

Ministère des Enseignements Secondaires
Supérieurs et de la recherche scientifique

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

Université de Bamako
Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'odontostomatologie (FMPOS)
Année Universitaire : 2007-2008.

Thèse N° _____/

TITRE

**IMPACT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE CHANCE DANS LA
LUTTE CONTRE LE TRACHOME
CAS DES 7 DISTRICTS SANITAIRES DE LA REGION DE KOULIKORO.
2005.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03-05-2008 devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

PAR :

Mme YVETTE NGUIMDOH EPOUSE ESSOUSSE

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY :

Président du jury : Prof AMADOU DIALLO

Membres du jury : Dr LAMINE TRAORE

Dr ADAMA DIAWARA

Directeur de thèse : Dr SANOUSSI BAMANI

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

DU MALI : ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

Doyen : Anatole TOUNKARA - professeur

1^{er} Assesseur : Drissa DIALLO - Maître de conférences

2^{ème} Assesseur : Sékou SIDIBE - Maître de conférences

Secrétaire principal : Yénimégue Albert DEMBELE - Professeur

Agent comptable : Madame Coulibaly Fatoumata TALL – contrôleur des finances

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie traumatologie
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo - Phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1- Professeurs

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie générale

2- Maîtres de conférences

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme Jeannette Thomas TRAORE
Mr Mamadou L DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIAKITE
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY

Ophtalmologie
Chirurgie viscérale
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie générale
Orthopédie-Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Orthopédie-Traumatologie
Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco-Obstétrique
Anatomie-Chirurgie générale
Chirurgie Thoracique
Anesthésie-Réanimation

3- Maîtres assistants

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme Togola Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mahomed KEITA
Mr Bouraima MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE
Mr Doulaye SACKO

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie générale
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Orthopédie-traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie-traumatologie
Ophtalmologie
Traumatologie-Orthopédie
Urologie
Gynéco-Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie générale
Anesthésie-Réanimation
Gynécologie-Obstétrique
Ophtalmologie

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1- Professeurs

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégue Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S.MAIGA

Chimie générale et minérale
Biologie
Chimie organique
Parasitologie-Mycologie
Chimie organique
Immunologie
Biochimie
Parasitologie

Mr Adama DIARRA
Mr Massa SANOGO
Mr Mamadou KONE

Physiologie
Chimie Analytique
Physiologie

2- Maîtres de conférences

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA

Histoembryologie
Bactériologie virologie
Parasitologie **chef de D.E.R**
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, biologie animale
Bactériologie-virologie

3- Maîtres assistants

Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A.THERA
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE

Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-virologie
Anatomie-pathologie
Chimie organique
Hématologie
Parasitologie-Mycologie
Entomologie Moléculaire médicale
Biologie-Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie-Mycologie

4- Assistants

Mr Mangara M.BAGAYOKO
Mr Djibril SANGARE
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Parasitologie, Entomologie
Parasitologie, Entomologie

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- Professeurs

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr MoussaY.MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Toumani SIDIBE
Mr Boubacar DIALLO

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie **chef de D.E.R**
Neurologie
Radiologie
Médecine interne
Hématologie
Gastro-entérologie- hépatologie
Dermatologie-léprologie
Pédiatrie
Cardiologie

2- Maîtres de conférences

Mr Bah KEITA	Pneumo-phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme Sidibé Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

4- Maîtres assistants

Mme Traoré Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K.MINTA	Maladies infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINDO	Neurologie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- Professeurs

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2- Maîtres de conférences

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique

3-Maîtres assistants

Mr Saidou MAIGA	Législation
-----------------	-------------

Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya KANE
Mme Rokia SANOGO
Mr Yaya COULIBALY

Parasitologie Moléculaire
Galénique
Pharmacognosie
Législation

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1- Professeurs

Mr Sanoussi KONATE

Santé publique, **chef de D.E.R**

2- Maîtres de conférences

Mr Moussa A. MAIGA

Santé publique

3- Maîtres assistants

Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO
Mr Mamadou Souncalo TRAORE
Mr Hamadoun Aly SANGHO
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Samba DIOP
Mr Akorys Ag IKNANE

Santé publique
Santé publique
Santé publique
Santé publique
Santé Publique
Santé Publique
Epidémiologie
Anthropologie Médicale
Santé publique

4- Assistants

Mr Seydou DIARRA
Mr Oumar THIERO

Anthropologie médicale
Biostatistique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymane GUINDO
Mme Dembélé Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme Maiga Fatoumata SOKONA
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Yaya COULIBALY
Mr Lassine SIDIBE

Botanique
Bactériologie
Physique
Galénique
Gestion
Mathématique
Nutrition
Hygiène du milieu
Génétique
Législation
Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Boubacar FAYE
Pr. Mounirou CISSE
Pr. Amadou Papa DIOP

Bromatologie
Pharmacodynamie
Hydrologie
Biochimie

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

Jésus-Christ,

Rois des rois, Seigneur des seigneurs, omniprésent et omnipotent, je me prosterne devant toi pour te louer, te magnifier et te glorifier. Merci pour la santé, pour ton amour pour moi, et le souffle de vie que tu m'as donné afin que je puisse réaliser mon rêve : être médecin.

Que tout l'honneur et toute la gloire te reviennent, au siècle des siècles. Amen !

Mon père monsieur NGUIMDOH Etienne Marcel

C'est avec une grande joie que je te dédie ce travail qui est le tien, durant ma tendre enfance jusqu'à ce jour, je n'ai manqué de rien. Pour moi particulièrement, ton souhait était que je sois médecin. Pour cela, tu m'as donné tout ce dont j'avais besoin durant mes études et pour la réalisation de mon travail. Merci papa de tout mon cœur.

Ma mère MEFOCK Hélène

Je te dédie également ce travail qui est aussi le tien. Car ton affection, tes conseils permanents et constants en tant que mère ne m'ont jamais fait défaut. Malgré toutes les difficultés que j'ai connues durant mes études médicales, tu m'as prouvé que je pouvais compter sur toi à tout moment et en toutes circonstances. Merci maman de tout mon cœur.

Les mots me manquent pour signifier ma reconnaissance envers vous. Que le Dieu tout puissant vous bénisse et vous protège tout le long de votre séjour ici-bas.

Mon mari monsieur ESSOUSSE Florian Muriel

Nous avons ensemble construit cet édifice. Ton amour et ta fidélité ont été et seront toujours pour moi une source d'énergie intarissable. Tu m'as inculqué de vraies valeurs humaines qui me serviront plus tard dans ma carrière médicale. Reçois ici ma profonde gratitude ; ce travail est aussi le tien. Que Dieu te remplisse de sagesse.

Mon fils ESSOUSSE NGUIMDOH Nathanael

Bien que tu sois loin de moi, tu demeures au plus profond de mon être. Tu fais ma fierté et ma joie. Que Dieu te remplisse de sagesse et t'accorde longue vie ici bas.

Ma petite sœur NGUIMDOH clarisse, son mari monsieur Hermann NGOUADJEU et leurs enfants, mes petits frères NGUIMDOH Marcellin et NGUIMDOH Paulin.

Malgré la distance qui nous sépare, je vous remercie pour votre soutien moral, vos encouragements et conseils. Que l'amour qui règne entre nous puisse demeurer à jamais ! Je vous remercie de tout mon cœur pour ce que vous avez fait afin que ce travail aboutisse. Que Dieu vous bénisse et vous protège.

Ma belle-mère mère MABONG Rebecca et mon beau père monsieur NGOCK Isaac

Vous m'avez accueilli et accepté comme votre belle fille. Recevez ici mes sincères remerciements.

Remerciements

Mes remerciements vont à:

Mon tonton monsieur DONGMO fabien et son épouse

Merci pour vos conseils et vos encouragements tout au long de mes études médicales, je ne peux oublier tout ce que vous avez fait pour nous tant sur le plan social que scolaire, vous demeurez une référence dans l'enseignement.

Recevez ici ma profonde gratitude.

Mes oncles, tantes, cousins, cousines, neveux et nièces

Je ne citerai pas de nom de peur d'en omettre certains; un grand merci pour tout ce que vous avez fait afin que ce travail voit le jour. Que Dieu vous bénisse tous.

Mr NANFACK Jean Paul et son épouse Sidonie

Dr SAMAKE de la clinique médicale **MATHERLAND**, **Dr COULIBALY** médecin-chef du **CSCOM** de Konobougou.

J'ai été touché par votre passion pour la clinique, votre disponibilité à partager vos connaissances aux autres. Soyez en remerciés.

Mon beau-frère

Dr MBOLLO MBASSI Eugène Jamot et sa femme.

Mlle WATAT Sandrine, Mlle EROUME Tatiana,

Que de joies et de difficultés partagées ensemble ! Que l'amour qui règne entre nous et surtout notre attachement pour le Seigneur JESUS-CHRIST demeure à jamais.

Mes aînés :Dr MOMO et son épouse, **DJOKAM jules** et sa femme.

Mes amies de Bamako: DELPHINE, Dr Sandra SITOUCK, Dr YASSI Sandrine, Dr LONTSI Prisca, Pascal HOUNSA et son épouse, Dr FOKUI Valérie, Dr THERA Bérénice et son mari, Dr Nathalie, FANCY Sorel, Dr TALOM yannick, Dr scolastique,

Mes amies du Cameroun : Dr ZELEFACK fabien, Dr ZEBAZE Anatole, SOMGWA Irène, TSAMO voltaire, JIAGHO Rémi et sa femme, TEUMO Henri, Dr Nathalie, NEKDEM flore, ARSENE.

Pasteur TRAORE et son épouse

Je vous remercie pour votre soutien moral et surtout spirituel.

Tout le personnel du programme national de lutte contre la cécité (PNLC)

Merci pour votre franche collaboration à la réalisation de ce travail.

Au peuple Malien

Tout le personnel de la **bibliothèque du point G**

Tout le corps professoral de la **FMPOS**

Tout le personnel du **Ministère régional de la santé** de Koulikoro ainsi que la **DRH**

Tous ceux qui, de près ou de loin, directement ou indirectement, m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

Hommages aux membres du jury

A notre maître et président du jury : Professeur AMADOU DIALLO

Vice recteur de l'université de Bamako,
Responsable des cours de biologie animale et de zoologie,
Honorable maître, nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines, votre simplicité à transmettre aux autres vos connaissances et vos conseils font de vous un maître aimé tous. Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude et haute considération.

A notre maître et membre du jury : Docteur LAMINE TRAORE

Maître assistant d'Ophtalmologie à la FMPOS,
Responsable du département de recherche et de santé publique à l'IOTA,
Chargé de cours à la FMPOS.
Cher maître, merci de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à ce jury malgré vos multiples occupations. Votre rigueur dans la recherche associée à vos valeurs humaines font de vous une référence.
Nous vous prions cher Maître, de bien vouloir recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et membre du jury : Docteur ADAMA DIAWARA

Maître assistant de santé publique à la FMPOS,
Chef de division Assurance Qualité et Economie du médicament à la Direction de la pharmacie et du médicament.
Cher maître, nous sommes très honorés de vous compter parmi les membres du jury et de bénéficier de votre apport pour améliorer la qualité de ce travail. Au cours de notre formation médicale, nous avons bénéficié de vos enseignements de qualité. Ce qui fait de vous un maître admiré et respecté de tous. Soyez-en remercié.

**A notre maître et directeur de thèse : Docteur SANOUSSI
BAMANI**

Maître assistant à la FMPOS,
Coordonnateur du programme national de lutte contre la cécité
(PNLC),

Cher maître, je vous remercie d'avoir pris la responsabilité de me
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.

Veillez trouver ici, l'expression de ma profonde gratitude.

Liste des abréviations

CHANCE : Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage du visage des enfants, Changement de L'Environnement.

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

DRH : Direction régional de l'hydraulique

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie du Mali

IEC : Information – Education –Communication

IOTA : Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique

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

OMS : Organisation Mondial de la Santé

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNLC : programme national de lutte contre la cécité

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

Table de matières

I-Introduction.....	1
Objectifs.....	4
II-Généralités.....	5
III-Notre étude.....	15
IV- Résultats.....	22
V- Commentaires et discussion.....	36
VI- Conclusions et recommandations.....	42
Conclusion.....	43
Recommandations.....	44
VII- Références bibliographiques.....	45
Fiche signalétique.....	49
VIII-iconographies.....	51

I- Introduction

I – INTRODUCTION

Le trachome est une affection très répandue et très ancienne puisque les Egyptiens, les Grecs, et les romains le connaissaient déjà **(1)**.c'est une kératoconjonctivite due à une bactérie appelée *Chlamydia trachomatis* , strictement humaine et qui se transmet soit par contact direct avec les sécrétions oculaires de la personne infectée, soit indirectement par l'intermédiaire des mouches, des doigts sales, des linges souillés (vêtements ,mouchoirs , draps ...) de la personne infectée. C'est une affection habituellement chronique, qui à long terme non traité, peut entraîner la cécité irréversible.

Selon l'OMS, 84 millions de personnes sont atteintes du trachome actif, plus de 10 millions de personnes souffrent du trichiasis trachomateux et sont exposées au risque de devenir aveugle tandis que 7,6 millions de personnes ont perdu la vue. De ce fait, le trachome constitue la deuxième cause de cécité évitable dans le monde **(2)**.

Le trachome constitue un réel problème de santé publique dans le monde par sa forme particulièrement cécitante. L'affection est particulièrement présente dans les régions où règne un climat chaud et sec, touche avec prédilections le couple mère- enfant vivant dans les zones rurales des pays sous-développés où les conditions d'hygiène sont précaires, les mesures d'assainissements inadéquates, l'accessibilité à l'eau saine et aux soins de santé reste limitée. Dans les pays développés, le trachome a progressivement disparu grâce à l'amélioration des conditions socio-économiques et les programmes de lutte contre la maladie. Néanmoins, elle continue à être hyper endémique dans 55 pays, essentiellement en Afrique, en Asie, et au Moyen-Orient.Quelques pays d'Amérique sont également touchés **(2)**.

Au Mali, une enquête nationale de prévalence effectuée par le programme national de lutte contre la cécité (PNLC) et l'Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA) avait montré qu'un enfant sur trois souffrait du trachome. Soit 34,9 enfants de moins de 10ans sont porteurs du trachome folliculaire, 4,2% du

trachome intense tandis que 2,5% des sujets de plus de 15 ans sont porteurs de trichiasis trachomateux.

Dans la région de Koulikoro, on avait enregistré 33,5% enfants de moins de 10ans porteurs du trachome folliculaire, 1,5% du trachome intense tandis que 3,9% des sujets de plus de 15 ans avaient un trichiasis trachomateux **(3)**.

C'est ainsi qu'en 1996, l'OMS a créé une alliance pour l'élimination mondiale du trachome cécitante d'ici l'an 2020 (EMT 2020) ou (global élimination of Trachoma for year 2020 :GET 2020) qui s'appuie sur une stratégie à quatre composantes appelée «**CHANCE**» basée sur la chirurgie du trichiasis trachomateux (**CH**), l'antibiothérapie pour les formes actives(**A**), le nettoyage du visage des enfants(**N**) et le changement de l'environnement (**CE**) en vue d'éliminer le trachome cécitant dans les pays endémiques.

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 **(4)**.

Dans la perspective d'élimination du trachome comme cause de cécité évitable d'ici l'an 2020, l'Etat Malien à travers le ministère de la santé avait adopté la stratégie CHANCE comme stratégie globale d'élimination du trachome et s'était engagé activement avec ses partenaires dans la mise en œuvre de cette stratégie respectivement dans la région de Koulikoro, Kayes, Mopti et Ségou et plus tard aux autres régions où le trachome est endémique .Seuls, les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro seront abordés dans notre étude. En plus de la pommade tétracycline qui est utilisée pour le traitement actif du trachome, un autre antibiotique dont l'efficacité en traitement de masse avait été démontrée par plusieurs pays voit le jour : **l'azithromycine**. Cependant, le coût et l'accès à ce médicament demeuraient une préoccupation, d'où il y avait l'urgence de trouver un moyen pour que ce médicament soit disponible pour le

pays. En 2000, le Mali a reçu l'azithromycine sous forme de don grâce à la généreuse contribution de l'ITI.

La mise en œuvre de la stratégie CHANCE avait eu lieu entre 2003 et 2005 dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro. Cette mise en œuvre comprenait les activités curatives (les campagnes de traitement de masse du trachome actif par l'azithromycine et la pommade tétracycline 1%, les campagnes de chirurgie du trichiasis) et préventives (le nettoyage du visage des enfants et le changement de l'environnement).

C'est dans ce cadre que la présente étude avait été initiée afin d'évaluer l'impact de l'ensemble de ces interventions dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro.

OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer l'impact de la mise en œuvre de la stratégie **CHANCE** dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro en 2005.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence du trachome actif (**TF/TI**) chez les enfants de moins de 10 ans et chez les sujets de plus de 15 ans en 2005 dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro.
- Déterminer la prévalence de trichiasis trachomateux (**TT**) chez les sujets de plus de 15 ans en 2005 dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro.
- Déterminer la proportion des enfants à visage propre en 2005 dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro.

II- Généralités

II – GENERALITES

1-rappel sur le trachome

1-1 Définition

Le trachome est une kératoconjonctivite transmissible, habituellement chronique dû à Chlamydia trachomatis caractérisé au début par la formation de follicules au niveau des paupières supérieures, puis d'une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen et évoluant vers des lésions cicatricielles typiques.

Actuellement, l'affection est présente dans 55 pays avec une forte concentration en Afrique, au Moyen-Orient, en Asie et quelques pays des Amériques **(2)**. Donc les facteurs de risque peuvent se résumer en quelques mots : « pauvreté, promiscuité, ignorance et le manque d'eau ».

1-2 Codification simplifiée de L'OMS (fig3)

Selon l'OMS, le trachome évolue en cinq stades distincts les uns des autres :

Stade 1 ou trachome inflammatoire **(TF)**

Caractérisé par la présence d'au moins cinq follicules ou plus sur la conjonctive tarsienne supérieure.

Stade 2 ou trachome inflammatoire intense **(TI)**

Caractérisé par un épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne supérieure masquant plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse.

Stade 3 ou trachome cicatriciel **(TC)**

Caractérisé par la présence de cicatrices sur la conjonctive tarsienne supérieure.

Stade 4 ou trichiasis trachomateux **(TT)** : Caractérisé par la présence d'au moins un cil qui frotte le globe oculaire ou la présence de traces récentes d'arrachement de cils retournés.

Stade 5 ou opacité cornéenne (**OC**)

Le stade 5 est caractérisé par la présence d'une opacité cornéenne évidente recouvrant l'aire papillaire.

Le dépistage des stades 1 et 2 ne peut se faire qu'à l'aide de l'examen de la conjonctive en retournant la paupière supérieure (**fig2**). Il n'est pas possible de reconnaître ces stades sur la base de la simple observation de l'œil. Tandis que les stades 4 et 5 peuvent être visibles à l'œil nu sans avoir besoin de retourner la paupière supérieure pour l'examen de la conjonctive.

Dans le trachome cicatriciel, les modifications tarsiennes entraînent l'apparition d'un trichiasis trachomateux avec déformation de la paupière supérieure en accent circonflexe et déviation des cils vers le globe oculaire. Le frottement permanent des cils sur la cornée est à l'origine d'ulcérations traumatiques chroniques souvent surinfectées aboutissant à une opacification définitive de la cornée.

1-3 Lutte contre le trachome

La lutte contre le trachome repose actuellement sur une stratégie universellement admise, qui combine les activités préventives et curatives, connue sous l'acronyme « **CHANCE** ». Cette stratégie est constituée de quatre composantes à savoir :

CH : chirurgie du trichiasis

A : antibiothérapie pour les formes actives

N : le nettoyage du visage des enfants

CE : le changement de l'environnement

2 - stratégie « CHANCE »

L'OMS, pour aider les pays d'endémie trachomateuse, a créé une **Alliance pour l'élimination mondiale du trachome appelée GET 2020**. Au sein de cette alliance, a été développée une stratégie à quatre composantes appelée **CHANCE** afin d'éliminer le trachome cécitant. Cette stratégie a pour cible la communauté

et recherche une participation de la communauté par l'approche des soins de santé primaire. Cette alliance collabore avec l'OMS dans les activités entrant dans le cadre de la stratégie CHANCE comme les enquêtes épidémiologiques, l'appréciation rapide du trachome, l'exécution de projet, la coordination, la surveillance épidémiologique, l'évaluation du projet et la mobilisation des ressources.

En mai 1998, la 51ème Assemblée mondiale de la santé avait voté une résolution incitant les pays endémiques à intensifier leur activité dans le cadre de la stratégie CHANCE (résolution WHO 5111) et il avait été demandé aux pays membres :

- d'appliquer les nouvelles méthodes d'évaluation rapide et la cartographie du trachome cécitant dans leur pays.
- de mettre en œuvre, selon les besoins, la stratégie CHANCE afin d'éliminer le trachome.
- de collaborer avec l'Alliance pour l'élimination mondiale du trachome et à son réseau de parties intéressées en vue d'une coordination mondiale de l'action et des mesures d'appuis spécifiques.
- d'envisager toutes les mesures intersectorielles possibles de développement communautaire dans les zones endémiques, en particulier en vue de développer l'approvisionnement en eau saine et l'assainissement dans les populations les plus touchées.

AU MALI (5) , le trachome fait l'objet d'attention particulière depuis les années 60 d'abord dans le cadre des activités de l'OCCGE (1960-1978) puis à la faveur du projet YELEEN (1978-1986) et enfin depuis le lancement de l'objectif mondial d'élimination du trachome par l'OMS en 1996. Le trachome constitue un problème majeur de santé publique au Mali comme le confirment les données épidémiologiques disponibles (33,9% pour le TF, 4,2% pour le TI et 2,5% pour les TT) ce qui avait justifié le choix du pays parmi les zones d'intervention prioritaire de l'Alliance mondiale pour l'élimination du trachome d'ici l'an 2020. L'endémie trachomateuse au Mali se rapporte à celle de la

pauvreté en générale (car 68% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté) en particulier le faible niveau d'instruction des populations (44%), un faible accès à l'eau potable et aux soins (58%), ainsi qu'une pénurie de latrines car 30% de la population n'ont pas accès aux latrines.

En 1996, le PRODESS 1 avait inscrit dans son volet lutte contre la maladie, le trachome comme maladie prioritaire à éliminer et cela depuis le lancement par l'OMS de l'objectif global d'élimination du trachome comme cause de cécité évitable d'ici l'an 2020. Pour atteindre cet objectif, de nombreuses initiatives avaient été prises par le gouvernement Malien à travers le ministère de la santé à savoir :

- La réalisation d'une enquête nationale sur la prévalence et les facteurs de risque du trachome en 1996-1997 ; ceux-ci avaient permis de déterminer l'ampleur du problème et de définir les priorités futures d'intervention.

- L'adoption et la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans toutes ses composantes.

- L'élaboration d'un plan quinquennal 2000-2004 de lutte contre le trachome qui avait servi de référentiel pour le programme national de lutte contre la cécité. Cette période était également marquée par l'intégration des activités de lutte contre le trachome dans le PMA et le processus de planification aux différents niveaux de système de santé. Dans ce plan, trois régions étaient ciblées : Koulikoro, Kayes, Sikasso.

- L'élaboration d'un Plan Stratégique National d'élimination du trachome 2005-2009

2-1 Mise en œuvre de la stratégie CHANCE

Les réalisations avaient concerné les quatre composantes de la stratégie CHANCE :

2-1-1 chirurgie du trichiasis :

C'est le traitement du trichiasis. La stratégie adoptée par le PNLC au Mali était le dépistage actif des personnes atteintes du trichiasis et leur prise en charge chirurgicale. Cette stratégie se faisait selon deux modes :

Le mode avancé : une équipe se déplaçait d'un centre de santé à l'autre et opérait les cas qui avaient été au préalable sélectionnés par les agents de santé.

Le mode mobile : un agent de santé ou une équipe allait de village en village, diagnostiquait les cas et les opérait.

Quant à la chirurgie du trichiasis, elle était pratiquée par les agents de santé préalablement formés. La méthode chirurgicale utilisée était la méthode TRABUT donc le but était de corriger la déformation du tarse (l'entropion) et de redresser le sol ciliaire (trichiasis).

En 2001, le Ministère de la santé avait décidé d'intégrer les soins oculaires dans le paquet minimum d'activités (PMA) et de décentraliser la chirurgie du trichiasis. Ce qui permettait d'améliorer l'accessibilité à la chirurgie du trichiasis, de rapprocher les prestations chirurgicales et de les rendre acceptable par la population concernée.

La supervision visait à assurer la qualité de la chirurgie du trichiasis ainsi qu'une prise en charge des récurrences. Cette supervision était assurée par le formateur en chirurgie du trichiasis ou un TSO.

2-1-2 antibiothérapie

Deux types d'antibiotiques étaient utilisés pour le traitement du trachome actif :

- La pommade Tétracycline 1% (traitement classique), en application locale deux fois par jour pendant six semaines, est disponible partout.

- L'Azithromycine par voie générale qui est administrée en dose unique, une fois l'an, en fonction du poids (20mg/kg de poids corporel) ou de la taille de l'individu (à partir de 60 cm) est acquis sous forme de don.

Plusieurs stratégies sont utilisées pour la distribution de l'azithromycine **(20)**. Mais celle retenue par le PNLC était la distribution de masse à base communautaire qui consistait à traiter toute la population (hommes, femmes, enfants de plus de six mois). Cette distribution se faisait par la population elle-même (relais communautaires) sous la supervision d'agents de santé. Par contre au Maroc, la distribution était assurée par les agents de santé **(9)**

La supervision s'intéressait à toutes les activités des plans opérationnels de cercles. Elle était obligatoire et se faisait à quatre niveaux : nationale (PNLC), régionale (direction régionale de la santé), chef de poste médical (médecin-chef de cercle), locale (chef de village).

2-1-3 Nettoyage du visage des enfants et le changement de l'environnement

Il est établi que dans les pays où l'hygiène individuelle, l'assainissement et l'approvisionnement en eau potable se sont améliorés, le trachome a cessé d'être un problème de santé publique. Cet indicateur, bien qu'étant difficile à mettre en œuvre, était surtout caractérisé par les activités promotionnelles telles que :

- IEC (éducation à l'hygiène individuelle),
- la lutte contre les mouches et l'assainissement,
- l'approvisionnement en eau potable.

L'IEC (Information-Education-Communication)

***éducation à l'hygiène**

Il s'agit d'expliquer aux membres d'une communauté de la relation qui existe entre le manque d'hygiène et la maladie, de les encourager à construire ou à améliorer leurs propres installations

sanitaires, les aidés à prendre des décisions éclairées et leurs donnés les moyens d'agir. Pour cela, ils doivent être impliqués dans les mesures prises pour améliorer l'assainissement et soumettre des solutions adaptées à leur situation : c'est « **l'approche participative** ».

Avec l'approche participative, la communauté pourra choisir et préciser les méthodes d'éducation à l'hygiène le mieux adaptées à leur situation comme par exemple l'enseignement de l'hygiène dans les écoles, la visite des agents de santé ou relais villageois dans les domiciles (conseiling), d'organiser des spectacles (théâtres, sketches, etc....) en rapport avec l'hygiène.

Il importe de s'adresser directement aux groupes cibles de ces activités tels que : groupement de femmes, parents d'enfants, les agents de santé, etc....

Au Mali, une enquête CAP menée en 2003 dans la région de Koulikoro avait permis de déduire qu'au sein de la population Malienne, le trachome n'est pas perçu comme un problème de santé publique et que non seulement très peu ignorent les moyens de traitement, mais également les moyens de le prévenir. C'est dans ce cadre qu'avait été élaboré « **un plan stratégique de communication** » afin de montrer au sein de toutes les couches sociales Maliennes que le trachome est un véritable problème de santé publique et peut être guéri et évité lorsqu'on est atteint par des moyens très peu coûteux. un projet « **santé scolaire trachome** » avait également été mis en place où plusieurs écoles ont été encadrées.

D'autre part, les enquêtes CAP avaient également permis d'élaborer un certains nombres de **canaux** (causeries-débats, jeux de rôle, émissions à la radio et à la télévision, sketches, théâtres, chants et danses, conférences de presse, ateliers de formation des agents socio sanitaires, séminaires) et **support** (boites à image, cassettes audio, manuels et documents scolaires)de communication afin de véhiculer les messages aux groupes cibles (femmes, hommes, enfants, agents de santé, autorités politiques et religieux, journalistes, enseignants, centres de santé communautaire, responsable des associations et groupements communautaires).

Cette même stratégie de sensibilisation avait été adoptée par certains pays tels que le Maroc (fig4), le Vietnam (fig5), le Népal, la Tanzanie, le Soudan (fig7), le Ghana (fig6).

La lutte contre les mouches et assainissement

La lutte contre les mouches et assainissement consiste d'une manière générale à la lutte contre les mouches (destruction des mouches et leurs gîtes larvaires) et de limiter ainsi leur contact entre elle et la population. En effet, la présence des excréments humains et animaux, des tas d'ordures ménagères, des eaux usées, des animaux autour des maisons, sont des lieux de prolifération des mouches. Diverses mesures permettent de réduire leur nombre :

- Balayage des lieux d'habitations
- l'évacuation des excréments humains et animaux, des ordures ménagères, des eaux usées vers les sites de décharge appropriés : poubelles avec couvercle, latrines avec couvercle, Caniveaux etc.... ;
- traitement des ordures ménagères et des excréments d'animaux par enfouissement, incinération, compostage, etc.... ;
- Séparation des animaux des lieux d'habitations ;
- destruction des mouches par les produits chimiques (insecticides) nous avons l'exemple de la Gambie **(17)**.

Approvisionnement suffisant en eau potable

Il existe trois types de points d'eau

- les eaux de surface : fleuves, rivières, marigots, lacs, Oueds, etc....
- les eaux souterraines : puits traditionnels, puits modernes, forages, pompes.
- les eaux de pluie qui sont conservées dans une citerne

De nombreuses études avaient déjà montré la relation qui existe entre la prévalence du trachome et le manque d'eau. Car plus les points d'eau sont éloignés des lieux d'habitations, plus l'approvisionnement en eau potable devient difficile et les quantités d'eaux insuffisantes, et de moins en moins les mères pratiquent le lavage du visage de leurs enfants (économie l'eau). nous avons l'exemple l'étude de Peyramaure **(18)** qui dans son étude prospective avait montré que la fourniture d'eau en quantité suffisante était liée à la proximité des points d'eau et permettait ainsi de réduire l'incidence du trachome. Dans le

groupe prospectif où la distance aux points d'eau était < à 200m, le taux d'incidence annuel du trachome évolutif était de 8% (IC=5,8-10,7%) alors que dans le groupe témoin où la distance était > à 500m, le taux d'incidence du trachome était de 14%(IC=9,6-18,3%).

C'est ainsi que pour améliorer l'approvisionnement en eau potable, la construction des points d'eau proche des lieux d'habitations ainsi que la réparation des points d'eau endommagés s'avèrent indispensable.

D'une manière générale, cet indicateur (NCE) avait été défini par l'hygiéniste américain **Winslow** de la manière suivante :

« l'hygiène est la science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie, de promouvoir la santé physique et mentale de manière à assurer le meilleur rendement de l'individu, ceci par des efforts organisés de la communauté par : l'assainissement du milieu, le contrôle des maladies transmissibles, l'éducation de l'individu aux principes d'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers en vue d'assurer un diagnostic précoce et un traitement préventif par le développement de toute machine sociale qui assure à chaque individu dans la communauté un standard de vie nécessaire à une excellente santé ».

3-Partenaires de lutte contre le trachome dans la région de Koulikoro et domaines d'intervention

ORGANISATIONS	DOMAINE D'INTERVENTION
OMS	CHANCE
LIONS CLUB	NCE
ROTARY	CHANCE
UNICEF	NCE
ISLAMIC RELIEF UK	NCE
SIGHT SAVER	CH
ITI	CHANCE dans la moindre mesure NCE
WATER AID	CE

III- Notre étude

III- METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1-cadre d'étude

La région de Koulikoro représente la deuxième région administrative du Mali avec une superficie de 90120 km² et une population de 1 872 187 habitants (DNSI). Elle comprend 108 communes, 172 aires de santé dont 115 fonctionnelles, neuf districts sanitaires et sept cercles. Les districts sanitaires concernés par l'enquête sont : Koulikoro, Banamba, Kangaba, Kati, Ouéléssébougou, Dioila, Fana. (Voir en iconographie les zones d'enquête).

2- type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale par sondage aléatoire à deux degrés

3- population d'étude

La population d'étude était constituée par les enfants de moins de 10 ans et les sujets de plus de 15 ans.

4- critère d'inclusion

Tous les enfants âgés de moins de 10 ans et tous les sujets de plus de 15 ans résidant dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro.

5- critère d'exclusion

Tous les enfants ayant un âge compris entre 10 et 14 ans résidant dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro.

6- échantillonnage

Dans le cadre de cette enquête, nous avons utilisé la méthode de sondage en grappe telle que décrite par l'OMS dans le contexte d'évaluation de couvertures vaccinales.

* Dans notre cas précis, nous avons choisi au hasard par district sanitaire, 20 grappes ou villages.

La localisation des grappes s'est faite à partir de la base de sondage constituée par la liste des villages du cercle et l'effectif cumulé de la population ou nombre de ménage par village.

Pour la localisation de la 1^{er} grappe, un nombre au hasard compris entre 1 et l'intervalle de sondage (obtenu en divisant la population cumulé totale par 20 c'est-à-dire le nombre de grappes), à été tiré à partir de la table des nombres au hasard.

La 2^{ième} se situait dans le village dont la population cumulée égalait ou dépassait la somme du pas de sondage et du nombre tiré au hasard.

Pour les autres grappes, il s'agissait d'ajouter systématiquement le pas de sondage à la population cumulée de chaque village ou quartier ; la localisation de la grappe correspondait au village dont l'effectif cumulé renfermait le chiffre ainsi obtenu par le procédé susmentionné.

* la taille de l'échantillon par cercle était déterminée suivant la formule ci-après :

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

$n =$ taille, $p =$ prévalence, $q = 1 - p$
 $i =$ précision de l'étude, $d =$ effet grappe
 $\Sigma =$ proportion statistique

_ Chez les enfants de moins de 10 ans, il s'agissait d'estimer la prévalence du TF/TI, la taille de l'échantillon a été déterminée en fonction des éléments ci-après :

$P = 20\%$ car devrait baisser après l'enquête nationale qui a révélé une prévalence de 34,9% (prévalence nationale de 1996-1997 du Mali), $i = 5\%$, $d = 2$, $\alpha = 5\%$

n = 8019

_ Chez les femmes de 15 ans et plus, la prévalence des TT a été obtenu à partir des éléments suivants :

$P = 1,5\%$ car devrait baisser après l'enquête nationale qui a révélé une prévalence de $2,5\%$ (enquête nationale de 1996-1997 du Mali), $i = 5\%$, $d = 2$, $\alpha = 5\%$.

n = 7194

_ Pour les hommes de 15 ans et plus, la prévalence des TT a été obtenu à partir des éléments suivants :

$P = 1\%$ car il est classiquement plus bas chez les hommes que chez les femmes : $1,4\%$ (prévalence national de 1996-1997),

$i = 5\%$, $d = 2$ $\alpha = 5\%$

* à partir des tailles obtenues, nous avons estimés le nombre de ménages à enquêter qui avait été réparti de façon égale entre les grappes dans chaque district.

* dans chaque village, le choix de la 1^{ère} concession dans laquelle a été enquêté le 1^{er} ménage a été fait à partir d'un espace fonctionnel (marché, mosquée, église, etc....) où la pointe d'un crayon ou d'un bic pivotant a montré l'orientation à suivre. La 1^{er} concession suivant l'orientation ainsi obtenue correspondait à celle du 1^{er} ménage à enquêter.

La 2^{ième} concession a été obtenue en ajoutant un pas de sondage correspondant au nombre total de ménages par cercle.

Dans une concession, tous les ménages s'y trouvant ont été enquêtés.

NB : un guide de l'enquêteur et du superviseur a été élaboré pour un meilleur déroulement de l'enquête sur le terrain.

Chaque grappe, les ménages avaient été enquêtés et repartis entre les grappes de chaque district sanitaire.

7- test préliminaire

Pour la phase préparatoire de l'enquête, les questionnaires avaient été préalablement élaborés et testés à Selingué et par la

même occasion, les examens oculaires des patients ont permis d'harmoniser la codification.

8- techniques et instruments de collecte de données

8-1 techniques d'analyse

Nous avons procédé essentiellement à des examens oculaires pour établir le diagnostic du trachome et les séquelles y afférentes. Pour le diagnostic du trachome, notre référence avait été la codification simplifiée proposée par l'OMS suivant la technique suivante :

Eversion des deux paupières supérieures (chaque œil était examiné et codifié séparément)

Examen avec une loupe de grossissement 2,5 et à une lumière suffisante (le jour) ou à la torche (la nuit) de la conjonctive tarsienne supérieure. L'examen commençait par les paupières et la cornée à la recherche des cil (s) dévié (s) ou d'une éventuelle déviation cornéenne ; ensuite on avait procédé à l'éversion de la paupière supérieure pour examiner la conjonctive qui tapissait la partie la plus rigide (conjonctive tarsienne).

La codification avait été faite suivant les critères suivants :

Trachome folliculaire : présence de cinq follicules ou plus sur la conjonctive tarsienne supérieure ;

Trachome intense : épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne supérieure masquant plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse ;

Trichiasis trachomateux : un cil ou plusieurs frotte le globe oculaire ; l'évidence de l'épilation récente de cil (s) dévié (s) était considérée comme un trichiasis ;

Était considéré comme trachomateux actif tout sujet présentant les critères de TF ou TI.

NB : Tous les signes retenus devaient avoir une existence évidente. En cas de codification différente au niveau des yeux d'un même sujet, la codification la plus grave était retenue.

Pour l'aspect du visage chez les enfants de moins de 10 ans, on appréciait l'aspect de leur visage et au moment de l'examen la présence des mouches sur le visage.

La saleté du visage : était définie par la présence de sécrétions oculaires ou nasales, des débris alimentaires ou de poussière sur le visage.

La propreté du visage : était l'absence de sécrétions oculaires ou nasales, de débris alimentaires ou de poussière sur le visage lors de l'examen.

Présence des mouches : était définie par la présence d'au moins une mouche sur le visage lors de l'examen.

8-2 instruments de collecte de données

- Une loupe binoculaire frontale de grossissement 2,5
- Une torche
- Un ophtalmoscope
- Des véhicules et chauffeurs

9 - plan d'analyse des données

Après avoir procédé à un contrôle de qualité des données recueillies sur le terrain, identifiées les erreurs possibles et à un nettoyage systématique du fichier, les données ont été saisies sur le logiciel **EPI-INFO version 6** et les résultats ont été présentés sous forme de tableau.

10- considération éthique

Les enfants avec des signes du trachome actif avaient été traités gratuitement par l'équipe d'enquête. Tous les sujets de plus de 15 ans avec un trichiasis étaient opérés sur place ou référés sur leur

accord au centre de santé le plus proche. Il faut souligner que la chirurgie du trichiasis se faisait gratuitement.

11- mise en œuvre de la stratégie CHANCE

En ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie chance, les données avaient été obtenues à partir de :

- Rapports existants au programme national de lutte contre la cécité (nombre de cas de trichiasis opérés, nombre de personnes ayant reçues le traitement par l'azithromycine et la pommade tétracycline 1%, plan stratégique de communication élaboré en 2003 par l'ITI avec la collaboration de l'université John Hopkins de Baltimore aux Etats-Unis dans le cadre de l'IEC).

- D'un entretien avec les intervenants dans la lutte contre le trachome tels que : ITI, lions club, Rotary club, Sight Savers , Islamique relief UK, Waiter aid, Unicef, OMS afin de connaître leur domaine d'intervention.

- La direction régionale de l'hydraulique de Koulikoro, la direction régionale de la santé (division hygiène et assainissement de Koulikoro) afin d'obtenir les rapports d'activités sur l'eau et l'assainissement.

IV- Résultats

IV- RESULTATS

1-Mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro entre 2003 et 2005.

1-1 Chirurgie du trichiasis.

Tableau I : Répartition du nombre de cas de trichiasis opérés

Par année			
Années	cas recensés	cas opérés	pourcentages
2003	575	279	48,52
2004	237	211	89,02
2005	267	259	97,00
Total	1079	749	69,41

Entre 2003 et 2005, 749 personnes avaient été opérées du trichiasis avec une couverture moyenne de 69,41%.

1-2 Antibiothérapie

Tableau II : Répartition des sujets ayant reçus le traitement par l'azithromycine et la pommade tétracycline 1% par année.

Années	population	sujets traités par L'azithromycine	sujets traités par la tétracycline 1%
2003	1 328 376	899 721 (52,67%)	0
2004	1 436 055	1 105 230 (76,96%)	0
2005	1 299 840	1 199 696 (92,29%)	29 341 (2,25%)
Total	4 064 271	3 204 647 (78,84%)	29 341 (2,25%)

Au total, entre 2003 et 2005, 3 204 647 sujets avaient reçus le traitement par l'azithromycine avec une couverture moyenne de 78,84% et 29 341 soit 2,25% pour la pommade tétracycline 1%.

1-3 Nettoyage du visage et changement de l'environnement

Tableau III : Activités de sensibilisation menées dans le cadre du volet NCE de la stratégie CHANCE en 2003.

activités	total
Nombre de villages sensibilisés en IEC trachome	49
Nombre d'agents socio sanitaires formés en IEC trachome	144
Nombre d'enseignants formés en hygiène et assainissement	73

Les activités de sensibilisation menées dans le cadre du volet NCE de la stratégie CHANCE en 2003 étaient basées sur l'IEC (l'hygiène et l'assainissement). Pour cela, un noyau d'enseignants et du personnel socio sanitaire avaient été formés.

Tableau IV : Promotion de construction de latrines (2003) : Kati et Kangaba

activités	total
Nombre de sessions de planification des activités d'hygiène et d'assainissement existantes dans la lutte contre le trachome	3
Nombre de dalles sanplats confectionnées	695
Couverture d'ouvrages qui avaient été transformés en latrine et sont utilisés	60%
Nombre de villages sensibilisés et couverts par la réalisation des ouvrages	49
Nombre de maçons formés et dotés de kits	98
Nombre de missions et supervisions des activités	6
Nombre de blocs de latrines construits en milieu scolaire	3
Type d'équipement d'hygiène en milieu scolaire ainsi que leur nombre.	
Poubelles 80	
Bouilloires 100	
Lave-mains 30	

Tableau V : Approvisionnement en eau potable

Nombre de points d'eau modernes fonctionnels présents entre 2003 et 2005 dans la région de Koulikoro hors mis Fana, Ouéléssébougou, d'après la DNH.

cercles	populatio n	forage s	pompe s	Bornes fontaine s	Puits moderne s	tota l
Banamb a	165124	380	121	108	90	699
Dioila	385598	475	253	89	105	922
Kangaba	91256	189	143	38	46	416
Kati	604857	880	588	79	476	202 3
Koulikor o	174419	438	298	33	10	779
Total	1 421254	2362	1403	347	727	483 9

Au total, entre 2003 et 2005, la région de Koulikoro hors mis Ouéléssébougou, Fana, comptait 4839 points d'eau moderne dont : 2362 forage, 1403 pompes, 347 bornes fontaines, 727 puits modernes. (Inventaire de la DNH).

Nombre de points d'eau modernes construits entre 2003 et 2005 à Koulikoro, Banamba, Kati d'après la DNH.

cercles	forages	Puits modernes	total
Koulikoro	ND	1	1
Banamba	7	ND	7
Kati	78	ND	78
Total	85	1	86

Au total, entre 2003 et 2005, il eût la construction de 86 points d'eau dont : 85 forages et 1 puits moderne.

ND = non disponible

2- Répartition de la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les enfants de moins de 10 ans et la prévalence du trichiasis trachomateux (TT) en 1996-1997 dans la région de Koulikoro

Age	TF	TI	TF/TI	TT
Enfants âgés				
Moins de 10 ans	33,5%	1,5%	35%	0
.....				
Sujets âgés				
De plus de De 15ans	ND	ND	ND	3,9%

La prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans était estimée à 35% (donc 33,5% de TF et 1,5% de TI) et 3,9% du trichiasis trachomateux chez les sujets de plus de 15 ans.

ND : données non disponibles

3- Répartition de la Prévalence du trachome en 2005 après mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans les sept districts sanitaires de la région de koulikoro.

3-1 Caractéristiques de l'échantillon

3-1-1 : Répartition des enfants de moins de 10 ans enquêtés selon l'âge et le sexe.

Tableau VI : selon le sexe

Age	sexes	effectifs	pourcentages
Enfants âgés	filles	4064	50,70
de moins de	garçons	3955	49,30
10 ans	total	8019	100

Sur 8019 enfants de moins de 10 ans, les filles étaient les plus représentées avec 50,70%.

Tableau VII : selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	effectifs	pourcentages
0-4ans	4185	52,19
9ans	3834	47,81
Total	8019	100

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 0-4 ans avec un pourcentage de 52,19%.

3-1-2 : Répartition des sujets âgés de plus de 15 ans enquêtés selon l'âge et le sexe

Tableau VII : selon le sexe

Ages	sexes	effectifs	pourcentages
Sujets âgés de	féminins	4641	65,50
Plus de 15ans	masculins	2553	34,50
	Total	7194	100

Sur 7194 sujets âgés de plus de 15 ans, le sexe féminin était le plus représenté avec 65,50%.

Tableau VIII : selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	effectifs	pourcentages (%)
15 – 19ans	1235	17,16
20 – 59ans	4837	67,23
60 et plus	1122	15,61
Total	7194	100

La tranche d'âge la plus représentée était celle 20 – 59 ans avec 67,23%.

3-2 Répartition de la prévalence des différentes formes de trachome chez les enfants de moins de 10 ans et des sujets de plus de 15 ans dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro.

3-2-1 : Répartition de la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les enfants de moins de 10 ans selon l'âge et le sexe.

Tableau IX : selon le sexe

Ages	sexes	(n)	effectifs	pourcentages (%)
Enfants âgés de moins de 10 ans	filles	4064	105	1,31
	garçons	3955	104	1,30
	total	8019	209	2,61

Le nombre de cas du trachome actif chez les enfants de moins de 10ans était 209 soit 2,61%. Les filles étant légèrement plus atteints que les garçons avec 1,31%.

Tableau XI : selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	(n)	effectifs	pourcentages (%)
0-4ans	4185	108	1,36
5 - 9ans	3834	101	1,25
Total	8019	209	2,61

La tranche d'âge plus atteinte était celle de 0– 4 ans avec 1,36%.

3-2-2 Répartition de la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les sujets de plus de 15 ans selon l'âge et le sexe.

Tableau X : Selon le sexe

Age	sexes	(n)	effectifs	pourcentages (%)
Sujets âgés	féminins	4641	126	1,75
De plus de	masculins	2553	75	1,04
15ans	Total	7194	201	2,79

Le nombre de cas du trachome actif chez les sujets de plus de 15 ans était 201 soit 2,79%. Le sexe féminin étant plus atteint que le sexe masculin avec 1,75%.

Tableau XI : selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	(n)	effectifs	pourcentages (%)
15 – 19ans	1235	30	0,42
20 – 59ans	4837	111	1,54
60 et plus	1122	60	0,83
Total	7194	201	2,79

La tranche d'âge plus atteinte était celle de 20 – 59 ans avec 1,54%.

3-2-3 Répartition de la prévalence du trichiasis trachomateux (TT) chez les sujets de plus de 15 ans selon l'âge et le sexe.

Tableau XII : selon le sexe

Ages	sexes	(n)	effectifs	pourcentages (%)
Sujets âgés de plus de 15 ans	féminins	4641	68	0,95
	masculins	2553	34	0,47
	total	7194	102	1,42

Le nombre de cas de trichiasis trachomateux était 102 soit 1,42%. Le sexe féminin étant plus atteint que le sexe masculin avec 0,95%.

Tableau XIII : selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	(n)	effectifs	pourcentages (%)
15 – 19ans	1235	1	0,02
20 – 59ans	4837	46	0,64
60 et plus	1122	55	0,76
Total	7194	102	1,42

La tranche d'âge plus atteinte était celle de 60ans et plus avec 0,76%.

4- Aspect du visage des enfants de moins de 10 ans dans les sept districts sanitaires de la région de koulikoro.

Tableau XVI : Répartition de la prévalence des enfants à visage propre.

Ages	aspect du visage	effectifs	pourcentages (%)
Enfants âgés	propres	5664	71,21
De moins de	sales	2355	29,79
10 ans	total	8019	100

Sur 8019 enfants de moins de 10 ans, 71,21% avait un visage propre, 29,79% un visage sale.

Tableau XV : Répartition de la prévalence des enfants à visage propre par tranche d'âge.

Tranche d'âge	effectifs	pourcentages (%)
0 – 4ans	2756	48,68
5 – 9ans	2908	51,32
Total	5664	100

La tranche d'âge avec un visage propre était elle de 5 – 9ans avec un 51,32%.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1-Méthodologie de l'étude

La présente étude, de type transversal, réalisée en 2005 dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro avait pour objectifs :

-De démontrer la pertinence de la stratégie CHANCE par la réduction des indicateurs de prévalence et de gravité de la maladie.

-D'estimer la prévalence des différentes formes de trachome, particulièrement les formes TF/TI chez les enfants de moins de 10 ans et les sujets de plus de 15 ans, les formes TT chez les sujets de plus de 15 ans et de la comparer à celle obtenue en 1996-1997 qui nous avait servi de référence.

Pour la détermination de la prévalence des différentes formes de trachome, un échantillon de 8019 enfants de moins de 10 ans et 7194 sujets de plus de 15 ans avait été enquêté dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro. Pour cela, nous nous sommes conformés aux procédures de sondage en grappe aléatoire à deux degrés. Pour le dépistage de différentes formes de trachome, la codification simplifiée de l'OMS avait été utilisée. Etaient considérés comme trachomateux actif toute personne présentant les critères TF ou TI et comme TT toute personne qui avait au moins un cil qui frotte le globe oculaire ou l'évidence d'une épilation récente de cil(s) dévié(s). En ce qui concerne la détermination de la proportion des enfants à visage propre, l'aspect du visage des enfants avait été évalué lors de l'examen.

2- Répartition de la prévalence du trachome dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro.

2-1 Caractéristique de l'échantillon

- **Selon le sexe**

Dans notre étude, sur les 8019 enfants de moins de 10 ans et les 7194 sujets de plus de 15 ans enquêtés dans la région de Koulikoro, le sexe féminin était le plus représenté avec :

50,70% chez les enfants de moins de 10 ans

65,50% chez les sujets de plus de 15 ans.

- **Selon l'âge**

La tranche d'âge la plus représentée était :

0-4 ans chez les enfants de moins de 10 ans avec 52,19%

20-59 ans chez les sujets de plus de 15 ans avec 67,23%.

Nous constatons que chez les enfants de moins de 10 ans et les sujets de plus de 15 ans enquêtés, le sexe féminin était le plus représenté simplement parce qu'il était plus nombreux et avait le plus participé à l'enquête que le sexe masculin.

2-2 Répartition de la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les enfants de moins de 10 ans et les sujets de plus de 15 ans selon l'âge et le sexe dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro après mise en œuvre de la stratégie CHANCE.

De 2003 et 2005, 3 204 647 personnes avaient reçu le traitement (Azithromycine) sur une population de 4 064 271 avec une couverture moyenne de 78,84% et 29 341 personnes la pommade tétracycline 1% avec une couverture de 2,25%.

Après trois années de campagnes de traitement de masse consécutive (2003-2005), une enquête de prévalence avait été effectuée et les résultats obtenus ont été les suivants :

→ Chez les enfants de moins de 10 ans,

D'après nos résultats, le taux de TF/TI était estimé à **2,61%** ; Ce qui a considérablement diminué par rapport à la prévalence de 1996-1997 qui avait estimé la prévalence de TF/TI à **35%** donc 33,5% de TF et 1,5% de TI. La tranche d'âge de 0-4 ans étant plus touchée avec 1,35%.

→ Chez les sujets de plus de 15 ans,

Le taux de TF/TI était estimé à **2,79%**. La tranche d'âge de 20-59 ans étant plus touchée avec 1,54%.

Logiquement, plus on avance en âge, plus la prévalence du TF/TI devrait diminuer puisque à un certain âge, on est supposé prendre soin de soi-même. Dans notre étude par exemple, la tranche d'âge de **0-4 ans** était plus atteinte avec **1,36%** tout simplement parce que dans cette tranche d'âge, les enfants sont dépendants de leur mère qui prend soin d'eux. L'on suppose que dans cette tranche d'âge, les enfants ne sont pas encore capables de prendre soins d'eux même. Le plus souvent, les enfants sont négligés par leur maman qui privilégie plutôt les travaux domestiques ou champêtres.

Dans la tranche d'âge de **5-9 ans**, la prévalence du trachome actif commence à diminuer avec **1,25%** et presque considérable dans la tranche d'âge de **15-19 ans** avec **0,42%**.

Cependant, elle rechute dans la tranche d'âge de **20-59 ans** avec **1,54%** pour rechuter dans la tranche d'âge de 60 ans et plus. Ceci peut s'expliquer par le fait que les mamans se sont probablement réinfectées parce qu'elles sont tout le temps en contact avec les enfants d'où les efforts pour un changement de comportement doivent être soutenus en faveur des femmes afin d'éviter d'entretenir la maladie au sein du couple mère-enfant.

Dans d'autres pays comme le Niger (**19**), 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 (**9**), 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).

Au soudan, la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10ans avait chuté de 92% (**11**).

Nous avons également une étude qui avait été faite en février 2004 dans le cercle de Bankass à Mopti où la prévalence du trachome était passée de 22% en 2002 à 6% en 2004 chez les enfants de moins de 10 ans de 14 villages **(25)**.

Grâce à la stratégie des campagnes annuelles de distribution de masse de l'azithromycine, à la généreuse contribution de l'ITI, la prévalence du trachome a beaucoup baissé dans la région de Koulikoro. Cette baisse est aussi visible dans certains pays qui ont eu à appliquer la stratégie CHANCE en occurrence le Maroc, Soudan, Niger.

2-3 Répartition de la prévalence du trichiasis trachomateux (TT).

De 2003 et 2005, 749 personnes furent opérées du trichiasis sur 1079 cas dépistés avec une couverture moyenne de 69,41%.

Après trois années consécutives de traitement du trichiasis (2003-2005), une enquête de prévalence avait été effectuée et les résultats obtenus ont été les suivants :

-Le taux de TT était estimé à **1,42%** chez les sujets de plus de 15 ans. Ce qui a considérablement baissé par rapport à la prévalence de 1996-1997 qui avait estimé la prévalence du TT à **3,9%**.

Le sexe féminin étant plus atteint avec 0,95% contre 0,47% chez les hommes.

Le trachome étant une affection chronique, elle s'aggrave avec l'âge sans traitement adéquate. D'après notre étude, le trichiasis n'est presque pas observé dans la tranche d'âge de **15-19 ans** avec **0,02%**. Cependant, elle commence à apparaître dans la tranche d'âge de **20-59 ans** avec **0,64%** pour atteindre son maximum dans la tranche d'âge de **60 ans et plus** avec **0,76%**. Bien que la prévalence du trichiasis trachomateux ait diminué dans la région de Koulikoro, elle reste cependant au-dessus du seuil de l'OMS qui est de 1% d'où des efforts supplémentaires et mieux ciblés doivent être intensifiés.

Cette baisse de prévalence était également observée Maroc **(9)** avec une prévalence de TT qui 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 **(19)**, 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.

3- répartition de la prévalence des enfants de moins de 10 ans ayant un visage propre dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro.

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

Nos résultats avaient montrés que **71,21%** avaient **un visage propre** tandis que 28,79% un visage sale.

La prévalence des enfants à visage propre bien qu'étant de 71,21% pour la région de Koulikoro, est bien inférieure à celui du Maroc avec plus de 80% **(9)**, du Soudan avec 87% **(11)** et de plus de 80% recommander par l'OMS d'où des efforts supplémentaires doivent être faits par rapport à la promotion d'hygiène (nettoyage du visage des enfants).

Germain MOMO.I **(24)** dans son étude avait également montré le rôle de la propreté du visage. Selon son étude, la prévalence du trachome actif était de 18% pour ceux qui avaient un visage propre et 58% pour ceux qui avait un visage sale.

Se laver le visage plusieurs fois par jour avait fait la preuve de son efficacité en Tanzanie centrale **(21)**, au Mexique avec Taylor **(22)** qui avait mis l'accent sur l'importance du lavage du visage et affirma que le lavage régulier du visage des enfants protégeait bien contre le trachome et que le risque relatif était élevé pour ceux qui ne se lavaient pas fréquemment le visage.

VI- CONCLUSION

ET

RECOMMENDATIONS

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- Conclusion

Le trachome demeure l'une des principales causes de cécité évitable dans les zones rurales de nombreux pays en voie de développement dont le Mali ; en particulier la région de Koulikoro. D'après les résultats de l'enquête de prévalence de 1996-1997, 33,5% enfants de moins de 10 ans souffraient du trachome folliculaire, 1,5% du trachome intense tandis que 3,9% des sujets de plus de 15ans du trichiasis trachomateux, d'où elle constituait un réel problème de santé publique.

Le trachome est une maladie de la mère et de l'enfant. Les femmes avaient été reconnues comme étant les plus vulnérables au risque de développer la maladie. Les enfants porteurs du trachome inflammatoire en phase active ainsi que les mères qui s'occupent d'eux constituent la principale source de réinfection Chlamydienne.

Depuis l'introduction d'une nouvelle stratégie de lutte contre le trachome par l'OMS appelé «CHANCE », la prévalence du trachome a considérablement diminué dans les pays endémiques.

La présente étude a permis de démontrer et de confirmer l'efficacité de cette stratégie par la mise en œuvre des activités curatives (chirurgie du trichiasis trachomateux, antibiothérapie pour les formes actives) et préventives (nettoyage du visage des enfants et le changement de l'environnement) dans la région de Koulikoro. Ainsi, grâce à cette stratégie, la prévalence du trachome actif est passée de 33,5% à 2,61% chez les enfants de moins de 10 ans et celui du trichiasis trachomateux de 3,9% à 1,42% chez les sujets de plus de 15 ans.

Par ailleurs, des actions de développement rural (alphabétisation, activités génératrices de revenue, l'agriculture etc...) peuvent aussi jouer un rôle non négligeable dans la lutte contre le trachome. Cependant, notre étude n'a pas étudié cet aspect et fera l'objet d'études ultérieures.

Grâce aux bons résultats obtenus après la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, elle représentera sans doute un réel espoir aux décideurs impliqués dans la lutte contre le trachome.

II-Recommandations

A la lumière de notre étude, bien que les chiffres des résultats de prévalence des différentes formes de trachome soient satisfaisants, ils sont cependant loin des objectifs préconisés par l'OMS pour l'élimination du trachome à l'horizon 2020. D'où nous recommandons la poursuite et l'intensification de la stratégie CHANCE dans la région de Koulikoro en insistant sur :

-chirurgie du trichiasis : car dans notre étude les cas de trichiasis demeure > 1%,

-ANCE : car la prévalence du trachome actif étant < 5%, la proportion des enfants à visage propre étant de 71,21%, l'OMS recommande l'arrêt de distribution de l'azithromycine dans les zones concernées et de renforcer plutôt la promotion de l'éducation à l'hygiène et le changement de l'environnement.

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Patrice BOURREE

Abrégé de maladies tropicales : Masson ; paris 1986

2. Paul EMERSON, et Laura FROST, avec Robin BAILEY et David MABEY

Mise en œuvre de la stratégie chance dans la lutte contre Le trachome .The carter center, l'ITI édition de février 2006

3-SCHEMANN .JF, D.SACKO, BANOU .A, BAMANI.S, BORE.S, COULIBALY.S, AG EI MOUCHTAHIDE M.

Cartographie du trachome au Mali : résultats d'une enquête nationale. Bulletin de l'OMS, 70,6 :599-606

4.- Gabriel COSCAS, George CORNAND

Revue internationale du trachome et de pathologies oculaires tropicales et sub Tropicale et de santé publique. Année 1996

5. Plan stratégique national d'élimination du trachome 2005-2009.

6. Plan stratégique de communication pour l'élimination du Trachome: John Hopkins Bloomberg School of public health center for communication programs en collaboration avec de PNLC et le ministère de la santé. Édition de février 2003

7. Rapport bilan annuel 2003 des activités de lutte contre le Trachome (volet NCE) de la stratégie chance dans la région de Koulikoro.

Direction de la santé de Koulikoro. Édition de janvier 2004

8. Plan national d'accès à l'eau potable

Résultats de l'inventaire de 2003

9. Gabriel COSCAS, George CORNAND.

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

10. MOUZIN. E

Equilibre et population. Des résultats éloquents, in lettre mensuel d'information. Paris, 2002 ; 81 :9

11. Regard de l'aigle : Volume 8 numéros 1 the Carter center

12. YOUSSEF TCHAMI, JOAUAD HAMMOU, JOAUD MAHYOUR

Revue de santé oculaire communautaire vol 2 numéros 1, 2004

13 . TAYLOR H.R, VELASCO F.M. and SOMMER A.

The ecology of trachoma: an epidemiological study in southern Mexico

Bull, world health org. 63, 559, 1985.

14. GUPTA CK.

Flies and mother as mode of transmission of trachoma and associated bacterial conjonctivite.all India ophtamologycal soc 1970, 18: 17-22.

15. KONATE FAMOUSSA

Eau trachome. Thèse de médecine, Bamako ,2000.

16. SEYNABOU SIMA

Impact de distribution de l'azithromycine pour le contrôle du trachome au Mali : cercle de Bankass. Thèse de pharmacie, 2003.

17. TAYLOR HR, WEST SK, MBAGA BB, et AL.

Hygiene factors and increased risk of trachoma in central Tanzania. Arch ophthalmology 1989; 107:1821-5.

18. PEYRAMAURE.F, RESNIKOFF . S BAGAYOKO CH, Huguet.DELINIER

Effect de l'adduction d'eau sur l'incidence du trachome, résultats préliminaires d'une étude prospective au Mali: institue d'ophtalmologie tropicale de L'Afrique /OCCGE BP 248 Bamako Mali.

19. Planète Afrique Niger

Situation du trachome au Niger : ONG ITI, Niger, 2005

20. DIALLO KONDIA. I.

Efficacité clinique de trois stratégies de distribution de l'azithromycine pour le contrôle du trachome au Mali, thèse de médecine, 2002

21. WEST SK, LYNCH M, TURNER V, MUNOZ B, RAPOZA P, MBAGA BBO, TAYLOR HR.

Water availability and trachoma .Bull.W.H.O, 1989, (67), 71-5

22. ESREY S, POTASH J, Robert I:

Effects of improved water supply and sanitation on ascariasis , diarrhea , dracunculosis , hookworm infection, shistosomiasis, and trachoma . Bull WHO, 1991, 69 (5), 609-621.

23. OMS :Deuxième rapport du comité d'experts du trachome. Genève 1955, 106.

24- ZEFACK MOMO germain.I

Facteurs de risque du trachome au Mali, thèse de médecine 2000, P185

25- Lutte contre le trachome dans le cercle de Bankass, région de Mopti, impact de distribution d'azithromycine (février 2002-2004), tirée de la revue international du trachome et la pathologie oculaire tropicale et subtropicale et de santé publique (2004, vol.81-82, pp 57 à 58.

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : Nguimdoh épouse Essousse

PRENOM : Yvette

TITRE DE LA THESE : **Impact de mise en œuvre de la stratégie chance dans les sept districts sanitaires de la région de Koulikoro**

SECTEUR D'INTERET : santé publique, ophtalmologie

ANNEE DE SOUTENANCE : 2008

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

LIEU DE DEPOT : bibliothèque de Bamako

PAYS : Cameroun

RESUME : Selon les résultats de l'enquête de prévalence de 1996-1997 dans la région de Koulikoro, le trachome demeurerait un problème de santé publique comme le confirment les données épidémiologiques (33,5% de TF, 1,5% de TI chez les enfants de moins de 10 ans, 3,9% de TT chez les sujets de plus de 15 ans). Dans la perspective d'éliminer le trachome comme cause de cécité évitable, le Mali à travers le ministère de la santé avait adopté la stratégie «CHANCE » comme stratégie globale d'élimination du trachome à l'horizon 2020.

Après trois années consécutives de mise en œuvre de la stratégie chance (2003-2005), dans les districts concernés, une enquête de prévalence, de type transversal, avait été effectuée du 14 au 23 novembre 2005 et les résultats obtenus ont été les suivants :

2,61% enfants de moins de 10 ans et **2,79%** sujets de plus de 15 ans présentaient un trachome actif tandis que **1,42%** sujets de plus de 15 ans présentaient un trichiasis trachomateux, **71,21%** enfants de moins de 10 ans avaient un visage propre et 28,79% un visage sale.

Au regard de ces résultats et celui de 1996-1997, la prévalence du trachome actif a beaucoup baissé et est passée de **33,5%** à **2,61%** chez les enfants de moins de 10 ans et celui du trichiasis trachomateux de **3,9%** à **1,42%** chez les adultes de plus de 15 ans.

Malgré une forte baisse du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans et du trichiasis trachomateux chez les sujets de plus de 15 ans, les activités du NCE doivent être renforcées et maintenues tandis que les interventions chirurgicales du trichiasis sont à poursuivre et à intensifier.

MOTS CLES : stratégie chance, trachome, prévalence, région de Koulikoro.

VIII- ICONOGRAPHIE

1



Chirurgie du trachome en Ethiopie



"It takes government action, an adequate health infrastructure, and a sound control strategy to implement SAFE effectively."

—ABDELWAHEB EL FASSI, MD, FORMER MINISTER OF PUBLIC HEALTH, MOROCCO

bersome for parents to dispense. Consequently, use of tetracycline eye ointment results in poor compliance rates and, therefore, leads to frequent treatment failure.

The ITI coordinates distribution of Pfizer's donation of Zithromax for trachoma control and ensures that countries receive the antibiotic for use within established guidelines.

3

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



Trachome inflammatoire intense (TI)
Épaississement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsale masquant plus de la moitié du réseau vasculaire normal (profond) du tarse.



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



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



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



Figure 1.1. Système de classification simplifiée de l'OMS pour le trachome.

Les écoles au Maroc utilisent plusieurs types de matériels.



Exemple de cas 5.3

Canaux et matériel pour la campagne de marketing social IDE au Vietnam



Ces affiches faisaient partie de la campagne de marketing social.

IDE a décidé de promouvoir le lavage des mains et du visage dans le cadre d'une campagne axée non seulement sur les enfants mais aussi sur les mères. S'adressant surtout aux jeunes, IDE a adopté un personnage rigolo pour sa campagne – à la figure étonnante – ressemblant au « Buffalo Boy » d'un conte populaire du pays qui traverse plein d'aventures et que les enfants connaissent bien. Ce personnage fait figure de logo qui a été mis sur tout le matériel de la campagne (voir image à gauche). Le principal slogan de la campagne « Un œil propre est un œil sain » se lit au dessus du garçon et « un avenir rose » en dessous.

C'est par le biais de la télévision, de l'école et des haut-parleurs qu'on a parlé aux enfants. Des cassettes vidéo ont été mises au point et diffusées aux enfants à l'école et à la télévision. A l'école, on apprend aux enfants à travers une chanson que garder les yeux propres et sains donne de meilleurs résultats à l'école et procure du bonheur pour toute la famille. Sur le cahier d'exercice, on peut lire « est-ce que tu as lavé ton visage ? » et « lave tes mains et nettoie ton visage avec ta propre serviette ». S'inspirant du logo de la campagne, IDE a conçu une bande dessinée montrant que le « gamin à la signature étonnante » qui se lève d'un bon pied le matin, se lave le visage avec sa propre serviette et part tout content pour l'école. Pas une parole n'est prononcée, on ne fait pas allusion au trachome, mais la musique en arrière-fond est celle du trachome. IDE a également produit un vidéoclip pour garçons. On y voit un garçon qui regarde la télévision et voit un joueur de football très connu qui se lave le visage et parle de l'importance de l'hygiène. Ce garçon décide lui aussi de laver son visage avant de jouer au football avec ses amis. Il met un but et ses copains le portent sur leurs épaules pour le féliciter.

Pour atteindre les mères IDE a fait appel à la télévision, aux groupements féminins et aux haut-parleurs. Un vidéoclip a été mis au point avec une ballade sur le trachome dont l'auteur est très connu. Cette vidéo a été montrée aux femmes à travers une émission à la télévision, aux réunions du groupement féminin, et aux réunions villageoises.

Le logo de la campagne apparaît partout : sur les tee-shirts, les gants de toilette, les serviettes, les règles en plastique, les autocollants, les calendriers, les bonnets et les affiches.

Clubs d'écoute à la radio

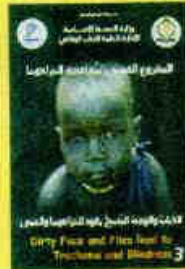
Au Ghana, le Centre Carter a collaboré avec des femmes locales pour créer des clubs d'écoute radio-phonique. Ce projet a été initié pour élargir l'accès à la station radiophonique nationale qui est utilisée, outre ses programmes réguliers, pour sensibiliser sur le trachome. On achète des radios solaires pour une

Une Guinéenne portant un boubouane de coton



Exemple de cas 4.1

Campagnes de promotion d'hygiène



Pour atteindre une large population les programmes de lutte contre le trachome mettent en œuvre des campagnes de promotion d'hygiène à différents niveaux. L'Équipe Contre le Trachome d'une école au Népal (image 1) joue des sketches sur le trachome. Les acteurs deviennent des éducateurs pour la prévention du trachome et le message atteint les élèves et leurs parents assistant aux séances. La qualité des messages est assurée par l'enseignant chargé de programme sanitaire. Des troupes de théâtre comme celle de Dodoma, Tanzanie (image 2) jouent du théâtre pour les élèves ainsi que pour les adultes de la communauté. Ces troupes ont la possibilité d'atteindre beaucoup plus de personnes et jouent souvent pour des milliers de spectateurs. Pour cette troupe tanzanienne World Vision assure la qualité

des messages et la formation, et approvisionne en uniformes et instruments de musique.

Aussi plusieurs personnes peuvent être touchées par des campagnes d'affiches comme celle du Soudan (image 3). Le message de l'affiche est clair et sans équivoque, mais le risque est que les spectateurs ne comprennent pas toujours la substance du message. Les campagnes de radio peuvent atteindre un grand nombre de personnes (image 4). Si le programme national de lutte contre le trachome ou le comité technique écrit les scénarios, des émissions de radio, les messages seront de haute qualité. Des causeries (club) enregistrées dans les villages et diffusées par la radio sont mieux appréciées par les communautés. Dans ces cas une grande majorité peut être atteinte de façon agréable, mais la qualité des messages risque d'être réduite.

Carte zone d'enquête 3

