- une assistante médicale spécialiste en santé publique, enquêtrice
- un étudiant en médecine, enquêteur
- un chauffeur.

Dans le but de former les membres de l'équipe, il a été réalisé une formation de deux jours sur les concepts, le remplissage des fiches, les méthodes organisationnelles de l'enquête ainsi qu'un rappel des signes clés du trachome et sa codification, discussions et recherche de solutions ont été faites sur les problèmes pouvant être rencontrés sur le terrain.

Les données étaient collectées sur trois fiches :

Une fiche individuelle pour les résultats des examens oculaires ;

Une fiche questionnaire pour les chefs de concession ;

Une fiche questionnaire pour les mères des enfants enquêtés.

L'équipe procédait :

- 1 A des examens oculaires pour établir le diagnostic du trachome et les séquelles y afférents ;
- 2 A des entrevues individuelles pour la collecte des données en rapport avec les facteurs favorisant le trachome dans le village.

L'examen concernait les enfants de 0 à 10 ans et les sujets de 15 ans et plus des deux sexes. Les sujets adultes se sont assis face à l'examineur, lui-même assis. Les enfants pouvaient se tenir face à l'examineur. Quant aux nourrissons et les très jeunes enfants, on a placé leurs têtes entre les genoux de l'examineur, le visage tourné vers le haut, le corps de l'enfant fermement maintenu sur les genoux d'un autre adulte assis en face de l'examineur.

Pour le diagnostic du trachome, la référence était la codification simplifiée proposée par L'OMS suivant la technique suivante :

- 1 éversion des deux paupières supérieures (chaque œil est examiné et codifié séparément),
 - 2 examen avec une loupe binoculaire de grossissement 2,5 et une lumière satisfaisante (naturelle ou torche) de la conjonctive tarsale supérieure,
 - 3 pour être considéré comme présents, les signes devaient être évidents.
- On commençait à examiner les paupières et la cornée à la recherche de cils déviés.

On éversait ensuite la paupière supérieure pour examiner la conjonctive qui tapisse sa partie la plus rigide (conjonctive tarsienne).

4 La codification a été faite selon les critères suivants :

. Trachome folliculaire (TF) : présence de 5 follicules ou plus sur la conjonctive tarsienne supérieure ;

. Trachome intense (TI) : épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne masquant plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse ;

. Cicatrice trachomateuse (TS) : présence de cicatrices sur la conjonctive tarsienne supérieure.

. Trichiasis trachomateux (TT) Présence d'au moins un cil frottant sur la cornée ou traces récentes d'épilation de cils déviés.

. Opacité cornéenne (CO) : opacité cornéenne évidente recouvrant l'aire pupillaire.

Si une différence de codification touchait les deux yeux d'un même enfant, la codification la plus grave était retenue.

Ont été considérés comme trachomateux actifs (TF/TI) les sujets présentant l'un ou l'autre signe des catégories TF ou TI.

Le recueil des données sur les caractéristiques de l'hygiène des enfants par leurs mères, l'approvisionnement en eau du village, l'hygiène domestique et péri domestique ont été faits sur les questionnaires destinés à cette fin.

7 - TEST PRELIMINAIRE :

Afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'équipe , après deux jours de formation sur les concepts, le remplissage des fiches d'enquête, les méthodes organisationnelles, les supports ont été testés sous forme de simulations répétitives dans la salle.

8 - CONSIDERATIONS ETHIQUES :

Des informations ont été données aux chefs de villages ainsi qu'aux chefs de concessions sur les objectifs de l'enquête.

Un consentement a été demandé systématiquement aux personnes à enquêter pour ne retenir que ceux ayant donné leur accord de participer à l'étude.

Les enfants présentant des signes de trachome évolutif ont reçu un traitement local de tétracycline pommade 1% et des conseils ; les sujets avec un trichiasis ont été référés au centre médical le plus proche pour y être opérés. La population a été informée que le PNLC organisera une stratégie d'intervention chirurgicale avancée.

9 - PLAN D'ANALYSE DES DONNEES :

Les données ont été saisies au logiciel EPI-INFO version 6. Pour le traitement de texte, le logiciel WORD a été utilisé. Les présentations graphiques ont été faites grâce au logiciel EXCEL.

Nous avons procédé à un contrôle de qualité des données recueillies sur le terrain ; les fiches étaient comptées et vérifiées avant de quitter chaque village afin d'identifier des erreurs possibles puis à un nettoyage systématique du fichier.

Les résultats ont été présentés sous forme de graphiques, de tableau ou sous forme narrative.

RESULTATS

.

.

CHAPITRE V

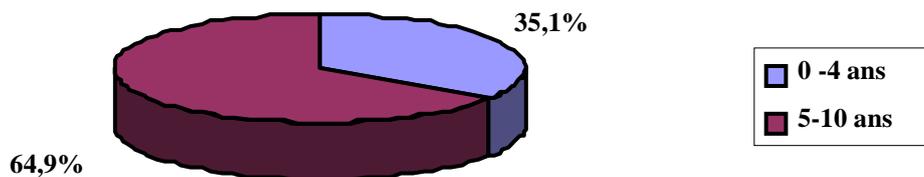
RESULTATS

1. Caractéristiques des échantillons :

1.1 Enfants de moins de 10 ans :

Dans le cadre de l'estimation de la prévalence du trachome 1450 enfants de 10 ans et moins dont 53.0% de sexe masculin et 47.0% de sexe féminin ont été enquêtés.

Graphique 1: Répartition des enfants de 0 – 10 ans par tranche d'âge



La tranche d'âge de 5 – 10 ans est la plus représentée avec 64.9% .

Tableau I : répartition des enfants de 0 – 10 ans selon le sexe

| SEXE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|----------|----------|-------------|
| Féminin | 681 | 47,0 |
| Masculin | 769 | 53,0 |
| Total | 1450 | 100 |

Le sexe masculin est le plus important avec 53.0%

1.2 Sujets de 15 ans et plus

Un effectif total de 1564 sujets a été enquêté dont 46.6% de sexe masculin et 53.4% de sexe féminin dans le cadre du volet trichiasis

Graphique 2: répartition des sujets inclus dans le volet trichiasis par tranche d'âge

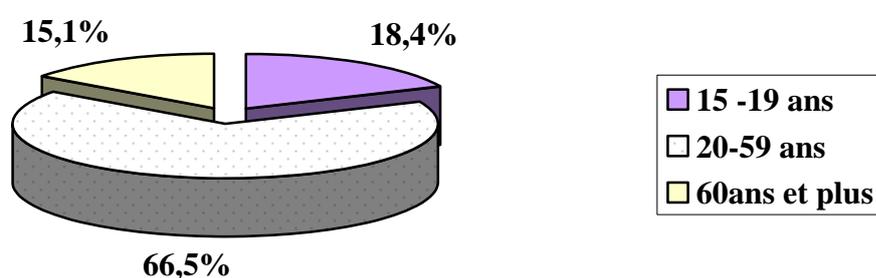


Tableau II : Répartition des sujets de 15 ans et plus par tranche d'âge.

| TRANCHE D'AGE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|----------------|----------|-------------|
| 15 - 19 | 287 | 18.4 |
| 20 - 59 | 1041 | 66.6 |
| 60 ans et plus | 236 | 15.1 |
| Total | 1564 | 100 |

La tranche d'âge de 20-59 ans était la plus représentée avec 66, 5%.

Tableau III : Répartition des sujets inclus dans le volet trichiasis selon le sexe

| SEXE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|----------|----------|-------------|
| Féminin | 835 | 53,4 |
| Masculin | 729 | 46,6 |
| Total | 1564 | 100 |

Le sexe féminin est prédominant avec 53,4 %

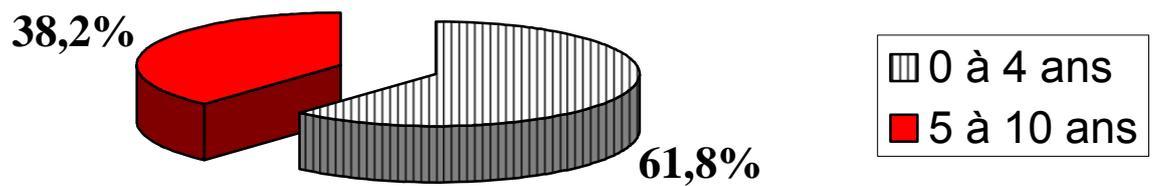
2 Prévalence du trachome actif :

Tableau IV : Prévalence du trachome actif chez les enfants de 10 ans et moins dans le cercle de Douentza

| Types de trachome | Effectifs | Pourcentage D= 1450 |
|----------------------------|------------------|--------------------------------|
| Trachome Folliculaire (TF) | 185 | 12.8 |
| Trachome Intense (TI) | 33 | 2.8 |
| Trachome actif | 191 | 13.2 |

Le taux de prévalence du trachome est estimé à 13.2% (191/1450).

Graphique 3: Répartition du trachome actif par tranche d'âge



A l'analyse de ce graphique, les enfants de 0 à 4 ans semblent plus atteints que ceux de 5 à 10 ans.

Tableau V : Répartition du trachome actif chez les enfants de 0 -10 ans selon le sexe

| SEXE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|----------|----------|-------------|
| Féminin | 93 | 13,7 |
| Masculin | 98 | 12,7 |
| Total | 191 | 13,2 |

Le sexe féminin semble plus atteint avec 13.7% (93/681).

3 Prévalence du trichiasis dans la population :

Le taux de prévalence du trichiasis dans la population de 15 ans et plus est estimé à 0.6% (9/1564).

Tableau VI : Prévalence du trichiasis selon le sexe.

| SEXE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|----------|----------|-------------|
| Féminin | 6 | 0.7 |
| Masculin | 3 | 0.4 |
| Total | 9 | 0.6 |

Les enquêtés du sexe féminin semblent plus atteints 0,7% (6/835) que ceux du sexe masculin 0,4% (3/729)

Tableau VII : Prévalence du trichiasis chez les sujets de 15 ans et plus selon la tranche d'âge

| Tranche d'âge | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|---------------|----------|-------------|
| 15 – 19 | 0 | 0.0 |
| 20 – 59 | 4 | 0.4 |
| 60ans et plus | 5 | 2.1 |
| Total | 9 | 0.6 |

La tranche d'âge de 60 ans et plus est la plus atteinte avec 2.1% (5/236).

4. Caractéristiques des ménages enquêtés :

4.1. Approvisionnement en eau

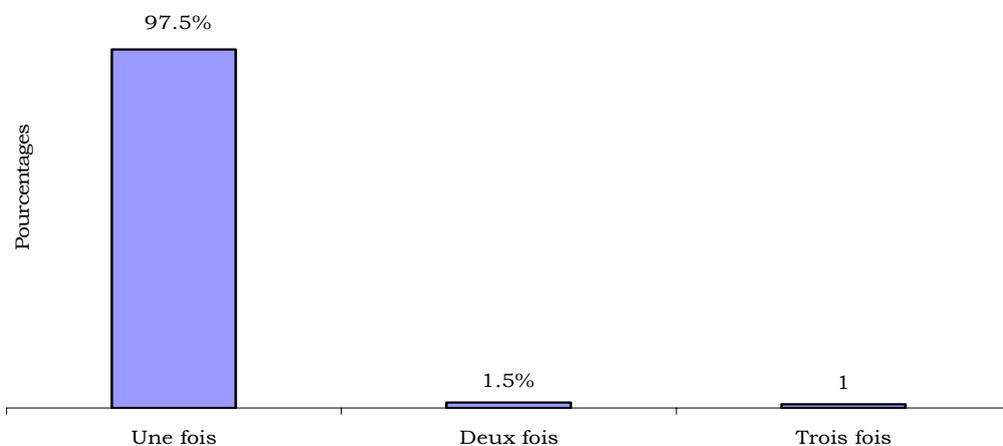
Tableau VIII : Répartition des sources d'approvisionnement en eau et leur caractère permanent

| Sources | Fréquence | Fréquence de sources permanentes dans l'année |
|--------------------------------|------------------|--|
| Forage | 30.3% | 78.6% |
| Puits citerne | 23.8 | 73.0% |
| Puits traditionnel non aménagé | 19.4 | 42.2% |
| Puits traditionnel aménagé | 15.7% | 94.4% |
| Robinet | 9.7% | 98.2% |
| Indéterminé | 1.2 % | |

Les forages constituent la source d'approvisionnement en eau la plus fréquente (30,3%). Cette source est permanente dans 78,6%.

4.2. Hygiène corporelle des enfants

Graphique 4: Fréquence avec laquelle le visage des enfants est lavé.



Suivant le graphique la pratique de toilette du visage a lieu généralement une fois dans la journée (97,5%).

Tableau IX : Fréquences des recours aux soins selon les mères des enfants ayant fait une infection oculaire.

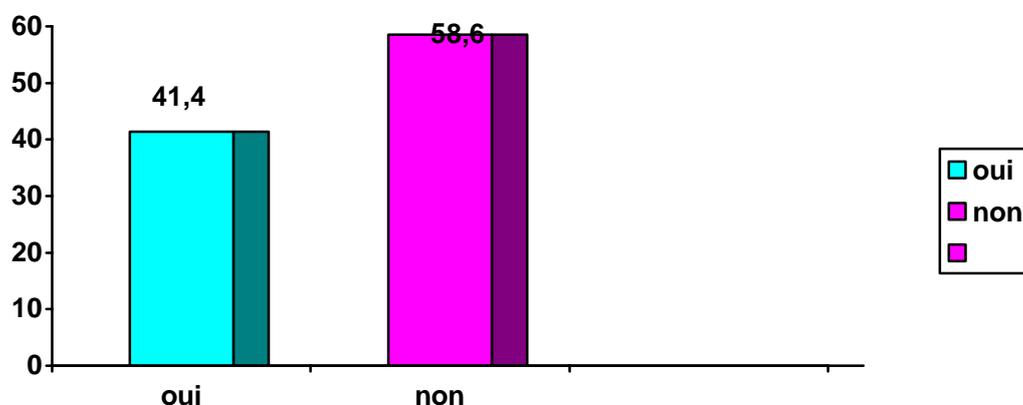
| Type de soins reçus | Fréquences |
|--|------------|
| Rien | 54.1% |
| Usage pommade pour les yeux | 27.3% |
| Médicaments traditionnels | 12.4% |
| Centre de santé/agent santé villageois | 2.1% |
| Autres | 4.1% |

Selon le tableau ci-dessus, une proportion importante de mères n'aurait rien fait lors de l'infection oculaire de leur(s) enfant(s) (54,1%).

4.4. Hygiène environnementale :

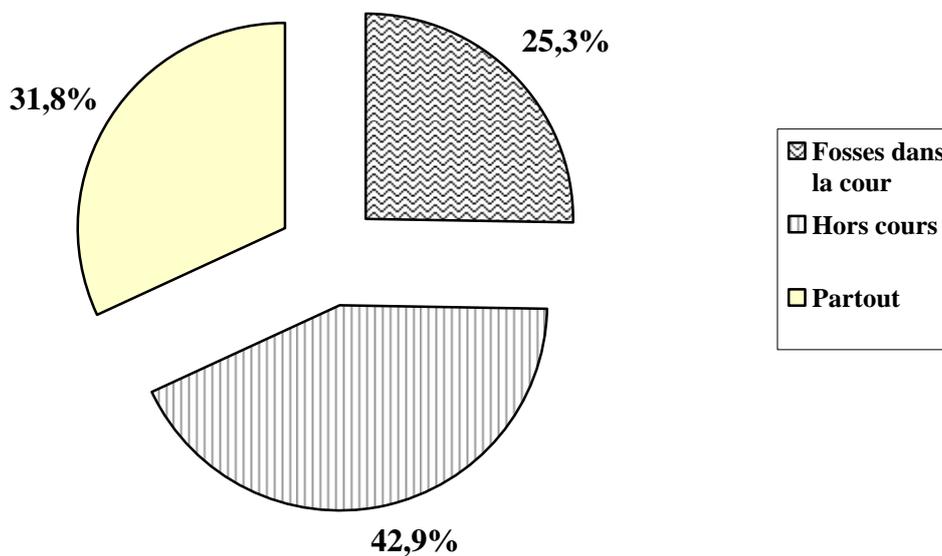
Latrines

Graphique 5 : Existence des latrines dans les concessions.



Selon 41.4 % des chefs de concessions il existe des latrines dans les concessions.

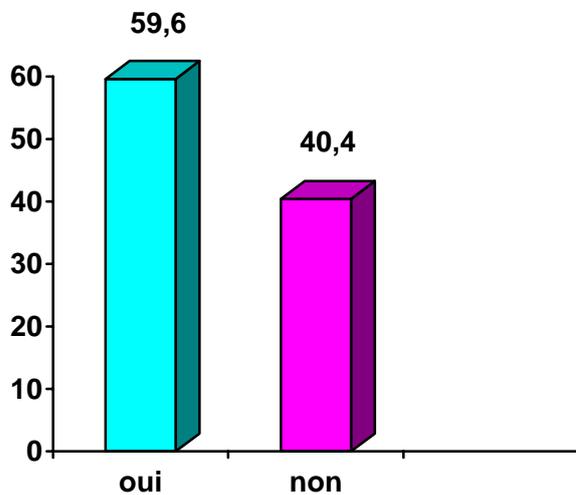
Graphiques 6: Lieux d'évacuation des ordures / excréta



L'évacuation des ordures hors de la cour est la pratique la plus courante (42,9%).

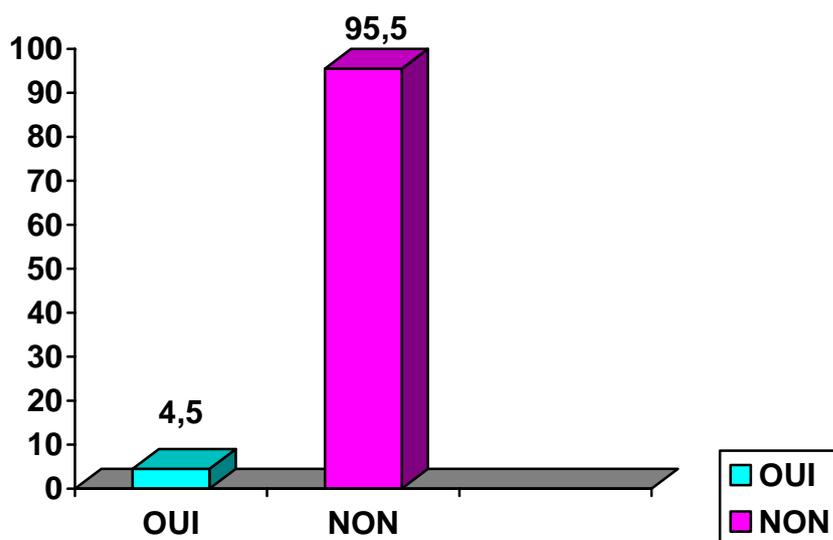
4.5 Communication

Graphique 7 : Existence de radio dans les concessions.



Présence de poste radio dans 59.6 % selon les chefs de concessions.

Graphique 8 : Existence de téléviseur dans les concessions



Faible couverture en téléviseur (4.5 %) selon les chefs de concessions.

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

CHAPITRE VI :

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Il s'agissait d'une enquête transversale par sondage aléatoire en grappe à deux niveaux.

L'enquête a porté sur un effectif total de 1450 enfants de 10 ans et moins dont 53.0% de sexe masculin et 47.0% de sexe féminin, avec un sexe ratio de 1.1 dans le cadre du trachome actif (TF/TI) ; et un total de 1564 sujets de 15 ans et plus dont 46.6% de sexe masculin et 53.4% de sexe féminin avec un sexe ratio de 1.1.

L'étude a montré un taux de prévalence du trachome actif de 13.2% chez les enfants de 10 ans et moins, et une prévalence du trichiasis trachomateux de 0.6%. Ce taux reste relativement faible par rapport aux taux nationaux de 1996 -1997 (trachome actif 34.9% ; trichiasis trachomateux 2.5%). [8]

Une enquête réalisée par L'I O T A dans la région de Ségou a trouvé un taux de TF de 12.4% à Tominian et 11% à San en 2005.

En 2000 au Sénégal on a trouvé une prévalence de la forme active de 10.8% chez les enfants de moins de 10 ans, avec une prévalence du trichiasis chez les sujets de plus de 14 ans de 2.6%. [11]

Ce taux faible du trichiasis trachomateux en référence au taux national de 1996-1997 et également inférieur à 1%, en se référant sur les recommandations de L'O M S selon lesquelles :

▫ Le seuil d'intervention de TT retenu est de 1%, ce seuil n'est pas atteint dans notre cas ; un traitement ciblé avec la stratégie fixe qui consiste à opérer au centre de santé le plus proche les malades dépistés et référés depuis certains centres de santé communautaire pourrait réduire davantage ce taux.

Ce taux faible s'expliquerait probablement par les actions menées dans le cadre de la lutte contre le trichiasis surtout la stratégie de chirurgie avancée du trichiasis organisée par le P N L C, et notamment d'autres actions influençant sur les facteurs de risques du trachome en particulier les forages dont le nombre aurait augmenté par rapport à 1998.

Dans notre étude, le Trichiasis semblait plus prédominant dans le sexe féminin (0.7) que dans le sexe masculin (0.4); cette prédominance était surtout due au fait que ces femmes étaient en contact permanent avec les enfants trachomateux, et beaucoup d'entre elles affirmaient selon les informations recueillies sur le terrain, soit qu'elles ne disposent pas d'une quantité suffisante d'eau pour le lavage régulier du visage, ou par ignorance des moyens de préventions ou de traitement.

Quant à la prévalence du trachome actif, malgré son taux faible par rapport au taux national de 1996-1997, elle reste toujours supérieure à 10% en se référant toujours aux recommandations de L'O M S selon lesquelles :

- Lorsque la prévalence de TF dans une communauté dépasse 10%, il est nécessaire de procéder à un traitement de masse d'antibiotique dans cette population tout en espérant obtenir une couverture supérieure à 90%, comme c'est le cas à Douentza.

Il reste prédominant chez les enfants d'âge préscolaire (0 - 4 ans) 61.8

Les études antérieures menées au Malawi illustrent cette prédominance chez les enfants d'âge préscolaire avec une prévalence de 5% ; après l'enfance on note une montée graduelle des formes cicatricielles. [1]

En plus de la non disponibilité de l'eau en quantité suffisante et de l'ignorance des mesures de prévention affirmées par les femmes, on a aussi constaté que les enfants à un certain âge avaient en charge leur hygiène corporelle alors qu'ils en étaient incapables où ils le faisaient très mal, contribuant ainsi à la propagation de cette affection.

Les facteurs de risques ont été étudiés à partir de certaines caractéristiques des ménages enquêtés.

Principale source d'approvisionnement en eau

C'est ainsi qu'au niveau de l'approvisionnement en eau, on peut supposer que les sources d'approvisionnement en eau couvrent une faible proportion de la population, car aucune des principales sources d'approvisionnement en eau n'atteint 50% de couverture de la population. Les forages et les puits citernes qui constituent les sources les plus fréquentes atteignent rarement deux par village et de ce fait ne profitant mieux qu'à ceux qui l'entourent, le reste de la population du village étant plus éloigné.

Alors que le manque d'approvisionnement en eau et la disponibilité de l'eau ont été clairement établis comme facteur favorisant du trachome puisqu'on considère le trachome comme une « maladie due au manque d'eau ».

Hygiène corporelle des enfants

L'hygiène corporelle a été appréciée à travers les informations collectées auprès des mères sur la pratique qui consiste à laver le visage des enfants avec ou sans le savon. Elle reste peu satisfaisante avec 77.2% des mères qui déclarent avoir lavé leur(s) enfant(s) ou lavé leur visage et généralement une fois par jour sans utilisation de savon dans la grande majorité des cas, alors qu'un comportement attendu est de laver régulièrement le visage des enfants 2 fois par jour. Selon les résultats de l'enquête 1996 – 1997, la fréquence du trachome était inversement corrélée à la quantité d'eau utilisée pour l'hygiène corporelle des enfants. [10]

La plupart des mères affirmaient soit qu'elles ne disposent pas d'une quantité suffisante d'eau pour assurer régulièrement l'hygiène corporelle de leurs enfants soit qu'elles ignoraient l'importance du lavage régulier du visage de l'enfant. On a aussi constaté que les enfants à un certain âge avaient en charge leur hygiène corporelle surtout les enfants issus de mère ayant des enfants rapprochés car ne pouvant plus s'occuper de tous leurs enfants, alors qu'ils en étaient incapables ou ils le faisaient très mal.

Taylor a mis l'accent sur l'importance du lavage du visage, il affirme que le lavage régulier du visage protégeait bien contre le trachome au Mexique, car le risque relatif était élevé pour ceux qui ne se lavaient pas fréquemment le visage. [10]

Soins oculaires

Quant à la fréquence des recours aux soins selon les mères des enfants ayant fait une infection oculaire, sur 565 mères enquêtées 34.9% déclarent qu'au moins un de leur enfant avait une affection oculaire.

Une proportion importante de mères (54.1%) n'aurait rien fait lors de l'infection oculaire de l'enfant ; cette situation dans un contexte d'automédication (usage de pommade par 27.7% des mères) et de médication traditionnelle (12.4%) constitue un facteur de menace pour la santé oculaire.

Dans d'autres communautés, le trachome est souvent lié à un taux constant de conjonctivite bactérienne et virale toute l'année.

La combinaison de conjonctivite non chlamydienne et d'épisodes répétés de trachome évolutif aggravent la maladie et sont à l'origine d'un plus grand nombre de cicatrices conjonctivales et de complications cécitantes.

Des études de suivis à long terme ont montré que la gravité de la conjonctivite trachomateuse chez l'enfant est directement liée au trichiasis et à l'entropion potentiellement cécitant chez l'adulte. [7]

L'hygiène environnementale a été appréciée à travers l'existence de latrine ; la présence d'étable dans la cour (vaches, ovins/caprins), le mode d'évacuation des ordures ménagères et ou excréta d'animaux.

Latrines

La disponibilité des latrines reste faible car selon 41.4% seulement des chefs de concessions, il existe des latrines dans les concessions et ces latrines dans la plupart des cas sont utilisées par les adultes. Pour d'autres la présence de latrine dans la concession est un luxe, et non une nécessité. Les 84.7% de ces latrines sont de type traditionnel et les 15.3% constituent des latrines améliorées.

Au Malawi et en Tanzanie on a découvert que les latrines protégeaient contre le trachome après ajustement avec différentes variables confondantes.

Dans une étude récente la relation entre l'absence de latrines dans le foyer et la présence du trachome inflammatoire chez les enfants avait déjà été établie. [10]

Présence de vaches, ovins /caprins

En ce qui concerne la présence d'étable de vaches ovins/caprins dans la cour, elle est relativement élevée (76.1%), alors qu'une relation entre le bétail et le trachome a été observée. Il a été suggéré que le trachome était plus prévalent chez les bergers. Cette prévalence était basée sur la différence entre trois tribus Ethiopiennes dont deux gardaient des animaux alors que la dernière ne le faisait pas.

L'étude Tanzanienne a suggéré que l'élevage était un facteur de risque car il était toujours observé après correction des principales variables confondantes. [1] cette cohabitation avec les animaux augmente considérablement le nombre de mouches dans les concessions.

Mouches : vecteurs de transmission du trachome, attirées par les écoulements oculaires et nasaux de personnes infectées, les mouches contaminées vont ensuite se poser sur des yeux non infectés et transmettent le germe.

Evacuation des selles des enfants

221 chefs de concessions ont répondu aux questions relatives aux lieux d'évacuations des selles des enfants, il ressort que l'évacuation des selles hors cour (57.0%) constitue la pratique la plus courante, il s'agit généralement de déposer les selles sur les tas d'ordures aux alentours immédiats des concessions, ce qui ne minimise pas toujours la prolifération des mouches.

Lieu d'évacuation des ordures ménagères et/ou excréta d'animaux

En ce qui concerne l'évacuation des ordures ménagères et excréta, plus des deux tiers (2/3) des ordures/excréta hors de la cour ou de façon anarchique (partout) contribuant également à la prolifération des mouches.

Dans certaines communautés où le trachome est potentiellement cécitant, on observe aussi des épidémies annuelles ou biannuelles de conjonctivites non chlamydiennes qui coïncident manifestement avec une augmentation du nombre des mouches « ophtalmotropes ». [7]

Moyens de communications

Pour des besoins de transmission de messages éducatifs, nous nous sommes intéressés à certains canaux de communications tels que la radio et la télévision ; ces moyens restent relativement faibles malgré une assez bonne disponibilité de poste radio (59.6%) au niveau des chefs de concession interviewés et une faible couverture en téléviseurs (4,5%). Durant l'enquête nous avons surtout constaté que ces moyens étaient peu utilisés, même si certains en disposaient, parfois l'usage était réservé seulement aux chefs de concessions.

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

CHAPITRE VII

CONCLUSION

Ce travail avait pour but d'évaluer la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les enfants de 10 ans et moins et celle du trichiasis trachomateux (TT) chez les sujets de 15 ans et plus et enfin de mesurer l'influence des facteurs de risque déjà établis dans la survenue du trachome (accès à l'eau, hygiène environnementale et corporelle).

Au terme de cette étude, il ressort que la prévalence du trachome actif et du trichiasis trachomateux est assez faible par rapport aux taux nationaux de 1996-1997.

Avec ce résultat encourageant, nous pouvons dire que l'élimination du trachome cécitant est aujourd'hui envisageable.

Il apparaît donc important de mettre l'accent sur la prophylaxie du trachome par l'amélioration des conditions de vie : d'hygiène, d'éducation, d'alimentation, d'organisation sanitaire à l'échelon de l'individu et de la collectivité ; bref il faut un développement intégré puisqu'il est prouvé que « le trachome recule devant la civilisation » (Cuenod)

A cet effet, la mise en place de la stratégie « C H A N C E » dans le cadre de la lutte contre le trachome doit être renforcée dans toutes ses composantes.

Ce n'est qu'à ce prix que sera éliminé ce fléau vieux comme le monde, qui reste encore actuellement une des principales causes de cécités évitables.

Recommandations

Afin d'améliorer les progrès réalisés et en perspective d'élimination du trachome cécitant, nous recommandons ce qui suit :

▫ **Au Programme National de lutte contre la cécité (P N L C) :**

- Mobiliser davantage de ressources humaines, matérielles et financières à la lutte contre le trachome.
- Etendre la distribution de l'Azithromycine à toutes les régions du Mali.
- Elaborer un programme de communication des mères par rapport à l'importance du lavage du visage des enfants.

▫ **Aux autorités sanitaires de la région :**

- Organiser des campagnes de dépistage précoce de trichiasis.
- Opérer ou référer le plus rapidement possible tout cas de trichiasis diagnostiqué.
- Doter la région de stocks importants d'Azithromycine.

▫ **Aux collectivités régionales :**

- Inciter la population à participer aux séances de dépistage précoce et au traitement approprié du trachome.
- Renforcer les moyens d'information, l'éducation, et surtout l'approvisionnement en eau.
- Promouvoir la construction des latrines améliorées
- Améliorer l'environnement pour diminuer de façon significative la densité des mouches.

BIBLIOGRAPHIE

CHAPITRE VIII

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Bagayoko . C. O : impact de l'approvisionnement en eau sur la prévalence du trachome évolutif dans l'arrondissement de Ouelessebougou (Mali). Thèse de médecine Bamako, 93.M.28

2 - Chachoua . L : Ophtalmologie S6 Clinique. Réimpression 2004.94-99

3 - Coscas. G ; Cornand. G : Revue internationale du trachome et de la pathologie oculaire Tropicale et subtropicale et de Santé publique, Année 2000/2001/2002.

4 - Dawson. C. R ; Jones. B . R ; Tarizzo . M . L : Guide pour la lutte contre le trachome dans les programmes de prévention de la cécité.

5 - Emerson. P et Frost. L : Mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome ; Ed Février 2006. 1- 49

6 - Mariotti . S. P et Pruss . A : Prévenir le trachome, Guide d'assainissement et d'hygiène. WHO/PBD/GET/00.7

7 - Organisation Mondiale de la Santé : planification pour l'Elimination Mondiale du Trachome (E M T) à l'échelle mondiale. Genève 1996, Rapport d'une réunion.

8 - Organisation Mondiale de la Santé : stratégies pour la prévention de la cécité dans les Programme Nationaux. Genève 1997.

9 - Queguinier. P, Resnikoff. S : Trachome. Ed Techniques, EMC(Paris, France) ; Ophtalmologie, 2000 21 – 140.

10 - Resnikoff. S ; Corbe. CH ; Cornaud. D : Trachome en Mauritanie. Rev. Inter. Trach. 1981. 3-4, 97- 110

11 - Schemann. J. F ; Sacko. D ; Bamani. S ; Banou. A ; Boré. S ; Coulibaly. S ; Ag El Mouchtahide. M : Cartographie du trachome au Mali ; Résultats d'une enquête nationale. Bull O M S 1998 76 : 599-606

12 - Schemann. J. F, Sacko. D : Cahiers de Santé, 1998. 150-156

13 – Senegal Ministere de la Santé l'actualité : Revue de presse quotidienne du mardi 14 juin 2005. www. Sante . gouv. Sn/actualités.php.

14 – Thyleforts. B. I : Contrôle Mondiale du trachome ; Passé, Présent, Futur. Rev inter Trach 1999 ; 102 : 37- 62.

15 – Tarizzo. ML : Le Trachome toujours présent. Santé du monde/ OMS, 1976 ; 10-13.

16 – Wolfson, Ph. D., Elaine. M, Fedewa. L et Stacie. A : Alliance mondiale pour la santé des femmes, Trachome un problème qui affecte la santé de la femme, juin 1996. 1997 :6,32-35.

ANNEXES

ENQUETE DE PREVALENCE DU TRACHOME PNLC 2005

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

CONSENTEMENT

Bonjour, je m'appelle _____ et je travaille avec le programme national de lutte contre la cécité. Nous menons une enquête sur les problèmes oculaires dans le but d'organiser une intervention de lutte contre certaines de ces maladies dont le trichiasis. Nous serions très reconnaissants du concours que vous nous apporteriez en acceptant que vous et vos enfants soyez examinés et aussi de répondre à nos questions.

La participation à cette enquête est volontaire. Cependant, nous souhaitons que vous participiez à cette enquête étant entendu que cette participation nous aidera à prendre les bonnes mesures pour lutter contre les maladies des yeux dans votre localité.

Souhaitez vous me poser une quelconque question à propos de cette enquête ?

L'Enquêté(e) accepte-t-il de participer à l'enquête ?...1 **(Continuer)**

L'Enquêté(e) refuse – t – il d'être enquêté?2 **FIN**

ID No

IDENTIFICATION

CERCLE /_/ / COMMUNEVILLAGE
 N° GRAPPE /_/ / N° MENAGE /_/ / N° CONCESSION /_/ /
 NOM ENQUETE (E) :AGE (en année) /_/ /
 SEXE /_/

EXAMEN OCULAIRE

1.

| Localisation | TF | TI | TS | TT | CO |
|--------------|----|----|----|----|----|
| OEIL DROIT | | | | | |
| OEIL GAUCHE | | | | | |

Normal=0 présence de signe=1

2. Codifications retenues

TF /_/ TI /_/ TS /_/ TT /_/CO /_/

3. Appréciation état visage (si enquêté enfant)

a. Propre /_/ b. Sale /_/ c. Présence de mouches (O/N) /_/

QUESTIONNAIRES MERES DES ENFANTS ENQUETES.

ID No _____

IDENTIFICATION

CERCLE /__/
N° GRAPPE /__/_/
NOM ENQUETE (E) :

COMMUNEVILLAGE

N° MENAGE /__/_/ N° CONCESSION /__/_/
.AGE (en année) /__/_/

1. Etat matrimonial de la femme

- a. mariée b. Célibataire c. divorcée d. veuve

2. Niveau d'éducation

- a. aucun b. Ecole coranique/medersa c. Alphabétisée d. Ecole primaire (1 à 6 années) e. Second cycle (de 7 à 9 années) f. Secondaire g. Supérieur

3. Principale source d'approvisionnement en eau

- 3.1 a. Puits traditionnel aménagé b. Puits traditionnel non aménagé c. Forage
 d. Puits citerne e. rivière/fleuve f. Marigot g. Robinet

- 3.2. Source permanente toute l'année ? Oui Non

- 3.3 Si non, principale source présente pendant combien de mois dans l'année ? /__/_/

- 3.4 Si non, autres sources que vous utilisez

- a. Puits traditionnel aménagé b. Puits traditionnel non aménagé c. Forage
 d. Puits citerne e. rivière/fleuve f. Marigot g. Robinet

4. Hygiène corporelle des enfants

- 4.1 Est ce que les enfants se lavent le visage ou est ce qu'on lave le visage des enfants ?

- Oui si ou passer à 4.2 Non

- 4.2 Combien de fois par jour votre (vos) enfant (s) se lave (nt) le visage ou combien de fois leur visage est-il lavé ? /__/_/

- 4.3 Utilise t-on du savon pour se laver le visage ? Oui Non si non passer à 4.4

- 4.4 Essayez-vous le visage ? Oui Si oui avec quoi (à préciser).....

- Non

5. Soins oculaires

- 5.1 Est ce qu'un de vos enfants a eu des problèmes d'yeux au cours des 30 derniers jours ?

- Oui Non NSP

- 5.2 Si oui qu'avez –vous fait ?

- a. rien b. Usage pommade pour les yeux c. Médicament traditionnel
 d. amené centre de santé/CSCOM d. amené agent de santé villageois

- e. autre à préciser :-----

QUESTIONNAIRES CHEF DE CONCESSION.

ID No _____

IDENTIFICATION

CERCLE /__/_/ COMMUNEVILLAGE

N° GRAPPE /__/_/_/ N° MENAGE /__/_/_/ N° CONCESSION /__/_/_/

NOM ENQUETE (E) :AGE (en année) /__/_/_/

3. Niveau d'éducation

- a. aucun b. Ecole coranique/medersa c. Alphabétisée d. Ecole primaire (1 à 6 années) e. Second cycle (de 7 à 9 années) f. Secondaire g. Supérieur

2. Hygiène environnementale

a . Présence latrines Oui Non

b. Si oui type : traditionnelles traditionnelles améliorées latrines avec chasse eau

c. Evacuation des selles des enfants

dans les toilettes selles enterrées selles laissées au sol

autres à préciser _____

d. Lieu d'évacuation des ordures ménagères et/ou excréta d'animaux

Fosse ouverte dans la cour Fosse fermée dans la cour

Fosse ouverte/fermée hors de la cour Partout

autres à préciser : _____

e. Présence étables dans la cour :

Vaches : Oui Non

Ovins/caprins : Oui Non

7. Existence dans la famille de :

Télévision Oui Non

Electricité Oui Non

Téléphone Oui Non

Réfrigérateur Oui Non

Radio Oui Non

Automobile Oui Non

Vélo Oui Non

Mobylette Oui Non

Charrette Oui Non

Une pinasse Oui Non

Anes Oui Non

Cheval Oui Non

Bœufs de traction Oui Non

Liste grappe de Douentza

| Communes | Villages | population | Nbre ménages | Grappes | Pas arrondis |
|--------------------|-------------------|-------------------|---------------------|----------------|---------------------|
| Dallah | Dallah | 2920 | 596 | 1 | 14 |
| Dangol Boré | Bore maures | 919 | 139 | 2 | 3 |
| | Niongolo | 458 | 109 | 3 | 3 |
| Debere | Gafiti | 312 | 62 | 4 | 1 |
| Dianwely | Gamni | 899 | 165 | 5 | 4 |
| Djaptodji | Goue | 744 | 159 | 6 | 4 |
| | N'dampaba | 523 | 93 | 7 | 2 |
| | Segue | 259 | 53 | 8 | 1 |
| Hairé | Beni beby | 447 | 100 | 9 | 2 |
| | Grimari | 642 | 154 | 10 | 4 |
| | Pringa | 310 | 74 | 11 | 2 |
| Hombori | Gontha | 267 | 43 | 12 | 1 |
| | Tondourou | 294 | 57 | 13 | 1 |
| Koubewel | | | | | |
| Koundia | Koubewel | 975 | 182 | 14 | 4 |
| Mondoro | Banai | 446 | 110 | 15 | 3 |
| | Godoware | 224 | 44 | 16 | 1 |
| | Ouro allayetem | 462 | 58 | 17 | 1 |
| Petaka | Gono | 1167 | 242 | 18 | 6 |
| Tedié | Saoura amebile | 371 | 81 | 19 | 3 |
| Douentza | Douentza | 10467 | 1827 | 20 | 42 |

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : Adama

Titre : Etude de la prévalence du trachome dans le cercle de Douentza, Région de Mopti en 2005.

Année universitaire : 2005-2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie, Santé publique

RESUME

Le P N L C envisage l'extension de la lutte contre le trachome dans la région de Mopti. C'est dans ce cadre qu'il a proposé de conduire cette étude de prévalence du trachome dans le cercle de Douentza.

Pour cette enquête nous avons utilisé la méthode de sondage en grappe telle que décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé dans le contexte d'évaluation de la couverture vaccinale.

C'est ainsi que 1450 enfants de 10 ans et moins et 1564 sujets de 15 ans et plus ont été enquêtés respectivement dans le volet du trachome actif et du trichiasis trachomateux ; tous sexes confondus.

Trois (3) questionnaires ont été utilisés :

- *Questionnaire individuel
- *Questionnaire mère des enfants enquêtés
- *Questionnaire chef de concession

Après traitement et analyse des données, les résultats sont les suivants :

- Taux de prévalence du trachome actif (TF/TI) 13,2%
- Taux de prévalence du trichiasis (TT) 0,6%

Ces taux restent relativement bas par rapport aux taux nationaux de 1996-1997 (trachome actif 34,9% ; trichiasis trachomateux 2,5%).

Les facteurs de risques déjà établis dans la survenue du trachome ont été appréciés à partir des questionnaires adressés aux mères des enfants enquêtés, et aux chefs de concessions.

Ainsi l'hygiène corporelle reste peu satisfaisante avec 77,2% des mères qui déclarent avoir lavé leur(s) enfant(s) ou lavé son visage et généralement une fois par jour sans utilisation de savon dans la grande majorité des cas.

L'hygiène environnementale reste par contre un facteur de menace pour la propagation du trachome :

- Les lieux d'évacuation des ordures et excréta sont hors des concessions (42,9%) mais généralement dans les environs immédiats, soit partout (31,8%).
- L'existence d'étables (76,1%) dans les cours
- La faible évacuation des selles d'enfants (17,6%) dans les toilettes
- Aucune des principales sources d'approvisionnement en eau n'atteint 50% de couverture de la population.

Mots clés : Prévalence du trachome – Cécité - Douentza

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

JE LE JURE !