



République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année académique 2008-2009

N° /

TITRE

**PREVALENCE DU TRACHOME DANS LE
CERCLE DE KOLONDIÉBA APRES UN AN
DE TRAITEMENT DE MASSE EN 2008.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et

D'Odonto-Stomatologie

Par Mr KARAMOKO KANTAKO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président :	Pr	Sidi Yaya	SIMAGA
Membres :	Dr	Albert	A BANOU
	Dr	Mamadou	DEMBELE
Codirecteur de thèse :	Dr	Sanoussi	BAMANI
Directeur de thèse :	Pr	Abdoulaye	DIALLO

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mon père, feu **Sékou KANTAKO**

Ce travail, fruit de votre infatigabilité, est une réponse à vos prières.

Il est aussi le fruit de l'éducation que vous m'avez donnée.

Vous avez été toujours à mon côté en répondant favorablement à toutes mes demandes. Je suis très fier de vous et promet de suivre la voie que vous avez tracée. Dors en paix très cher père.

A ma mère, **Fatoumata SIMPARA**

Vous êtes toujours prête à tout sacrifier pour que nous, vos enfants, devenions meilleurs. Vous n'avez pas cessé un seul jour de penser à notre avenir durant tout ce parcours. Ce travail est le fruit de votre affection.

A mes frères et sœurs : **Boua, Bah Simpara, Mamadou, Bintou, Sitan, Hata et Maman.**

Ce travail est le fruit de votre soutien.

Demeurons fortement unis.

A toute la famille **KANTAKO** depuis **Dissan ; Banamba et Bamako**

Que ce travail soit pour vous le symbole de ma profonde sympathie

Je souhaite que vous réussissiez chaque jour dans vos entreprises grâce à Dieu

A mon oncle Docteur **Dababou SIMPARA**

Merci pour votre simplicité et vos conseils très profonds.

Recevez ici toute ma reconnaissance et mon plus grand respect

A toute la famille **SIMPARA** à **Banamba et Bamako**

Vous m'avez accepté sans condition.

Affection et profonde reconnaissance pour l'accueil chaleureux que vous m'avez toujours réservé.

Sincères remerciements.

A mes amis

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

Remerciements :

A ALLAH, le Tout Puissant, qui m'a donné la force, la santé de mener à bout ce travail.

A tout le personnel du Programme National de Lutte Contre la Cécité (PNLC) en particulier : **Dr Dembélé, Mr Famolo Coulibaly, Mr Daouda Coulibaly, Mr Lamine Diallo, Mr Faira Keita, Mme Adam Bathily, Mme Bintou Kéita, Dr Aboubacar Koné, Dr Kadiatou Bâ, Dr Assan Tall, Mr Mohamed Diarra, Mr Mohamed Doumbia Mr Sinémori Konaté, Mme Idriss Aicha.**

Merci pour votre fructueuse collaboration et votre disponibilité.

Au Docteur **Fousseyni Bolezogola**

Votre disponibilité ne m'a jamais fait défaut.

Votre générosité est pour moi comme une leçon profondément gravée dans ma mémoire. Croyez moi, je ne l'oublierais jamais.

Merci beaucoup Docteur Bolez.

Aux autres personnels de la clinique de l'Espérance :

Dr Boucary Guindo, Ibrahima Traoré, Sadia Camara, Siaka Simpara, Amadi Traoré, Amadi Bah, Dommé Karambé, Mariam Coulibaly

Merci pour votre collaboration et votre solidarité sans faille.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au personnel du service de Médecine Interne

Merci d'avoir contribué à ma formation.

Toute ma reconnaissance

Aux aînés et aux collègues du service de Médecine Interne et du Programme National de Lutte Contre la Cécité

Merci d'avoir participé à ma formation

En souvenir des moments de joie ensemble.

Demeurons solidaires.

**HOMMAGES
PARTICULIERS AUX
HONORABLES MEMBRES
DU JURY**

A notre Maître et Président du jury : **Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

- **Professeur Honoraire de Santé Publique**
- **Chevalier de l'Ordre du Mérité de la Santé.**

Cher Maître,

Permettez- nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous avez faite 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 Maître, l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et juge : **Docteur Albert A BANOU**

- **Spécialiste en Ophtalmologie et en Santé Publique**
- **Médecin Ophtalmologiste à l'Opération Milagro**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury. Nous admirons vos qualités scientifiques et nous sommes fiers de l'enseignement que vous nous avez prodigué. Veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde admiration et de notre profond respect.

A notre Maître et juge : Docteur **Mamadou DEMBELE**

- **Spécialiste en Santé Publique**
- **Adjoint du Coordonnateur au Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC).**

Honorable Maître,

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

Veillez accepter nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre Maître et Codirecteur de Thèse : **Docteur Sanoussi BAMANI**

- **Maître assistant en Ophtalmologie**
- **Coordonnateur du Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC).**

Cher maître,

Votre richesse scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur et votre constante disponibilité ont cultivé en nous l'amour pour l'ophtalmologie et nous serviront de modèle.

Vos qualités humaines et votre attachement aux patients font de vous un être particulier et admiré de tous. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Soyez assurés, que vos nombreux conseils et enseignements n'auront pas été vains et serviront de repère dans notre vie professionnelle.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse : **Professeur Abdoulaye DIALLO**

- **Maître de conférences en Ophtalmologie**
- **Médecin Colonel de l'Armée Malienne**
- **Directeur de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique**

Cher maître,

Lorsque vous avez accepté de diriger cette thèse, nous en avons été enchantés.

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 Maître, l'expression de notre profond respect.

Les Abréviations :

CHANCE (CH, A, N, CE)

CH : Chirurgie du trichiasis

A : Antibiothérapie

N : Nettoyage du visage

CE : Changement l'Environnement

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

IOTA : Institut d'Ophthalmologie Tropical de l'Afrique

CS Ref : Centre de santé Référence

CS Com : Centre de santé Communautaire

GET: Global Elimination of Trachoma

ITI: International Trachoma Initiative

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNLC : Le Programme National de Lutte contre la Cécité

TF: Trachome Folliculaire

TI : Trachome Intense

TT : Trichiasis Trachomateux

TS : Cicatrice Trachomateuse

CO : Opacité Cornéenne

LCET : La limbo- conjonctivite endémique des tropiques

SOMMAIRE

PLAN	PAGE
I INTRODUCTION:	1 - 2
II OBJECTIFS:	3
III GENERALITES :	4 - 10
IV METHODOLOGIE:	11-21
V RESULTATS:	22-29
VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:	30-33
VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS:	34-35
VII REFERENCES:	36-38
XI ANNEXES :	39-41

INTRODUCTION

I INTRODUCTION

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

Le trachome demeure encore et toujours un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Il sévit généralement dans les zones rurales à climat sec, où les mauvaises conditions de vie socio-économique, le manque d'eau et d'hygiène facilitent sa propagation à laquelle l'enfance paie un lourd tribut. [6]

L'OMS, d'après les dernières estimations, relève que le trachome actif affecte plus de 84 millions de personnes à travers le monde, 10 millions de personnes présentent des complications cécitantes de la maladie (Trichiasis Trachomateux) et probablement 7.6 millions de personnes ont déjà perdu la vue. (12)

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 [11]. En 2000 on a retrouvé une prévalence du trachome actif de 35,1% chez les enfants de moins de 10 ans en Guinée Conakry. [8]

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

Une enquête réalisée en 2005 par une équipe de L'IOTA dans la région de Mopti et Ségou avait 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.

Depuis les années 50, le traitement du trachome reposait essentiellement sur l'administration d'antibiotiques (tétracycline en application locale pendant 6 semaines). Dans les années 90 le bon résultat avec l'usage de l'azithromycine à dose unique, et l'amélioration de l'accessibilité financière à ce produit (droits de protection et de vente tombés dans le domaine public en 1997) ont favorisé la relance de la lutte contre le trachome par l'OMS à travers le programme « GET 2020 » (Global Elimination of Trachoma) qui repose sur la stratégie « CHANCE » (CH : Chirurgie du trichiasis, A : Antibiothérapie, N : Nettoyage du visage, CE : Changement de l'Environnement).

Le Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC) a entrepris une nouvelle étude de prévalence du trachome dans le district sanitaire de Kolondiéba avant le démarrage du projet Gates et après une année de traitement de masse. La présente étude entre dans ce cadre en visant les objectifs suivants.

II OBJECTIFS

2.1 Objectif Général :

Etudier l'impact du traitement de masse sur la prévalence du trachome dans le district sanitaire de Kolondiéba région de Sikasso au Mali.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients
- Déterminer la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans dans le district sanitaire de Kolondiéba
- Déterminer la prévalence du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus dans le district sanitaire de Kolondiéba

III GENERALITES :

3.1 – Définition:

Le mot trachome vient des racines grecques, signifiant « rugueux » et « enflure », en référence à l'aspect de la conjonctive tarsienne. [3]

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

Tout conflit s'accompagne de migrations importantes et surtout d'un cortège de souffrance, de conditions d'hygiène défectueuses, de privations qui sont des facteurs éminemment aggravants pour l'éclosion et le développement de la maladie trachomateuse. [3]

L'endémie trachomateuse a sensiblement régressé au cours des dernières décennies. Parmi les manifestations ophtalmologiques des chlamydiae, le trachome représente l'atteinte la plus grave et reste un problème de santé publique dans les pays en voie de développement.

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

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

3.2-Epidemiologie :

3.2.1-Repartition géographique

Maladie ubiquitaire, le trachome est un véritable fléau social mondial puisque l'OMS estime à 84 millions de personnes le nombre de trachomateux disséminés dans 55 pays endémiques essentiellement en Afrique et au Moyen-Orient. Quelques pays des Amériques et d'Asie sont également touchés. (12)

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

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

3.2.2-Agent Pathogène :

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

L'immunofluorescence a permis de distinguer 15 sérotypes (les sérotypes A, B, Ba, C,) de virulences différentes. Ils sont responsables du trachome et des conjonctivites à inclusion. [6]

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

On assiste alors à l'apparition d'une réaction fibreuse prenant la place de l'hyperplasie folliculaire et aboutissant à des lésions cicatricielles irréversibles. [2] C'est une véritable «cirrhose» du chorion, caractère pathognomonique du trachome qui le distingue absolument des autres conjonctivites folliculaires.

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

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

3.3 - Clinique :

3.3.1- Codification simplifiée de l'OMS :

Le diagnostic du trachome est essentiellement clinique.

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

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

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

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

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

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

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

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



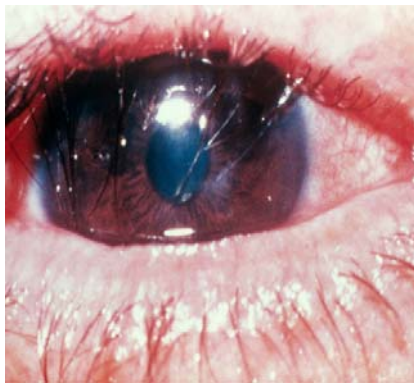
**Trachome
Inflammatoire
Folliculaire (TF)**



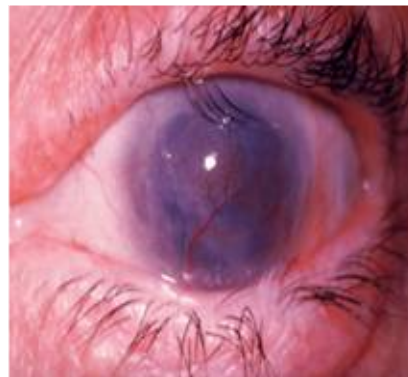
**Trachome
Inflammatoire
Intense (TI)**



**Trachome
Cicatriciel
(TS)**



**Trichiasis Trachomateux
Cornéenne
(TT)**



**Opacité
(CO)**

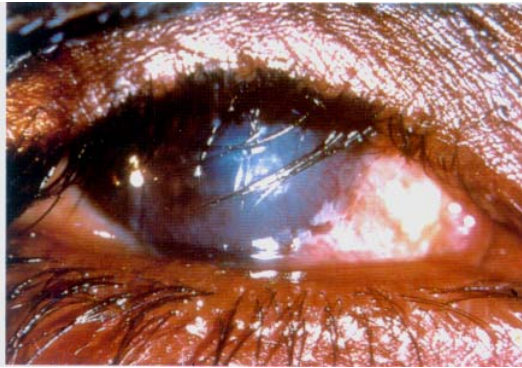
Les signes peuvent se produire ensemble



TF & TI



TI & TS



TT & CO

3.3.2 - Diagnostic positif :

Association d'un pannus trachomateux à :

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

3.3.3- Diagnostic différentiel :

Se pose avec les autres chlamydioses oculaires :

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

Le diagnostic de laboratoire repose essentiellement sur :

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

3.4 - Les Complications :

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

Elles sont surtout :

*Cornéennes à type : [2]

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

*Lacrymales à type de :

-dacryoadénites (inflammation de la glande lacrymale)

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

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

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

3.5 – Traitement :

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

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

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

□ Chirurgie du trichiasis :

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

□ Antibiothérapie :

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

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

□ Nettoyage du visage :

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

□ Changement de l'environnement :

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

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

IV METHODOLOGIE

4 -1 – CADRE DE L’ETUDE :

4-1-1 Historique :

Le village de Kolondiéba a été créé avant la période coloniale par Ganfila KONE et Fasoroma DIARRA, son forgeron venu de Guankozoba (située dans l’actuelle commune rurale de Kadiana) à la recherche de leur frère aîné. Au cours de leur recherche, ils s’assayèrent auprès d’un buisson pour se reposer. L’un deux commença à tailler l’arbre. Epuisés de soif au cours de cet exercice, ils grattèrent le sol avec ce bâton et une eau claire jaillit par la suite ils demandèrent à s’installer autour du point d’eau découvert et ils creusèrent un puits (Kolondié) qui par déformation devient Kolondiéba.

Ils s’installèrent près du puits blanc (Kolondié en bambara) qui donnera son nom au village, ce puits est près d’un bois sacré Siritou à l’entrée nord de la ville. De cet emplacement considéré comme hanté , ils viennent s’installer dans l’actuel site sur l’autre rive du marigot .cette petite agglomération sera entourée d’une fortification TATA contre les envahisseurs ; avant l’arrivée des français . Les différents chefs de villages qui se sont succédé de la colonisation à nos jours sont : Fankélé KONE ; Sedio KONE ; Zandiougou KONE ; Ba Tiédjougou KONE, Badjan KONE ; Bakarikoro et Bakary Tjini KONE. Aujourd’hui le village est dirigé par un intérimaire, en la personne de Tiémoko KONE qui est le plus âgé des conseillers.

4-1-2 Situation administrative et géographique :

Le cercle de Kolondiéba a une population de 184310 habitants environ dont les femmes représenteraient 52% avec un taux d’accroissement à 3%. Les principales ethnies sont les bambaras, les peulhs et les sénoufos. Il comprend 205 villages.

Presque tous les services déconcentrés sont représentés dans le cercle. La gestion de l'environnement est régie par le droit d'usage.

La terre appartient aux familles fondatrices. Le régime foncier est de type libéral. L'accès à la terre pour les autres se fait par simple demande aux propriétaires terriens.

Le cercle de Kolondiéba est limité:

~ Au nord et à l'ouest par le cercle de Bougouni

~ Au sud par la RCI (La République de la Côte d'Ivoire)

~ À l'est par les cercles de Sikasso et Kadiolo

Le sol est latéritique légèrement sablonneux situé sur les pentes et lumino-argileux dans les baffons et ainsi que les plaines. Le sous-sol renferme des gisements aurifères (village de Kalakan). Le relief est du type tabulaire latéritique. Cependant on note la présence de quelques collines de 300mètres de hauteur environs

4-1-3 Climat :

Le climat est de type soudano guinéen avec une pluviométrie moyenne de 1100 à 1300 mm/an. Il est caractérisé par une saison pluvieuse de Mai à Octobre et une saison sèche de deux périodes dont l'une froide, de Novembre à Février et l'autre chaude, de Mars à Avril. La température moyenne est de 27°C. Les précipitations connaissent leur maximum en Août et Septembre. La répartition des pluies n'étant pas uniforme, celle-ci perturbe le cycle des cultures souvent et entraîne des baisses de rendements surtout pour les cultures sensibles (riz, maïs, coton). L'harmattan, vent dominant chaud et sec, souffle de Janvier à Mars et la mousson chaude et humide souffle de Mai à Octobre.

Les cours d'eaux sont presque tous secs pendant une bonne partie de l'année. Cependant quelques réseaux hydrographiques d'origine ivoirienne constituent les principaux cours d'eaux du cercle. Ils coulent en direction du fleuve BAGOÉ. Ce sont le Tiendaga et le Kankelaba.

4-1-4 Situation scolaire :

L'environnement scolaire se compose de l'école publique, communautaire et privée. Le taux de scolarisation dans le cercle est de 59%. Selon les informations collectées sur le terrain, le problème majeur de l'école dans le cercle s'identifie par l'insuffisance d'enseignants dans les écoles entraînant la double vacation et le double cours (pratique de deux cours dans une même classe). Par ailleurs, l'alphabétisation a connu un frein à cause de l'abandon de cette activité par la C.M.D.T.

4-1-5 Situation sanitaire :

Le cercle de Kolondiéba est découpé en 17 aires de santé que sont : Aire de santé de Kolondiéba(Août 1995), Zeguere(Décembre 1996), Kebila(Août 1995), Farako(Décembre1996), Nangalasso(Décembre1996), Kadiana(Octobre 1997),Tiongui(Août1996),Bougoula(Août2001),Kaara(Août1994), Mena(1995), Kolosso(non fonctionnelle), Wakoro(Juillet 2001), Diaka(Août 1995), Toutiala(octobre 1997).

Il y a le centre de santé de référence situé en plein cœur de la ville Kolondiéba, auprès du marché et de l'école fondamentale. Il est renforcé par les CSCOM, le service de développement et de l'économie solidaire ainsi que le service d'hygiène. Deux dépôts pharmaceutiques assurent l'approvisionnement de la population en médicaments. Le taux de couverture vaccinale serait de 95%.

4-1-6 Economie :

L'économie du cercle est basée sur l'agriculture, l'élevage, la pêche, la chasse, la cueillette, l'exploitation des ressources ligneuses, etc.

4-1-6.1 Agriculture :

Les principales spéculations sont : le coton, le maïs, le mil, le sorgho, et le riz. On identifie 2125 unités de production agricoles (UPA), les exploitations qui disposent d'un équipement représenteraient 63,04%. La superficie totale de coton pour la campagne 2004-2008 serait de 6558 ha pour une production de 8404 tonnes. Celle des cultures vivrières est de 11766,50 ha pour une production de 15290 tonnes. Le coton conventionnel est la seule culture de rente. Il est à signaler que la culture du coton biologique gagne du terrain. Sa production est estimée à 44,08 tonnes pour un rendement de 510 kg/ha (campagne 2004-2008), soit un revenu monétaire de 11989760 F CFA. L'arboriculture commence à se développer dans le cercle. Les espèces concernées sont les mangues, les agrumes, l'anacardier et la banane. Les difficultés rencontrées sont entre autres liées aux attaques parasitaires et au mauvais état des pistes rendant difficile l'écoulement des produits. Ainsi, le développement économique basé sur l'agriculture est entravé par le mauvais état des pistes rurales qui n'encourage pas la venue des commerçants des produits agricoles dans la zone.

4-1-6.2 Elevage :

Le climat dans le cercle est favorable à l'élevage. Les espèces élevées sont : les bovins, les ovins, les caprins, les arkins et les volailles. Cependant le tarissement précoce des rivières et mares (6mois sur 12) principal motif de transhumance vers la Côte d'Ivoire, la détérioration des lieux de pâturages par les feux de brousses, le déboisement abusif et la présence des mouches tsé-tsé, constituent des entraves au développement du secteur. L'aviculture est pratiquée traditionnellement, elle rapporte des revenus substantiels aux familles. La maladie de Newcastle, la peste aviaire et les parasites sont les maladies fréquentes.

4-1-6.3 Pêche :

La pêche est pratiquée dans les rivières de Tiendaga et kankéla. La production du poisson est surtout destinée à la vente.

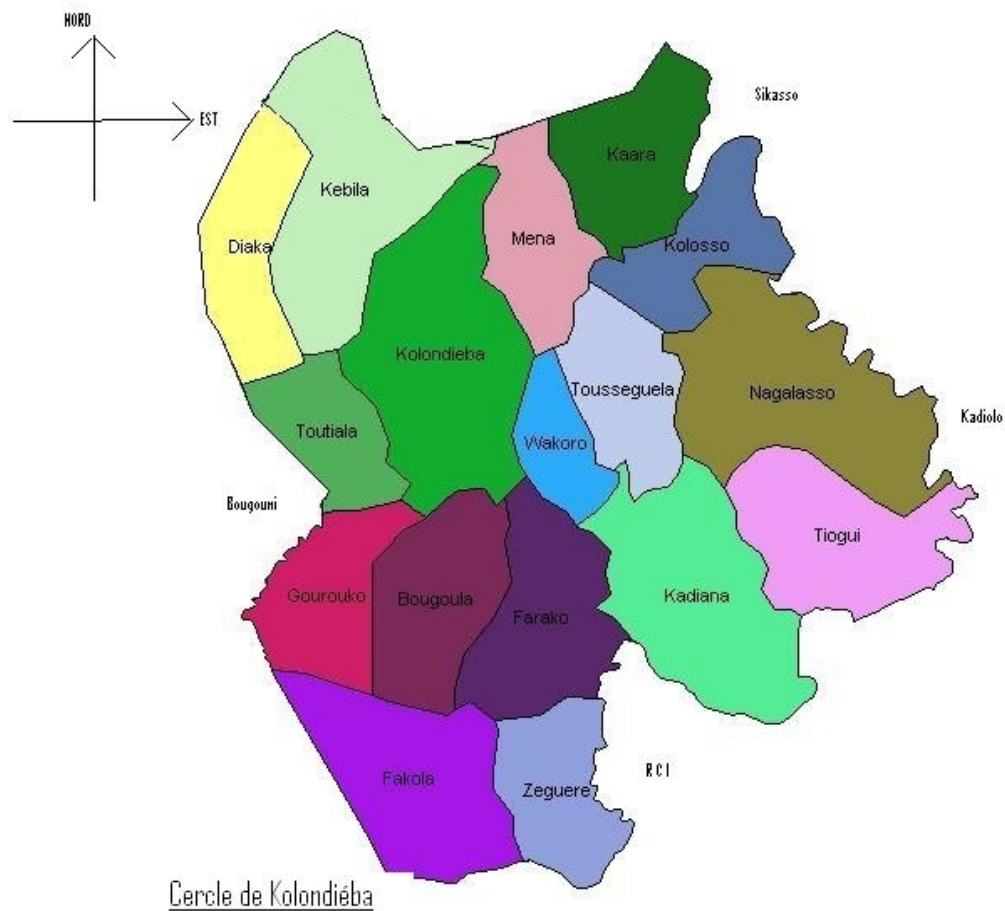
4-1-6.4 Artisanat :

L'artisanat s'articule principalement autour de la menuiserie, la forge (fabrication artisanale des houes, charrues, dabas etc.) et la poterie. Ces acteurs sont pour la plupart organisés en associations. Les différentes associations de ces corps de métiers sont regroupées au sein de l'union locale des artisans qui est affiliée à la coordination régionale des artisans, qui, à son tour, est membre de la fédération nationale des artisans du Mali.

4-1-6.5 Commerce :

Le commerce n'est pas très développé et repose sur les produits agricoles, d'élevage et les produits de première nécessité. Les marchés importants dans le cercle sont les foires de Kolondièba, Niakourazana et Kèlèkèlè. Il existe des institutions de micro finance dans le cercle comme Kafo jiginew, Soro yiriwaso et Faso jigi qui mènent des activités d'épargne et de crédit. Il y a aussi des unités de transformation de mangues et de beurre de Karité exploitées par des associations féminines.

CARTE SANITAIRE DU CERCLE DE KOLONDIÉBA



SOURCE : Direction Nationale de la Santé, Service informatique

4- 2 – PERIODE D’ETUDE :

L’étude s’est déroulée en Juin 2008.

4 -3 – POPULATION D’ETUDE :

L’étude a porté sur les enfants de moins de 10 ans et les sujets de 15 ans et plus de 20 villages du district sanitaire de Kolondiéba

4 -4 – TYPE D’ENQUETE :

Il s’agissait d’une enquête transversale par sondage aléatoire en grappes à deux degrés.

4 -5 – ECHANTILLONNAGE :

Bases de sondage :

Pour pouvoir effectuer ce sondage il a fallu :

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

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

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

Ces grappes correspondaient à des villages (cf. Annexe)

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

Mère= toute personne s’occupant d’enfant.

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

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

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

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

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

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

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

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

Taille de l'échantillon :

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

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

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

Chez les enfants de 0 à 10 ans, il s'agissait d'estimer la prévalence du TF.

La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction des éléments ci-après :

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

Chez les sujets de 15ans et plus (prévalence TT) nous avons retenu les éléments suivants : - P = 2,5% - i = 5% - d = 2 - α = 5% - Taux de refus = 10%

Nous avons ainsi obtenu un effectif minimum indispensable par grappe de 71 enfants de 0 à 10 ans et 108 adultes de 15 ans et plus qui ont été enquêtés. Le nombre de ménages par grappe était estimé à 56.

Critère d'inclusion et desclusion :

Etre âgé de 0 à 9 ans ou de 15ans et plus et réside dans la zone d'étude.

Etre consentant pour participer à l'étude, après avoir reçu l'information sur les objectifs de l'étude.

4 -6 –TECHNIQUES ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES :

L'enquête a été réalisée par une équipe comprenant :

-un assistant médical spécialiste en ophtalmologie, pour la supervision et l'examen oculaire

-Deux enquêteurs

-un chauffeur.

Les données étaient collectées sur une fiche individuelle pour les résultats des examens oculaires :

L'équipe procédait :

A des examens oculaires pour établir le diagnostic du trachome et les séquelles y afférant ;

A la notation de ces différents résultats obtenus sur la fiche individuelle.

L'examen concernait les enfants de 0 à 10 ans et les sujets de 15 ans et plus des deux sexes. Les sujets adultes se sont assis face à l'examineur, lui-même assis.

Les enfants pouvaient se tenir face à l'examineur. Quant aux nourrissons et les très jeunes enfants, on a placé leurs têtes entre les genoux de l'examineur, le visage tourné vers le haut, le corps de l'enfant fermement maintenu sur les genoux d'un autre adulte assis en face de l'examineur.

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

- Éversion des deux paupières supérieures (chaque œil est examiné et codifié séparément),

examen avec une loupe binoculaire de grossissement 2,5 et une lumière satisfaisante (naturelle ou torche) de la conjonctive tarsale supérieure,

- pour être considéré comme présents, les signes devaient être évidents.

On commençait à examiner les paupières et la cornée à la recherche de cils déviés et d'opacités cornéennes.

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

- La codification a été faite selon les critères suivants :

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

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

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

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

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

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

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

4 -7 - CONSIDERATIONS ETHIQUES :

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

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

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

4 -9 - PLAN D'ANALYSE DES DONNEES :

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

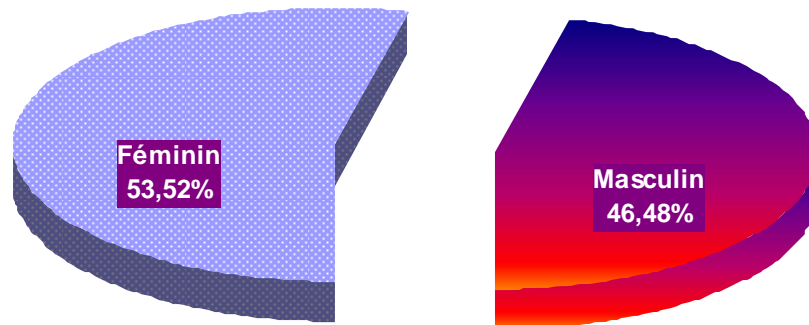
Nous avons procédé à un contrôle de qualité des données recueillies sur le terrain avant le dépouillement au PNLC.

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

V RESULTATS

I. Caractéristiques socio-démographiques :

A. Enfants de moins de 10 ans



Graphique I : Répartition des patients selon le sexe

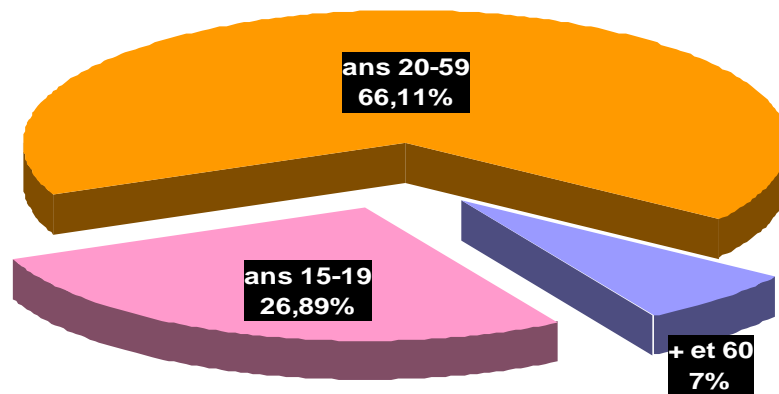
Sur 1420 enfants âgés de moins de 10 ans, 760 étaient de sexe féminin soit 53,52% avec un ratio F / M = 1,15

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
0 – 4 ans	728	51.27
5 – 9 ans	692	48.73
Total	1420	100

Sur les 1420 enfants de moins de 10 ans **51.27%** étaient dans la tranche d'âge de 0 - 4 ans.

B. Patients de 15 ans et plus :



Graphique II: Répartition des patients de 15ans et plus selon les tranches d'âge. Un effectif total de 2160 sujets a été enquêté chez les sujets de 15 ans et plus. La tranche d'âge de 20-59 ans représentait **66,11%**.

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

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Féminin	1339	61,99
Masculin	821	38,01
Total	2160	100

Le sexe féminin représentait la grande majorité de l'effectif 1339 personnes (**soit 61,99%**).

II. Caractéristiques cliniques :

A. Prévalence du trachome actif chez des patients de moins de 10 ans

Tableau III : Répartition des patients selon la présence du trachome actif

Présence	Effectif absolu	Pourcentage
Avec TF/TI	109	7,68
Sans TF/TI	1311	92,32
Total	1420	100

La prévalence des TF/TI était **7,68 % (IC à 95% : 6,11-8,79)**.

Tableau IV : Répartition des patients présentant un trachome actif selon le sexe

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	44	6.67
Féminin	65	8.55
Total	109	7.68

Le sexe féminin semblait le plus atteint, **soit 8.55%**

A.1 Prévalence du trachome folliculaire chez les enfants de moins de 10 ans

Tableau V : Répartition des patients selon la présence du trachome folliculaire

Présence	Effectif absolu	Pourcentage
Avec TF	68	4,79
Sans TF	1352	95,21
Total	1420	100

Sur un échantillon de 1420 enfants de moins de 10 ans la prévalence des TF était de **4,79 % (IC à 95% : 3,57-5,71)**

Tableau VI : Répartition des patients présentant un trachome folliculaire selon le sexe

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	28	4.24
Féminin	40	5.26
Total	68	4.79

Le sexe féminin prédominerait sur les cas recensés, **soit 5.26%**

A.2 Prévalence du trachome intense chez les enfants de moins de 10 ans

Tableau VII : Répartition des patients selon la présence du trachome intense

Présence	Effectif	Pourcentage
Avec TI	41	2,89
Sans TI	1379	97,11
Total	1420	100

Sur 1420 enfants de moins de 10 ans la prévalence des TI était de **2,89 % (IC à 95% : 1,96-3,64)**

Tableau VIII : Répartition des patients présentant un trachome intense selon le sexe.

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	16	2.42
Féminin	25	3.29
Total	41	2.89

Le sexe féminin prédominerait sur les cas recensés, **soit 3.29%**.

B. Prévalence du trichiasis trachomateux :

Tableau IX : Répartition des sujets de 15 ans et plus selon la présence du trichiasis trachomateux

Présence	Effectif absolu	Pourcentage
Porteur de TT	32	1,48
Non porteur de TT	2128	98,52
Total	2160	100

Le taux de prévalence du trichiasis dans la population de 15 ans et plus était de **1,48% (IC à 95% : 0,97-1,97)**.

Tableau X : Répartition des patients présentant un de trichiasis selon le sexe

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	9	1.09
Féminin	23	1.72
Total	32	1.48

Le sexe féminin était plus porteur de TT que le sexe masculin, **soit 1.72%/1.48**.

Tableau XI : Répartition des patients présentant un trichiasis trachomateux selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
15 ans-19ans	1	0.17
20 ans-59ans	26	1.84
60 ans et plus	5	3.31
Total	32	1.48

La prévalence du trichiasis semble augmentée avec l'âge

C. Prévalence du trachome cicatriciel des patients de 15 ans et plus

Tableau XII : Répartition des sujets de 15 ans et plus selon la présence du trachome cicatriciel

Présence	Effectif absolu	Pourcentage
Avec TS	171	7,92
Sans TS	1989	92,08
Total	2160	100

La prévalence du trachome cicatriciel était de **7,92%** (IC à 95% : 6,73-8,99).

D. Hygiène corporelle des enfants

Tableau XIII : Répartition des enfants de moins de 10 ans selon l'état du visage

Etat du visage	Effectif absolu	Pourcentage
Propre	1232	86,76
Sale	188	13,24
Total	1420	100

Sur 1420 enfants, 1232 (soit **86,76%** ; IC à 95% : **85,43-88,85**) avaient le visage propre.

VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION

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

L'enquête a porté sur un effectif absolu de 1420 enfants de moins 10 ans dont 53.52% de sexe féminin et 46.48% de sexe masculin avec un sexe ratio de 1.15. La tranche d'âge de 0-4 ans prédominait à 51.27%, chez les ces mêmes patients. Elle a porté également sur un effectif absolu de 2160 sujets de 15 ans et plus dont 61.99% de sexe féminin et 38.01% de sexe masculin avec un sexe ratio de 1.63, la tranche d'âge de 20-59 ans représentait 66,11%.

L'étude a montré un taux de prévalence du trachome actif de 7.68% chez les enfants de moins de 10 ans, un taux de prévalence du trachome folliculaire à 4.79% et intense à 2.89%. Ce taux faible par rapport au taux national de 1996-1997(34.9 % TF/TI et 4.2% TI); un taux qui ne suit pas la même évolution que la complication de la maladie (TT)

En se référant aux recommandations de l'O M S selon lesquelles :

- Lorsque la prévalence de TF dans une communauté dépasse 10%, il est nécessaire de procéder à une distribution d'antibiotique dans cette population tout en espérant obtenir une couverture de distribution supérieure à 80%.
- Lorsque la prévalence de TF dans une communauté n'atteint pas les 10% mais supérieur à 5%, il est nécessaire de procéder à un traitement ciblé c'est-à-dire le traitement des poches.
- Lorsque la prévalence de TF dans une communauté est inférieure à 5%, il est déconseillé de procéder à une distribution d'antibiotique dans cette population.

Ce Taux de prévalence du trachome actif de 7.68% chez les enfants de moins de 10 ans dans notre étude qui reste inférieur à 10%, pourrait s'expliquer par une année de traitement de masse dont a bénéficié le cercle de Kolondiéba mais insuffisant pour le contrôle de cette maladie contagieuse.

Une étude réalisée à Bankass dans la région de Mopti en 2004, où la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins 15 ans était estimée :

A 22% avant distribution d'antibiotique (Azithromycine)

A 13% après distribution d'antibiotique (Azithromycine)

Puis à 6 % après un an d'une seconde distribution d'antibiotique (Azithromycine). [15]

Egalement une étude au nord de la Tanzanie renforce ces constats, la prévalence d'infection oculaire à *Chlamydia trachomatis* a baissé de 9,5% à 0,1% après 2ans d'une distribution unique d'Azithromycine. [16]

Notre étude a trouvé une prévalence du trichiasis trachomateux de 1.48% et une prévalence de cicatrice à 7.92% Ce taux reste relativement faible par rapport aux taux nationaux de 1996 -1997 (trichiasis trachomateux 2.5%). [9]

En se référant aux recommandations de l'O M S selon lesquelles le seuil d'intervention de TT retenu est de 1%,le district sanitaire de Kolondiéba devrait être concerné par une stratégie de campagne de chirurgie du trichiasis. Des stratégies avancées qui consistent à opérer en équipe mobile les malades dépistés dans les villages pourraient réduire davantage ce taux élevé de trichiasis.

La baisse de taux de prévalence de trichiasis par rapport à 1996 – 1997 s'expliquerait probablement par les actions menées dans le cadre de la lutte contre le trichiasis surtout la stratégie de chirurgie avancée du trichiasis organisée par le P N L C avec le concours de ses partenaires. Il faut noter le grand apport de la Croix Rouge Suisse dans la lutte contre le trichiasis dans les districts de la région de Sikasso avec l'appui en équipements, consommables et en ressources financières.

Certaines autres études ont montré le même constat notamment dans la région de Mopti et de Segou (Bla, San, Tomian, Koro).

Dans notre étude, le Trachome semblait plus prédominant dans le sexe féminin que dans le sexe masculin avec des proportions suivantes :

- Dans le trachome actif 8.55% de sexe féminin atteint contre 6.67% dans le sexe masculin.

- Dans le trichiasis trachomateux 1.72% de sexe féminin atteint contre 1.10% dans le sexe masculin. Cette prédominance était surtout due au fait que ces femmes étaient en contact permanent avec les enfants trachomateux. Il est démontré que le trachome est grave dans le sexe féminin et cette gravité s'accroît avec l'âge. [10]

L'hygiène corporelle a été appréciée à travers les observations collectées sur l'aspect du visage de l'enfant. 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. [9]

Dans notre étude nous avons trouvé une prévalence de 86,76% de visage propre ce qui est imputable aux avancées significatives en matière de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement depuis 1997 dans le cercle de Kolondiéba

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

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

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

Des études de suivis à long terme ont montré que la gravité de la conjonctivite trachomateuse chez l'enfant est directement liée au trichiasis et à l'entropion potentiellement cécitant chez l'adulte. [6]

VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7-1 CONCLUSION

Ce travail avait pour but d'évaluer la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les enfants de moins de 10 ans et celle du trichiasis trachomateux (TT) chez les sujets de 15 ans et plus après un an de traitement de masse.

Au terme de cette étude, il ressort que les prévalences du trachome actif et du trichiasis trachomateux étaient assez faible par rapport aux taux nationaux de 1996-1997. Ce résultat encourage, pour l'atteinte des objectifs d'élimination du trachome cécitant pour le millénaire. Il est donc important de poursuivre le traitement de masse entamé et cela pendant encore 2 ans.

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

A cet effet, la mise en oeuvre 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.

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

C'est à ce prix que sera éliminé ce fléau vieux comme le monde, qui reste encore actuellement une des principales causes de cécité évitable.

7-2 RECOMMANDATION

Au terme cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement au :

▫ **Coordinateur du P N L C :**

- Multiplier les campagnes de stratégie avancée de la chirurgie du trichiasis.
- Poursuivre la distribution de l'Azithromycine dans le district de Kolondiéba pendant 2 ans.
- Réaliser une enquête de prévalence du trachome à la fin de 3 ans de traitement de masse à l'Azithromycine
- Instaurer un système de surveillance de site sentinelle après l'enquête.
- Doter la région de stocks importants d'Azithromycine

Médecin chef du cercle de Kolondiéba :

- Inciter la population à participer aux séances de dépistage précoce et au traitement approprié du trachome
- Elaborer un programme de sensibilisation des mères par rapport à l'importance du lavage du visage des enfants.
- Organiser des campagnes de dépistage précoce de trichiasis.
- Référer le plus rapidement possible tout cas de trichiasis diagnostiqué.

Populations de Kolondiéba :

- Promouvoir l'assainissement de l'environnement par la promotion de latrines, la lutte contre les vecteurs comme les mouches.
- Améliorer l'approvisionnement en eau saine.

VII REFERENCES

1) TRAORE L.

Cours Ophtalmologie Med5 en 2005

2) EMERSON P. FROST L. BAILEY R. MABEY D.

Mise en oeuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome.

The carter center, ITI ED février 2006 p 1-49

3) NATAF R.

Le trachome : Historique – Clinique, recherche expérimentale et étiologique.

Thérapeutique - prophylaxie Pref de A. Guenod

Paris, Masson; 1952-25cm; 427p

4) RESNIKOFF S. QUEGUINIER P.

Trachome. Ed Scientifiques et Médicales, EMC (Paris, France)

Maladies infectieuses, 8-037-G-10, Ophtalmologie, 21-140-A-10,200, 4p.

5) TOURE O. S.

Etude de prévalence du trachome dans le cercle de youwarou région de Mopti

thès. méd. Bamako 2007 №159

6) TALA S.

Etude du système de distribution a base communautaire de l'Azithromycine dans le contrôle du trachome actif au Mali.

thès. méd. Bamako 2004 №76

7) SARAUX H.

Précis d'ophtalmologie 3 ème édition entièrement refondue

Paris, Masson, 1975. X 204 p; ill, index, 21 cm

8) KAHLE W. LEONHARDT H. PLATZER W.

Anatomie tome II 2 ème édition : système nerveux et organes de sen

Flammarion médecine sciences, 1995: 312p 1-371

**9) SCHEMANN J. F. SACKO D. BANOU A. BAMANI S. BORE O.
COULIBALY S. AG EL MOUCHTAHIDEM**

Cartographie du trachome au Mali : Résultats d'une enquête nationale. Bullet
OMS 1998 76: 599-606

10) BAGAYOKO C. O.

Impact de l'approvisionnement en sur la prévalence du trachome et l'incidence du
trachome dans l'arrondissement d'Ouelessebougou (Mali)
thès. méd. Bamako 1993 N°28

11) IOTA /OCCGE-OMS

Cartographie du trachome dans la sous région
<http://www.iotaoccge.org/trachome.html>

12) Nyandou Y. EMMANUEL C.

Prévalence du trachome dans le cercle de koro, région de Mopti en 2005
thès. méd. Bamako, 2007 N°56

13) OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

La lutte contre le trachome : Perspectives. WHO document (PBL)
Genève: OMS, 1996 56: p1-47

14) Diarra B.

Enquête épidémiologique sur le trachome dans le cercle de Bla en 2005
thès. méd. Bamako 2006 N°153

**15) IMPACT DES DISTRIBUTIONS DE MASSE D'AZITHROMYCINE A
BANKASS AU MALI**

Revue internationale du trachome et pathologie oculaire tropicale et subtropicale et
de santé publique,
ISSN 0246-0831 2004-2005 vols 81 - 82 p57-68

16) Anthony Solomon et Matthew Burton

Stratégie CHANCE Antibiotique : Azithromycine

Revue de santé oculaire communautaire volume2, numéro1, Août

2005

17) OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

Rapport de la première réunion de l'alliance pour l'Elimination Mondiale du trachome

WHO PBL GET 07.1

18) Sal M.B. Scheman J.F. Sar B., Faye M. Mamo G. Mariotti S.P. Negrel A.D.

Le trachome au senegal : Résultats d'une enquête nationale

Médecine tropicale 2003 63 :53-59

X ANNEXES

Annexe I

ENQUETE DE PREVALENCE DU TRACHOME PNLC 2008

REGION DE SIKASSO 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° MENAGE /_/_/_/ N° CONCESSION /_/_/_/
 NOM ENQUETE (E) :AGE (en année) /_/_/_/
 SEXE /_/_/

EXAMEN OCULAIRE1.

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) /_/_/

ANNEXE II

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Kantako

Prénom : Karamoko

Titre : Etude de la prévalence du trachome dans le district sanitaire de Kolondièba, Région de Sikasso en 2008.

Année universitaire : 2008 - 2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque FMPOS université de Bamako

Secteurs d'intérêt : Ophtalmologie, Santé publique

RESUME

Le Projet Gates envisage une intégration des programmes filariose et trachome dans le cadre du traitement de masse dans le région de Sikasso au Mali. C'est dans cette optique qu'il a été proposé de conduire cette étude de prévalence du trachome dans le district sanitaire de Kolondièba.

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 enfants 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 ;

Un Questionnaire individuel a été utilisé :

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

- Taux de prévalence du trachome actif (TF/TI) **7,68%**
- Taux de prévalence du trichiasis (TT) **1,48%**.

Les taux récoltés par rapport aux taux nationaux 1996-1997 (trachome actif 34,9% ; trichiasis Trachomateux 2,5%) restent encore élevé pour le trichiasis trachomateux proposant une intervention de masse conformément aux recommandations de l'OMS (Seuil supérieur à 1%).

Quant aux taux récoltés par rapport au trachome actif nous sommes en dessous du seuil de 10% et il faut poursuivre encore pendant 2 ans le traitement de masse à l'Azithromycine. Cette situation permet une intégration des programmes intéressés par un traitement de masse afin de minimiser les coûts.

Mots clés : Prévalence– Cécité –Kolondièba

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'Etre 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 méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !