

Année Universitaire 2008-2009



N° :...../M....

Titre

PREVALENCE DU TRACHOME DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YOROSSO : RESULTATS DE L'ENQUETE DE 2008

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)

Jury

Président :	Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Membre :	Docteur Mamadou DEMBELE
Co-Directeur de thèse :	Docteur Sanoussi BAMANI
Directeur de thèse :	Professeur Abdoulaye DIALLO

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

Mon Père : **Modibo Bagayoko**

C'est avec une grande joie que je te dédie ce travail ; de ma tendre enfance jusqu'à ce jour, je n'ai manqué de rien. Pour moi, ton souhait était que je sois médecin. Pour cela, tu m'as donné tout ce dont j'avais besoin. Merci Papa de tout mon cœur

Ma mère : **Bintou Sanogo**

Je te dédie également ce travail car ton affection, tes conseils constants en tant que mère ne m'ont jamais fait défaut. Merci maman de tout mon cœur

Mon grand père : **Feu Lamine Sanogo**

Merci pour tout ; que le bon Dieu t'accueille dans son paradis.

Ma grand-mère : **Astan Diabaté**

Pour tout ce que tu as fait pour moi depuis ma tendre enfance. Que tu sois bénie par Dieu

Mes grands frères : **Zoumana, Daouda Bagayoko**

Ce travail est une marque de bonne entente qui règne dans la famille.

Mes petit(e)s frères et sœurs : **Mamadou, Lamine, Issiaka, Amadou, Souleymane, Moussokoro, Astan**

Pour votre accompagnement et l'affection que vous avez toujours gardés à mon égard.
Merci

Mes oncles : **Sidiki, Tata, Karim, Mamadou, Abdou, Abdoulaye, Sidy Soumaré**

Prenez ce travail comme un signe de reconnaissance.

Mes tantes : **Kady Bagayoko, Mah Diawara, Damba, Bintou Bagayoko, Adiaratou Bagayoko, Rokia Bagayoko, Oumou Bagayoko**

Que vous soyez récompensées pour les bons gestes à mon endroit .Merci

Mon neveu : **Sidiki Bagayoko,**

Que Dieu te donne encore longue vie.

Mes cousins et cousines : **Moussa Coulibaly, Aguibou Coulibaly, Madina Coulibaly, Fatoumata Coulibaly, Mahawa Coulibaly, Adiara Coulibaly**

Trouvez ici l'expression de ma sympathie

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements s'adressent :

A DIEU TOUT PUISSANT :

Pour m'avoir permis de réaliser ce modeste travail.

A tout le personnel du Programme National de Lutte contre la Cécité(PNLC) : **Monsieur Famolo Coulibaly, Docteur Koné, Docteur Dembélé, Monsieur Daouda Coulibaly, Monsieur Lamine Diallo, Madame Bathily, Madame Keita.**

Pour votre franche collaboration. Merci

A mes camarades du PNLC: **Moussa Traoré, Mamadou Traoré, Madame Coulibaly Sadio, Madame Keita Fatoumata**

Aux médecins du service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE : **Docteur Cissé M, Docteur Sidibé S, Docteur Maiga I, Docteur Kassambara B, Docteur Bomou Y, Docteur Kassogué A.**

A mes camarades du SAU : **Docteur Sidibé A, Docteur Sidibé B, Docteur Ouattara K, Sidiki Coulibaly, Awa Koné, Djénéba Diallo, Ibrahima Soumaoro, Docteur Drame A I.**

Pour l'atmosphère de bon apprentissage qui régnait au sein du groupe.

A mes camarades de la faculté : **Zana Traoré, Docteur Savadogo S, Docteur Camara A, Ousmane Traoré, Seydou Diarra, Hamet Niane, Mamadou A Coulibaly, Mamadou Diawara, Roger Baba**

Pour votre concours, merci

A NOTRE Maître et Président du JURY : Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur Honoraire de Santé Publique

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Honorable Maître et père :

Permettez- nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre souci de transmettre vos immenses connaissances aux autres font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici, cher Père, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE : Docteur Mamadou Dembélé

Médecin Spécialiste en Santé Publique

Coordinateur Adjoint du Programme National de Lutte contre la Cécité(PNLC).

Honorable Maître :

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre disponibilité permanente et vos qualités scientifiques ont forcé notre admiration.

Veillez accepter cher maître toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE Docteur Sanoussi BAMANI

Maître Assistant en Ophtalmologie

Coordonnateur du Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC).

Honorable Maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de co-diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre abord facile font de vous un maître exemplaire.

Honorable maître, votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait sont des qualités à imiter.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE : Professeur Abdoulaye
DIALLO,**

Maître de conférences agrégé en Ophtalmologie à la FMPOS,

Directeur général de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique,

Médecin Colonel de l'Armée Malienne

Honorable Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre modestie, votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre grande pédagogie (à transmettre votre connaissance) et votre qualité de chercheur font de vous l'un des maîtres les plus appréciés de la faculté.

Veillez accepter cher maître, nos sentiments d'estimes, de respect et de reconnaissance.

Sommaire

	Pages
I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS -----	1-3
II. GENERALITES -----	4-11
III. METHODOLOGIES -----	12-21
IV. RESULTATS -----	22-25
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	26-29
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS -----	30-31
VI. REFERENCES -----	32-34
ANNEXES -----	35-40

SIGLES ET ABREVIATIONS

PNLC : Programme national de lutte contre la cécité

IOTA : Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique

OMS : Organisation mondiale de la sante

EMT2020 : Elimination mondiale du trachome cecitant d'ici l'an 2020

CHANCE : CH : chirurgie du trichiasis, A : Antibiothérapie : Nettoyage du visage, CE : Changement de l'environnement

TF : Trachome inflammatoire folliculaire

TI : Trachome inflammatoire intense

TS : Trachome cicatriciel

TT : Trichiasis trachomateux

CO : Opacité cornéenne

m: mètre

HA: Hectare

mm : millimètre

IC: Intervalle de confiance

CCC : Communication pour le changement de comportement

MTN : Maladies tropicales négligées

PDSC : Programme du développement sanitaire du cercle

CRS : Croix rouge Suisse

DNS : Direction Nationale de la Santé

TDM : traitement de masse

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie, et d'Odonto-Stomatologie

INTRODUCTION

Le trachome est une kérato-conjonctivite chronique transmissible due à *chlamydia trachomatis*. L'évolution du trachome s'étend sur des mois, voire des années. L'infection aiguë (trachome folliculaire et trachome intense) aboutit à un processus cicatriciel après plusieurs années d'évolution (trachome cicatriciel) pouvant entraîner une déformation et un retournement des cils (trichiasis Trachomateux) puis des ulcères de cornée conduisant à la cécité [1].

La cécité représente à l'échelle mondiale et surtout dans les pays en développement un réel problème de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 84 millions le nombre de personnes atteintes de trachome actif à travers le monde, 10 millions de personnes présentent des complications cécitantes de la maladie (l'entropion trichiasis) et probablement 7, 6 millions de personnes ont déjà perdu la vue [2].

Dans la sous région Ouest africaine une étude de prévalence du trachome actif réalisée chez les enfants de 0 à 10 ans avait trouvé les taux de 39,9% et 26,9% respectivement au Niger et au Burkina Faso [3].

En 2000 on a retrouvé une prévalence du trachome actif de 35,1% chez les enfants de moins de 10 ans en Guinée (Conakry). [4]

Une enquête menée sur l'ensemble du territoire malien en 1996 et 1997 avait montré une prévalence du trachome folliculaire et du trachome intense respectivement à 34,9 % et 4,2 % chez les enfants de 0 à 10 ans. Chez les femmes de plus de 14 ans la prévalence du trichiasis trachomateux était de 2,5 %. [5] Les prévalences dans la région de Sikasso étaient pour le trachome inflammatoire (TF) à 31,7 % chez les enfants de 0 à 10 ans et 2,9% de cas de trichiasis trachomateux chez les femmes de 14 ans et plus [5].

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

districts sanitaires, la prévalence de TT dépassait 1% et atteignait même 4% dans le district sanitaire de Koro. [6]

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

CH= chirurgie du trichiasis

A = Antibiothérapie: traitement antibiotique des formes évolutives

N = Nettoyage du visage

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

C'est dans le cadre du projet Bill Gates sur l'intégration des programmes trachome et filariose et en prélude au traitement de masse à la molécule d'AZITHROMYCINE et de l'actualisation des données dans la région de Sikasso que ce travail a été initié principalement pour faire une évaluation de la prévalence du trachome dans le district sanitaire de Yorosso. A cet égard la fondation Bill GATES qui soutient une recherche sur l'intégration des programmes trachome et filariose nous a fourni l'opportunité de réaliser ce travail qui visait les objectifs suivants :

-Objectif général :

Evaluer la prévalence du trachome dans le district sanitaire de Yorosso en 2008.

-Objectifs spécifiques :

1. Décrire les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés
2. Déterminer la prévalence du trachome folliculaire et du trachome intense chez les enfants de moins de 10ans en 2008 dans le district sanitaire de Yorosso
3. Déterminer la prévalence du trichiasis trachomateux chez les sujets de plus de 15 ans en 2008 dans le district sanitaire de Yorosso.

GENERALITES

1. DEFINITION

Le trachome a été défini par les comités d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant « Une kérato-conjonctivite spécifique, transmissible, à évolution généralement chronique » [8]. L'infection aboutit à la formation de follicules, une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen entraînant des lésions cicatricielles typiques. [9], [10]

La transmission de la maladie se fait dans l'intimité du foyer domestique, la famille et tout particulièrement la mère et les jeunes enfants constituent le réservoir de germe.

Le trachome est une maladie de la première enfance et de la famille et ne pose de problème de santé publique que dans les communautés pauvres.

2. Epidémiologie : [9] [10]

Répartition géographique :

Bien que le trachome n'existe plus en Europe et aux Etats-Unis, la maladie touche toujours sévèrement les communautés pauvres et rurales dans le monde entier.

De plus le trachome est une maladie qui survient par grappes, il peut affecter un village entier et être absent dans le suivant. La distribution géographique du trachome hyper endémique cécitant correspond à la ceinture de pauvreté du globe. Les zones les plus sévèrement touchées par le trachome dans le monde comprennent : les pays de la région sahélienne de l'Ouest et du Centre de l'Afrique et les régions sèches et arides de la Tanzanie, du Soudan, de l'Ethiopie et dans la région méditerranéenne (le Sud du Maroc, en Algérie, en Libye, en Egypte et en Djibouti...).

3. Clinique : [9] [10]

Symptomatologie :

L'infection provoque une inflammation qui se traduit par une rougeur, des écoulements, des picotements, des sensations 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 et 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. Classification :

La codification simplifiée de l'Organisation Mondiale de la Santé (1987) :

Elle est devenue habituelle et se résume en cinq (5) codes différents : [11]

- Trachome inflammatoire folliculaire = (TF)

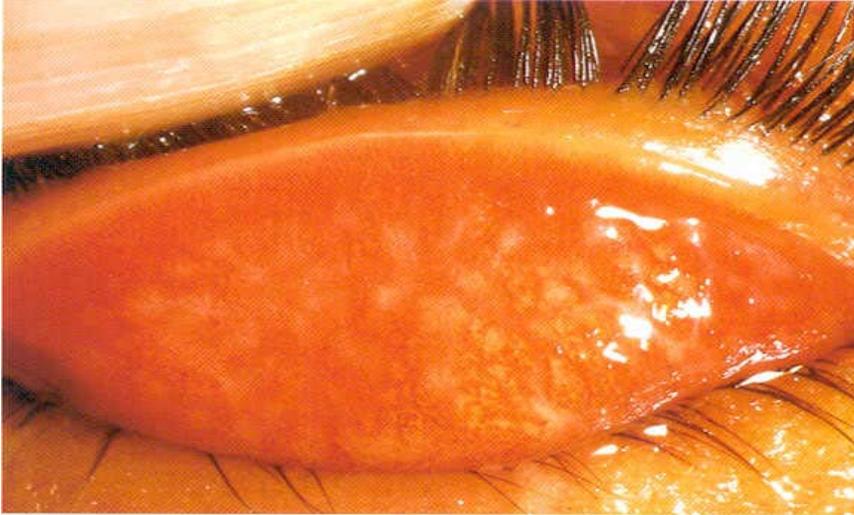
Présence d'au moins cinq (5) follicules de taille supérieure ou égale à 0,5 mm de diamètre sur la conjonctive tarsienne supérieure. Cet indice traduit le potentiel de transmission de la maladie.



TF [12]

- Trachome inflammatoire intense : (TI)

Épaississement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsale masquant plus de la moitié du réseau vasculaire normal (profond) du tarse. Cet indicateur mesure la gravité de la maladie et le risque d'évolution vers les complications (trichiasis, cécité).



TI [12]

-Trachome cicatriciel : (TS)

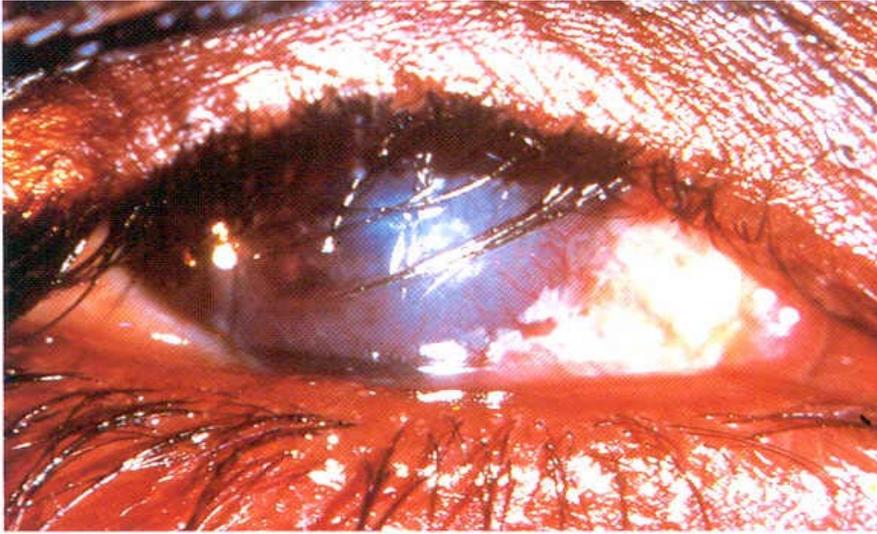
Présence de cicatrices sur la conjonctive tarsale, témoins de l'importance du trachome dans le passé ou de la fréquence des réinfections.



TS [12]

-Trichiasis trachomateux : (TT)

Un cil au moins frotte le globe oculaire mais aussi une constatation des cils épilés témoigne de la présence du trichiasis. C'est le stade de la chirurgie palpébrale.



TT [12]

-Opacité cornéenne : (CO)

Opacité cornéenne évidente recouvrant l'aire pupillaire. Elle est à l'origine de la perte de vision par obstacle mécanique. Elle permet de quantifier le nombre d'aveugles dû au trachome.



CO [12]

5. Diagnostic : [9, 10]

a- Diagnostic clinique

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

- follicules lymphoïdes sur la conjonctive tarsienne supérieure
- cicatrice conjonctivale typique
- pannus vasculaire
- follicules limbiques ou leurs séquelles (les puits d'Herbert).

Ces critères permettent d'éliminer sans difficulté les conjonctivites bactériennes et virales

6- EVOLUTION : [9, 10]

L'inflammation trachomateuse en milieux hyper-endémiques persiste quelques années avant d'évoluer vers la cicatrisation qui pourra se faire selon deux modalités :

- Soit l'inflammation est restée modérée et l'évolution se fera 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 cicatrisation pourra alors dépasser son but et entraîner une fibrose rétractile de la paupière supérieure.

7- Les Complications : [9, 10]

Elles sont surtout caractérisées par :

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

8. Traitement : [1]

La stratégie CHANCE est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui a créé une Alliance pour l'Élimination Mondiale du Trachome d'ici l'an 2020 (EMT 2020) ou GET 2020. Les composantes de la stratégie CHANCE sont :

CH : Chirurgie pour ceux exposés au risque immédiat de cécité

L'acte chirurgical permet de rectifier et de corriger les cils palpébraux rétrovertis des patients souffrant de trichiasis. Généralement, c'est par cette correction qu'on commence à mettre en œuvre la stratégie pour prendre en charge ceux qui sont exposés au risque immédiat de cécité. La chirurgie de la paupière est une intervention relativement simple pouvant être exécutée dans la communauté ou dans les centres de santé. Les patients ont souvent peur de l'opération et le meilleur moyen de s'assurer qu'ils viendront consiste à réaliser l'intervention dans la communauté. Cette opération soulage la douleur causée par le frottement des cils sur la cornée de l'œil mais elle ne corrige pas les lésions cicatricielles et ne rétablit pas la vision. Il est important que les chirurgiens qui réalisent l'intervention disposent d'une bonne formation et soient bien supervisés car le taux de récurrence risque d'être élevé si l'opération n'est pas exécutée correctement.

A : Antibiotiques pour traiter les cas actifs individuels et réduire le réservoir communautaire d'infections.

Les antibiotiques sont utilisés dans le traitement du trachome actif. Ils permettent également de réduire le réservoir de virus dans la communauté. L'application journalière de pommade ophtalmologique à base de tétracycline au niveau de la conjonctive pendant 6 semaines permet de traiter le trachome actif. Ou alors, l'azithromycine peut être prise par voie orale, sous forme de comprimés (ou de sirop pour les jeunes enfants) et une dose par an permet de traiter le trachome actif.

On décidera de la distribution en fonction de la prévalence du trachome, de la disponibilité du médicament et de la disponibilité du personnel chargé du dépistage et de la distribution. L'OMS recommande un traitement de masse avec l'antibiotique de toutes les personnes dans les communautés où la prévalence du trachome actif dépasse 10% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans. Dans les communautés où la prévalence de la maladie active se situe entre 5 et 10 %, les services de santé pourront soit offrir un traitement de masse ou traiter uniquement les personnes atteintes du trachome actif et leur famille.

N : Nettoyage du visage et promotion de l'hygiène pour réduire la transmission

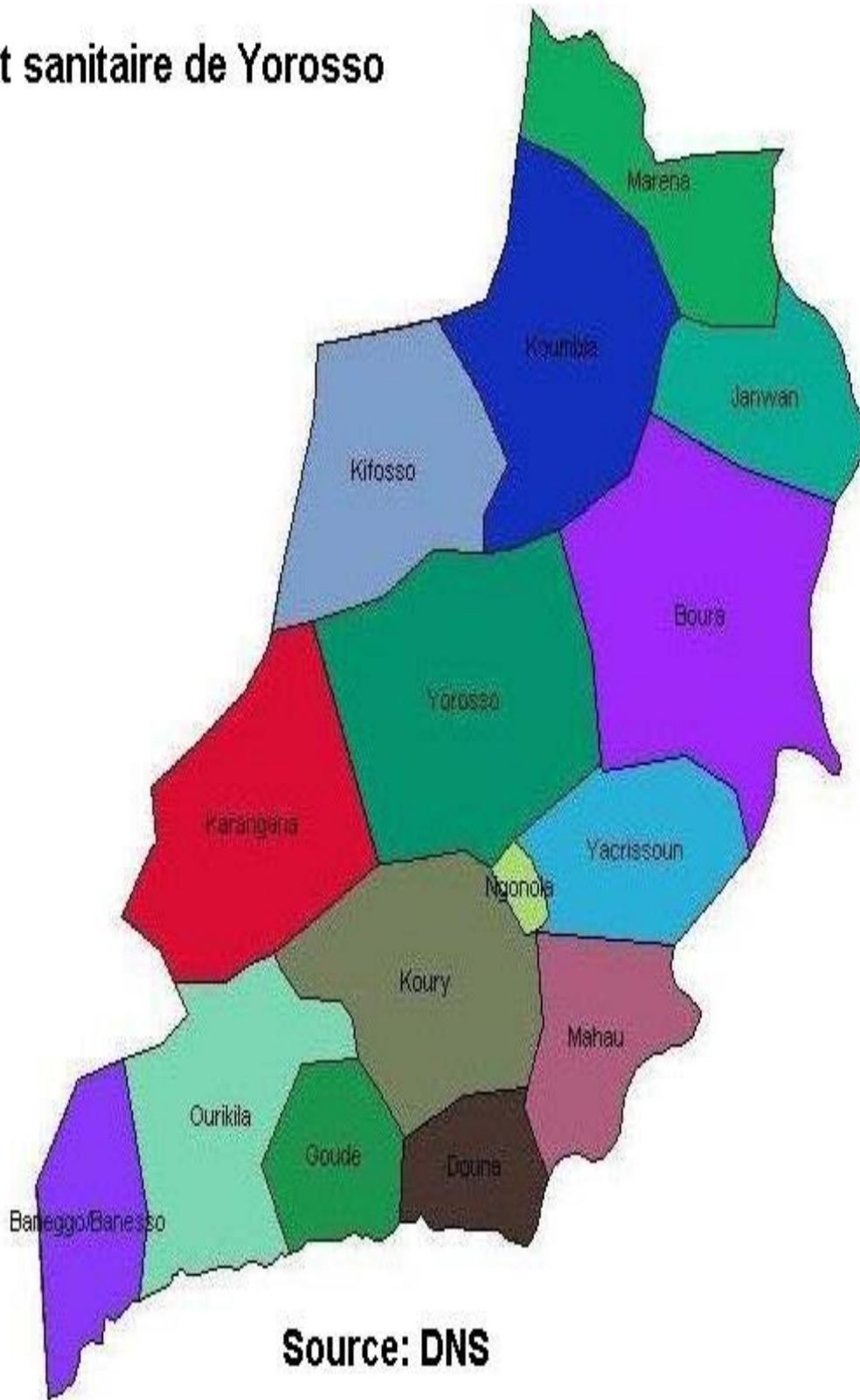
Un visage sale est fortement associé à la transmission du trachome actif. En effet les enfants dont le visage est sale sont plus susceptibles de transmettre le trachome s'ils ont une infection active ou d'être contaminés, s'ils ne sont pas infectés. Les sécrétions oculaires et nasales attirent les mouches qui cherchent à se poser sur les yeux et qui peuvent transmettre l'infection à d'autres personnes. En se frottant les yeux avec des serviettes, des draps ou le foulard de la mère souillés, on risque également de transmettre le trachome. Une des priorités des programmes de lutte contre le trachome consiste à communiquer l'idée qu'il faut prendre comme habitude de toujours garder propre le visage de l'enfant.

CE : Changement Environnemental pour améliorer tous les facteurs environnementaux qui favorisent la transmission du trachome

Le trachome persiste dans les endroits de surpeuplement où les gens vivent dans la pauvreté, privés des infrastructures de base pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'élimination des déchets. Le trachome continuera à se répandre dans de tels endroits et il reviendra même après un traitement à base d'antibiotique si de telles conditions ne changent pas. Le champ d'action de ce volet est tellement vaste qu'il représente un véritable défi pour un responsable ou planificateur de programme. Par ailleurs, il revêt un caractère impératif dans toute lutte soutenue

contre le trachome et, avec la collaboration des autres secteurs comme l'éducation, l'eau et l'assainissement rural, l'objectif devient réalisable pour les programmes.

District sanitaire de Yorosso



Source: DNS

1. Cadre de l'étude : Yorosso

Notre étude a intéressé le district sanitaire de Yorosso (région de Sikasso).

Yorosso est l'un des 8 districts sanitaires qui composent la région de Sikasso.

Le district sanitaire de Yorosso, composé de 9 Communes Rurales (Boura, Karangana, Kiffosso I, Koumbia, Koury, Mahou, Ménamba I, Ourikéla et Yorosso) est limité:

À l'Ouest par le Cercle de Koutiala ;

Au Nord-Ouest par le Cercle de San;

Au Nord-Est par le Cercle de Tominian ; Au Sud et à l'Est par la République du Burkina Faso [13].

A .Les principales activités : l'agriculture et l'élevage constituent les principales activités

Tableau I : Différents types de cultures par superficie(en hectare), par production(en tonne), par rendement (kg/ha) dans le district sanitaire de Yorosso

Cultures	Superficies En hectare	Production En tonne	Rendement KG/HA
Coton	3787	3977	1050
Maïs	1109	1965	1772
Mil	2437	2096	860
Sorgho	33 69	3 254	966
Riz	10,50	15	1451
Arachide	159	93	584
Niébé	144	64	447
Soja	71	31	442
Piment	27,25	9	325
Satane	0	0	0
Patate douce	0	0	0
Culture Fourragère	69,5	-	-
Pastèque	15	22050 fruits	1470 fruits/ha

- **L'élevage:** est pratiqué en concomitance avec l'agriculture par la quasi totalité des paysans. C'est la deuxième grande activité économique du district sanitaire de

Yorosso. Le système d'élevage dominant dans le district sanitaire de Yorosso est de type secondaire pratiqué par les agro – pasteurs au niveau village où ils fournissent la fumure organique. Un autre type d'élevage transhumant est pratiqué par les éleveurs Peuls.

Tableau II : Différentes espèces d'animaux élevés dans le district sanitaire de Yorosso de 2001à2005

N°	Espèces	2001	2002	2003	2004	2005
1	Bovins	9373	9682	9991	10 300	10 609
2	Ovins	2890	3060	3230	3 400	3570
3	Caprins	1445	1530	1615	1 700	1785
4	Asins	611	624	637	650	663
5	Porcins	1520	1680	1840	2 000	2160
6	Equins	84	86	88	90	92
7	Volaille	84500	100 000	112 500	125 000	137 500

- **La cueillette** : Essentiellement pratiquée par les femmes et les enfants, elle constitue un apport financier et alimentaire appréciable. Les produits concernés sont : le karité, les feuilles et fruits du baobab, les grains de néré, le zaban. A côté de ces principales activités ci-dessus citées, on peut voir l'accroissement du petit commerce. Le secteur artisanal se caractérise par un grand nombre d'artisanats dans les villages (forgeron, tailleur, cordonnier, maçon, menuisier, mécanicien).

B - Ressources sols et végétation: Le district sanitaire de Yorosso est situé sur le plateau de Koutiala dans le prolongement sud du plateau Dogon avec les altitudes

variant entre 480 et 200 m. La texture des sols est gravillonnaire au niveau des plateaux et limono-sableuse au niveau des plaines. Les sols ont une structure instable et le labour n'a pas un grand effet car après les premières pluies les sols formant une croûte superficielle ont tendance à se compacter. Zone de transition entre le domaine soudanien sud et le domaine sahélien, le district sanitaire de Yorosso se caractérise par des mosaïques de savanes arborées peuplées d'arbres comme le karité, le néré et un tapis herbacé de graminées vivaces et annuelles favorisant la disponibilité en pâturage. Il existe des bas – fonds et des plaines aménageables qui pourraient permettre de faire la riziculture, le maraîchage, la sylviculture.

C - Le climat hydrographie et environnement :

- **Climat**: caractérisé par l'alternance de deux saisons. Une saison sèche d'Octobre à Mai et une saison pluvieuse de Juin à Octobre. La pluviométrie varie entre 80 à 1 000 mm.

- **Hydrographie** : Le district sanitaire de Yorosso ne possède aucun cours d'eau permanent. Les marigots et rivières saisonniers essaient tout le terroir local vers le Banifing nord et le Banifing sud et charrient pendant la saison pluvieuse de grandes quantités d'eau qui tarissent dès la fin de la saison. Pour les eaux souterraines, les données semblent plus problématiques, car la texture du sol et la situation d'inter fleuve font que les roches ont une faible rétention hydrique et la nappe phréatique est en général peu abondante et très profonde. Le district sanitaire de Yorosso possède encore un potentiel important dans ce domaine malgré des signes annonciateurs de dégradation. La faune est fortement réduite suite à la pression humaine.

- **Les infrastructures scolaires** : Il existe neuf (9) écoles de 1^{er} cycle dans le district sanitaire de Yorosso (Yorosso A, Yorosso B, Simona, toro I, Diarakoungo, Nèrèso, Karagorola, Zandiéguela Ecole Privée F Cissouma) et deux écoles du second cycle (Yorosso A et Yorosso B) et une Medersa

- Les infrastructures hydrauliques : Deux adductions d'eau sommaire (Yorosso, Nampéna), 45 forages dont 15 fonctionnels, un puits moderne et un puits maraîcher.
- **Les infrastructures routières** : 105 principales et 98 secondaires
- **Les infrastructures sanitaires** : le district sanitaire de Yorosso est découpé en 15 aires de santé selon le programme du développement sanitaire du cercle(PDSC) en 2007 à la direction nationale de la santé, dont 11 fonctionnelles (la liste des aires de santé fonctionnelles selon le système local d'information sanitaire) :
 - Centre de santé de référence : un médecin chef, deux autres médecins, huit techniciens supérieurs en santé dont un opérateur du trichiasis.
 - Les centres de santé communautaire (CSCOM)
 - Trois maternités rurales

Liste des aires fonctionnelles (CSCOM)

<i>CERCLE</i>	<i>AIRE</i>	<i>Date d'Ouverture</i>
YOROSSO	BANESSO	15-déc-96
	BOURA	15-janv-00
	GOUELE	15-déc-96
	KARANGANA	15-janv-98
	KIFOSSO I	01-avr-98
	KOUMBIA	01-janv-99
	KOURY	15-déc-96
	MAHOU	01-août-01
	MENAMBA I	01-janv-05

OURIKILA

01-janv-99

YOROSSO CENTRAL

12-avr-05

Total

11

2. Période d'étude :

L'enquête s'est déroulée pendant 16 jours (du 04 au 20 Juin 2008).

3- Type d'enquête

Il s'agissait d'une enquête transversale par sondage aléatoire à deux degrés.

4-Population de l'étude

Il s'agissait des enfants de moins de 10 ans et des sujets de 15 ans et plus dans le district sanitaire de Yorosso

5-Echantillonnage

La méthode de sondage en grappe décrite par l'OMS dans le cadre de l'évaluation des couvertures vaccinales, a été utilisée.

Ainsi 20 grappes ont été choisies au hasard. Les grappes correspondaient à des villages.

La localisation des villages a été faite à partir de la liste des villages du district et l'effectif cumulé de leurs populations. L'intervalle de sondage a été obtenu en divisant la population cumulée totale par 20, le nombre de grappes. Pour la localisation de la première grappe, un nombre a été tiré à partir de la table des nombres au hasard. Elle était située dans le village dont la population cumulée était supérieure ou égale au nombre tiré au hasard.

La deuxième grappe était située dans le village dont la population cumulée était supérieure ou égale à la somme du pas de sondage et du nombre tiré au hasard.

Pour les autres grappes, on a ajouté systématiquement le pas de sondage à la population de chaque village. La localisation de la grappe correspondait au village dont l'effectif cumulé renfermait le chiffre ainsi mentionné.

La taille de l'échantillon du district est donnée par la formule suivante :

$$n = \frac{\Sigma \alpha p q}{i^2} \times d \quad \text{où } p = \text{taux de prévalence attendu du trachome}$$

$q = 1-p$

i = précision de l'étude

d = effet grappe

Σ = proportion d'unités statistiques

Chez les enfants, il s'agissait d'évaluer la prévalence du trachome actif. La taille de l'échantillon sera déterminée en fonction des éléments suivants :

$P = 36,6\%$

$i = 5\%$

$d = 4$

$\alpha = 5\%$.

Ceci a donné un effectif de 71 enfants par grappe soit 1420 individus

Chez les adultes (hommes et femmes de 15 ans et plus), la prévalence des TT devait être évaluée. La taille de l'échantillon est calculée en fonction des éléments suivants :

$p = 2,9\%$ car il devrait baisser en principe au terme des interventions réalisées après l'enquête de 1996-97

$i = 5\%$

$d = 2\%$

$\alpha = 5\%$.

Cela a donné un effectif de 108 adultes par grappe soit 2160 individus

A partir des tailles ainsi calculées, le nombre de ménages à enquêter a été également reparti entre les grappes.

Dans un village, le choix de la première concession a été fait à partir d'un espace public (exemple marché, mosquée). La pointe d'un crayon, stylo ou tout autre outil pointu pivotant donnait l'orientation sur la première concession. La deuxième concession est obtenue en ajoutant un pas. Ce pas correspondait au nombre total de ménages dans le village divisé par le nombre de ménages à enquêter multiplié par le nombre moyen de ménages à enquêter.

Dans une concession, tous les ménages qui s'y trouvaient ont été enquêtés.-

Technique et instruments de collecte des données

L'examen oculaire a été systématique pour le diagnostic des différentes formes de trachome.

La codification simplifiée proposée par l'OMS, a été notre référence selon la technique suivante :

-Eversion des 2 paupières supérieures (chaque œil étant examiné et codifié séparément)

-Examen à l'aide d'une loupe de 2,5 et à une lumière suffisante (du jour ou à la torche) de la conjonctive tarsienne supérieure. L'examen commençait par les paupières et la cornée à la recherche de cils déviés ou d'opacité cornéenne. On procédait ensuite à l'éversion de la paupière supérieure pour examiner la conjonctive qui tapisse sa partie la plus rigide (conjonctive tarsienne).

La codification a été faite suivant les critères suivants :

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

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

-Trachome Cicatriciel (TS): présence de cicatrices sur la conjonctive tarsienne supérieure.

-Trichiasis trachomateux (TT): 1 cil au moins, frotte le globe oculaire. L'évidence de l'épilation récente de cil(s) dévié(s) a été considérée comme un trichiasis.

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

Tous les signes à retenir devaient avoir une existence évidente.

En cas de codification différente au niveau des yeux d'un même sujet, la codification la plus grave a été retenue.

Etait considéré trachomateux actif tout sujet présentant les critères de **TF** ou **TI**.

Etait considéré porteur de trichiasis trachomateux tout sujet présentant les critères de **TT**

6- Considérations éthiques :

- Le consentement ultime des participants a été obtenu
- Les enfants et adultes qui présentaient des signes de trachome évolutif ont reçu gratuitement la pommade tétracycline 1% par l'équipe d'enquête;
- Les sujets de 15 ans et plus avec un trichiasis ont été référés sur leur accord au centre de santé le plus proche où une chirurgie palpébrale « gratuite » était faisable

7- Ressources humaines

Pour la réalisation de cette étude, il y avait :

Une équipe composée de 1 superviseur (assistant médical en ophtalmologie); 2 enquêteurs (étudiants en année de thèse), et 1 chauffeur.

8-Plan d'analyse des données :

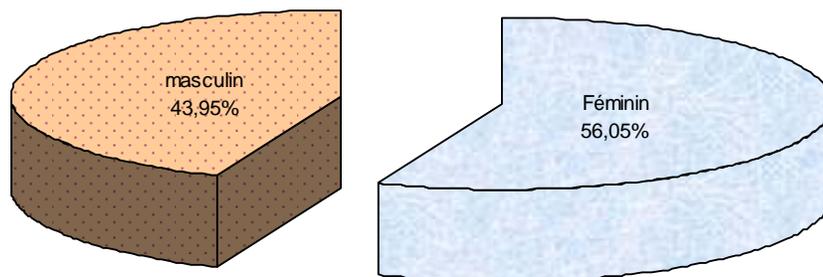
Les données récoltées ont été saisies sur le logiciel Epi-info version 6.

Un contrôle de qualité des données recueillies sur le terrain afin d'identifier des erreurs possibles, a été réalisé de même qu'un nettoyage systématique du fichier. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux, de graphiques ou sous forme narrative.

RESULTATS

I- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

A- Enquêtés de moins de 10ans



Graphique n° 1: Répartition des enquêtés de moins de 10ans selon le sexe

Le sexe féminin représentait **56,05%** de l'échantillon avec un sexe ratio F/M=1,27

Tableau I : Répartition des enquêtés de moins de 10ans selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage(%)
0-4	779	54,85
5-9	641	45,15
Total	2160	100

La tranche d'âge des enquêtés **de 0-4ans** représentait 54,85% de l'échantillon

B- Enquêtés de 15ans et plus

Tableau II : Répartition des enquêtés de 15 ans et plus selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage(%)
15-19	380	17,6
20-59	1493	69,1
60 et plus	287	13,3
Total	2160	100

La tranche d'âge de **20-59 ans** représentait **69,1%** de l'échantillon

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

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Féminin	1322	61,20
Masculin	838	38,80
Total	2160	100

Le sexe féminin représentait **61,20** avec un sexe ratio F/M=**1,57**.

II- Prévalences

A - Prévalence du trachome actif chez les enquêtés de moins de 10ans

Pour l'estimer, on a rapporté le nombre des enquêtés de moins de 10ans présentant cette affection(50) sur le total des enfants enquêtés (1420 de moins de 10ans) soit une prévalence de **3,52%**

Tableau IV : Répartition des enquêtés de moins de 10ans selon la présence de trachome folliculaire (TF)

Présence	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Avec TF	44	3,10
Sans TF	1376	96,90
Total	1420	100

La prévalence du trachome folliculaire était de **3,10 %** (IC à 95% : 2,33-4,23).

Tableau V : Répartition des enquêtés de moins de 10ans selon la présence du trachome intense (TI)

Présence	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Avec TI	6	0,42
Sans TI	1414	99,58
Total	1420	100

La prévalence du TI était de **0,42 %** (IC à 95% : 0,09-0,79).

Tableau VI : Répartition des enquêtés de moins de 10ans selon la présence du trachome actif (TF/TI)

Présence	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Avec TF/TI	50	3,52
Sans TF/TI	1370	96,48
Total	1420	100

La prévalence de TF/TI était **3,52 %** (IC à 95% : 2,72-4,74).

B - Prévalence du trichiasis

Pour l'estimer, on a rapporté le nombre des enquêtés de 15ans et plus présentant cette affection (25) sur le total des adultes enquêtés (2160 de 15ans et plus) soit une prévalence de **1,15%**

Tableau VII : Répartition des enquêtés de 15ans et plus selon la présence du trichiasis trachomateux (TT)

Présence	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Porteur de TT	25	1,15
Non porteur de TT	2135	98,85
Total	2160	100

Le taux de prévalence du trichiasis dans la population de 15 ans et plus était de **1,15%** (IC à 95% : 0,73 -1,65).

III- Facteurs de risque

1- Hygiène corporelle des enquêtés de moins de 10ans

Pour l'estimer, on a rapporté le nombre des enquêtés présentant un visage propre(1205) sur le total des enquêtés(1420) soit une prévalence de **84,85%**.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats obtenus ont permis un certain nombre de commentaires que nous avons discutés

Prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les enquêtés de moins de 10ans

Notre étude a montré une prévalence du trachome actif chez les enquêtés de moins de 10ans de **3,52 %**(IC à 95%=2,72-4,74).

Cette baisse notable de la prévalence s'expliquerait par le traitement de masse dans le district sanitaire d'environ **169528** personnes à l'Azithromycine par le programme MTN (Maladies Tropicales Négligées) en 2007 avec une couverture d'environ **91,6%**(population recensée **185074**).

Cette prévalence est élevée comparativement à celles de deux districts sanitaires de la même région où la même étude a été faite à la même période qui sont Kadiolo=**2,95%**(IC à 95%=**2,12-3,78**), Koutiala=**0,49%**(IC à 95%=**0,13-0,85**).

Cette prévalence est basse par rapport à une étude réalisée en 2005 par l'IOTA à Bla=9,2%, San=11%, Tominian=12,4%, Koro=22,7%. [6] et au taux national de 1996-1997 pour la région de Sikasso qui était de 31,7%(IC à 95%=24,1-39,3). [5]

Cette prévalence est également basse par rapport à certaines études comme celle menée en 2000 en Guinée (Conakry) où on a retrouvé une prévalence du trachome actif de 35,1% chez les enfants de moins de 10 ans. [4]

Et également celle menée en 2000 au Sénégal avec une prévalence de la forme active de 10,8% chez les enfants de moins de 10 ans [14].

Au Tchad (région du Ouaddai-Biltine) la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans était de 29,7% [15].

Selon l'OMS :- Lorsque la prévalence de TF dans une communauté est supérieure à 10%, il est nécessaire de procéder à un traitement de masse pendant au moins 3 ans d'affilée.

- Après 3 ans de TDM si la prévalence est supérieure à 5%, il faut continuer encore pendant 3 ans ce traitement

Dans notre étude, après seulement 1 an de traitement de masse, la prévalence était inférieure à 10%.

Prévalence du trichiasis chez les Enquêtés de 15ans et plus

La prévalence du trichiasis trachomateux chez les enquêtés de 15 Ans et plus était **de 1,15 % (IC à 95%=0,73-1,65)**.

Cette baisse de prévalence du trichiasis trachomateux s'expliquerait par l'action de la CROIX ROUGE SUISSE (CRS) dans la région de Sikasso depuis les années 1999 pour la lutte contre les affections cécitantes à travers les activités suivantes :

-La formation du personnel soignant des districts sanitaires en soins oculaires primaires (SOP).

-Le renforcement en équipement médico-chirurgical ophtalmologique des districts sanitaires

-L'animation sur la prévention des maladies oculaires cécitantes et la promotion des comportements à la bonne santé de la population sur les radios de proximité.

-La remise des moyens logistiques (moto et auto) pour les stratégies avancées de chirurgie de trichiasis et de cataracte entre 2001 et 2005 : Environ 3777 personnes porteuses de trichiasis ont bénéficié d'une cure chirurgicale dans la région de Sikasso (2001-2005)

Cette prévalence est élevée comparativement à celles de quatre districts sanitaires de la même région où la même étude a été faite à la même période qui sont : Kadiolo=**0,79% (IC à 95%=0,42-1,16)**, Sikasso=**0,65% (IC à 95%=0,3-1)**, Bougouni=**0,64%(IC à 95%=0,31-0,97)**, Koutiala=**0,5%(IC à 95%=0,21-0,79)**.

Cette prévalence est basse par rapport à une étude réalisée par l'IOTA en 2005 dans le district sanitaire de Koro (4%) et au taux national de 1996-1997 pour la

région de Sikasso qui était de 2,9%(IC à 95%=1,9-3,9) pour le trichiasis trachomateux.

Notre étude a trouvé une prévalence basse par rapport à certaines études comme celles menées:

-En 2000 au Sénégal, avec une prévalence du trichiasis trachomateux de 2,6% chez les sujets de 14 ans et plus. [14]

-Et celle du Tchad (région du Ouaddai-Biltine), avec un taux de 1,7% pour le trichiasis trachomateux. [15]

-En Haute Guinée en 2000, le taux était de 2,7% pour le trichiasis trachomateux [16].

Selon l’OMS : Le seuil d’intervention de TT retenu est 1%, notre cas de 1,15% reste toujours élevé donc nécessite une action d’envergure (campagne de chirurgie du trichiasis par des stratégies avancées)

Dans une chirurgie de masse du trichiasis, la stratégie consiste à opérer un grand nombre de cas en campagne et en centre fixe pour réduire davantage ce taux.

Nettoyage du visage des enfants

L’hygiène corporelle a été appréciée à travers les observations collectées auprès des enquêtés sur l’état du visage. Malgré qu’elle reste satisfaisante avec **84,85%** des enfants avec le visage propre, l’attitude qui consiste à laver régulièrement le visage des enfants au moins 2 fois par jour réduit considérablement la transmission du trachome. Selon les résultats de l’enquête 1996 – 1997, la fréquence du trachome était inversement corrélée à la quantité d’eau utilisée pour l’hygiène corporelle des enfants. [5]

L’étude menée par JF. Schemann [17] en 2001 dans trois pays de la sous-région a montré une prévalence élevée lorsque le visage était sale (Mali, Burkina Faso, Sénégal).

Taylor en mettant l’accent sur l’importance du lavage du visage affirme que le lavage régulier du visage protégeait bien contre le trachome au Mexique, car le

risque relatif était élevé pour ceux qui ne se lavaient pas fréquemment le visage.

[18]

La combinaison de conjonctivite non chlamydienne et d'épisodes répétés de trachome évolutif aggravent la maladie et sont à l'origine d'un plus grand nombre de cicatrices conjonctivales et de complications cécitantes. Des études de suivi à long terme ont montré que la gravité de la conjonctivite trachomateuse chez l'enfant est directement liée au trichiasis trachomateux potentiellement cécitant chez l'adulte. **[9]**

CONCLUSION

Ce travail avait pour but d'évaluer la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les enfants de 0 à 9 ans et celle du trichiasis Trachomateux (TT) chez les sujets de 15 ans et plus.

Au terme de cette étude, il ressort que la prévalence du trachome actif et celle du trichiasis trachomateux restaient faibles par rapport à celles de 1996-1997. Ce résultat satisfaisant pourra conduire à l'élimination du trachome cécitant d'ici l'échéance de 2020 pour répondre aux objectifs du millénaire et de Vision 2020 : le droit à la vue. Il montre aussi qu'on est dans la bonne direction en poursuivant le traitement de masse encore pendant 2 années de suite. Pour ce faire il est nécessaire donc de mettre l'accent sur la prophylaxie du trachome par l'amélioration des conditions de vie à travers la promotion de l'hygiène, l'assainissement, l'éducation, l'alimentation.

L'organisation sanitaire à l'échelon de l'individu et de la collectivité et un développement intégré impliquant plusieurs domaines d'intervention (media, services d'hygiène, d'hydraulique) permettront d'atteindre cet objectif d'élimination du trachome.

A cet effet, la mise en œuvre de la stratégie « C H A N C E » dans le cadre de la lutte contre le trachome doit être renforcée dans toutes ses composantes ce qui contribuera à l'atteinte des objectifs de Vision 2020 : le droit à la vue

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement au(x) :

▫ **Coordinateur du PNLC :**

- Poursuivre encore 2 années de suite le traitement de masse à base d'Azithromycine afin de couvrir tous les villages dans le district sanitaire de Yorosso.
- Initier une étude ultérieure après 3 années d'antibiothérapie de masse afin d'apprécier l'impact de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE.
- Elaborer un programme de prise en charge chirurgicale du trichiasis à travers les campagnes de stratégies avancées de chirurgie du trichiasis.

▫ **Directeur régional de la santé de Sikasso:**

- Organiser 2 autres campagnes de traitement de masse à l'Azithromycine pour permettre une étude d'impact après 3ans de traitement selon les recommandations de l'OMS.
- Mobiliser davantage de ressources humaines, matérielles et financières pour la lutte contre le trachome.

▫ **Médecin chef du centre de santé de référence du district sanitaire de Yorosso:**

- Elaborer un programme de communication pour le changement favorable de comportement (CCFC) dans toutes les communes du district sanitaire de Yorosso.

▫ **Populations :**

- Améliorer l'environnement (lutte contre les mouches, approvisionnement suffisant en eau saine afin d'éradiquer le trachome)

REFERENCES

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

La lutte contre le trachome : Perspectives. WHO document (PBL) 96.56
Genève : OMS. 1996 : 1- 47

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

3. IOTA-OCCGE-OMS : cartographie du trachome dans la sous région
[http:// www.IOTA-OCCGE.org/ trachome.html](http://www.IOTA-OCCGE.org/trachome.html)

4. Resnikoff.S. Corbe.CH. Cornaud.D : trachome en Mauritanie.
Rev.inter.trach. 1981. 3-4. 97-110

5. SCHEMANN JF. SACKO.D. BANOU.A. BAMANLS. BORE .B. COULIBALY S. ELMOUCHTAHIDE. MA

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

6. Traoré L. Trachome et autres maladies liées à l'eau dans la zone du projet d'eau de Word vision au Mali : avril 2005

7. Organisation Mondiale de la Santé: planification pour l'élimination mondiale du trachome (EMT) à l'échelle mondiale. Genève 1996. Rapport d'une réunion.

8. Cornand G.

Les problèmes de trachome dans le monde.
Rev.Int trach. 1982. (2-3). 203-204

9. NEGREL AD.

De l'ophtalmologie tropicale à l'ophtalmologie de santé publique. Cahiers de santé .1995 . 5 : 147- 8

10. THYLEFORS BI.

Contrôle mondial du trachome : passé, présent et future. Revue internationale du trachome et de pathologies oculaires tropicales et

Subtropicales et de santé publique .1995 : 18-20

11. Organisation Mondiale de la Santé (OMS): Troisième rapport du comité d'experts du trachome.

Genève 1962. 334.

12. Organisation Mondiale de la Santé (OMS)/Maladies oculaires prioritaires.

Codification du trachome : TF+TI.

Www. Who.int/blindness/priority/fr/index2.html-25k

13. Keïta O. Monographie du cercle de Yorosso. 16 juin 2008

Sites internet: [http:// Wikimedia foundation.org/](http://Wikimedia foundation.org/). www.cercle de yorosso.net

14. SALL MB. Schemann JF. SAAR B. FAYE M .MOMOG .Mariotti SP. Négrel AD.

Le trachome au Sénégal: Résultats d'une enquête nationale.

Méd Trop 2003. 63 :53-59

15. CARTOGRAPHIE DU TRACHOME en république du Tchad en 2001

16. RAPPORT D'ENQUETE en haute guinée en 2000 par l'IOTA

17. Schemann J. F.

Trachome et xérophtalmie en Afrique, deux maladies de société.

Thèse Sciences biol.Med. Université Victor Segalen. Bordeaux II 2002

18. Taylor H.R Velasco F.M. and Sommer A.

The ecology of trachoma and epidemiological study in southern Mexico.

Bull. World Health Org.63. 1985.

19. RAPPORT D'ENQUETE nationale sur le trachome par l'IOTA au Burkina – Faso en 1997 – 1998

20. Bagayoko C. O. impact de l'approvisionnement en eau sur la prévalence du trachome évolutif dans l'arrondissement de Ouelessebouyou (Mali). Thèse. méd.Bamako1993M28

21. DAWSON. CR. DAGHFOUS.T. HOSHIWARA.A et al.

Trachoma therapy with topical tetracyclin and oral erythromycin: a clinical trial. Bull WHO. 60: 347- 355. 1980

22. BULLETIN WHO 2004. 82 = 844 –851

Global data on visual impairment in the year 2002

23. RAPPORT D'ENQUETE REGIONALE AU NIGER EN 1998 PAR L'IOTA

24. THOMAS. ML ET COLL

Comparison of two azithromycine distribution strategies for controlling trachoma in Nepal Bull of WHO. 2001. 79.

ENQUETE DE PREVALENCE DU TRACHOME PNLC**SIKASSO 2008****QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL****CONSENTEMENT**

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

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

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

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

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

ID No

 Identification

cercle /__ / commune

.....village N°

Grappe /__ /__ / N° ménage /__ /__ / N° concession /__ /__ /

Nom enquêté (e) :

.Age (en année)

/__/__/

Sexe /__/

Examen oculaire

1.

Localisation	TF	TI	TS	TT	CO
Oeil droit					
Oeil gauche					

Normal=0 présence de signe=1

1-Codifications retenues

TF /__/ TI /__/ TS /__/ TT /__/ CO /__/

3. Appréciation état visage (si enquêté enfant)

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

Liste des grappes de YOROSSO

N° grappe	Village	Aire sanitaire	population	ménages	pas
grappe 1	BOURA	Boura	3267	722	9
grappe 2	Mougna	Boura	1619	288	8
grappe 3	Banesso	Banesso	3735	655	9
grappe 4	Bèssou	Gouélé	1438	114	3
grappe 5	Karangana	Karangana	3006	572	9
grappe 6	Torosso	Karangana	2269	268	7
grappe 7	Kalédougou	Kifosso	3204	383	11
grappe 8	Toro II	Kifosso	854	111	3
grappe 9	Koumbia	Koumbia	4378	349	10
grappe 10	Maréna	Koumbia	6347	915	9
grappe 11	Dèssèna	Koury	854	119	3
grappe 12	Douna	Koury	3529	157	4
grappe 13	Mougna	Koury	1036	42	1
grappe 14	Sani	Koury	1694	213	6
grappe 15	Dionkouna	Ménamba I	424	52	1
grappe 16	Ourikela	Ourikila	6848	192	5
grappe 17	Tioula	Ourikila	1312	186	5
grappe 18	Diarakoungo	Central	1645	184	5
grappe 19	Zandièguèla	Central	2570	510	9
grappe 20	Mahou	Mahou	10383	2040	12

Echantillonnage

Dans notre cas précis, nous avons choisi au hasard 20 grappes par cercle au lieu de 30(cas de l'évaluation de la couverture vaccinale). Le sondage en grappe consiste à diviser la population en groupes ou grappes mutuellement exclusives et exhaustives et dans une seconde étape à effectuer la sélection d'un nombre réduit de grappes. Les éléments de l'échantillon sont alors extraits des grappes sélectionnées. Ces grappes correspondent à des villages.

Comment tirer le premier village et ainsi de suite ?

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 leur population ou nombre de ménage par village.

On calcule l'intervalle d'échantillonnage qui est égal à la population cumulative totale divisée par le nombre de grappe.

Nous choisissons au hasard un nombre inférieur ou égal à l'intervalle d'échantillonnage. On repère le premier village pour lequel le chiffre de la population égale ou dépasse le nombre choisi au hasard.

La deuxième grappe correspond au village dont la population cumulée est égale ou dépasse la somme de l'intervalle d'échantillonnage et du nombre choisi au hasard. Les autres grappes correspondaient au village dont la population cumulée est égale ou dépasse la somme de l'intervalle d'échantillonnage et du nombre qui déterminait la situation de la grappe précédente jusqu'à l'obtention des 20 grappes.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : BAGAYOKO

Prénom : DRAMANE

Titre : Prévalence du trachome dans le cercle de Yorosso : résultats de l'enquête 2008.

Année universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : Ophtalmologie, Santé publique

RESUME

Le trachome constitue un problème de santé publique au Mali et particulièrement dans la région de Sikasso. C'est dans le cadre d'une étude de base financée par la fondation Bill Gates sur l'intégration des Programmes de traitement de masse Trachome et Filariose qu'a été organisée une étude de prévalence du trachome dans le district sanitaire de Yorosso en 2008.

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

C'est ainsi que 1420 sujets de moins de 10 ans et 2160 sujets de 15 ans et plus ont été enquêtés respectivement dans le volet du trachome actif et du trichiasis trachomateux, tous sexes confondus.

Le taux de prévalence du trachome actif **3.52%** chez les sujets de moins de 10ans serait faible par rapport à celui estimé par l'enquête nationale de 1996 – 1997 (34,9%).

En ce qui concerne le trichiasis chez les sujets de plus de 15 ans, la prévalence **1.15%** semble différer de celle de l'enquête ci- haut évoquée.

Mots clés : Trachome, Prévalence, Yorosso

Serment d'Hippocrate

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

Je **donnerai** mes **soins gratuits** à l'indigent et **n'exigerai jamais** un salaire au dessus de mon travail.

Je **ne participerai** à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.