

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)



Année académique : 2012/2013

N°.....

TITRE

IMPACT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE CHANCE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KOLOKANI : RESULTATS ENQUETE 2012

THESE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, le

Par Mr

DEMBELE Basoumane

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : Pr COULIBALY Tiéman

Membres: Dr DEMBELE Mamadou

Dr THERA Japhet

Directeur : Pr BAMANI Sanoussi

DEDICACES

Je dédie ce travail à DIEU, le Clément e Miséricordieux pour sa grâce.

QU'ALLAH le tout puissant puisse m'éclairer de sa lumière divine. Amen.

YA ALLAH

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui souffrent

Donne à mon cœur la compréhension et la compassion

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse

Donne à mes oreilles la patience d'écouter

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent

Donne à mon esprit le désir de partager

Donne-moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent

Amen.

A mon père : Koulouyérimou DEMBELE

Ton soutien moral et tes sages conseils d'abnégation et d'ardeur dans le travail ont contribué à atteindre ce résultat. Ce travail est le fruit de tes multiples sacrifices. Trouve ici l'expression de mes sentiments de reconnaissance et d'obéissance.

A ma mère: Sanata DEMBELE

Tu as toujours été une mère courageuse, forte, travailleuse, pleine d'amour et de compassion.

Puisse Dieu t'accorder encore une longue vie, pleine de santé et de bonheur

A mes tantes: Fanta DEMBELE et Maimouna DEMBELE

Vous m'avez appris le sens de la probité morale, de l'honneur, de la dignité et le respect de soi et des autres. Vous avez été et vous êtes pour moi un exemple de justice, de persévérance et de courage. Votre générosité et votre affection envers toute personne, votre courage et votre sens de l'humilité font de vous des femmes exceptionnelles .Trouvez ici l'expression de mon amour et du respect à votre égard.

A mes frères et sœur : Sidiki, Aboudou, Bréhima, Fanta, Fatou, Machita, Teneba Puisse ce travail être pour vous un témoignage de mon affection et de tout l'amour que j'ai pour vous.

A mon logeur et ses frères : Henry, Mamadou, Adama Merci pour l'affection que vous m'avez prouvés.

A mes cousins : Moussa DEMBELE, Mamadou DAOU, Adama DEMBELE Ce travail est le votre.

REMERCIEMENTS :

Mes remerciements s'adressent:

A tous mes maîtres de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) du Mali.

A Dr TRAORE Samba : Merci pour vos conseils et pour l'amour que vous avez manifesté à mon égard. Ceci est l'expression de ma reconnaissance.

A Dr TOUNKARA Adama: Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous suis reconnaissant pour toute l'aide que vous m'avez apportée. Vous m'avez encouragé pour que je puisse toucher au but. Que Dieu vous apporte satisfaction tout au long de votre vie et qu'il vous bénisse et votre famille.

A Dr COULIBALY Famolo; Dr COULIBALY Daouda: Merci pour toutes les connaissances sur le trachome que vous avez bien voulu me transmettre.

A Dr DEMBELE Jean Paul: Grâce à ta générosité j'ai pu réaliser mon rêve, tu as été pour beaucoup dans ma formation. Je t'en suis très reconnaissant. Seul Dieu te récompensera pour tout ce que tu as fait pour moi. Merci

A mes amies :Dr DEMBELE Mamadou,Dr CISSOKO Abadoulaye,Dr SANOGO Adama Dr DOUMBIA Sarata Merci pour les encouragements que vous m'avez apportés au cours de cette étude.

A tout le personnel de l'Association de Santé Communautaire de Torokorobougou et Quartier Mali : Dr TOGO Issa, Mme TOGO Korotoumou SENOU, Mr COULIBALY Karim, Mme DOUMBIA Kadia FANE. En reconnaissance de votre chaleureuse sympathie, trouvez ici toute ma profonde gratitude. Que Dieu vous garde dans son amour et vous renouvelle toute sa bonté.

A toutes les personnes que je n'ai pas pu citer mais qui savent combien je les aime: Ce travail est aussi le vôtre. Merci

HOMMAGES AUX MEMBRES DU

JURY

A notre maître et président du jury :

Pr Tiéman COULIBALY

- **Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue au CHU - Gabriel Touré,**
- **Maître de Conférences en Orthopédie-Traumatologie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako,**
- **Chef du service de l'orthopédie traumatologie au CHU-Gabriel TOURE,**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,**
- **Membre de la Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,**
- **Membre des Sociétés Marocaine et Tunisienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,**
- **Membre de l'Association des Orthopédistes de Langue Française,**
- **Membre de la Société Africaine d'Orthopédie.**

Fiers de vous en qualité d'éminents enseignants et praticiens, nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Profondément émus par cet honneur, nous vous témoignons Monsieur le Président de notre profonde gratitude.

A notre maître membre du jury :
Dr DEMBELE Mamadou

- **Spécialiste en Ophtalmologie**
- **Coordinateur adjoint du Programme National de Lutte contre la Cécité(PNLC).**

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury, en témoigne votre grande expérience en matière de l'ophtalmologie de santé publique. Vous avez toujours été à la disposition de vos étudiants avec une simplicité remarquable.

Maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

A notre maître membre du jury :

Dr THERA Japhet

- **Maître assistant en Ophtalmologie à la FMOS**
- **Diplômé en épidémiologie**
- **Médecin Légiste**
- **Responsable du service de consultation externe à l'IOTA**

Cher Maître la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail nous a beaucoup marqué malgré vos multiples occupations .Nous avons été émerveillés par votre accueil chaleureux et votre esprit critique. Soyez assuré de notre gratitude.

Veillez accepter nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre maître directeur de thèse :
Pr Sanoussi BAMANI

- **Ancien coordinateur du Programme National de Lutte contre la cécité (PNLC)**
- **Maitre de conférences en Ophtalmologie**
- **Chef Adjoint du Département de Formation à l'IOTA**

Cher Maître, nous vous remercions d'avoir pris la responsabilité de nous confier ce sujet de recherche et de diriger cette thèse. Votre disponibilité, vos suggestions, votre modestie tout au long de ce travail ne m'ont pas fait défaut. Votre dévouement pour la lutte contre le trachome fait de vous un modèle pour l'avancement de la médecine. Votre rigueur dans la recherche ainsi que vos valeurs humaines font de vous une référence.

Veillez accepter notre expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribo Nucléique.

AMO : Assistant Médical en Ophtalmologie

ARN : Acide Ribo Nucléique.

ASACO : Association pour la Santé Communautaire

CHANCE : Chirurgie- Antibiothérapie- Nettoyage du visage- Changement de l'environnement

C.O : Opacité Cornéenne

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSréf : Centre de Sante de Référence

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament

DRS : Direction Régionale de la santé

EMT : Elimination Mondiale du Trachome

I.C : Intervalle de Confiance

I.E.C : Information Education Communication

IgG : Immunoglobuline G

IgM: Immunoglobuline M.

IgA : Immunoglobuline A

IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique.

ITI : International Trachoma Initiative.

HKI : Helen Keller International

OCCGE : Organisation de Coordination et de Coopération pour les Grandes Endémies

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PCR : Polymérase Chaîne Réaction.

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNLC : Programme National de Lutte contre la Cécité

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

TDM : Traitement de masse

T.A ou TF/TI : Trachome Actif

T.F : Trachome Folliculaire

T.I : Trachome Intense

T.S : Trachome Cicatriciel

T.T : Trichiasis Trachomateux

SOMMAIRES

INTRODUCTION.....	2
OBJECTIFS.....	6
GENERALITES.....	8
METHODOLOGIE.....	20
RESULTATS.....	31
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	39
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	49
ANNEXES.....	53

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

Les déficiences visuelles inhérentes aux maladies infectieuses demeurent une préoccupation véritable dans les pays en voie de développement. Bien que de moins en moins recensée de nos jours dans le monde, la cécité reste un problème majeur de santé publique.

Le trachome est l'une des maladies tropicales négligées et reste la principale cause infectieuse de la cécité dans le monde.

Le trachome est une kérato-conjonctivite transmissible due au *Chlamydia trachomatis* dont l'évolution est habituellement chronique. L'infection est transmise par contact direct (mains, mouches et linges souillés). Le trachome est une infection liée à l'hygiène des mains et du visage, à l'eau et à l'assainissement.

Selon la dernière estimation, **150 millions** de personnes sont à risque de l'infection, **84 millions** de cas de maladie sont recensés dans le monde dont **7,6 millions** présentent le trichiasis trachomateux (TT, ou trachome aux stades de complications pouvant rendre aveugle) et 6 millions de cécité lui sont attribuables. [3]

Au Mali l'enquête nationale de prévalence en 1996 et 1997 a trouvé des taux de prévalence du trachome actif chez les moins de 10 ans de **34,9%** et **2,5%** pour le trichiasis chez les femmes de plus 15ans.

Pour la région de Koulikoro ces chiffres étaient respectivement de **33,5** et **3,9%** [4]

Dans la sous région Ouest Africaine une étude de prévalence du trachome actif, réalisée avant la mise en œuvre de la stratégie CHANCE chez les enfants de 1-9 ans avait trouvé les taux de **39,9%** [3] et **26,9%** [2] respectivement au Niger et au Burkina-Faso.

Depuis les années 50, le traitement du trachome reposait essentiellement sur l'administration d'antibiotiques (tétracycline en application locale pendant 6 semaines). Depuis la fin des années 90, les bons résultats avec l'usage de l'azithromycine à dose unique, et l'amélioration de l'accessibilité financière à ce produit (droit de protection et de vente tombés dans le domaine public en 1997) ont favorisé la relance de la lutte contre le trachome par l'Organisation Mondiale pour la Santé(OMS) à travers le programme « GET 2020 » (Global Elimination of Trachoma) ou ALLIANCE de l'élimination Mondiale du trachome cécitant d'ici l'an 2020 (EMT 2020) qui repose sur la stratégie « **CHANCE** »

Cette stratégie associe : [5]

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.

Cette stratégie cible la communauté et recherche une participation de celle-ci par l'approche des soins de santé primaire.

Depuis 1998, cette alliance aide les pays pauvres à renforcer leur lutte contre le trachome.

Vers le début des années 2000, le Mali a bénéficié de la donation d'Azithromycine en vue d'appliquer la stratégie CHANCE. C'est ainsi que la région de Koulikoro a effectué 3 ans de traitement de masse à l'Azithromycine.

Depuis 2007, notre pays bénéficie d'un programme de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (trachome, filariose lymphatique, onchocercose, schistosomiasis et vers intestinaux). Ce programme est basé sur un traitement de masse intégré des différentes maladies cibles.

Après 3 années de traitement de masse, et conformément aux directives de l'OMS, des enquêtes d'impact ont été réalisées dans le district sanitaire de Kolokani en 2009. Au terme de cette étude, la prévalence du TF était de **14,10%** et celle du trichiasis de **1,68%**.

Selon les recommandations de l'OMS, si la prévalence du trachome actif est supérieure à **10%**, il faut reprendre encore le TDM pendant 3 autres années. C'est ainsi que Kolokani a repris le TDM de 2009 à 2011.

Au total 134570, 171606, 159877 personnes ont été traitées respectivement en 2009, 2010, 2011 dans le district sanitaire de Kolokani

Notre enquête vise à étudier l'impact de la stratégie CHANCE après la reprise du traitement de masse dans le district sanitaire de Kolokani.

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

Objectif général

Etudier l'impact de la mise en œuvre de la stratégie **CHANCE** dans le district sanitaire de **Kolokani**.

Objectifs spécifiques

- 1- déterminer la prévalence du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans dans le district sanitaire de Kolokani en 2012
- 2- déterminer la prévalence du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus dans le district sanitaire de Kolokani en 2012
- 3- déterminer les facteurs de risque liés au trachome dans le district sanitaire de Kolokani en 2012
- 4- Fournir au PNLC des outils pour les activités futures

GENERALITES

III-GENERALITES

1-Définition :

Le trachome est l'une des maladies infectieuses les plus anciennement connues dans l'humanité et existait déjà dans les cultures anciennes, par exemple dans l'ère pharaonique en Egypte et dans l'empire Romain. [1]

Le trachome est une "kératoconjonctivite" transmissible, d'évolution généralement chronique, causé par *Chlamydia trachomatis*. Il constitue la principale cause de cécité évitable, caractérisée par la formation de follicules, une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen et entraînant des lésions cicatricielles typiques [5]. Cette affection touche essentiellement les enfants et les femmes.

2-Epidémiologie :

2-1 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 (parasitisme), ce qui rend forcément l'utilisation d'antibiotiques à bonne pénétration intracellulaire sur le plan de la thérapeutique.

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 [6].

2-2-Répartition géographique :

Le trachome est hyper-endémique dans 55 pays, essentiellement en Afrique et au Moyen-Orient. Quelques pays des Amériques et d'Asie sont également touchés. [1]

La distribution géographique du trachome hyper-endémique cécitant correspond à la ceinture de pauvreté du globe.

2-3-Les facteurs de risque :

Le manque d'eau, la pauvreté, la promiscuité, le manque d'hygiène et d'éducation constituent des facteurs de risque importants du trachome. Il convient de noter également les facteurs comme l'âge, le sexe et la présence d'étables.

3-Physiopathologie : [7]

L'infection par *Chlamydia trachomatis* est limitée aux cellules épithéliales. La réponse

immunitaire est peu importante et se traduit par l'apparition d'anticorps dans le sérum et dans les larmes.

L'immunité cellulaire est marquée par la formation, dans la couche sous-épithéliale de la conjonctive de follicules lymphoïdes et d'infiltrats de plasmocytes, de lymphocytes et de macrophages contenant des corps élémentaires trachomateux.

L'épithélium conjonctival s'amincit et les cellules (où prédominent les lymphocytes T) et la nécrose des centres germinatifs lymphocytaires seraient responsables de la lésion cicatricielle du tissu conjonctif aboutissant au trichiasis. La fibrose évolutive, due à la persistance de la stimulation antigénique est favorisée par les réinfections.

Des études montrèrent que 6 à 8 semaines après son inoculation antigénique dans la conjonctive, *Chlamydia trachomatis* n'est plus décelable et que la stimulation antigénique qui persiste serait due à la principale protéine de la membrane externe du germe *Chlamydia*, libéré par la bactérie vivante lors de la réplication guérissant rapidement spontanément et sans séquelles.

4-Clinique :

4-1-Symptomatologie : [7]

L'infection provoque une inflammation qui se traduit par une rougeur, des écoulements, picotements, sensation de sable dans les yeux, des follicules et un gonflement de la membrane tapissant la face interne des paupières.

A la suite d'infections répétées, cette inflammation peut entraîner la formation de cicatrices sur la face interne de la paupière. Si les cicatrices sont importantes, avec le temps, les cils frottent, se retournent vers l'intérieur, affection que l'on appelle entropion-trichiasis.

Les cils sont alors sur l'œil et sur la cornée. Le degré final d'acuité visuelle va par conséquent d'une acuité visuelle normale à la cécité complète selon l'importance de l'atteinte cornéenne.

4-2- Codification : [8]

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

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

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

TS = trachome cicatriciel avec 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.

CARTE DE CODAGE DU TRACHOME

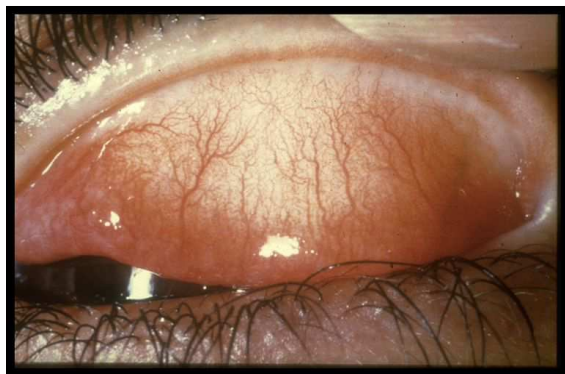


PHOTO 1 : Conjonctive tarsale normale



PHOTO 3 : Trachome inflammatoire intense (TI)



PHOTO 2 : Trachome inflammatoire folliculaire (TF)

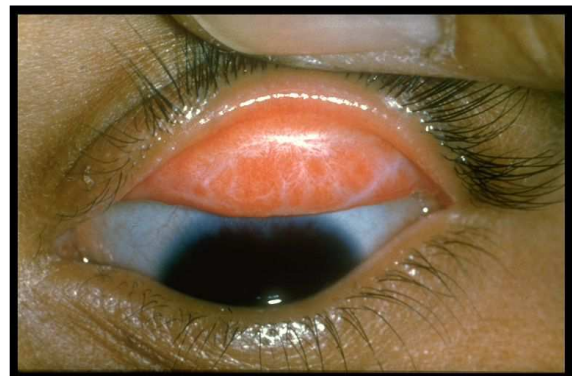


PHOTO 4 : Trachome cicatriciel (TS)

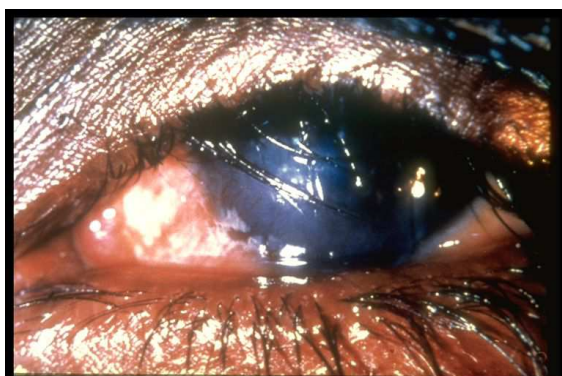


PHOTO 5 : Trichiasis trachomateux (TT)

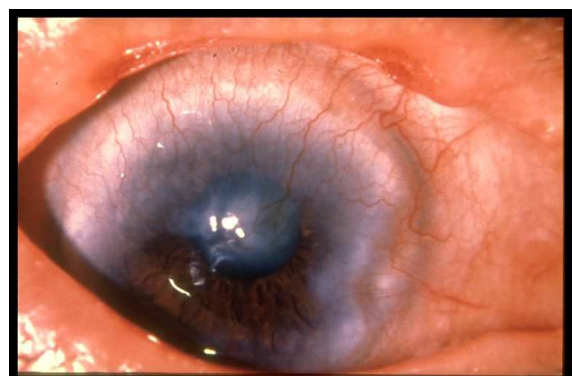


PHOTO 6 : Opacité cornéenne

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

5 Diagnostic :

5-1- Diagnostic clinique : [7]

La clinique représente un des meilleurs moyens de diagnostic et de dépistage du trachome. Dans les cas isolés ou douteux, le diagnostic clinique du trachome sera retenu s'il existe au moins deux des quatre signes suivants :

*Follicules lymphoïdes sur la conjonctive tarsienne supérieure

*Cicatrice conjonctivale typique

* Panus vasculaire

*Follicules limbiques ou leurs séquelles.

5-2- Diagnostics biologique et Polymérase Chaîne Réaction(PCR) :

La biologie est peu utilisée et inutile, sauf dans les cas débutants de trachome. Le cytodiagnostics en immunofluorescence par anticorps monoclonal anti-chlamydien sur prélèvement conjonctival est certainement une méthode de choix. Elle est simple et rapide et ne demande que 5 minutes par lame. Elle est hautement spécifique et sa sensibilité reste insuffisante pour le dépistage des formes cliniques légères dans le sérum (IgM) et dans les larmes (IgA et IgG) par immunofluorescence indirecte négligée des infections récentes.

Les méthodes immuno-enzymatiques permettent d'identifier des antigènes chlamydiens sur les frottis conjonctivaux. Celles-ci utilisent les anticorps monoclonaux et une amplification de détection enzymatique et associent rapidité, sensibilité et spécificité.

La corrélation entre le diagnostic clinique et les résultats immunologiques n'est pas parfaite.

5-3- Diagnostic différentiel [9] :

Le diagnostic différentiel se pose avec les conjonctivites bactérienne et virale ; La limbo-conjonctivite endémique tropique (LCET) ; La folliculose infantile ; La conjonctivite à inclusion du nouveau-né.

6- Evolution :

L'inflammation trachomateuse peut évoluer soit vers la guérison spontanée au prix de quelques cicatrices conjonctivales minimales, sans conséquence fonctionnelle : c'est le trachome cicatriciel bénin ; soit l'inflammation conjonctivale a été intense et prolongée, la

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

cicatrisation pourra alors dépasser son but et entraîner une fibrose rétractile de la paupière supérieure.

7- Les complications :

Elles sont surtout caractérisées par :

- Un xérosis qui traduit la kératinisation des épithéliums conjonctivaux et cornéens
- Une ulcération cornéenne
- Une kératite parenchymateuse
- Des cicatrices cornéennes
- Des dacryocystites (inflammation du sac lacrymal)
- Des dacryoadénites (inflammation de la glande lacrymale)

8- Traitement :

Aujourd'hui, il repose sur 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.

Ces interventions ont pour cible la communauté et cherchent sa participation par l'approche des soins de santé primaires. L'OMS et ses partenaires soutiennent l'exécution de la stratégie CHANCE dans les pays endémiques qui ont décidé d'éliminer le trachome grâce à une volonté politique et des moyens techniques.

Elle a notamment pour but :

- * d'expliquer à une population, souvent peu enthousiaste, le processus de la maladie et la nécessité de recourir à la chirurgie du trichiasis (CH)
- * de favoriser l'acceptation du traitement de masse (TDM) à l'Azithromycine (A)
- * de promouvoir le Nettoyage du visage/ l'hygiène (N)
- * de provoquer des Changements Environnementaux, tels que la construction et l'utilisation de latrines (CE) [5]

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

8-1- CH : Chirurgie du trichiasis :

Réservée aux complications et séquelles du trachome, elle est pratiquée essentiellement au stade du trichiasis trachomateux, de séquelles cornéennes et plus accessoirement du xérosis trachomateux qui est bien complexe.

La cure chirurgicale du trichiasis fait appel à plusieurs méthodes. Son but est de corriger la déformation du tarse, l'entropion et de redresser le sol ciliaire, relever le trichiasis.

L'école française a adopté les méthodes du TRABUT, de CUENOD et NATAF ; la méthode de VAN MILIGEN modifiée par WEBSTER. [10]

-Le traitement des séquelles cornéennes nécessite la kératoplastie

-La chirurgie du xérosis trachomateux est aléatoire et plus complexe

La Méthode de TRABUT est l'intervention la plus pratiquée au Mali : son but étant de corriger l'incurvation du tarse, d'éloigner ainsi les cils de la cornée pour éviter les complications cornéennes.

La chirurgie se fait :

- soit de façon individuelle en moto avec un seul Assistant Médical en Ophtalmologie (AMO)
- soit en équipe de 4 assistants en auto.
- Soit par un Operateur du Trichiasis

8-2-A : Antibiothérapie :

L'azithromycine a été testée au cours des dix dernières années pour le traitement du trachome inflammatoire, au cours d'essais thérapeutiques randomisés ou d'études pilotes conduites en Gambie, Tanzanie, Arabie Saoudite, Egypte, Australie et au Maroc [4].

Tous les essais portant sur l'azithromycine administrée en mono dose ont montré une excellente activité en diminuant la pathologie inflammatoire pendant une durée de 6 à 12 mois.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

Son efficacité globale est comparable à celle de la pommade à la tétracycline à 1% [4]. L'azithromycine orale est plus efficace que la pommade de tétracycline pour guérir l'infection oculaire chlamydienne et pour éliminer la maladie clinique.

L'azithromycine est dotée d'une efficacité unique contre les infections à *Chlamydia trachomatis*. En cas de trachome endémique, le traitement systématique de tous les habitants d'un village offre la possibilité de supprimer les infections chlamydiennes dans toute la communauté et d'éliminer ainsi la maladie. Les populations rurales acceptent mieux l'azithromycine orale qu'une pommade ophtalmique.

8-3- N et CE : Nettoyage du visage et Changement d'Environnement :

Il est établi que l'eau, l'hygiène et l'assainissement jouent un rôle déterminant dans les moyens mis en œuvre pour combattre la propagation du trachome. Dans les pays et les communautés où l'hygiène individuelle, l'approvisionnement en eau et les méthodes d'évacuation des excréta humains et animaux et des déchets domestiques solides ont été sensiblement améliorés, le trachome a cessé d'être un problème de santé publique [11]

8-3-1-La propreté du visage :

Quand on nettoie le visage des enfants, en particulier autour des yeux, on éloigne les mouches. Le visage doit rester propre toute la journée. On peut utiliser des boîtes perforées pour se laver quand l'eau doit être économisée. Il faut toujours se laver les mains avec du savon avant de nettoyer les yeux et le visage. Ainsi, il faut prévoir toujours de quoi se laver les mains à côté de chaque latrine ou toilette.

8-3-2-L'éducation à l'hygiène :

Il s'agit d'encourager des comportements qui conduisent à une amélioration de la santé ; en d'autres termes, il faut aider les membres de la communauté à prendre conscience de la relation entre manque d'hygiène et maladie ; il faut aussi encourager les gens à construire ou à améliorer leurs propres installations sanitaires. La promiscuité et l'utilisation commune de certains objets sont à éviter, car la transmission du trachome se fait par contact direct (par exemple entre les enfants bien portants et les doigts contaminés d'enfants infectés ou avec des serviettes, mouchoirs ou autres linges contaminés, utilisés pour nettoyer le visage). Le but de l'éducation à l'hygiène est de permettre aux communautés de prendre des décisions éclairées et de leur donner des moyens d'agir. Il faut que les communautés soient directement associées

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

aux mesures prises pour améliorer l'assainissement du milieu, et qu'elles puissent formuler et réaliser les choix qu'elles jugent adaptés à leur situation

8-3-3-La lutte contre les mouches et l'assainissement du milieu :

La mouche domestique et les espèces apparentées jouent un rôle important dans la transmission du trachome ; les mouches sont attirées par les écoulements oculaire et nasal; leur élimination joue donc un rôle important dans la lutte contre la maladie.

Les interventions suivantes permettent de réduire le nombre des mouches :

- Réduire ou éliminer les gîtes larvaires ;
- Eviter d'attirer les mouches vers les lieux où vivent les gens ;
- Empêcher les mouches d'entrer à l'intérieur des maisons et des écoles ;
- Améliorer les moyens d'élimination des excréta humains et animaux, et l'évacuation des eaux usées ;
- Améliorer la manipulation des aliments et veiller à l'évacuation correcte des ordures ;
- Installer des latrines et encourager les gens à les utiliser ;
- Proscrire la défécation en plein air.

8-3-4-Les latrines :

- Tenir les latrines propres : les dalles doivent être nettoyées chaque jour ;
- Prévoir des latrines simples à fosse de couvercle bien ajusté ;
- Adapter si possible un système de ventilation aux latrines à fosse simple ;
- Equiper les conduits d'aération d'un grillage contre les mouches et les contrôler régulièrement ;
- Pourvoir les latrines à chasse d'eau d'un joint d'étanchéité.

La promotion porte essentiellement sur les latrines à dalles *Sanplat*

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

8-3-5-La distance au point d'eau :

L'accès difficile à l'eau par les populations les pousse en général à diminuer l'utilisation de l'eau de manière à ne pas pouvoir prendre correctement soin de leur hygiène corporelle et environnementale.

Cela favorise donc la présence du trachome qui aime les milieux où l'hygiène est défavorisée.

Pour pallier à cela il faut :

- Installer des points d'eaux proches des populations et des villages ;
- Favoriser la construction des puits bien protégés ;
- Installer des forages ;
- Favoriser l'installation des fontaines publiques ;
- Construire des canaux de canalisation qui permettent de drainer les eaux de tout genre, afin d'éviter la stagnation de l'eau qui a des conséquences néfastes sur l'environnement et la santé des populations

Au Mali, l'approvisionnement en eau est assuré par le Département en charge de l'hydraulique.

Les Volets N et CE de la stratégie **CHANCE** nécessitent de grands moyens financiers. C'est pourquoi toutes les politiques gouvernementales doivent s'atteler à trouver des moyens de financement pour cette cause afin que les programmes de lutte contre le trachome puissent être efficaces.

9-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 ».

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

C'est bien à ce prix que le trachome sera éliminé ; un fléau vieux comme le monde qui reste encore une des principales causes de cécités évitables.

METHODOLOGIE

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

IV-METHODOLOGIE

La prévention de la cécité due au trachome exige la mise en œuvre de la stratégie CHANCE préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les études de base de la prévalence en 1996 et 1997 ont montré que le trachome était endémique au Mali. Le Ministère de la Santé du Mali a créé un programme national pour éliminer le trachome cécitant d'ici 2015.

1- Cadre de l'étude

L'étude concerne le district sanitaire de Kolokani, un des dix districts que compte la région administrative de Koulikoro.

1-1-Aperçu Historique :

Kolokani résulte de konlon-Kagni : puits serviable.

IL fut créé entre 1790-1810 par Seye Niaman TRAORE accompagné de son fils.

Son passé est celui des luttes incessantes pour défendre son intégrité .Deux faits lui ont donné sa réputation : la résistance à la forte poussée des troupes d'El hadji Omar TALL au 19ème siècle et la révolte contre l'occupation Française en 1915.

Violemment réprimé par l'ancien colonisateur, il fut érigé en poste administratif en Avril 1915 et en cercle après l'indépendance.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012



Source : DNS (Direction Nationale de la Sante)

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

1-2 Données Géographiques

- Relief et limites

Le cercle couvre une superficie de 14 380 Km². Il est un immense plateau grasseux d'une altitude moyenne de 200m situé au nord de Bamako à la jonction des zones Soudanienne et Sahélienne (14^{ème} latitude Nord) et reçoit en moyenne 500 à 800 mm de pluies par an, réparties sur 5 mois d'hivernage. (Juin- Octobre)

Le cercle est limité :

- A l'Est par le cercle de Banamba
- A l'Ouest et au Nord- Ouest par les cercles de Kita et de Diéma ;
- Au Nord par le cercle de Nara ;
- Au Sud et au Sud- Ouest par le cercle de Kati ;
- Au Sud- Est par le cercle de Koulikoro.

Il est divisé en dix (10) communes regroupant 283 villages.

- Climat et végétation :

Le climat est de type sahélien et la végétation est une savane avec de hautes herbes clairsemées de Karité, Baobab, Tamarinier qui se dégradent progressivement vers le Nord.

- Hydrographie :

Au plan hydrographique, le cercle de Kolokani est l'un des plus défavorisés du pays. Comme point d'eau permanent on ne peut citer que le Baoulé qui sert de limite naturelle avec le cercle de Kita à l'ouest, et le Lac WEGNAN situé a 40km de Kolokani.

La population dans sa lutte quotidienne a pu créer un certain nombre de points d'eau par la réalisation de micro- barrage avec l'appui de certaines ONG.

- Voies de communication :

Le cercle est relié à la capitale par la route Nationale N°3 sur une distance de 140km et qui le traverse du Sud au Nord en passant par les Communes de Nossombougou, Ouolodo, Tioribougou, Kolokani, Didièni et Sagabala.

Les autres pistes reliant les chefs lieu de communes au cercle ne sont pas praticables en toutes saisons. Le cercle a été doté en 2000 d'un système de téléphonie rurale qui couvre les Communes de Nossombougou, Tioribougou, Massantola, Kolokani et Didièni.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

1-3-Population :

-Démographie

La population est estimée à 246 110 hbts en 2009 (Source : Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1998). Le taux d'accroissement est de 1, 015. La densité est de 17 hbts au km².

-Structure de la population :

La population du cercle est composée de 119 609 Hommes et de 126 501 Femmes qui représentent respectivement **48.60%** et **51.4%** du total. Elle est relativement jeune (près de **42%** de la population ont moins de 15 ans.)

-Les principales ethnies :

Le Bélédougou bénéficie d'un quasi unicité ethnique dominée par les Bambaras représentants près de **90 %** de la population. A leurs cotés vit une faible proportion de Peuhls éleveurs, les Maures et de Soninkés. Le Bambara est la principale langue parlée et sert de langue de communication inter ethnique.

-Cultures et traditions :

Plus de la moitié de la population demeure animiste, le reste est reparti entre l'islam et le christianisme. De nos jours les Bambaras du Bélédougou poursuivent la pratique de certaines croyances étroitement liées au fétichisme, ce sont entre autres le « DO, le Komo, le Diafara, le Marbayassa, le Yarcourni, le djo etc. »

Il est à noter que les cérémonies rituelles liées à ces pratiques constituent pendant certains moments de l'année un obstacle au déroulement des activités sanitaires (vaccination, CPN, Accouchement, IEC, etc....) .

-Système éducatif :

Le cercle de Kolokani compte 62 écoles publiques (7 seconds cycles et 55 premiers cycles), 55 écoles Communautaires et 3 Medersas qui relèvent toutes du CAP (centre d'animation pédagogique). Il existe aussi un lycée public.

Les enfants scolarisables sont au nombre de 41 896 dont 23 513 garçons. Le taux brut de scolarisation général est de **61,18%**.

Il existe 52 centres d'alphabétisation mixtes avec 2398 auditeurs dont 1030 Hommes et 1368 Femmes. Ces centres sont animés par plus de 123 animateurs dont 74 Hommes et 49 Femmes. Les néo-alphabètes sont au nombre de 688 dont 329 Femmes.

Les 3 Medersa de 6 classes chacune ont un effectif total de 73 enfants (52 Garçons et 21 Filles).

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

L'enseignement est assuré par 297 maîtres au niveau des écoles publiques et 80 au niveau des écoles Communautaires. Le total des classes pour les écoles publiques est de 558 et celui des écoles Communautaires est de 133.

1-4-Période d'enquête

L'enquête a été réalisée entre mars-avril 2012.

1-5- Type d'enquête :

Il s'agissait d'une enquête transversale par sondage aléatoire en grappe à deux niveaux, inspirée de la méthode de sondage en grappe décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le cadre de l'évaluation de la couverture vaccinale.

1-6- La population d'étude :

L'enquête a porté sur les enfants de 1 à 9 ans et les sujets de 15 ans et plus.

1-6-1- Critères d'inclusion

Etaient inclus tous les enfants âgés de 1 à 9 ans et tous les sujets de 15 ans et plus :

- résidant dans les villages sélectionnés du district sanitaire de Kolokani
- appartenant aux ménages sélectionnés
- et ayant été d'accord de participer à l'enquête.

1-6-2- Critère de non inclusion

N'étaient pas incluses :

- les personnes habitant dans les villages non sélectionnées du district sanitaire de Kolokani et les personnes ayant refusé
- les personnes n'appartenant pas aux ménages sélectionnés
- celles ayant refusé de participer à l'enquête.

1-6-3- Echantillonnage

La prévalence du trachome a été évaluée en utilisant un sondage en grappe à deux degrés.

1^{ère} étape d'échantillonnage

On a utilisé la technique de la probabilité proportionnelle à la population. Une liste de tous les villages avec des populations respectives a été compilée pour chaque district. Tout village ayant une population de plus de 4 000 ou de moins de 150 a été exclu. Une colonne a été créée avec la population cumulative, en ajoutant chaque population successive aux précédentes. Vingt villages ont été choisis dans chaque secteur.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

La population totale cumulée du secteur a été divisée par 20, le nombre de villages à choisir, pour obtenir l'intervalle d'échantillonnage. Un nombre au hasard entre 1 et l'intervalle d'échantillonnage a été choisi.

La première grappe correspondait au village dont la population cumulée contenait ce nombre choisi au hasard. On a ajouté ensuite successivement l'intervalle d'échantillonnage pour choisir les 19 autres villages.

2^{ème} Etape d'Echantillonnage

Elle a consisté à sélectionner au hasard 24 ménages dans un village. Pour les besoins de l'enquête, un ménage a été défini comme :

- Un homme, sa (ou ses) femme(s) plus tous les dépendants.
- Une veuve plus ses dépendants.
- Un grand frère ou sœur et leurs dépendants s'ils sont orphelins.

Une modification de la procédure décrite par Turner *et al* a été utilisée pour l'échantillonnage des ménages une fois que les villages sont choisis. On a fait un plan sommaire en faisant la liste des ménages et en segmentant les villages, permettant aux ménages d'être choisis avec des probabilités égales. Cette méthode combinée à la probabilité proportionnelle à la population a amélioré la qualité des résultats des évaluations de la prévalence.

Une fois arrivée au village, l'équipe a rencontré le chef du village et a négocié son adhésion. Après l'accord du chef de village l'équipe lui a demandé le nombre de ménages dans le village, en définissant clairement un ménage.

Si le nombre de ménages était de 26 ou moins, aucun enregistrement n'est exigé et tous les ménages dans le village ont été examinés.

Tous les notables (le chef de village, ses conseillers), les relais et toutes autres personnes ressources ont contribué à dresser une carte sommaire du village. On a tracé les frontières sur brouillon en orientant le nord, le sud, l'est et l'ouest.

Les notables ont listé les ménages selon leur position dans le village. Chaque ménage a été enregistré.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

Chaque fois que 4 ménages (qui constituent un segment) ont été enregistrés, un espace vide a été laissé. Quand il restait 2 ménages, on les a ajoutés au segment précédent qui comptera 6. Quand il en restait 3, on en a fait un segment à part. Un segment de trois ou un segment de six ménages était acceptable. Tous les segments de ménages ont été numérotés.

Tous les numéros de segment ont ensuite été écrits sur un morceau de papier et placés dans un récipient comme une tasse ou un chapeau. Six segments de 4 ménages (une moyenne de 24 ménages) ont été tirés au hasard par les notabilités du village pour choisir les 6 morceaux de papier. En utilisant cette méthodologie, il y avait un potentiel de 23 (4+4+4+4+4+3) à 26 (4+4+4+4+4+6) ménages à enquêter par village.

Les ménages choisis n'étaient pas remplacés quand les résidents étaient absents ou refusaient l'examen. Pour minimiser le nombre de résidents manquants dans les ménages choisis, des équipes d'enquête revisitaient le ménage avant de quitter le village le jour de l'enquête.

2-Technique d'enquête :

2-1- Travail sur le terrain

Après avoir obtenu l'accord du chef de village, un volontaire a été recruté dans chaque village pour guider l'équipe dans son déplacement dans le village.

Le visage de chaque enfant de 1 à 9 ans a été apprécié pour la présence ou l'absence d'écoulement oculaire ou nasal.

Cela était suivi par l'examen des yeux pour les signes de trachome. Pour chaque sujet, l'œil droit d'abord a été examiné ensuite l'œil gauche.

Un adulte a été interrogé dans chaque ménage pour déterminer la présence et l'utilisation de la latrine familiale, la première source d'eau, et la distance approximative qui le séparait de la source d'eau.

2-2- Examiner les Individus

Dans chaque ménage choisi, tous les membres étaient examinés. Les ménages où les absents étaient susceptibles de revenir le même jour étaient revisités. Les enfants de moins de 6 mois ne sont pas soumis à l'examen du trachome.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

2-3-Collecte des Données, Classement et Standardisation du Trachome

Les Assistants médicaux en ophtalmologie (AMO) chargés de mener l'étude sur le trachome ont été spécifiquement formés pour collecter les données. Au cours de deux jours, ils ont été formés sur le système de codification de l'OMS pour diagnostiquer les stades cliniques du trachome. Cette formation a inclus aussi la manière de choisir les ménages dans une grappe et enregistré leurs résultats sur les formulaires de collecte de données. En outre, il y a eu une session de formation pratique où les équipes d'enquête ont visité des villages non choisis dans l'enquête pour pratiquer la sélection de ménages, la codification du trachome, le remplissage des formulaires de collecte de données.

Si au moins 25 patients pouvaient être identifiés avec des signes de trachome actif, les examinateurs participeraient à une étude fiable pour confirmer l'accord de classement du trachome chez les patients. Le coordinateur de l'étude a identifié 50 personnes dont 25 présentaient un trachome actif (TF ou TI). Le reste était des gens avec d'autres signes du trachome, d'autres conditions de l'œil et des yeux normaux. Chaque AMO a examiné toutes les 50 personnes en utilisant un grossissement de 2,5x à la lumière de la torche ou du jour et enregistré ces résultats sur un formulaire pré conçu. Pour ceux qui avaient le trachome, les AMO enregistraient leurs résultats en utilisant le système de codification de l'OMS.

Les diagnostics de chaque examinateur étaient comparés à ceux d'autres ophtalmologues représentant la référence. Le niveau d'accord indiquait à quel degré tous les examinateurs interprétaient les signes de la même façon. L'hypothèse dans ce test était que les résultats des ophtalmologues étaient corrects. Tous les AMO utilisés dans la collecte des données devaient obtenir un accord de plus de **80%**.

2-4- Evaluation de la Dimension de l'Echantillon

Si 24 ménages sont examinés par village, les 20 villages sélectionnés du district compteront 480 ménages.

2-5-Le contrôle de la qualité

Les formulaires de données remplis ont été contrôlés avant de passer au prochain ménage choisi. Chaque équipe devait vérifier les formulaires avant de se déplacer dans la prochaine grappe. A la fin de chaque jour un superviseur ou un coordinateur d'enquête collectait et vérifiait les formulaires de données.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

2-6-Traitement de données et analyse

Les données ont été manuellement classées et entrées dans les bases de données à Accès Microsoft (MAD). L'Epi Info6 ou un supplémentaire, un logiciel statistique avancé a été utilisé pour analyser les données. Les données de base étaient collectées quotidiennement. Les variables incluaient la communauté de résidence, le sexe, l'âge, l'école d'inscription, la disponibilité de l'examen ; la présence ou l'absence d'écoulement oculaire et nasal (si âgé de 1 à 9 ans) ; et la présence ou l'absence de différents stades de trachome.

Un exemplaire de formulaire de collecte de données se trouve en annexe.

3-Les Questions Ethiques

Ces enquêtes font intégralement partie de l'initiation, du monitoring et de l'évaluation du Programme National de Lutte contre la Cécité et ont été approuvées par le Centre Carter avec l'implication de l'Université Emory IRB. En plus, les activités étaient expliquées aux autorités locales et régionales et la permission d'exécution a été demandée.

Au niveau de la communauté, l'étude a été expliquée aux chefs de ménages et aux individus. Dans le cas des enfants, cette explication a été donnée aux parents ou leurs tuteurs. Un accord verbal a été donné par les chefs/les chefs de villages, familles, et tuteurs. Les sujets étaient informés qu'ils avaient le droit de ne pas participer à l'étude sans perdre des intérêts futurs éventuels du programme de santé publique. Il n'y avait pas de prime pour la participation à l'étude.

Les informations sur le statut de chaque sujet en relation avec le trachome étaient confidentielles. Cependant, ceux qui avaient des maladies actives étaient traités avec des antibiotiques selon les directives nationales. Les noms et adresse de tous ceux qui avaient le trichiasis ont été écrits et donnés aux services de santé pour programmer une intervention chirurgicale, donc sur le plan éthique les bonnes pratiques médicales ont été respectées.

4-Les Indicateurs du Résultat

Bien que les personnes de tout âge aient été examinées pour chaque code de trachome, les premiers indicateurs de résultat de l'étude sont :

- la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans
- la prévalence du TT chez les patients de 15 ans et plus.

Les décisions de continuer ou pas, les interventions de CHANCE seront prises sur la base de ces indicateurs.

D'autres indicateurs principaux de l'individu et des caractéristiques du ménage sont :

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

- la proportion de visage propre chez les enfants de 1 à 9 ans
- la proportion des ménages avec une latrine utilisée,
- la proportion de ménages ayant accès à une première source d'eau améliorée.

5-Interprétation des résultats

Les résultats d'enquête ont été revus avant l'initiation de toutes les activités de lutte contre le trachome. Selon les recommandations de l'OMS, si la prévalence du TF chez les enfants est \geq 10% pour l'unité de mise en œuvre, alors un traitement de masse (TDM) d'antibiotique est recommandé (A) en plus des activités de N et CE. Dans les unités de mise en œuvre où le TF chez les enfants de 1 à 9 est moins de **5%**, aucune intervention de A et NCE n'est recommandée.

Là où la prévalence de TT chez les adultes de plus de 15 ans est de **1%** ou plus dans le secteur, les interventions chirurgicales communautaires seront prévues. Si la prévalence de TT chez les adultes est moins de **1%** dans le secteur, l'intervention chirurgicale communautaire n'est pas exigée, mais la chirurgie individuelle sera nécessaire selon les directives de la politique nationale de santé oculaire.

RESULTATS

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

V-RESULTATS

1- Caractéristiques socio démographiques de l'échantillon

Tableau I : Répartition des sujets de 1-9 an selon le sexe.

Sexe	Fréquence Absolue	Pourcentage
Masculin	537	51,90
Féminin	497	48,10
Total	1034	100,00

Sur 1034 sujets de 1-9 ans, le sexe masculin représentait 51,90%.

Tableau II : Répartition des enfants de 1 à 9 ans selon l'âge.

Tranche d'âge (an)	Fréquence Absolue	Pourcentage
1-4	493	47,70
5-9	541	52,30
Total	1034	100,00

La tranche d'âge 5-9ans représentait 52,30%.

Tableau III : Répartition des sujets de 15ans et plus selon le sexe

Sexe	Fréquence Absolue	Pourcentage
Masculin	479	41,40
Féminin	677	58,60
Total	1156	100,00

Sur 1156 sujets âgés de plus de 15 ans, le sexe féminin représentait 58,60%.

**L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome
dans le District sanitaire de Kolokani en 2012**

Tableau IV : Répartition des sujets de 15ans selon l'âge

Tranche d'âge	Fréquence Absolue	Pourcentage
15-19ans	168	14,50
20-59ans	795	68,80
60ans et plus	193	16,70
Total	1156	100,00

La tranche d'âge de 20 – 59 ans représentait 68,80%.

2- Caractéristiques cliniques :

Tableau V : Répartition des sujets de 1 à 9 ans selon le trachome folliculaire (TF).

Trachome folliculaire (TF)	Fréquence Absolue	Pourcentage
Présence	8	0,80
Absence	1026	99,20
Total	1034	100,00

La prévalence du trachome folliculaire était de 0,80% *avec Intervalle de Confiance (IC) 95% [0,40-1,60]*.

Tableau VI : Répartition des sujets de 1-9 ans selon la prévalence du trachome Intense (TI).

Tranche (TI)	Fréquence Absolue	Pourcentage
Présence	1	0,10
Absence	1033	99,90
Total	1034	100,00

La prévalence du trachome intense était de 0,10 % *avec IC95% [0 ,00– 0,60]*.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

Tableau VII : Répartition des sujets de 1-9 ans selon la Prévalence du trachome actif (TF/TI).

Trachome actif (TF/TI)	Fréquence Absolue	Pourcentage
Présence	9	0,90
Absence	1025	99,10
Total	1034	100,00

La prévalence du trachome actif était de 0,90% avec *IC95%* [0,30 –1,50].

Tableau VIII : Répartition des sujets de 1 à 9 ans en fonction du sexe et du trachome actif.

Sexe	Trachome actif		Total
	Présence	Absence	
Masculin	2 (0,40%)	535	537
Féminin	7 (1,40%)	490	497
Total	9(0,90%)	1027	1034

Dans l'échantillon des sujets de 1 à 9ans la prévalence du trachome actif chez le sexe féminin était de 1, 40% avec un *Chi2 de [3.497] 0.10 < p < 0.50*.

Tableau IX : Répartition des sujets de 1 à 9 ans en fonction de l'âge et du trachome actif.

Tranche d'âge (an)	Trachome actif		Total
	Présence	Absence	
1- 4	7 (1,40%)	486	493
5 – 9	2 (0,40%)	539	541
Total	9 (0,90%)	1027	1034

Sur l'échantillon des sujets de 1 à 9 ans, la prévalence du trachome actif dans la tranche d'âge de 1 à 4 ans était de 1,40% avec un *Chi2 de [3.291] p < 0,10*.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

Tableau X : Répartition des sujets de 15 ans et plus selon le trichiasis trachomateux (TT).

Trichiasis Trachomateux (TT)	Fréquence Absolue	Pourcentage
Présence	20	1,70
Absence	1136	98,30
Total	1156	100,00

Sur les 1156 sujets de 15ans et plus, la prévalence du trichiasis était de 1,70% [1,10-2,70].

Tableau XI : Répartition des sujets de 15 ans et plus en fonction de l'âge et du trichiasis Trachomateux.

Tranche d'âge (an)	Trichiasis trachomateux		Total
	Présence	Absence	
15 – 19	1(0,60%)	167	168
20 – 59	6(0,80%)	789	795
60ans+	13(6,70%)	180	193
Total	20(1,70%)	1136	1156

Dans l'échantillon des sujets de 15 ans et plus la prévalence du trichiasis Trachomateux dans la tranche d'âge de 60ans et plus était de 6,70% avec un *Chi2 de [34.24] p<0,001*.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

3-Facteurs de risque :

Tableau XII: Répartition des sujets de 1 à 9 ans selon l'aspect du visage.

L'aspect du visage	Fréquence Absolue	Pourcentage
Propre	565	54,60
Sale	469	45,40
Total	1034	100,00

Sur 1034 sujets de 1 à 9 ans 54,60% avaient un visage propre avec un *IC* [51,50-57,70].

Tableau XIII: Répartition des sujets de 1 à 9 ans en fonction de l'aspect du visage et du trachome actif.

Aspect du visage	Trachome actif		Total
	Présence	Absence	
Propre	4(0,70%)	561	565
Sale	5(1,10%)	464	469
Total	9	1027	1034

La prévalence du trachome actif était de 1.10% chez les enfants à visage sale avec un *chi2 de* [0.36705] $p > 0,05$.

**L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome
dans le District sanitaire de Kolokani en 2012**

Tableau XIV : Répartition des sujets de 1 à 9 ans en fonction de l'aspect du visage et l'âge.

Tranche d'âge	Aspect du visage		Total
	Propre	Sale	
1- 4	199 (40,36%)	294	493
5 – 9	366(67,65%)	175	541
Total	565 (54,64%)	469	1034

Dans l'échantillon de 1034 sujets, il y avait plus de visage propre dans la tranche de 5-9 ans que dans la tranche 1-4 ans avec un *chi2 de [77.47] P<0 .001*

Tableau XV : Répartition des sujets de 1 à 9 ans en fonction de l'aspect du visage et le sexe.

Sexe	Aspect du visage		Total
	Propre	Sale	
Masculin	275 (51,21%)	262	537
Féminin	290 (58,35)	207	497
Total	565 (54,64%)	469	1034

Dans l'échantillon de 1 à 9 ans 58,35% des enfants à visage propre était de sexe féminin

Tableau XVI: Présence de latrine.

Latrine	Fréquence Absolue	Pourcentage
Absence	70	15,00
Présence	410	85,00
Total	480	100,00

Sur un échantillon de 480 ménages enquêtés 85% possédaient une latrine.

**L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome
dans le District sanitaire de Kolokani en 2012**

Tableau XVII: Fréquence d'utilisation des latrines dans les ménages enquêtés

Utilisation	Fréquence Absolue	Pourcentage
Non utilisé	77	19,00
Utilisé	333	81,00
Total	410	100,00

Sur un échantillon de 410 ménages avec latrine 19% n'était pas utilisé.

Tableau XVIII: Source d'eau.

Existence de source d'eau	Fréquence Absolue	Pourcentage
Dans le village	416	86,70
Dans la concession	9	1,90
Hors du village	55	11,40
Total	480	100,00

Sur un échantillon de 480 ménages, 86.70% avaient une source primaire d'eau dans le village

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

VI-Commentaires et discussions

L'enquête a été réalisée de mars à avril 2012 dans 20 villages du district.

Les objectifs de notre étude étaient de faire une évaluation de la reprise de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans le district sanitaire de Kolokani.

1-Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale conduite suivant une méthodologie qui s'est inspirée de la méthode de sondage en grappe décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le cadre de l'évaluation de la couverture sanitaire.

Nous avons choisi au hasard 20 grappes correspondant à des villages, dans chaque concession tous les sujets de 1-9 ans, les mères de ces enfants et les sujets de 15 ans et plus ont été retenus dans l'étude

Les analyses ont porté sur un échantillon de 1034 enfants de 1-9 ans pour l'estimation de la prévalence du trachome actif et sur 1156 sujets de 15 ans et plus pour celle du trichiasis.

Le diagnostic de trachome et trichiasis était fait par un assistant médical en ophtalmologie, sur la base des critères de codification simplifiée élaborés par l'OMS en 1987 [8].

Ont été considérés comme trachomateux actifs (TF/TI) les sujets présentant l'un ou l'autre signe des catégories TF ou TI et comme TT toute personne qui avait au moins un cil frottant le globe oculaire ou l'évidence d'une épilation récente de cil(s) dévié(s).

Le visage est considéré comme propre s'il est dépourvu de sécrétion oculaire et nasale au moment de l'examen.

Par rapport à la répartition des enfants enquêtés selon le sexe et l'âge, sur les 1034 enfants, **48,10%** étaient de sexe féminin avec un sex-ratio M/F de 1,07

La tranche d'âge de 5-9ans était de 541 (**52,30%**) contre 493(47,70) pour 1-4ans.

Sur les 1156 personnes enquêtées de 15 ans et plus selon le sexe et l'âge, le sexe féminin représentait **58,60%** avec un sexe ratio M/F de 0,70.

La tranche d'âge de 20- 59ans était plus représentée avec **68,8%** contre **14,5%** pour les 15-19ans et **16,7%** pour les 60ans et plus.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

2-L'Impact de la stratégie CHANCE

2-1- L'impact de la Chirurgie du Trichiasis

C'est la cure du trichiasis trachomateux, la phase précédant la cécité. La chirurgie est la première composante de la stratégie **CHANCE**, parce qu'elle répond aux besoins de ceux qui sont à risque immédiat de cécité et parce qu'elle peut fournir une base de crédibilité pour les activités préventives [1].

Sur les 1156 sujets de 15ans et plus, il y avait 20 cas de trichiasis trachomateux soit une prévalence de **1,70%**.

Cette prévalence était élevée chez les sujets de 60 ans et plus ; cela s'expliquerait par le fait que le trachome étant une affection chronique, il s'aggrave avec l'âge.

Donc l'âge intervenait dans la survenue du trichiasis trachomateux.

Ce taux **1,70%** obtenu dans notre étude chez les sujets de 15 ans et plus, reste plus bas que celui de l'étude de prévalence réalisée en 1996 – 1997 qui était de **3,9%** [4]. Cette prévalence est similaire à celle obtenue par Dolo D. en 2009 qui avait eu **1,68%** [12]

Bien que la prévalence du trichiasis trachomateux ait diminué dans le district sanitaire de Kolokani grâce à des campagnes d'interventions, elle reste cependant supérieure au seuil de l'OMS qui est de **1%** d'où la nécessité d'intensifier les campagnes de chirurgie du trichiasis dans le District. Des campagnes en auto et moto ont été financées par l'ONG Sightsavers et ont permis d'opérer 939 personnes en 4 ans. Les campagnes de chirurgie du trichiasis doivent se poursuivre pour atteindre les objectifs d'élimination du trichiasis de l'OMS qui sont de **0.1%**.

Au Maroc [14] la prévalence de TT était passée de **3,2%** en 1999 à **1,8%** en 2001 à Errachidia et de **2,7%** en 1999 à **1,8%** en 2001 à Tata.

Quant au Niger [3], la prévalence de TT était passée de **4,2%** en 1999 à **0,08%** en 2005 à Magaria et de **7,7%** en 1999 à **0,04%** en 2005 à Matamèye.

Plusieurs pays tels que le Ghana, la Gambie, l'Égypte et bien d'autres ont prouvé que la chirurgie du trichiasis trachomateux (TT) était efficace dans la baisse de la prévalence du taux de trichiasis dans la lutte contre le trachome. Elle réduisait le nombre de cécités causées par la maladie .

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

2-2- L'impact de l'Antibiothérapie :

Trois campagnes de traitement de masse à l'azithromycine avaient été organisées à cet effet.

L'objectif était de diminuer la prévalence du trachome actif dans la population. Elle représente une des étapes de la lutte contre le trachome dans les zones endémiques.

Ce TDM avait eu un réel impact sur la prévalence du trachome dans les villages enquêtés.

Notre étude a permis de montrer l'efficacité du TDM dans stratégie de lutte contre le trachome.

Nous avons constaté une véritable baisse de la prévalence du trachome actif dans le district sanitaire de Kolokani.

Sur 1034 sujets de 1-9ans il n'y avait que **0,90%** de cas de Trachome Actif(TA) largement inférieure aux prévalences de 1996 – 1997 soit **34,9%** [4] et à celle effectué par Dolo D. en 2009 qui avait eu **14,10%** [12].

Statistiquement notre étude a montré qu'il n'y avait pas de lien significatif entre le sexe et le trachome actif.

La prévalence de **0.90%** est inférieure à **5%**, seuil préconisé par l'OMS pour un arrêt de traitement.

Cette baisse a été également observée à Koulikoro en 2005 lors d'une étude faite par

Madame Nguimdo où le trachome actif était passée de **35%**(1996-1997) à **2,79%** [13]

Une étude réalisée au Mali par SIMA M. [15] en 2002 – 2003, a montré que six mois après le TDM, la prévalence du trachome actif est passée de **55,6%** à **24,4%**.

L'étude faite en février 2004 dans le cercle de Bankass à Mopti a montré que la prévalence du trachome actif était passée de **22%** en 2002 à **6%** après TDM chez les enfants de moins de 10 ans de 14 villages [11]

Dans d'autres pays comme le Niger [3] la prévalence du trachome actif est passée de **62,3%** en 1999 à **7,6%** en 2005 (district de Magaria au Niger) et de **49,6%** en 1999 à **6,7%** en 2005 (district de Matamèye toujours au Niger).

Au Maroc [14], la prévalence du trachome actif est passée de **34,5%** à **10%** en 2001(Errachidia) et de **31,7%** à **5,3%** en 2001 (Tata).

Une étude réalisée en Tanzanie par TAYLORS HR, WEST. S, KATALA. S, FOSTER a montré qu'après une dose unique d'azithromycine chez 956 enfants la prévalence de l'infection a chuté de **9,5%** à **2,1%** en 2 mois et **0,1%** en 4 mois [16].

L'efficacité du traitement de masse à l'azithromycine a été aussi prouvée par plusieurs études :

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

-BAILEY R.L et ARULLENDRAN [18] ont démontré que l'administration d'une dose unique d'azithromycine permet de lutter efficacement contre le trachome ;

-En Gambie, une étude a permis de montrer l'efficacité clinique de l'azithromycine par un TDM [17]

Bien que grâce à la stratégie des campagnes de TDM la prévalence du trachome a beaucoup baissé dans le district de Kolokani, une bonne couverture de la distribution n'est pas une garantie de diminution de la prévalence du trachome car un certain nombre de facteurs locaux (comportements, disponibilité en eau, présence des mouches, propreté du visage des enfants) pourrait expliquer la réapparition rapide du trachome.

2-3- L'impact du Nettoyage du visage et du Changement de l'environnement :

***Nettoyage visage :**

Avoir un visage propre est le résultat des activités promotionnelles telles que l'éducation à l'hygiène, l'assainissement, l'approvisionnement en eau potable, la formation des agents socio sanitaires et des auxiliaires de santé.

Notre étude a trouvé **54,60%** de visage propre chez les enfants de 1 à 9 ans enquêtés.

Ce résultat est inférieur à celui de Dolo D. en 2009 qui avait eu **78.1%** de visages propres, et celui recommandé par l'OMS qui est de **80%**. Il faut rappeler les objectifs de l'OMS visant à atteindre **80%** de visage propre pour éviter la réémergence du trachome dans les villages.

Cette baisse s'expliquerait par un relâchement des efforts de sensibilisation dans le district. Le nettoyage du visage a un impact sur la prévalence et permet d'empêcher l'auto- réinfection ou l'infection des autres membres de la famille en diminuant les écoulements nasaux. Il constitue une des composantes les plus difficiles de la stratégie CHANCE car il vise à long terme le changement de comportement des individus vivant en zone d'endémie.

***Latrines :**

Dans notre étude sur un échantillon de 480 ménages enquêtés, **85%** possédaient une latrine avec une fréquence d'utilisation de **81%** ; ce résultat est inférieur à celui retenu par DOLO D. en 2009 qui avait eu **87,5%** avec une fréquence d'utilisation de **98, 80%**. Là également les objectifs de l'OMS dans la lutte contre le trachome recommandent **80%** de taux de latrinisation dans les villages, taux largement atteint dans notre étude.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

***L'accessibilité en eau**

Notre étude a montré que sur les 480 ménages enquêtés, **86,70%** s'approvisionnaient en eau dans le village.

Le manque d'approvisionnement en eau et la disponibilité de l'eau sont des facteurs favorisant le trachome puisque les difficultés d'approvisionnement en eau poussent les populations à limiter leur utilisation.

L'accès à un point d'eau proche contribue à améliorer l'hygiène individuelle et collective des populations, ce qui contribue à réduire la progression du trachome.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7-1-Conclusion :

Le trachome demeure une des principales causes de cécité évitable dans les zones rurales de nombreux pays en développement dont le Mali.

La stratégie **CHANCE** a montré son efficacité dans plusieurs pays du monde. Notre étude a permis de démontrer et de confirmer celle-ci.

Après 3 années de mise en œuvre de la stratégie CHANCE, l'OMS recommande l'arrêt du TDM et l'intensification des activités promotionnelles pour la santé au cas où la prévalence de trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans est inférieure à **5%** dans les Districts sanitaires, ce qui est le cas de celui du district sanitaire de Kolokani.

Le district sanitaire de Kolokani a une prévalence du trichiasis trachomateux supérieure au seuil de **1%** fixé par l'OMS il y a donc une nécessité de poursuivre les campagnes de chirurgie de masse couvrant tout le district sanitaire Kolokani.

A partir de ces résultats obtenus, nous pouvons dire que l'élimination du trachome cécitant est aujourd'hui possible à Kolokani à travers l'intensification des autres activités de surveillance post endémique 'Visite site sentinelle'.

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 »

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

7-2-Recommandations

La lutte contre le trachome doit être considérée comme prioritaire par toute politique ou plan national ou régional de santé au Mali de part son endémicité. L'Alliance de l'OMS pour l'élimination mondiale du trachome vise à éliminer la cécité due au trachome dans le monde, d'ici l'an 2020. C'est pourquoi suite à cette étude menée dans le district sanitaire de Kolokani nous recommandons :

***Au Ministère de la Santé :**

-Faire le plaidoyer auprès des décideurs pour plus de financement dans la lutte contre le trachome dans le district.

***Au Coordinateur du PNLC:**

-Assurer la mobilisation des ressources en vue d'atteindre l'objectif d'élimination du trachome cécitant au Mali d'ici 2015.

-Continuer à organiser des campagnes de chirurgie de masse du trichiasis dans le district sanitaire de Kolokani.

-Assurer le suivi des opérateurs de trichiasis pour appuyer les capacités existantes et s'assurer de la qualité de la chirurgie du TT.

-Assurer la surveillance post endémique au niveau des sites sentinelles

***Aux autorités sanitaires de la région de Koulikoro et du district sanitaire de Kolokani:**

-organiser des campagnes de dépistage précoce de trichiasis.

-expliquer à la population les risques liés à la maladie et la nécessité de recourir à la chirurgie du trichiasis

-élaborer un programme de communication des mères par rapport à l'importance du lavage du visage des enfants et mettre à contribution les radios de proximité et les communicateurs traditionnels.

- Inciter la population à participer aux séances de dépistage précoce et au traitement ciblé de certains villages.

**L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome
dans le District sanitaire de Kolokani en 2012**

***Aux collectivités régionales :**

- Renforcer les moyens d'information, l'éducation, et surtout l'approvisionnement en eau.
- Promouvoir la construction des latrines améliorées en impliquant les ONG afin d'améliorer l'environnement pour diminuer de façon significative la densité des mouches.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome
dans le District sanitaire de Kolokani en 2012**

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- OMS :

Alliance mondiale de l'OMS pour l'élimination du trachome cécitant d'ici l'an 2020

2 -OMS :

Rapport de la troisième réunion de l'alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome

3 -PLANETE D'AFRIQUE :

Situation du trachome au Niger

**4 - SCHEMANN. JF, SACKO. D, BANOU.A, BAMANI. S, BORE. B, COULIBALY. S,
ELMOUCHTAHIDE. MA.**

Cartographie du trachome au Mali : Résultats d'une enquête Nationale. Bulletin OMS, 70,6 :
599 — 606

5 -PAUL E, LAURA FR, ROBIN B, DAVID M

Document sur la Mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome, ITI
Ed Février 2006.

6 -OMS :

Réunion du groupe spécial international pour l'éradication des maladies octobre 2010

7 -MALLE M

Impact de la mise œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le district
sanitaire de Kayes en 2009These Med, Bamako11M94

8 -OMS :

Classification simplifiée du trachome. Revue de Santé Oculaire vol 2 N° 1 2004 ; 24.

9 -GENTILINI M, DUFLO.B, GAUME.E, DANIS.M,

Ophtalmologie, Med trop 2eme Edit, Paris, Flammarion 1995.

10- CORNAND. G, COSCAS. G, Etat actuel de recherche sur le trachome. Rev. Inter. Trach
– 1987, 61 – 64 – 68.

11 -SIMA S

Impact de la distribution de masse de l'azithromycine générique pour le contrôle du trachome
dans le cercle de Bankass. Thèse Med, Bamako, 2003 N°39.

12- DOLO D.

Etude de la prévalence du trachome dans le district sanitaire de Kolokani après 4 ans de pause
thérapeutique thèse med 10M508

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

13- NGUIMDOH Y.

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro en 2005 thèse méd, 2005.

14 -COSCAS G., CORNAND G.

Revue internationale du trachome et de pathologie oculaire tropicale et subtropicale et de santé publique années 2001, 2002,2003.

15- KOLOSSOUM.P

Impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans le district de Bla Enquête 2010 thèse Med 11M193

16- TAYLORS HR, WEST. S, KATALA. S, FOSTER. A

Evolution of a new grading scheme in the united Republic of Tanzania, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé: 1987, 65 (4): 485 -488.

17 TIELSCH JM, WEST KP JR

The epidemiology of trachoma in southern Malawi

AmJ.trop; Med; Hyg;1988Mar;38(2): 393-9.33

18 BAILEY RL, ARULLENDAN P, WHITLE HC, MABEY DC

Randomized controlled trial of single azithromycin in the treatment of trachoma. Lancet, 1993; 342: 453

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : DEMBELE PRENOM : BASOUMANE

TITRE DE LA THESE : IMPACT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE CHANCE DANS LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KOLOKANI EN 2012.

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE DE LA FMOS

SECTEUR D'INTERET : OPHTALMOLOGIE, SANTE PUBLIQUE

RESUME

Le Trachome constitue un réel problème de santé publique au Mali.

Le Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC) avait envisagé le contrôle de la prévalence du trachome dans le district de **Kolokani** et avait donc veillé à la mise en œuvre des différentes composantes de la stratégie **CHANCE**.

Ce contrôle avait permis de démontrer l'efficacité de la stratégie **CHANCE** dans la lutte contre le trachome, avec une réduction de la prévalence du trachome actif (0,90%) par rapport aux résultats de prévalence de 2009 (14%) dans le même district

Le taux de prévalence du trichiasis dans la population de 15ans et plus a été estimé à 1,7% dans notre étude.

La mise en œuvre de la composante (A) a permis avec les autres volets de la stratégie CHANCE de réduire la prévalence des formes actives du trachome dans le district sanitaire de Kolokani.

Si une distribution de masse n'est plus nécessaire dans le district, les activités du N et du CE sont à renforcer pour maintenir et consolider les acquis.

Les interventions du trichiasis trachomateux (TT) sont à poursuivre et à intensifier.

Mots clés : stratégie CHANCE, Kolokani ; prévalence ; trachome

ANNEXES

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

1-FICHE D'ENQUETE

FICHE D'ENQUETE DE PREVALENCE DU TRACHOME Initiales des personnes saisissant les données: 1 ____ 2 ____

Section 1

No. Unique de la Fiche		No.Grappe		No. Ménage		District		Aire de santé	
Village				Date jj/mm/aa		Initiales de l'examineur		Initiales du rapporteur	

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

Section 2 : Interroger un membre adulte du ménage

1	Nom du chef de ménage		2	Nombre de personnes vivant dans le ménage	
3	Le ménage dispose t-il d'une latrine? (<i>non=0, oui=1</i>)		4	S'il y a une latrine : y'a-t-il une preuve d'utilisation ? (chemin battue jusqu'à la porte, présence de matière fécales dans la fosse)? <i>utilisée=0, Utilisée=1, NA [aucune latrine]=9</i>	<i>Pas</i>
5	S'il y'a une latrine, quel type est -il ? <i>[aucune latrine]= 9</i>	Améliorée/moderne=1 la Traditionnelle= 2 NA			
6	Où se trouve votre source primaire d'eau? <i>du village=3</i>	Dans la concession =1 Dans le village=2 Hors			

L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome dans le District sanitaire de Kolokani en 2012

Section 3: Enregistrez toutes les personnes vivant dans le ménage (même les absents) et examinez chaque personne présente

ID .#	Nom	sexe	Ag e	Présent	Ecol e	Azith/Tetra Distribution la plus récente	sécrétion nasale oculaire		Œil droit					Œil gauche					commentaire
									TT	CO	TF	TI	TS	TT	CO	TF	TI	TS	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			

En ce qui concerne les variables du tableau noter «1 » si la réponse est oui ou si le signe est présent ; et noter « 0 » si la réponse est non ou le signe n'est pas présent.

* En ce qui concerne les enfants de 5 à 15 ans, préciser si oui ou non ils fréquentent une école moderne.

† Noter « 0 » si la personne n'a pas pris l'azithromycine lors de la distribution la plus récente ou « 1 » si la personne a pris/avalé l'azithromycine lors de la distribution.

**L'impact de la mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome
dans le District sanitaire de Kolokani en 2012**

**7-3-Liste des différents villages sélectionnés pour l'enquête de l'étude dans le district
sanitaire de Kolokani.**

GRAPPES KOLOKANI 2012

N° GRAPPE	VILLAGE	AIRE SANITAIRE	DIST VIL/AIRE	DIST AIRE/CSREF
grappe 1	Tongoye	Kolokani	11	0
grappe 2	Kodian	Nossombougou	4	57
grappe 3	Bababougou	Nossombougou	12	57
grappe 4	Bilissabougou	Nonkon	8	57
grappe 5	Niatoumana	Nonkon	23	57
grappe 6	Sikoroni	Sebekoro I	14	45
grappe 7	Metimbougou	Didiéni	10	40
grappe 8	Fabougou	Seriwala	15	16
grappe 9	Ouarabougou	Guihoyo	10	27
grappe 10	Banankoro	Manta	10	30
grappe 11	Dotiambougou	Massantola	5	35
grappe 12	Somambougou	Sabougou	5	38
grappe 13	Kareguebougou	Tioribougou	2	23
grappe 14	Flabougou	Tioribougou	12	23
grappe 15	Bouatou	Sagabala	7	84
grappe 16	Tlokoro	Sonkenie	8	65
grappe 17	Djeguebougou	Ouolodo	4	45
grappe 18	Mpesseribougou	Sirakoroba	11	55
grappe 19	Somba	Koumi	4	10
grappe 20	Ngolobougou	Koumi	15	10

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et 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'intérieure des maisons, mes yeux ne verront pas qui se passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favorise 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 leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure