

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

F.M.P.O.S

Année universitaire: 2009 - 2010

N°..... /.....

TITRE
SURVEILLANCE POST ENDEMIQUE DU TRACHOME
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE FANA

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le/...../2010
A la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie*

Par **M. KALIDOU BANE**

Pour obtenir le grade de docteur en médecine
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : P^r Abdoulaye AG RHALY
Membres : D^r Mamadou DEMBELE
D^r Lamine TRAORE
Co-directeur : D^r Bamani SANOUSSI
Directeur de Thèse : P^r Abdoulaye DIALLO

DEDICACES

A Mon Père : Chérif BANE

Chers père je vais te dire ceci : la vie familiale est comme une pièce de théâtre : la mer donne l'amour, les soins ; le père, l'autorité, la censure ; les frères et sœur cultivent l'esprit de la rivalité. Quand un seul membre ne joue pas son rôle, l'enfant sort pour aller combler le vide avec une bande d'enfants dans la rue car la nature a horaire du vide. Derrière chaque enfant de la rue se cache un adulte irresponsable. Quand vous rencontré ces enfants, ils vous diront qu'ils veulent apprendre un métier ou ils veulent retourner à la maison. On ne se rend compte de la vrai valeur d'une chose que lorsqu'on l'a perdu ou lorsque on est face à quelqu'un qui ne l'a pas. Merci infiniment de m'avoir amené à l'école. Je suis fier d'avoir reçu de toi une éducation de qualité. Tu m'as inculqué le sens du courage, de la persévérance et de la justice dans l'accomplissement du travail bien fait. Ton soutien matériel et moral ne m'a jamais fait défaut. Tu a l'habitude de me dire que DIEU a ses mystères que personnes ne peut percer, tu seras heureux tu n'y peux rien, tu seras malheureux tu n'y peux rien. Chaque homme trouve sa voie déjà tracée il n'y peut rien changer. L'homme sous le coup de certaines illusions croit pouvoir modifier la voie que DIEU a tracée mais il ne sait pas que tout ce qu'il fait entre dans un ordre supérieur qu'il ne comprend guère. Merci de m'avoir appris toutes ces leçons de sagesse. Cher père, reçois à travers ce modeste travail l'expression de toute mon affection. Que DIEU te garde longtemps auprès de nous.

A MA MERE : Djeneba SALL

Chère mère éducatrice exemplaire, tu nous as appris à accepter et aimer les autres avec leurs différences. Tu as cultivé en nous la tolérance, l'amour du prochain avec tendresse et affection et tu as souhaité que nous soyons à ton image.

Jamais nous ne saurons vous rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis pour notre éducation.

Le souci permanent qui t'anime est de voir t'a progéniture heureuse et surtout autosuffisante. La rage de gagner n'importe quelle bataille a toujours été ton slogan.

Merci chers mère pour cette éducation que tu nous a prodigué. Que l'ETERNELLE te garde longtemps parmi nous d'avoir fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

A feu : Athia SOW

S'il existe une deuxième mère et un deuxième père, tu auras été l'un et l'autre .tu m'adonné l'amour d'une mère et la sécurité d'un père. Je me garderai toujours cette phrase sage de toi : « le monde est un purgatoire » Que ton âme repose en paix.

A feu : Barou SALL

Tes conseils pleins de sagesse m'ont beaucoup aidé dans ma carrière scolaire. Cher grand père ton rêve s'est réalisé, j'aurai tellement voulu que tu sois parmi nous aujourd'hui mais hélas je ne peux que me soumettre à la volonté divine. Que ton âme repose en paix

A feu : Thierno BANE

Grand père je t'appelais guerrier, je tiens à te dire que tu avais prédit tout sa, l'homme de nature est fait pour être puni car l'ETERNELLE n'a jamais eu d'estime pour cette vie. IL l'a néglige tout comme un soldat néglige le confort. Je souffre dans ma chaire car j'ai perdu ton amour, je me sens comme un enfant jeté dans la jungle sans arme. Dors en paix.

REMERCIEMENTS

A mon oncle: **MAMADOU OUMAR SALL**

La sagesse des hommes est contenue dans des proverbes. Si les enfants les emploient fréquemment c'est qu'ils ont bénéficiés de l'entourage des adultes. Merci de m'avoir appris tous ces proverbes peulhs. Qu'ALLAH t'accorde longue vie

A mes tontons : **IBRAHIM BANE ET TIDIANE BANE**

Merci pour tout le soutien tant moral et financier que vous avez eu à m'accorder. Trouvez dans ce travail l'expression de mon plus grand respect.

A tous mes frères et sœurs :

Vous m'avez tous soutenu. Que nos liens se resserrent davantage.

Que DIEU veille sur notre famille. Amen.

A mes cousins et à mes cousines : : **ISMAEL BANE, MOHAMED BANE, DJIBRIL TAMBADOU, MOURTADA TALL, SEYDOU SALL, BAROU SALL HAWA BANE, KADIATOU BANE, MAIMOUNA MATEL BANE, FANTA BANE, SALIMATA BANE, SIRARE CAMARA ,MARIAM TALL.**

A toutes mes tantes : **AMI M'BAYE, OUMOU DIA ,FATOUMATA SOW , HAWA BANE, BARIE DJO BANE ,FANTA BANE , GUEDA SOW.**

A tous mes amis :

Ce travail est le témoignage de mon amitié et de mon affection. Qu'Allah Le Tout Puissant préserve d'avantage nos liens amicaux : **YAYA FADE, MAMADOU SIBY, AMARA KANÉ, SAMBA SIBY, KAMAYE COULIBALY, SOUMAILA DIALLO.**

A mes amis de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie : merci de m'avoir supporté et de m'avoir choisi parmi vous. Le chemin a été longtemps et épineux mais nous voici au bout du compte avec un résultat satisfaisant.

A ma cousine **KADIATOU BANE**

Ton courage, ton sens du respect pour la personne humaine m'ont beaucoup séduit. Je garderai toujours à l'esprit les moments difficiles que nous avons eu à traverser ensemble **à la faculté de médecine**

A mes amies : **FATOUMATA SISSOUMA, ROKIATOU KONE, NENE KOUMARE, AISSATA KONE.**

A tout le personnel du Programme National de Lutte contre la Cécité : en particulier à **Dr BAMANI SANOUSI, Dr MAMADOU DEMBELE, FAMOLO COULIBALY.**

A TOUT LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE PRINCIPALE DE L'ACI : Merci pour ce moment de bonheur que j'ai eu à passer avec vous .Trouvez tous ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A tous ceux qui m'ont aidé dans la vie.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY.

A notre maître et président du jury:

Professeur Abdoulaye Ag RHALLY

- Professeur honoraire de médecine interne à la FMPOS ;
- Ancien secrétaire permanent du comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie;
- Membre du comité d'éthique de la FMPOS ;
- Ancien directeur générale de l'INRSP;
- Ancien secrétaire générale des OCCGE ;
- Chevalier international des palmes académiques du CAMES;
- Docteur HONORIS CAUSA de l'université D'HAVAN au QUEBEC CANADA.

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités professionnelles, sociales et humaines notamment votre simplicité, votre disponibilité, et votre amour du travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté de tous.

Nous vous prions cher maître de trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements et de toute notre considération.

Puisse Dieu le TOUT PUISSANT vous garder auprès de nous en vous accordant la longévité.

A notre maître et directeur de thèse:

Professeur Abdoulaye DIALLO

- Spécialiste en ophtalmologie ;
- Maître de conférences agrégé en ophtalmologie ;
- Directeur général de l'IOTA.

C'est un honneur considérable que vous nous avez fait d'accepter de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre amabilité, votre disponibilité à nos multiples sollicitations, l'intérêt que vous portez à la recherche, votre dévouement à la lutte contre les affections oculaires ont forcé notre admiration et font de vous un professeur exemplaire.

Nous vous prions de trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et codirecteur de thèse:

Docteur Bamani SANOUSSI

Spécialiste en ophtalmologie ;

Assistant chef de clinique ;

Coordonnateur du Programme National de Lutte contre la cécité.

Je vous remercie pour le privilège et la confiance que vous m'avez accordés en me confiant ce travail.

Ce séjour à vos cotés nous a permis à sa juste valeur, d'apprécier vos qualités professionnelles et humaines.

Cher maître, veuillez trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et de toute notre considération pour les efforts incessants que vous déployez chaque jour dans le cadre de la bonne marche du programme national de lutte contre la cécité.

A notre maître et juge:

Docteur Iamine Traoré

Spécialiste en ophtalmologie;

Assistant chef de clinique;

Responsable du Département Recherche et Santé Publique à l'IOTA.

C'est un réel honneur que vous nous faites d'accepter de juger ce travail. Cela témoigne une fois de plus l'importance que vous attachez à la formation.

Votre rigueur, votre sens élevé de la perfection associé à vos valeurs humaines font de vous un maître remarquable.

Nous vous prions, cher maître de trouvez ici l'expression de notre admiration et soyez assuré de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous accorde la longévité afin que votre connaissance et votre savoir faire puissent continuer à servir les générations futures.

A notre maître et juge:

Docteur Mamadou DEMBELE

➤ Spécialiste en santé publique ;

-
- Coordonnateur adjoint du programme national de lutte contre la cécité.

Cher maître, nous sommes très honorés de vous compter parmi les membres de ce jury et de bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail.

Votre sérieux dans le travail et votre extrême simplicité font de vous un maître apprécié et remarquable.

Veillez, cher maître, trouver ici l'expression de notre plus grand respect et de nos sincères remerciements.

Liste des abréviations

C.O: Opacité cornéenne

Ha: Hectare

Hbts /km² : Habitants par kilomètre carre

Ic : Incidence

-
- I.O.T.A** : Institut ophtalmologique tropical d’Afrique
- I.T.I** : International trachoma initiative
- LCET** : La limbo-conjonctivite endémique des tropiques
- O.M.S** : Organisation mondiale pour la sante
- P.N.L.C**: Programme national de lutte contre la cécité
- TDM** : Traitement de masse
- T.F**: Trachome folliculaire
- T.I**: trachome intense
- T.T**: Trichiasis trachomateux
- T.S**: Trachome cicatriciel
- USD**: United states dollars

SOMMAIRE

| | | |
|-----------|---------------------------|----------|
| I. | INTRODUCTION | 1 |
|-----------|---------------------------|----------|

| | |
|---|-----------|
| II. OBJECTIFS..... | 3 |
| III. GENERALITES..... | 4 |
| IV. METHODOLOGIE..... | 14 |
| V. RESULTATS..... | 25 |
| VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... | 36 |
| VII. CONCLUSION ET RECOMMNDATIONS..... | 41 |
| VIII. REFERENCES | 44 |

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Première cause de cécité évitable dans le monde, le trachome est une kérato-conjonctivite transmissible, d'évolution habituellement chronique provoquant une inflammation de la conjonctive (membrane tapissant la face inférieure des paupières) et la formation de cicatrices qui entraînent la cécité. L'agent

responsable de l'inflammation de la conjonctive est un micro-organisme, *Chlamydia trachomatis*. [2]

Le trachome demeure encore et toujours un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Il sévit généralement dans les zones rurales à climat sec où les mauvaises conditions de vie socio-économique, le manque d'eau et d'hygiène facilitent sa propagation à laquelle l'enfance paie un lourd tribut. [38]

L'OMS, d'après les dernières estimations, pense que le trachome actif affecte plus de 84 millions de personnes à travers le monde, 10 millions de personnes présentent des complications cécitantes de la maladie (entropion trichiasis) et probablement 7,6 millions de personnes ont déjà perdu la vue. [4]

En 2004 dans la sous région Ouest africaine une étude sur la situation du trachome réalisée dans tous les districts d'endémie avait révélé des taux de prévalence oscillant entre 5 et 10 % pour TF et entre 1 et 10 % pour TT chez l'adulte de plus de 40 ans au Ghana [32]

Dans la même année en Gambie, la prévalence du trachome évolutif était de 11,5 % et 7,7 % dans deux zones endémiques du pays. Celle du TF dans l'œil le plus atteint s'établissait entre 0 et 40%.

Des données détaillées ont révélé que certaines zones avaient une prévalence du TF supérieure à 20 % alors que dans d'autres elle était inférieure à 5 %.

Une enquête menée sur l'ensemble du territoire malien en 1996 et 1997 avait montré une prévalence du trachome actif (TF ou TI) à 34,9% chez les enfants de 0 à 10 ans, une prévalence du trachome intense (TI) à 4,2% chez ces mêmes enfants. Chez les femmes de plus de 14 ans la prévalence de l'entropion trichiasis était de 2,5%. [20]

L'OMS dans le cadre de la lutte contre la cécité a créé en 1996 : L'ALLIANCE de l'Élimination Mondiale du Trachome cécitant d'ici l'an 2020 (EMT 2020) ou

« Global Elimination of trachoma for year 2020 » (GET 2020) en élaborant une stratégie globale : la stratégie « **CHANCE** » qui associe : [38]

CH= chirurgie du trichiasis

A = Antibiotique : traitement antibiotique des formes évolutives

N = Nettoyage du visage

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

Le District Sanitaire de Fana a effectué 3 ans de traitement de masse (TDM) à l'Azithromycine de 2003 à 2005.

Après 3 années de traitement de masse, et conformément aux directives de l'OMS, des enquêtes d'impact ont été réalisées dans le district sanitaire de Fana en 2005.

Cette nouvelle enquête de 2009 qui fait l'objet de notre travail intervient après une pause thérapeutique de quatre ans.

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

CHAPITRE II

OBJECTIFS

Objectif général

Comparer la situation épidémiologique du trachome de 2009 à celle de 2005 dans le district sanitaire de Fana.

Objectifs spécifiques

- 1- Apprécier l'évolution de la prévalence du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans dans le district sanitaire de Fana de 2005 à 2009.
- 2- Apprécier l'évolution de la prévalence du trichiasis Trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus dans le district sanitaire de Fana de 2005 à 2009.
- 3- Déterminer les facteurs de risque liés au trachome dans le district sanitaire de Fana.
- 4- Fournir au Programme National des outils de planification pour les interventions dans le cadre de la surveillance post-endémique.

CHAPITRE III

GENERALITES

1 – Généralités et Définition:

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

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

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

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

Parmi les manifestations ophtalmologiques des 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). [4]

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

2-Epidémiologie et répartition 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 les 55 pays endémiques essentiellement en Afrique et au Moyen-Orient. Quelques pays des Amériques et d'Asie sont également touchés. [3]

Dans les pays industrialisés il a disparu progressivement avec l'amélioration des conditions socio économiques et des habitudes sanitaires. Il persiste encore sous

forme de foyers résiduels dans certains pays de l'Amérique centrale et de l'Amérique du sud. [2]

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

Agent Pathogène :

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

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

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

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

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

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

Parmi les facteurs étiologiques et épidémiologiques généraux, on sait que les conjonctivites saisonnières, bactériennes ou virales ont un rôle de facteur

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

3 - Clinique :

Le diagnostic du trachome est essentiellement clinique.

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

[2]

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

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

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

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

TS = 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.

a - Diagnostic positif :

Association d'un pannus Trachomateux à :

- . La présence de follicules tarsiens supérieurs et/ou
- . La présence de follicules limbiques et/ou

. La présence d'inclusions de chlamydiae au frottis conjonctival. [2]

b - Diagnostic différentiel :

Se pose avec les autres chlamydioses oculaires :

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

Le diagnostic de laboratoire repose essentiellement sur :

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



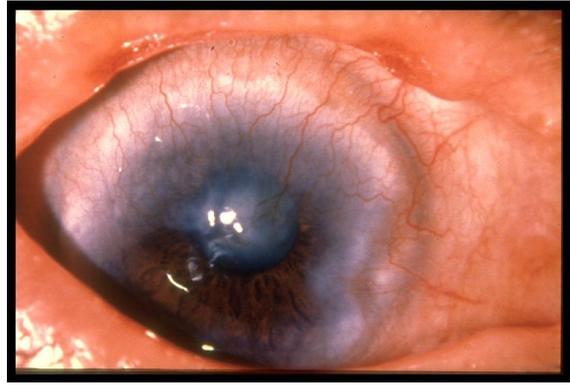
PHOTO 1 : Conjonctive tarsale normale



PHOTO 2 : Trachome inflammatoire folliculaire (TF)



**PHOTO 3 : Trachome
inflammatoire intense (TI)**



**PHOTO 6 : Opacité cornéenne
(CO)**



**PHOTO 4 : Trachome
cicatriciel (TS)**



**PHOTO 5 : Trichiasis
trachomateux (TT)**

Carte de codage du Trachome [15]

4 - Les Complications :

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

Elles sont surtout :

*Cornéennes à type : [2]

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

*Lacrymales à type de :

-dacryoadénites (inflammation de la glande lacrymale)

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

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

[2]

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

5 – Traitement :

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

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

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

□ Chirurgie du trichiasis :

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

□ Antibiothérapie :

C'est la seconde composante de la stratégie CHANCE. Jusqu'à récemment, il s'agissait de la pommade tétracycline à 1% facilement disponible et peu coûteuse. Un antibiotique, l'Azithromycine, s'est avéré efficace pour le traitement des infections chlamydiennes lorsqu'il est administré per os en monodose. Le produit doit être donné aux enfants de plus de 60cm. Les comprimés d'Azithromycine sont à avaler avec un verre d'eau sans être croqués. La diminution de l'absorption peut atteindre 50 % en présence d'aliments. En conséquence il est nécessaire de les prendre en dehors des repas (1 heure avant ou 2 heures après), La suspension buvable est prise en une seule fois à l'aide d'un flacon doseur. Son absorption est diminuée par la prise concomitante d'aliments. Un flacon ouvert peut durer 10 jours. Pour préparation de la suspension pédiatrique, il faut bien agiter la poudre de suspension avant d'ajouter de l'eau.

| Taille (en cm) | Quantité du produit à donner |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| SUSPENSION PEDIATRIQUE (en ml) | |
| 60–71 | 4 ml |
| 72–86 | 6 ml |
| 87–98 | 8 ml |
| 99–109 | 10 ml |
| 110–119 | 12 ml |
| 120–128 | 14 ml |
| 129–139 | 16 ml |
| COMPRIME | |
| 85–94 | 1 comprimé |
| 95–123 | 2 comprimés |
| 124–143 | 3 comprimés |
| Plus de 144 | 4 comprimés |

L'Azithromycine est bien tolérée. Les effets indésirables les plus courants sont :

Les manifestations gastro-intestinales : nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales

Les manifestations hépatiques : élévation des transaminases qui est réversible à l'arrêt du traitement.

Les manifestations neurologiques : à type de sensation vertigineuse.

Les manifestations allergiques : rash, photosensibilité, arthralgie, urticaire.

□ Nettoyage du visage :

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

□ Changement de l'environnement :

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

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

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

Prophylaxie:

Le vrai traitement du trachome devrait être un traitement prophylactique.

Puisque les essais de vaccination n'ont pas apporté les résultats escomptés, la vraie prophylaxie du trachome devrait être dominée par l'amélioration des conditions de vie : hygiène, éducation, alimentation, organisation sanitaire à l'échelon de l'individu et de la collectivité puisqu'il est prouvé que « le trachome recule devant la civilisation ».

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

6 Surveillance post-endémique du trachome

Le Mali dispose d'un plan stratégique national d'élimination du trachome 2005-2009. Ledit plan fixe l'horizon 2015 pour l'élimination du trachome cécitant dans notre pays. La stratégie CHANCE est en cours de mise en œuvre de façon progressive dans notre pays.

Éliminer le trachome veut dire rejoindre les objectifs ultimes d'intervention suivants au niveau des communautés :

- TF < 5% chez les enfants de 1 à 9 ans ;
- TT < 0.1% dans la population totale du pays;
- 80% de la population de la communauté qui reçoit des messages de santé pour encourager la nécessité du nettoyage du visage;
- 80% des maisons avec latrines familiales et utilisées ; et 80% des maisons avec un point d'eau accessible à 1 km.

Après 3 années de mise en œuvre, et conformément aux directives de l'OMS, des études d'impact ont été réalisées dans certains districts sanitaires.

Ainsi, selon des études réalisées en 2005 et 2007, 7 des 9 districts de la région de Koulikoro (Koulikoro, Banamba, Kati, Nara, Kangaba, Dioïla et Fana), avaient une prévalence inférieure au seuil OMS de 5% pour le trachome folliculaire chez les enfants de 1 à 9 ans.

Selon les directives de l'OMS une fois qu'un district a rejoint une prévalence de TF < 10%, il faut aller au niveau des communautés (approche village par village) pour identifier celles qui ont une prévalence de TF > 10% et les traiter pour 3 années, en renforçant ou en mettant en place les composantes N et CE. Dans ce cas l'enquête sur les conditions de la communauté doit être répétée après 3

années. Dans les communautés du district avec une prévalence de TF entre 5% et 10% on devra renforcer seulement les composantes N et CE pour 3 années et répéter l'enquête après 3 années.

Pour le TT, si l'enquête au niveau district a mis en évidence une prévalence <0,1% chez les personnes de plus de 15 ans on doit continuer avec l'activité de contrôle pour les pathologies oculaires de routine. Si la prévalence de TT au niveau district est >0.1% on doit identifier et traiter les cas de manière active.

Pour les districts considérés comme provisoirement « blanchis » du trachome, avec toutes les communautés ayant une prévalence de TF <5% chez les enfants de 1 à 9 ans, des mesures de surveillance énergique doivent être mises en place afin d'être à l'abri d'une recrudescence de la maladie et d'être au rendez-vous de l'élimination en 2015. Pour cette raison, dans la région de Koulikoro, de nouvelles enquêtes de prévalence du trachome étaient prévues respectivement pour mai et juin 2009, pour enquêter les communautés

CHAPITRE IV

METHODOLOGIE

Comme l'indique notre sujet c'est dans le cadre d'une étude de surveillance post endémique que nous avons mené cette étude. En effet, depuis 2005 le district sanitaire de Fana a été provisoirement blanchi du trachome car ayant une

prévalence de 2, 5% qui est inférieure au seuil de 5%. Pour ce faire nous allons au terme de notre étude comparer nos résultats à ceux de l'étude de 2005.

Notons que les méthodologies des deux études sont basées sur les mêmes principes:

- Elles sont toutes deux aléatoires
- Elles relèvent toutes d'un sondage en grappe à deux degrés (le premier degré représente le choix aléatoire des villages et le deuxième le choix aléatoire des ménages)
- Le nombre de grappe est de 20 dans les deux cas.

1. Cadre de l'étude

L'étude concerne le district de Fana, relevant de la région de Koulikoro.

➤ Superficie et limite

Situé dans le sud de la région de Koulikoro, le district sanitaire de Fana, couvre une superficie 7319 Km². Il est limité :

- au Nord par les districts sanitaires de Baroueli et Koulikoro,
- au Sud ouest par le district sanitaire de Dioïla,
- au sud-est par le district sanitaire de Sikasso
- A l'est par les districts sanitaires de Bla et Koutiala
- à l'Ouest par les districts sanitaires de Kati et Ouelessebouyou

➤ Relief

Le relief du district de Fana est accidenté. Les groupes de sol caractéristiques de la localité sont constitués d'élévations rocheuses alternant avec des plaines

➤ Climat et Végétation

Le district sanitaire de Fana a un climat de type soudanien. Deux saisons principales caractérisent le district :

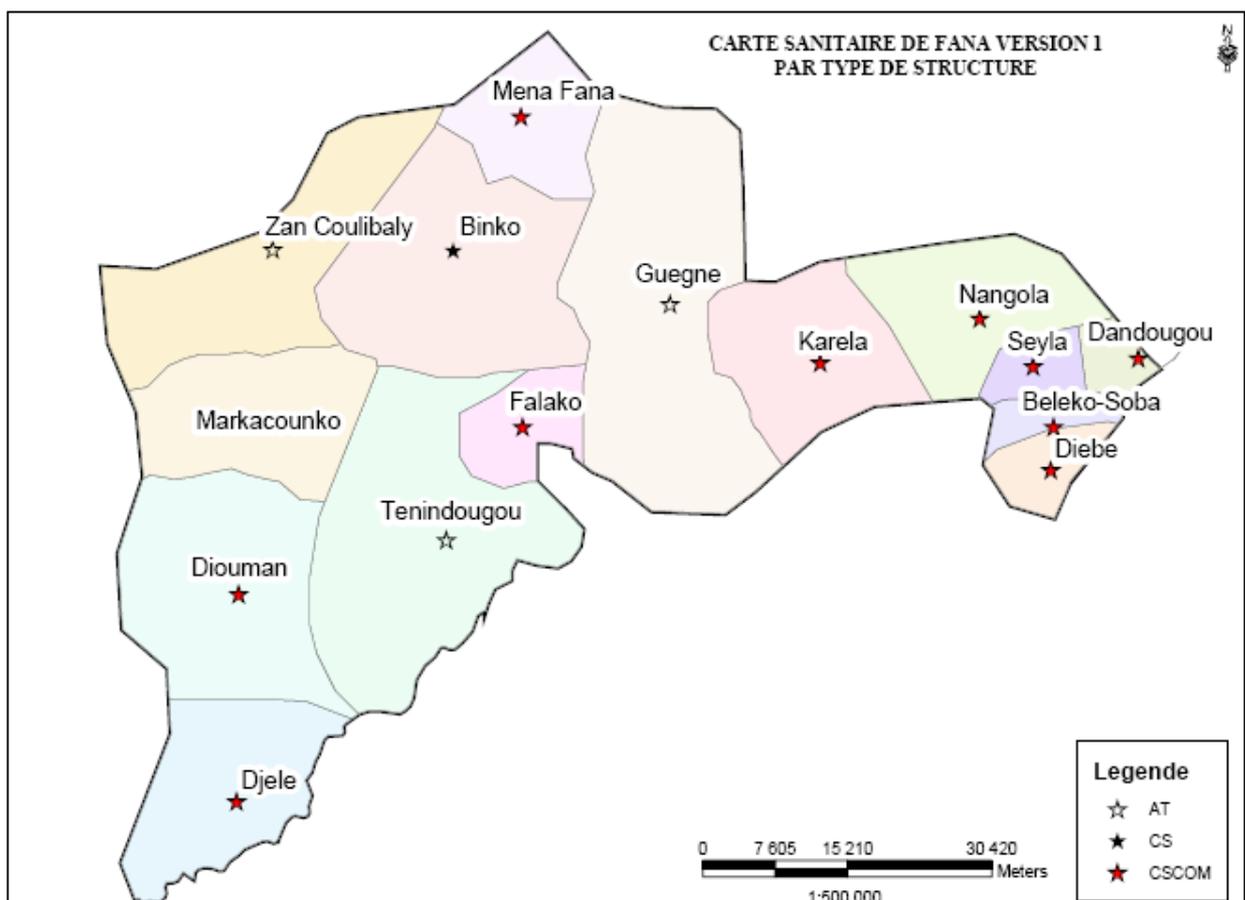
- La saison sèche : elle est froide de novembre à février et chaude de mars à juin.

- La saison pluvieuse de mai à octobre. Le nombre moyen de jours de pluie en 2006 était de 153.3 et le cumul annuel moyen de pluie de la même période variait de 1800 mm à Diebe à 1120mm à Marcacoungo.

Au cours de l'hivernage, c'est la mousson et l'alizé qui y soufflent tandis qu'au cours de la saison sèche c'est l'harmattan. Ce climat et ce relief favorisent certaines maladies notamment le paludisme, l'onchocercose, les méningites, la rougeole.

La végétation est dominée par la savane arborisée avec par endroit des forêts clairsemées.

Il y a deux types de sol : sablonneux et argileux ce qui favorise les érosions. Il y a très peu d'élévations. Ils existent trois forêts classées dans la zone.



3. Période d'enquête

La première enquête a été réalisée en novembre 2005, la seconde à la période de Mai 2009.

4. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude de type transversal.

5. Population d'étude

La population de l'étude était constituée par l'ensemble des enfants de 1 à 9 ans et des sujets de 15 et plus vivant dans le district sanitaire de Fana.

6. Echantillonnage

- Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- Les enfants de 1 à 9 ans vivant dans le district sanitaire de Fana
- Les sujets de 15 et plus vivant dans le district sanitaire de Fana

- Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les enfants de moins de 6 mois vivant dans le district sanitaire de Fana

- Les sujets de 10 à 14 ans vivant dans le district sanitaire de Fana

- **Taille de l'échantillon**

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

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

$q = 1-p$
 $i = \text{précision de l'étude}$
 $d = \text{effet grappe}$
 $\Sigma = \text{proportion d'unités statistiques}$

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

$P = 20\%$ car il devrait baisser en principe au terme des actions entreprises après l'enquête de 1996-97

$i = 5\%$

$d = 4$

$\alpha = 5$.

Chez les sujets de 15 ans et plus, la prévalence des TT devait être évaluée. La taille de l'échantillon a été calculée en fonction des éléments suivants :

$p = 15\%$ car il devrait baisser en principe au terme des interventions réalisées après l'enquête de 1996-97

$i = 5\%$

$d = 2\%$

$\alpha = 5\%$.

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

- **Technique d'échantillonnage**

Pour extraire cet échantillon de la population, nous avons effectué pour cette enquête transversale, un sondage aléatoire en grappe à deux niveaux:

- Dans un premier temps, il fallait choisir les villages dans lesquels les grappes devaient être sélectionnées. Pour cela, 20 villages ont été choisis dans cette première étape selon le principe de probabilité proportionnelle à l'effectif de la population en utilisant la méthode des totaux cumulés qui consiste respectivement à:
 - Dresser la liste de tous les villages du district avec leurs populations respectives.
 - Créer une colonne pour la population cumulée, en ajoutant chaque population successive aux précédentes.
 - Diviser la population totale cumulée du secteur par 20 (nombre de grappes) pour obtenir l'intervalle d'échantillonnage.
 - Choisir avec l'ordinateur un nombre entre 1 et l'intervalle d'échantillonnage pour déterminer la première grappe et y ajouter successivement l'intervalle d'échantillonnage pour obtenir les 19 autres grappes restantes.
- Dans un second temps, il fallait sélectionner au hasard 24 ménages dans chaque grappe. Notons que pour les objectifs de l'enquête, un ménage a été défini comme :
 - Un homme, sa femme ou ses femmes plus tous les dépendants.
 - Une veuve plus ses dépendants.
 - Un grand frère, une sœur et leurs dépendants s'ils sont orphelins.

A ce niveau de l'échantillonnage nous avons respectivement effectué les étapes suivantes:

- Rechercher l'accord du chef de village pour la réalisation de l'enquête.
- Demander au chef de village le nombre de ménages existant dans le village après définition d'un ménage selon les critères de l'enquête.
- Examiner tous les ménages si leur nombre était ≤ 26 .
- Tracer les frontières sur brouillon en orientant le nord, le sud, l'est et l'ouest, en laissant les autorités du village nommer les ménages selon leur position dans le village (plusieurs personnes ont aidé pour le classement sur le plan sommaire: le chef de village, les vieux, les agents de santé de la communauté et tout volontaire de la santé).
- Enregistrer les noms des ménages les uns après les autres en laissant un espace vide après chaque quatrième ménage dans le but de créer des segments de quatre ménages. Lorsqu'il restait un ou deux ménages, ils étaient ajoutés au segment précédent, alors que lorsqu'il en restait trois, l'on en faisait un segment vu que les segments de trois et de six ménages sont acceptables.
- Numéroté chaque segment en inscrivant les numéros correspondants à chaque segment sur des bouts de papier (6 bouts de papiers soit une moyenne de 24 ménages) mis à l'intérieur d'un récipient pour être tirés au sort.
- Laisser le chef de village effectuer le tirage au sort des six segments à enquêter.
- Faire le choix de la première concession à enquêter dans chaque village à partir d'un espace fonctionnel (marché, mosquée) à l'aide de la pointe d'un crayon, d'un bic ou de tout autre objet pivotant.

- Faire le choix de la deuxième concession et des autres concessions en faisant un pas préétabli.

En utilisant cette procédure, nous avons eu un potentiel de 23= (4+4+4+4+4+3) à 26= (4+4+4+4+4+6) ménages à enquêter par village.

Les ménages choisis n'ont pas été remplacés par d'autres lorsque les résidents étaient absents ou refusaient de se faire examiner.

Cependant, dans le but de minimiser le nombre de résidents manquants dans les ménages choisis, des équipes d'enquêteurs ont revisité les ménages avant de quitter le village le jour même de l'enquête.

Collecte des données, classement et standardisation du trachome

Elle a été faite par des assistants médicaux en ophtalmologie (AMO) qui ont été spécifiquement formés pour: la sélection des ménages, le diagnostic des stades cliniques du trachome selon le système de codification de l'OMS, la collecte des données et l'enregistrement des résultats sur les formulaires de données.

Notons qu'après leur formation, ces AMO ont effectué une test préliminaire pratique en allant enquêter dans des villages non choisis pour l'enquête afin de pratiquer la sélection des ménages, la codification du trachome et le remplissage des formulaires des collecte de données.

Lors de ce test, si au moins 25 patients étaient identifiés avec des signes de trachome actif, les enquêteurs pouvaient alors participer à une étude fiable pour confirmer l'accord de classement du trachome chez les patients. Le coordinateur de l'étude a donc choisi 50 personnes dont 25 atteintes de trachome actif défini par la présence des follicules (TF) ou d'une inflammation intense (TI). Le reste correspondait à des patients ayant d'autres signes du trachome ou d'autres conditions de l'œil et ou des yeux normaux.

Chaque AMO a examiné toutes les 50 personnes en utilisant l'agrandissement 2,5 de la loupe et à la lumière de la torche. Les résultats ont été enregistrés sur un formulaire pré conçu. Pour ceux qui avaient le trachome, les AMO

enregistraient leurs résultats en utilisant la codification de l’OMS. Les diagnostics de chaque examinateur étaient comparés à ceux d’autres ophtalmologues représentant la référence. Le niveau d’accord entre ces derniers indiquait à quel point tous les enquêteurs devaient unanimement interpréter les signes de la maladie.

L’hypothèse de ce test était que les résultats des ophtalmologues sont corrects. Tous les AMO qui ont travaillé pour la collecte des données devaient obtenir un accord de plus de 80%.

Indicateurs des résultats

Bien que l’examen des individus consiste à rechercher les différents stades du trachome, les indicateurs retenus pour l’étude étaient :

- la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans.
- la prévalence du TT chez les sujets de 15 ans et plus.
- la proportion de visages propres chez les enfants de 1 à 9 ans.
- la proportion de ménages avec une latrine utilisée.
- la proportion de ménages ayant accès à une première source d’eau améliorée.

Composition de l’équipe et matériel d’enquête

L’équipe chargée de l’enquête était composée :

- D’un médecin en santé publique faisant fonction de superviseur
- D’un spécialiste en ophtalmologie
- De deux enquêteurs dont un étudiant en année de thèse
- D’un chauffeur.

Le matériel utilisé était composé de:

- casque loupe
- torche
- tabourets
- Capuchon de stylo à bille
- Papier pour la collecte des données

➤ Un véhicule du PNLC

Examen des individus

L'examen de l'œil à la recherche des signes du trachome inflammatoire (TF et TI) et de ses complications (TT et CO) s'est fait à l'aide d'une loupe binoculaire de grossissement 2,5 et d'une torche par un AMO.

Il a eu lieu le plus souvent à l'extérieur, dans la cour de la concession où le patient était assis face au soleil et face à l'examineur, ce qui a permis une bonne visibilité tout au long de l'enquête.

Pour les enfants d'âge préscolaire, un parent tenait l'enfant assis sur ses genoux. Il lui maintenait la tête avec un bras et il entourait les bras et le corps de l'enfant avec l'autre bras. En ce qui concerne les très jeunes enfants, l'examineur maintenait la tête entre ses genoux, tenant les bras et les jambes. Ainsi, l'examen pouvait se faire sans risque de blesser les enfants très agités.

Chaque œil était examiné successivement, en commençant normalement par l'œil droit. Tout d'abord, on recherchait les signes de trichiasis : cils recourbés frottant contre le globe oculaire ou traces d'épilation. Pour vérifier la présence de cils recourbés, la paupière supérieure devait être légèrement retournée vers le haut afin d'exposer les bords des deux paupières. La cornée était ensuite soigneusement examinée à la recherche d'opacités. Enfin, on recherchait la présence de follicules, d'une inflammation intense et de cicatrices sur la face interne de la paupière supérieure ou conjonctive tarsienne.

Pour examiner la face interne de la paupière supérieure, l'on devait d'abord retourner la paupière. Ainsi l'on demandait au patient de regarder vers le bas, l'on saisissait délicatement les cils entre le pouce et l'index de la main gauche. Puis, en utilisant un capuchon de stylo à bille l'on retournait la paupière supérieure. En tenant la paupière retournée avec le pouce gauche, l'on examinait la conjonctive tarsienne. Une fois l'examen terminé, l'on retournait délicatement la paupière pour la remettre en place. La codification de l'OMS a été utilisée pour stadifier les lésions trachomateuses.

A l'issue de cet examen clinique, dans chaque ménage un adulte a été interrogé pour notifier: la présence et l'utilisation de latrine dans le ménage, la première source d'eau, la distance approximative qui sépare le ménage de la source d'eau. Et une fiche était remplie pour chaque enfant de moins de 10 ans, et pour chaque individu de 15 ans ou plus.

Contrôle de qualité.

Les formulaires de données remplis étaient contrôlés par les équipes pour complément avant de passer au prochain ménage ou à la prochaine grappe.

De même qu'à la fin de chaque journée un superviseur ou un coordinateur de l'enquête collectait et vérifiait les formulaires de données pour complément.

Saisie et analyse des données

Les données ont été manuellement classées et entrées dans la base de données du logiciel Access Microsoft (MAD) puis traitées avec le logiciel d'analyse statistique Epi info version 6.0. Un exemplaire du formulaire de collecte de données se trouve dans l'annexe.

Les questions éthiques

- Une permission d'exécution a été demandée aux autorités locales et régionales et un compte rendu leur a été fait.
- Au niveau de la communauté, le consentement éclairé des chefs de villages, des chefs de famille, des personnes et des tuteurs (pour les enfants) a été recherché tout en les informant qu'ils avaient le droit de refuser de participer à l'étude sans perdre les éventuels futurs intérêts du programme de santé publique et qu'il n'y avait pas de prime pour la participation à l'étude.
- Les informations sur le statut trachomateux de chaque sujet étaient confidentielles. Pour garantir cette confidentialité, des codes ont été attribués à chaque dossier.

- Ceux qui avaient des maladies actives ont été traités avec des antibiotiques selon les directives nationales.
- Les noms et les adresses de tous ceux qui avaient le trichiasis ont été retenus et donnés aux services de santé afin de programmer une opération.

Interprétation des résultats

Selon les recommandations de l’OMS:

- Si la prévalence du TF chez les enfants est $\geq 10\%$ dans la localité, alors un traitement de masse d’antibiotique est recommandé (A) en plus des activités de N et CE.
- Dans les localités où le TF chez les enfants de 1 à 9 ans est moins de 5%, aucune intervention de A et NCE n’est recommandée.
- Si la prévalence de TT chez les adultes de plus de 15 ans est de 1% ou plus dans la localité, des interventions chirurgicales communautaires seront prévues.
- Si la prévalence de TT chez les adultes est moins de 1% dans la localité, l’intervention chirurgicale communautaire n’est pas exigée, mais la chirurgie individuelle sera nécessaire.

Dans le cadre de la stratégie CHANCE, comme le recommande l’OMS, le district de Fana a été traité pendant 3 années successives à l’Azithromycine (sujets de plus de 6 mois) et à la pommade tétracycline 1% (pour les enfants de 0 à 6 mois).

Situation du traitement de masse à l’azithromycine dans le district sanitaire de Fana de 2003 à 2005:

| Année | Nombre de personnes | Couverture thérapeutique |
|--------------|----------------------------|---------------------------------|
| 2003 | 150 640 | 108 % |
| 2004 | 118 401 | 92 % |

2005

119 205

94 %

CHAPITRE V

RESULTATS

I. CARACTERES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

I-1. PATIENTS DE 1 A 9 ANS

Graphique I : Répartition des patients de 1 à 9 ans selon le sexe

Sur un échantillon total de 658 patients de 1 à 9 ans le sexe féminin représentait un peu plus de la moitié avec 50,30% *IC à 95% (46,40 : 54,20)*

Tableau I : Répartition des patients de 1 à 9 ans selon de l'âge

| Tranche d'âge | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------|-----------------|---------------|
| 1 - 4 ans | 281 | 42,70 |
| 5 - 9 ans | 377 | 57,30 |
| Total | 658 | 100,00 |

Sur un échantillon total de 658 patients de 1 à 9 ans la Tranche d'âge de 5 à 9 ans représentait 57,30% *IC à 95% (53,40 : 61,10)*

I-2. PATIENTS DE 15 ANS ET PLUS

Graphique II : Répartition des patients de 15 ans et plus selon le sexe

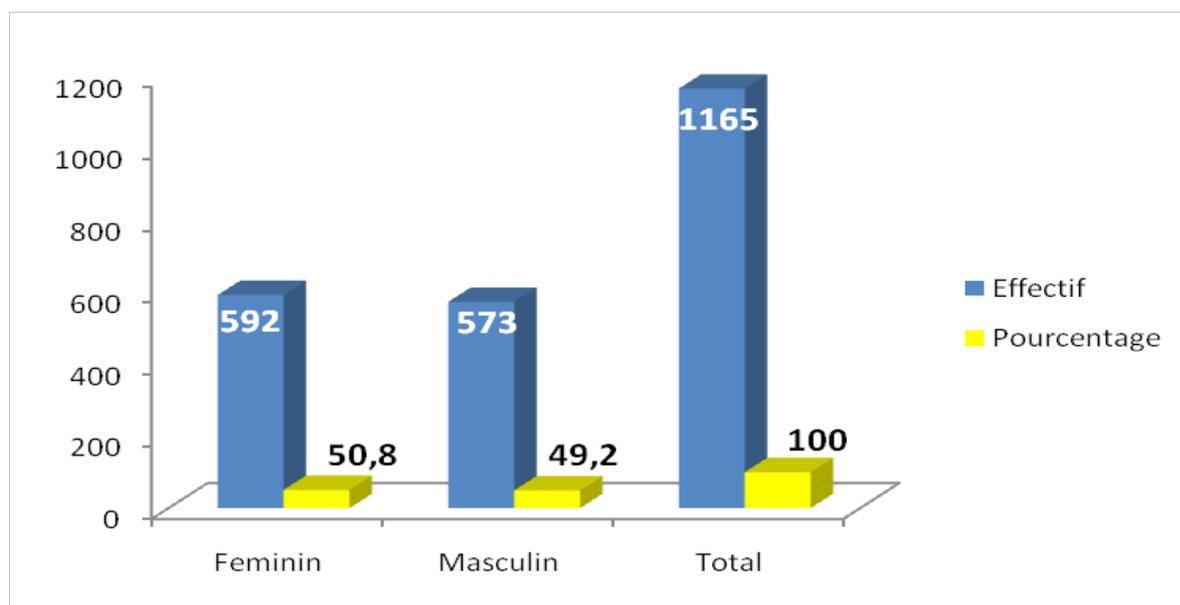


Tableau II : Répartition des patients de 15 ans et plus selon l'âge

Sur un échantillon total de 1165 patients de 15 ans et plus, le sexe féminin représentait 50,80% avec un sexe ratio **de 0,98**.

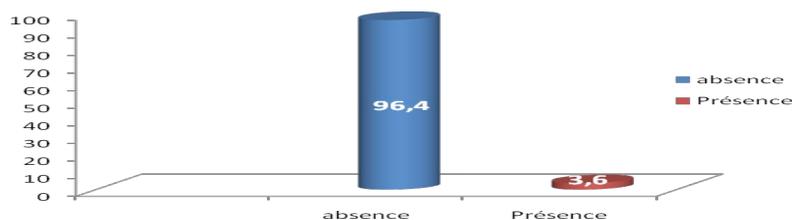
Tableau II : Répartition des patients de 15 ans et plus selon l'âge.

| Tranche d'âge | | Effectif absolu | Pourcentage (%) |
|---------------|------|-----------------|-----------------|
| 15 – 19 ans | 2009 | 190 | 16,30 |
| | 2005 | 142 | 13,50 |
| 20 – 59 ans | 2009 | 800 | 68,70 |
| | 2005 | 726 | 69,10 |
| 60 et + ans | 2009 | 175 | 15,00 |
| | 2005 | 183 | 17,40 |

| | | | |
|--------------|-------------|-------------|---------------|
| | 2009 | 1165 | 100,00 |
| Total | | | |
| | 2005 | 1051 | 100,00 |

Sur un échantillon total de 1165 patients de 15 ans et plus la tranche d'âge de 20 à 59 ans représentait 68,70% en 2009, elle était également la plus représentée en 2005 avec 69,10 %.

II. CARACTERES CLINIQUES DES PATIENTS



Graphique III : Répartition des patients de 1 à 9 ans selon le statut de Trachome Folliculaire

La prévalence du trachome folliculaire chez les patients de 1 à 9 ans était de 3,60% avec un *IC à 95%* (2,40 : 5,50)

Tableau III : Répartition des patients de 1 à 9 ans selon le statut de Trachome Intense

| Trachome intense (TI) | | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------------|-------------|-----------------|---------------|
| Absence | 2009 | 652 | 99,10 |
| | 2005 | 1221 | 99,90 |
| Présence | 2009 | 6 | 0,90 |
| | 2005 | 1 | 0,10 |
| TOTAL | 2009 | 658 | 100,00 |
| | 2005 | 1222 | 100,00 |

La prévalence du trachome Intense chez les patients de 1 à 9 ans était de 0,90% avec un *IC à 95%* (0,40: 2,10) tandis qu'en 2005 elle était de 0,10 % Avec un *IC* (0,00 et 0,50)

Tableau IV : Répartition des patients de 1 à 9 ans selon le statut de trachome actif (TF/TI) en 2005 et en 2009

| Trachome actif (TF /TI) | | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------------------|-------------|-----------------|---------------|
| Non Porteur | 2009 | 632 | 96,00 |
| | 2005 | 1193 | 97,60 |
| Porteur | 2009 | 26 | 4,00 |
| | 2005 | 29 | 2,40 |
| TOTAL | 2009 | 658 | 100,00 |
| | 2005 | 1222 | 100,00 |

La prévalence du trachome actif chez les patients de 1 à 9 ans était de **4,00%** avec un *IC à 95%* (2,60 - 5,80) en 2009 tandis qu'en 2005 elle était de **2,40%**.

Tableau V : Répartition des patients de 1 à 9 ans selon le statut de trachome actif (TF/TI) et le sexe

| SEXE | | Trachome actif (TF /TI) | TOTAL |
|------|--|-------------------------|-------|
|------|--|-------------------------|-------|

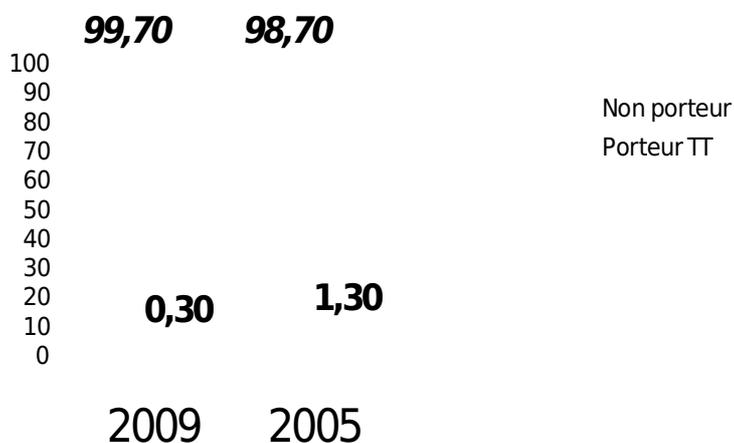
| | | Non Porteur | Porteur | |
|-----------------|-------------|--------------------|----------------|-----|
| Féminin | 2009 | 313 | 18 | 331 |
| | 2005 | 639 | 14 | 653 |
| Masculin | 2009 | 319 | 8 | 327 |
| | 2005 | 554 | 15 | 569 |

Sur un échantillon total de 658 patients de 1 à 9 ans le trachome actif était plus présent chez le sexe féminin que le sexe masculin *avec un Chi2 de 3,873 en 2009 > 3,84* également en 2005 sur un échantillon total de 653 patients, il était plus présent chez le sexe féminin que chez le sexe masculin *avec un Chi2 de 0,141*

Tableau VI : Répartition de patients de 1 à 9 ans et plus en fonction de l'âge et le statut de trachome actif

| Tranche d'âge (an) | Trachome actif | | Total |
|---------------------------|-----------------------|----------------|--------------|
| | Non Porteur | Porteur | |
| 1 – 4 | 275 | 6 | 281 |
| 5 - 9 | 357 | 20 | 377 |
| TOTAL | 632 | 26 | 658 |

Sur un échantillon total de 658 patients la tranche d'âge de 5 à 9 ans présentait plus le trachome actif *avec un Chi2 de 4,2559*



Graphique IV : Répartition de patients de 15 ans et plus selon le statut de trichiasis Trachomateux (TT) en 2005 et en 2009

La prévalence du trichiasis Trachomateux chez les patients de 15 ans et plus était de **0,30%** avec un **IC à 95% (0,10 - 0,90)** en 2009 tandis qu'en 2005 elle était de **1,30%** avec un IC à 95% (0,80- 2,30)

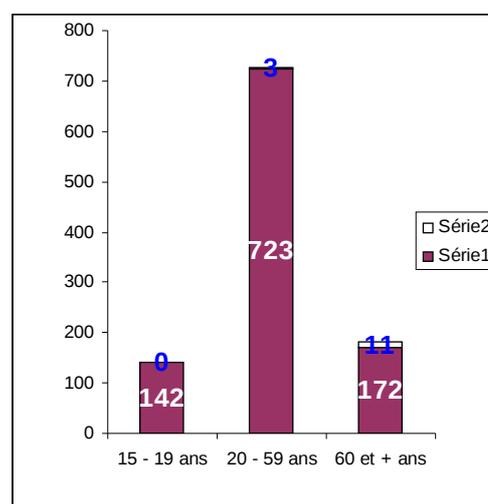
Tableau VIII : Répartition de patients de 15 ans et plus en fonction du Sexe et le statut de trichiasis Trachomateux (TT)

| Sexe | Trichiasis Trachomateux | Total |
|------|-------------------------|-------|
|------|-------------------------|-------|

| | Porteur | Non porteur | |
|-----------------|----------|-------------|-------------|
| Féminin | 3 | 589 | 592 |
| Masculin | 1 | 572 | 573 |
| Total | 4 | 1161 | 1165 |

Sur un échantillon total de 1165 patients de 15 ans et plus la différence entre les hommes et les femmes n'était pas statistiquement significative ($Chi^2 = 0,9385$)

Graphique IV : Répartition de patients de 15 ans et plus en fonction de l'âge et le statut de trichiasis Trachomateux en 2009 et en 2005



Sur un échantillon total de 1165 patients en 2009, la tranche d'âge de 60 ans et plus présentait plus de cas de trichiasis Trachomateux (Chi^2 de 22,7065) ; pour 2005, sur un échantillon total de 1051 patients, la tranche d'âge 60 ans et plus présentait également plus de trichiasis Trachomateux (Chi^2 de 37,0617)

III. LES FACTEURS DE RISQUE

Tableau IX : Appréciation de l'aspect du visage chez les patients de 1 à 9 ans en 2009 et en 2005

| Visage | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------|-----------------|--------------|
| 2009 | 566 | 86,00 |

| | | | |
|---------------|-------------|------------|---------------|
| Propre | 2005 | 352 | 30,80 |
| | 2009 | 92 | 14,00 |
| Sale | 2005 | 791 | 62,20 |
| | 2009 | 658 | 100,00 |
| Total | 2005 | 1143 | 100,00 |

Sur un échantillon total de 658 patients de 1 à 9 ans **86,00 %** avaient le visage propre en 2009, tandis qu'en 2005 sur un échantillon total de 1143 patients seulement **30,80%** avaient le visage propre.

Tableau X : Appréciation de l'aspect du visage chez les patients de 1 à 9 ans selon le sexe

| Sexe | Aspect du visage | | TOTAL |
|-----------------|------------------|-----------|------------|
| | Propre | Sale | |
| Féminin | 286 | 45 | 331 |
| Masculin | 280 | 47 | 327 |
| TOTAL | 566 | 92 | 658 |

Sur un échantillon total de 658 patients enquêtés de 1 à 9 ans, 566 avaient le visage propre. La différence n'était pas statistiquement significative entre les filles et les garçons ($Chi2 = 0,0826$)

Tableau XI : Appréciation de l'aspect du visage chez les patients de 1 à 9 ans en fonction de l'âge

| Tranche d'âge (ans) | Aspect du visage | | Total |
|---------------------|------------------|------|-------|
| | Propre | Sale | |

| | | | |
|--------------|------------|-----------|------------|
| 1 – 4 | 221 | 60 | 281 |
| 5 - 9 | 345 | 32 | 377 |
| TOTAL | 566 | 92 | 658 |

Sur un échantillon total de 658 patients enquêtés la tranche d'âge de 5 à 9 ans présentait plus de visage propre avec un *CHI2* à 22,1196

Tableau XII : Existence de latrines dans les ménages enquêtés

| Latrine | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|------------------------|--------------------|
| Absence | 6 | 1,25 |
| Présence | 474 | 98,75 |
| Total | 480 | 100,00 |

Sur un échantillon total de 480 ménages enquêtés 98,75 % possédaient une latrine

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

| Utilisation de latrines | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| Non utilisé | 16 | 3,33 |
| Utilisé | 464 | 96,67 |
| Total | 480 | 100,00 |

Sur un échantillon total de 480 ménages enquêtés 96,67% fréquentaient régulièrement les latrines.

Tableau XIV : Existence de point d'eau

| Source | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------|------------------|--------------------|
| Dans la Concession | 92 | 19,17 |
| Dans le village | 306 | 63,75 |
| Hors du village | 82 | 17,08 |
| Total | 480 | 100,00 |

Sur un échantillon total de 480 ménages enquêtés 82.92% s'approvisionnaient en eau dans le village

CHAPITRE VI

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Méthodologie :

Notre enquête concernait 20 villages du district sanitaire de Fana

Elle a permis :

D'évaluer la prévalence du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans et celle du trichiasis Trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus dans le cadre d'une surveillance post endémique. Sachant que depuis 2005 le district sanitaire de Fana a été élu à la surveillance post endémique, il était important de mener cette étude afin de pouvoir apprécier la situation épidémiologique. Notons que les résultats issus de ces deux études sont comparables, vu qu'ils sont issus de l'application d'une même méthodologie.

2- L'échantillon :

Au total 658 enfants de 1 à 9 ans ont été examinés (327 de sexe masculin et 331 de sexe féminin) ; chez les sujets de 15 ans et plus la distribution a été étudiée par tranche d'âge (15 – 19 ans ; 20 – 59 ans ; 60 ans et plus ; soit 1165 individus examinés 592 sexe féminin et 573 de sexe masculin).

3- Répartition des patients selon les caractéristiques des patients dans le district sanitaire de Fana :

3-1- Caractéristique Socio- démographique de l'échantillon :

- Selon le sexe :

- Chez les patients de 15 ans et plus :

Dans notre étude sur 1165 sujets de 15 ans et plus enquêtés, 331 soit 50,30% étaient des femmes, avec sexe ratio de 0,98

- Chez les enfants de 1 à 9 ans:

Le sexe féminin était autant représenté que le sexe masculin, respectivement 50,30% et 49,70% sexe ratio M / F: 0,98

- **Selon l'âge :**

Chez les patients de 1 à 9 ans :

La tranche d'âge la plus représentée était les patients de 5 – 9 ans avec 57,30%

Chez les patients de 15 ans et plus : la tranche d'âge 20 – 59 ans était plus représentée avec 68,70%

3-2- Caractéristiques cliniques des patients dans le district sanitaire de Fana

Selon la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les patients de 1 à 9 ans :

Les résultats de l'enquête sur le trachome en 1996 – 1997 avaient montré que la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les sujets de moins de 10 ans dans la région de Koulikoro était de 33,50%.

Ceux de 2005 dans le district sanitaire de Fana trouvaient une prévalence de 2,37% qui n'atteignait pas le seuil d'intervention de 10% de l'OMS, une prévalence qui a considérablement diminué par rapport à celle de 1996 – 1997.

Notre étude de 2009 avait trouvé des résultats de 4% ; cette remontée s'expliquerait par le temps d'arrêt du traitement de masse qui n'a pas été soutenu fortement par des campagnes de sensibilisation et d'IEC à l'endroit des populations du district de Fana.

Les patients de 1 à 9 ans de sexe féminin semblaient être plus affectés par le trachome actif (TF/TI) avec 69%.

Cela s'expliquerait par le fait que la jeune fille comme la majorité des femmes est toujours en contact étroit avec le réservoir de l'infection.

La tranche d'âge de 5-9 ans était plus affectée avec 76%

Ceci peut être expliqué d'une part, par le fait qu'à cet âge, les enfants sont laissés pour compte par les parents qui s'occupent plutôt des plus petits ; d'autre part par le fait que ces enfants sont moins représentés lors des traitements de masse par l'azithomycine,

Une étude cas témoins réalisée dans l'arrondissement d'Ouelessebougou (Mali) par BAGAYOKO C O (25) avait trouvé que le sommet de la courbe de prévalence se situait vers l'âge de 5 ans avec 32%

Une étude réalisée au Mali par SIMA S. (28) en 2002 – 2003, a montré que six mois après la distribution de l'azithomycine, la prévalence du trachome actif est passée de 55,6% à 24,4%.

Une étude réalisée à Koulikoro (Mali) par NGUIMDOH.Y en 2005 (33) a permis de montrer que la prévalence du trachome actif est passée de 35% à 2,61% dans sept districts sanitaires de la région de Koulikoro après mise en œuvre de la stratégie « CHANCE »

Une étude réalisée à Diola (Mali) par LONGTCHI S en 2005 (34) a montré que la prévalence du trachome actif est passée de 33,50% en 1996 – 1997 à 0,81% en 2005 chez les enfants de moins de 10 ans après 3 ans de mise en œuvre de CHANCE.

Une étude réalisée à l'université de Cambridge, royaume Uni par Ngondi J et coll (35) a permis de montrer que l'utilisation de la stratégie « CHANCE » a des effets protecteurs sur le trachome.

Plusieurs études ont montré que l'azithomycine agit efficacement sur le trachome inflammatoire.

Une étude réalisée en Ethiopie par Melese M et coll en 2008 avait montré une élimination locale de l'infection à *chlamydia* ; après un traitement de masse par l'Azithromycine la prévalence du trachome actif est passée d'une moyenne de 42,6% à 6,8% en 24 mois dans les villages où les résidents ont été traités

chaque année il est passé de 31,6% à 0,9% en 24 mois dans les villages où les résidents ont été traités tous les 2 ans.

Une étude réalisée par Bailey R. et coll. en Gambie (29) en 2001 avait permis de montrer que l'Azithromycine par voie orale semble pouvoir offrir un moyen de lutte contre le trachome cécitant.

D'autres études réalisées au Népal dans le district de Sariahi par Katz J et coll en 1996 (24), au Sénégal par Schemann JF (18), au Kong wa dans le centre de la Tanzanie par Tielsch J et coll (19) ont montré les effets protecteurs de l'azithomycine sur le trachome inflammatoire.

Dans le cadre de la surveillance post endémique, après arrêt du TDM les autres composantes de la stratégie CHANCE (le N et CE) devaient continuer à être mis en œuvre pour renforcer et consolider les effets protecteurs de l'Azithromycine. Selon l'enquête de 2009 le pourcentage de visages propres était de 86%, celle de 2005 trouvait des chiffres plus bas à 30%. Il se pose le problème de la constance du lavage des visages pour qu'elle entre dans les mœurs pour le pérenniser. Les autres facteurs de risque également étaient bons pour espérer maintenir une prévalence en-dessous de 5%, qu'il s'agisse de la présence et de l'utilisation des latrines ou des points d'eau.

Ces chiffres nous interpellent et nous recommandent de ne pas baisser la garde au risque de voir une résurgence du trachome si les autres composantes N et CE ne sont pas constamment mises en œuvre.

Selon la prévalence du trichiasis Trachomateux (TT) :

Dans notre étude le taux de trichiasis était estimé à 0,30% chez les sujets de 15 ans et plus, inférieur à celui de 2005 (1.30%) et de 96/97.

Cette complication atteignait plus les femmes (75%) que les hommes (25%). Les patients de 60 ans et plus représentaient le nombre total de cas recensés.

Sans traitement adéquat du trachome, les complications cécitantes de la maladie s'aggravaient avec l'âge.

Bien que la prévalence du trichiasis Trachomateux ait diminué dans le district sanitaire de Fana depuis 2005, elle se maintient toujours au dessous du seuil d'intervention de l'OMS qui est de 1% ce résultat encourageant doit être soutenu par des actions de sensibilisation et d'IEC afin d'amener les populations à accepter la chirurgie du trichiasis.

NGUIMDOH Y en 2005 (33) a montré que la prévalence du trichiasis était passée de 3,9% en 1996 – 1997 à 1,42% en 2005 dans la région de Koulikoro, et qu'elle y constituait toujours un problème de santé publique. Cette baisse de prévalence du trichiasis était également notifiée par LONGTCHI SONWA (34) à Diola en 2005 avec une réduction de 3,90% en 1996 – 1997 à 1,48% en 2005. Une étude réalisée au Niger (36) en 2005, a montré que la prévalence du trichiasis était passée de 4,2% en 1999 à 0,08% en 2005 à Magaria et de 7,7% en 1999 à 0,04% en 2005 à Matamèye.

Toutes ces actions montrent que la prévalence du trichiasis baissait grâce aux interventions chirurgicales de masse qui étaient menées dans les districts sanitaires par des campagnes en auto et en moto.

3-3- Caractéristiques des facteurs de risque

Selon l'aspect du visage :

Se laver le visage plusieurs fois par jour permet de diminuer la prévalence du trachome actif.

Dans notre étude sur 658 patients de 1 à 9 ans enquêtés, 86% avaient le visage propre et il y avait la parité par rapport au sexe.

Une étude réalisée par Zefack M G. en 2000 (37) au Mali, a montré que la prévalence du trachome actif était de 18% pour ceux qui avaient un visage propre, et 58% pour ceux qui avaient un visage sale.

Plusieurs autres études ont montré que le visage propre protège contre le trachome actif : West SK et coll. en Tanzanie en 2008 (22) sima S. dans le cercle de Bankass en 2003 (28), Diallo KI. en 2002 (8), NGUIMDO H Y. en 2005(33) dans la région de Koulikoro, LONGTCHI SONWA (34) en 2005 à

Diola, avaient tous mis l'accent sur l'importance de la propreté du visage, et son effet protecteur contre la prévalence du trachome.

CHAPITRE VII

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

Notre étude portait sur la surveillance post endémique du trachome dans le district sanitaire de Fana après 4 ans de pause thérapeutique.

Elle a permis de :

- montrer l'impact de la stratégie « CHANCE » suite à 3 années successives de mise en œuvre
- comparer les indicateurs de 2005 à ceux de 2009

En 2009, chez les patients de 1 à 9 ans la prévalence du trachome actif était à 4,00% et prédominait dans la tranche d'âge 5-9 ans avec 76% et les patients de sexe féminin semblaient être plus affectées avec 69%.

En 2005, elle était de 2,40%

En 2009, chez les patients de 15 ans et plus la prévalence du trichiasis Trachomateux était estimée à 0,30%, la tranche d'âge de 60 ans et plus était plus affectée avec 100% des cas recensé et le sexe féminin était plus affecté avec 75 %.

En 2005 la prévalence du trichiasis était à 1,30%

Cette étude a montré une prévalence faible du trachome actif chez les patients de 1 à 9 ans, et confirme l'efficacité de la stratégie « CHANCE » dans le district sanitaire de Fana, car la prévalence est inférieure au seuil d'intervention de 10% de l'OMS.

Cependant cette prévalence reste plus élevée que celle de 2005 avec 2,40% ce qui dénote un relâchement des mesures d'accompagnement post endémique. La surveillance post endémique montre une courbe d'élévation de la prévalence depuis 2005.

En 2009, 86% des patients de 1 à 9 ans avaient le visage propre tandis que seulement 30,80% l'avaient en 2005. La prévalence du trachome actif était moins élevée chez les patients de 1 à 9 ans qui avaient le visage propre.

La prévalence du TT était estimée à 0,30% chez les patients de 15 ans et plus et prédominait dans la tranche d'âge de 60 ans et plus et il semblait affecter plus les femmes avec 75 %.

Le trichiasis Trachomateux (TT) constitue encore un problème de santé publique même si sa prévalence a baissé jusqu'à 0,3%, supérieur au seuil d'élimination de 0,1% préconisé par l'OMS.

Cependant ce résultat très encourageant nécessite une surveillance continue pour aller à la certification de 1 cas pour mille habitants selon l'OMS.

La lutte contre le trachome doit être renforcée dans certaines composantes de la stratégie CHANCE notamment le CH, le N et le CE.

2. Recommandations

Face à cette situation, nous proposons les recommandations suivantes :

- Au Ministère de la santé :

➔ Maintenir les ressources financières pour assurer la prise en charge du trachome actif et du trichiasis au niveau communautaire.

- Mettre en place des ressources financières pour la formation des personnels de santé du district et des aires sanitaires pour qu'ils puissent eux-mêmes assurer la prise en charge des cas de trachome actif et du trichiasis.

- Au PNLC

- Mettre en place et renforcer une stratégie de surveillance post endémique du trachome afin de minimiser les risques de résurgence du trachome et atteindre les seuils de l’OMS
- Faire le traitement de masse ciblé dans les communautés où la prévalence du trachome actif dépasse 5%.
- Evaluer régulièrement la mise en œuvre de la stratégie « CHANCE » dans les aires de santé.

- Aux mères de famille :

- Maintenir l’hygiène corporelle et faciale régulière des enfants avec de l’eau dès le très jeune âge afin éviter l’apparition de la maladie
- Consulter précocement les spécialistes en ophtalmologie dès les premiers signes du trachome

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

La lutte contre le trachome : Perspectives. WHO document (PBL) 96.56

Genève: OMS, 1996: 1- 47

2- Emerson PM, Lindsay SW, Alexander N, Bah M, Dibba SM, Faal HB, Lowe KO, Mc Adam KPWJ, Ratcliffe AA, Walnaven GEL, Bailey RL.

Role of flies and provision of latrines in trachoma control, a cluster randomized controlled trial.

Lancet, 363: 1093-1098.

3- BULLETIN WHO 2004, 82 = 844 –851

In the year 2002 Global data on visual impairment

4- OMS

Stratégies recommandées par l’OMS contre les maladies transmissibles, prévention et lutte.

WHO /CDS/CPE/SMT. 2001, 13, 163.

5- Emerson P, Frost L, Bailey RL, Mabey DC.

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

6- Organisation Mondiale de la Santé

Rapport de la troisième réunion de l’Alliance pour l’Elimination Mondiale du trachome.

WHO/PBD/GET/93.3.

7- DEMBELE Adama : Etude de la prévalence du trachome dans le cercle de Douentza de la région de Mopti au Mali

Thèse: méd. Bamako, 2007.-49P:30

8- Diallo.KI: Efficacité clinique de trois stratégies de distribution de l'azithromycine pour le contrôle du trachome au Mali

Th : méd. : 2002

9- TRAORE L.

TRACHOME ET AUTRES MALADIES LIEES A L EAU DANS LA ZONE DU PROJET D EAU DE WOLD VISION AU MALI : AVRIL 2005

10- OMS

Rapport de la première réunion de l'Alliance pour l'Élimination Mondiale du Trachome.WHO/PBL/GET/07.1.

11- Hunt F, Bailey RL, Tobin L, Consens S et al.

Efficacy of orale azithromycin versus tropical tetracycline in mass treatment of endemie trachoma.

12- Pichard E, Minta D.

Maladies infectieuses.

Edit CF-MAC, Bamako, 2004: 150-152.

13- Gabriel Coscas, Georges Cornand.

Revue internationale du trachome et de pathologies oculaires tropicales et subtropicales et de santé publique.2001-2003

14- RAPPORT D'ENQUETE REGIONALE AU NIGER EN 1998 PAR L'IOTA

15- CARTOGRAPHIE DU TRACHOME en république du Tchad en 2001

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

17- DIAWARA A : Enquête de prévalence du trachome avant le traitement de masse avec l'azithromycine dans cinq cercles de la région de Mopti. 2005 P 1-43.

18- Schemann JF, Sal MB, Sar B, Faye M, Momo G, Mariotti SP, Negrel AD.

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

Med Trop 2003, 63 : 53-59.

19- Tielsch JM, West KP JR, Katz J, Keyvan-Larijani E, Tizzu-T, Schwab-L jhonson-Gj, Chirambo MC, Taylor HR.

The epidemiology of trachoma in southern Malawi.

Am J. trop. Med Hyg. 1988 Mars 38(2): 393-9.33;

20- J.F Shémman, D.Sacko, A.Banou, S.Bamani, O Boré, S.Coulibaly & M Ag El Mouchtahide

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

;

21- Schemann J. F.

Trachome et xérophtalmie en Afrique, deux maladies de société.

Thèse Sciences Biol Med, Université Victor Segalen, Bordeaux II. 2002

22- West SK., Rapoza P., Munôz B., Katala M., Taylor H.R.

Epidemiology of ocular chlamydial infection in a trachoma-hyperendemic arera.

Dan center for Preventive Ophthalmology, University, Baltimore, Maryland;
Helen Keller International, New York; Kondwa Primary eye. Care Project,
Kongwa, Tanzania.

**23- Sheila. K. West, Beatriz Munoz, Virginie M, Turner, B.B.O
MOMBAG, Hugh.R TAYLOR**

The epidemiology of trachoma in central Tanzania.
International journal of epidemiology.

24- Katz J, West k.P Jr, S.K LECLERQ SC

Prevalence and risk factors for trachoma in SARLAHI district, NEPAL. Rev
inter.trachome.1990; 26-28.

25- Bakayoko. C. O :

Impact de l'approvisionnement en eau sur la prévalence du trachome évolutif
dans l'arrondissement d'Ouelessebougou (Mali). Thèse de médecine Bamako,
93.M.28

26- Resnikoff S, Queguiner.

Trachome.

Encyl Med Chir, Ophtalmologie, Elsevier, Paris, 8.037G-10, 21-140 A10, 2000.

27- Francis V, Turner V.

L'appui communautaire en faveur de la lutte contre le trachome. Guide de
l'action sanitaire de district.

OMS, Genève. 1995.

28- SIMA S.

Impact de la distribution de masse de l'azithomycine générique pour le
contrôle du trachome dans le cercle de Bankass.
thès.med.2003.N°39.

29- Bailey R, Downes B, Downes R, Mabey D.

Trachoma and water use; au case control study in a Gambian village.

Trans. Roy Soc Trop Med Hmeyg. 1991; 85: 824-828.

30- Messadi M et al.

Epidémiologie et histoire naturelle du trachome en Tunisie.

Rev Int Trach 1974 ; 51 (4) :

31- Pichard E. et Minta D.

Maladies infectieuses

Edit CF- MAC, Bamako, 2004 : 150-152.

32- Xème Réunion de l'Alliance OMS pour l'élimination Mondiale du Trachome cécitant en tant que problème de sante publique

33- NGUIMDO Yvette

Impact de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome, cas de 7 districts sanitaires de la région de Koulikoro

Th : méd. Bamako, FMPOS : 2008

34- Longtchi SONWA

Impact de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome dans le district sanitaire de Diola en 2005.

Th : méd. : Bamako, 2007.-85P ; 224

35- Ngondi J. F Matthews. Reacher M. Baba S. Brayne C. P .Emerson

Institut de la santé publique Université de Cambridge, Royaume-Uni,
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18446204

36- Planète Afrique Niger

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

37- Zefack M G. : Facteurs de risque du trachome au Mali, thèse médecine
FMPOS, 2000

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

ANNEXES

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL 2005

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 ?

3. Appréciation état visage (si enquêté enfant)

a. Propre /___/ b. Sale /___/

4. Caractéristiques des ménages enquêtés

a. Présence de latrine /___/ b. Utilisation de latrine /___/ c. Présence de point d'eau /___/ d. Localisation de point d'eau /___/

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: **BANE**

Prénom: **Kalidou**

Tel : (00223) 79 26 47 97 Email : kalidoubane@live.fr

Titre de la thèse: Surveillance post endémique du trachome dans le district sanitaire de Fana

Année universitaire: 2009 - 2010

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako

Secteurs d'intérêt: Ophtalmologie, Maladies Infectieuses et Santé publique.

Résumé :

Depuis le lancement de l'initiative vision 2020 dont le but est d'éradiquer les cécités évitables d'ici à 2020 dans le monde, plusieurs études ont été réalisées dans différents pays dont le Mali. En effet, à travers tout le territoire malien notamment dans ses différentes régions administratives, le programme national

de lutte contre la cécité (PNLC) avec l'appui de nombreux bailleurs de fonds a déjà réalisé un grand nombre d'études sur le trachome.

La notre, de type transversal, s'est déroulée du 15 au 29 juin 2009 dans le district sanitaire de FANA situé dans la région de Koulikoro qui est la deuxième région administrative du Mali. Elle a été réalisée dans le but d'évaluer la situation épidémiologique dans ledit district depuis l'enquête nationale de 1996/1997 et depuis la mise en œuvre de la stratégie CHANCE après 3ans de pause thérapeutique. Au cours de cette étude 1823 patients ont été examinés dont 658 enfants et 1165 adultes, et des prévalences de 4% et de 0,30% ont respectivement été obtenues pour le trachome actif chez les enfants de 0 à 9 ans et le trichiasis trachomateux chez les adultes de 15 ans et plus.

En comparaison aux résultats de 2005 nous avons constaté une élévation de la prévalence qui est passée de 2,40% à 4% pour le trachome actif et une baisse de la prévalence du trichiasis trachomateux qui est passée de 1,30% à 0,30%. Ces résultats doivent nous inciter à la prudence afin de ne pas baisser la garde et continuer la surveillance du trachome pour éviter la résurgence de la maladie.

Mots-clés : Trachome, Trichiasis, Prévalence, Surveillance post endémique, Enfant, Adulte, Facteurs de risque, Fana.

IDENTIFICATION SHEET

Name: BANE

First name: Kalidou

Phone: (00223) 79 26 47 97 E mail: kalidoubane@live.fr

Thesis title: Post marketing surveillance of endemic trachoma in the health district of Fana

Academic Year: 2009-2010

City of defense: Bamako

Country of origin: Mali

Place of Filing: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry in Bamako

Areas of interest: Ophthalmology, Infectious Diseases and Public Health.

Summary

Since the launch of the Vision 2020 initiative which aims to eradicate preventable blindness by 2020 worldwide, several studies have been conducted in various countries including Mali. Indeed, throughout the territory of Mali in particular its various administrative regions, the national program of fight against blindness (PNLC) in collaboration with the Ministry of Health and the support of many donors have already made many Studies on trachoma.

Ours, type section, held from 15 to 29 June 2009 in the health district of FANA located in the Koulikoro which is the second administrative region of Mali. It was conducted to assess the epidemiological situation in the said district from the National Survey of 1996/1997 and since the implementation of the strategy. During this study 1823 patients were examined including 658 children and 1165 adults, and prevalence of 4% and 0.30% respectively have been obtained for active trachoma in children aged 0 to 9 years and trichiasis adults 15 and older. Compared to 2005 results we have seen a rise in prevalence, which rose 2.4%, 4% for active trachoma and a decrease in the prevalence of trachoma trichiasis, which increased from 1.30% to 0.30 %.

Keywords: Trachoma, trichiasis prevalence, endemic surveillance post, Child, Adult, Risk Factors, Fana.

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 SUPREME**, 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 les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

Je le jure.

1