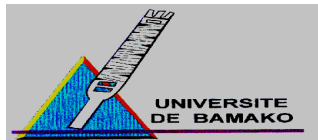


Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique



République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi



F.M.P.O.S

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

Année universitaire: 2009 – 2010

N° /.....

TITRE

**ETUDE DE LA PREVALENCE DU TRACHOME
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KOLOKANI
APRES 4 ANS DE PAUSE THERAPEUTIQUE.**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 02/10/2010 A la faculté de médecine,
de pharmacie et d'odonto-stomatologie*

Par **MLLE DOLO DJENEBA**

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

JURY

Président :

P^r Tiéman

Coulibaly

Membres :

D^r Mamadou

DEMBELE

Co-directeur : D^r Albert A BANOU
D^r Bamani SANOUSSI
Directeur de Thèse : P^r Abdoulaye DIALLO

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

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

Amen.

YA ALLAH

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui souffrent

Donne à mon cœur la compréhension et la compassion

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse

Donne à mes oreilles la patience d'écouter

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent

Donne à mon esprit le désir de partager

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

Amen.

A la mémoire de ma mère Feue Fanta Diarra (Paix à son âme)

Que ton âme repose en paix car tu as bien voulu me conduire sur le chemin de l'école. J'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui pour assister ton fils tant souhaité, pour ton remplacement numérique au sein de la société sanitaire du Mali, mais hélas le destin a voulu autrement. Que ton âme repose encore en paix.

A mon vaillant père Dégoubéré Dolo

Toi qui a assuré deux fonctions essentielles ; je veux dire de père et de mère à la fois pour ma survie et l'éducation des autres frères. Les mots me manquent pour quantifier ton endurance pendant de longues années.

Que DIEU le tout puissant puisse t'accorder une longue vie afin de pouvoir savourer les fruits de ton dévouement.

A mes oncles : les familles de feu Siratigui Diarra d'Hamdallaye et de Baco djicoroni qui n'ont ménagé aucun effort pour un soutien moral et matériel tout au long de mon cycle. Qu'ils reçoivent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A ma chère tante Yadomo Dolo : les mots me manquent ici aujourd'hui pour quantifier et qualifier les gestes de tendresse maternelle que tu as apportés à mon égard.

Je te remercie pour ton comportement de véritable maman éducatrice et prie Dieu le tout puissant de t'accorder longue vie afin de savourer avec papa les fruits de votre dévouement.

A mes grands frères Amadou, Seydou et à mes grandes sœurs Noubolou, Assétou Dolo ainsi qu'à leurs familles : qui m'ont soutenu et encouragé tout au long de mes études. Qu'ils trouvent dans cet ouvrage toute ma reconnaissance de fraternité.

A mes chers oncles Feu Bréhima Diarra, Boubacar Diarra, Soumaila Diarra dit Dozo TEGUEBA, IDRISSE YALCOUYE DE OMS

Vos visites et conseils périodiques ont été un soutien moral et matériel pour la réussite des études.

A mes chères tantes : Aminata, Araba Diarra Molibali sans oublier les autres. Je vous dis merci pour non seulement pour avoir soutenu mon père dans des situations difficiles mais aussi contribuer de façon positive pour la poursuite de mes études et le réconfort de la famille.

A mes amis (Fatoumata Gakou, Anta Moriba, Kadiatou Berthé, Fatoumata Bass Traoré, Aminata Diallo) et camarades d'enfance qui de près ou de loin chacun, selon ses moyens m'ont soutenu sur les terrains de football, sur la route de l'école à l'université et à la famille, que Dieu vous accorde toujours la force et la volonté de penser aux autres. Que nous bénéficions ensemble des résultats de ce travail.

A tous mes camarades de promotion de la Faculté de Médecine, de pharmacie et D'odontostomatologie. Je vous dis merci.

Au personnel du Programme national de la lutte contre la cécité(PNLC)

Au personnel de la Division Hygiène Publique et Salubrité.

Au personnel, à mes aînés et camarades du PNLC je vous dis merci.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail.

A mon bébé anagaly

.A Tous les consultants et consultantes de l'OMS

A Mon chéri Brahima Sidibé

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.

Retrouvez ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et toute notre admiration.

Puisse Dieu TOUT PUISSANT vous garder auprès de nous en vous accordant la longue vie.

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur Abdoulaye DIALLO

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

Les mots justes nous manquent pour vous dire merci d'avoir accepté la direction de ce travail malgré vos innombrables occupations.

C'est un grand privilège pour nous d'être compte parmi vos élèves. Cher maître veuillez recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et codirecteur de thèse

Docteur Sanoussi BAMANI

- Spécialiste en ophtalmologie ;
- Assistant chef de clinique ;
- Coordonnateur du Programme National de Lutte contre la cécité.

En nous assistant dans la réalisation de cette thèse, vous nous avez profondément marqués de votre personnalité. Vous avez guidé nos pas tout au long de ce travail en encourageant nos initiatives .Votre disponibilité malgré vos occupations nous ont émerveillé. Soyez assuré de notre profonde

reconnaissance et de notre affection indéfectible pour vous.

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

- Spécialiste en santé publique,
- Vice coordonnateur du programme national de lutte contre la cécité.

Cher maître nous sommes très honorés de vous citer parmi les membres de ce jury.

Votre rigueur pour le travail bien fait et simplicité inqualifiable forcent admiration et font de vous un maître hors du commun.

Veillez recevoir cher maître l'expression de notre grand respect et de notre attachement à jamais

**A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY: Docteur
Albert Agro BANO**

- Spécialiste en ophtalmologie et en Santé publique ;**
- Médecin ophtalmologiste à l'Opération Milagros ;**

Cher Maître,

Je suis très honorée de vous avoir dans ce jury. Vos qualités scientifiques sont admirables et je suis fière de l'enseignement que vous m'avez prodigué.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de ma profonde admiration et de mon profond respect.

Liste des abréviations

AMO : Assistants médicaux en ophtalmologie

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 santé

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

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Généralités	5
Méthodologie.....	15

Résultats.....	39
Commentaires et discussion	50
Conclusion et recommandations	58
Références bibliographiques.....	60
Annexes	

CHAPITRE 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 intérieure 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*. [1]

Le trachome demeure 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 et auquel l'enfance paie un lourd tribut. [2]

Pour L'OMS, d'après les dernières estimations, le trachome actif affecte plus de 84 millions de personnes à travers le monde, dont 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. [3]

Au Mali l'enquête nationale de prévalence du trachome en 1996-1997 a estimé des taux de prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans à 34,9% et de 2,5% pour le trichiasis chez les femmes de 15 ans et plus. [4]

Pour la région de Koulikoro, ces chiffres étaient respectivement de 33,5% et 3,90%.

Une enquête réalisée en 2005 par une équipe de L'IOTA dans les régions de Mopti et Ségou a montré une prévalence assez faible 9,2 de TF dans le cercle de Bla, 11% à San, 12,4% à Tominian et 25,1% dans le cercle de Koro. Dans les quatre districts sanitaires, la prévalence de TT dépassait 1% et atteignait même 2,6% dans le district sanitaire de Koro. [5]

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. [13] En 2000 on a retrouvé une prévalence du trachome actif de 35,1% chez les enfants de moins de 10 ans en Guinée Conakry. [6]

L'OMS dans le cadre de la lutte contre la cécité a créé en 1996 : L'ALLIANCE de l'Elimination 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 : [2]

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.

Après 3 années de traitement de masse, et conformément aux directives de l'OMS, des enquêtes d'impact ont été réalisées dans le district sanitaire de Kolokani en 2008.

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

Il s'agissait de faire une évaluation dans le sens de la surveillance post endémique du trachome dans le district sanitaire et fournir au programme de nouvelles bases de données pour les orientations futures des activités.

A cet égard le Centre Carter (CC) qui soutient les efforts de lutte contre le trachome au Mali et le Programme National de lutte contre la cécité (PNLC) nous ont fourni l'opportunité de réaliser ce travail. Quatre ans après l'enquête de 2005, comment a évolué la prévalence du trachome dans le district de Kolokani qui a été sevré de TDM tout ce temps ?

C'est un travail inédit qui permet de savoir si nous évoluons vers l'élimination du trachome cécitant après 4 ans de pause thérapeutique. La surveillance post-endémique du trachome rentre dans ce cadre.

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

Etudier la situation épidémiologique du trachome dans le district sanitaire de Kolokani après quatre années d'arrêt de traitement de masse.

Objectifs spécifiques

- 1- déterminer la prévalence du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans dans le district sanitaire de Kolokani.
- 2- déterminer la prévalence du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus dans le district sanitaire de Kolokani.
- 3- déterminer les facteurs de risque liés au trachome dans le district sanitaire de Kolokani.
- 4- fournir au Programme National des outils de planification pour la surveillance post-endémique du trachome cécitant au Mali

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. [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 *chlamydiæ*, 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). [1]

Le trachome touche de façon plus importante les enfants d'âge per scolaire et les femmes/mères qui en constituent ces cibles primaires. Le trachome affecte des groupes de population parmi les

plus défavorisés, vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène, de promiscuité, et où le manque d'assainissement et d'eau sont criards.

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. [8]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. [1]

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. [1]

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. [7]

Retenons, sur le plan physiopathologique, que *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.[1]

On assiste alors à l'apparition d'une réaction fibreuse prenant la place de l'hyperplasie folliculaire et aboutissant à des lésions cicatricielles irréversibles. [1]

Véritable «cirrhose » du chorion, ce caractère pathognomonique du trachome 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 poux est probablement un réservoir de virus ou un agent de transmission. [1]

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. [1]

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. [1]

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

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

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

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

CO = opacité cornéenne : très visible au niveau de la cornée 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.[1]

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).

C- Le diagnostic de laboratoire repose essentiellement sur :

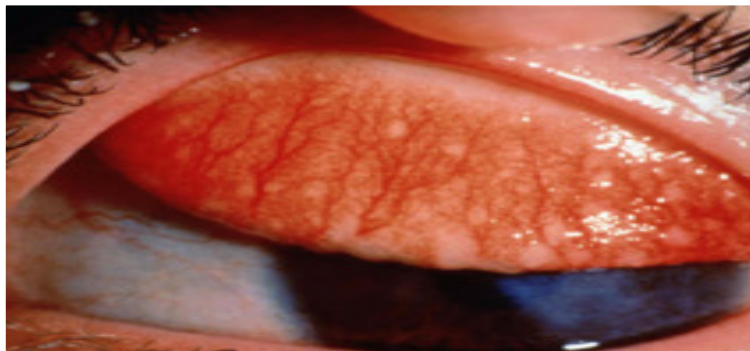
- . L'examen direct des produits de grattage de l'épithélium conjonctival
- . L'isolement sur cultures de cellules,
- . Les techniques de micro- immunofluorescence (Wang et Grayson)

[1]

CARTE DE CODAGE DU TRACHOME [9]

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

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



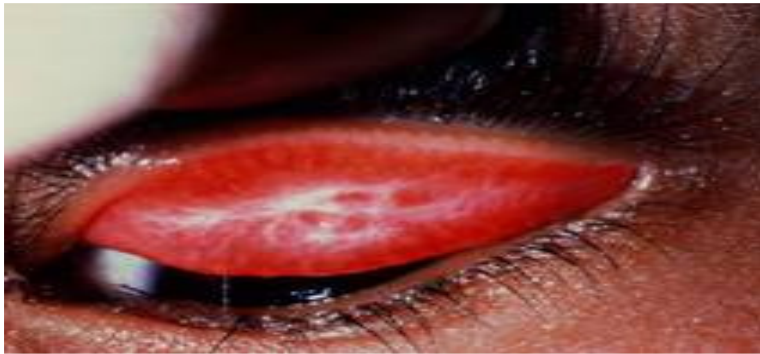
**Trachome Inflammatoire
Folliculaire (TF)**

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



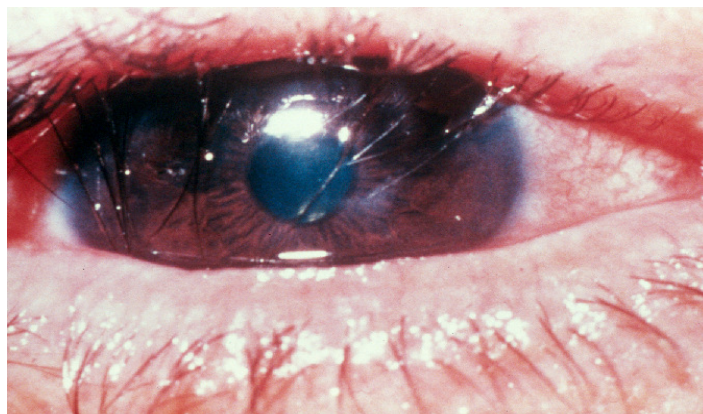
Trachome Inflammatoire Intense (TI)

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



Trachome Cicatriciel (TS)

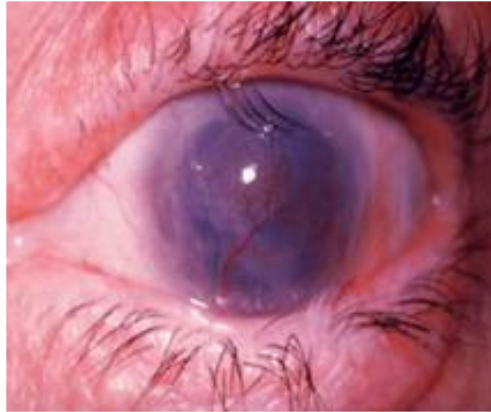
TT = trichiasis trachomateux : un cil frotte le globe oculaire. Les cils épilés sont aussi une évidence d'un trichiasis.



Trichiasis Trachomateux

(TT)

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



Opacité Cornéenne (CO)

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 peuvent émailler cette évolution et faire toute la gravité du trachome.

Elles sont surtout :

*Cornéennes à type : [1]

- 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.

❖ Epithélium Xérosis : pouvant conduire à la kératinisation des épithéliums conjonctivaux et cornéens. [1]

❖ Surinfections bactériennes : font toute la gravité du trachome et sont responsables pour la plupart des formes cécitantes du trachome. [1]

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 bi lamellaire du tarse.

□ Antibiothérapie :

C'est la seconde composante de la stratégie CHANCE.

Jusqu'à une date récente, il s'agissait de la pommade tétracycline à 1% facilement disponible et peu coûteuse.

L'Azithromycine est un antibiotique, qui 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.

Le TDM dans la région a concerné l'ensemble des districts sanitaires dont celui de Kolokani. Il constitue une activité importante du programme de lutte contre le trachome avec l'utilisation efficace des antibiotiques en particulier l'Azithromycine afin de réduire les infections à *chlamydia* oculaire. [10]

L'Azithromycine, à dose unique, est aussi efficace que l'application locale de la pommade tétracycline dans les yeux 2 fois par jour pendant 6 semaines contre les infections oculaires à *Chlamydia trachomatis*. [1]

Au Mali avec l'appui des partenaires, la région de Koulikoro (de 2000 à 2005) a bénéficié de la donation de l'azithromycine, et de la prise en charge des interventions du trichiasis.

□ 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 une des principales causes de cécités évitables.

CHAPITRE IV

METHODOLOGIE

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

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

Cadre de l'étude

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



1-1 – APERCU HISTORIQUE :

Kolokani résulte de konlon-Kagni : puits serviable.

IL fut créé entre 1790-1810 par SEYE NIAMAN Traoré accompagné de son fils .Son passé est celui des luttes incessantes pour défendre son intégrité .Deux faits lui ont donné sa réputation : la résistance à la forte poussée des troupes d'El hadji OMAR TALL au 19ème siècle et la révolte contre l'occupation Française en 1915.

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

1-2 - DONNEES GEOGRAPHIQUES :

1-2-1 RELIEF ET LIMITES

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

Le cercle est limité :

-A l'Est par le cercle de Banamba

A l'Ouest et au Nord- Ouest par le cercle de Kita et de Diéma ;

-Au Nord par le cercle de Nara ;

-Au Sud et au Sud- Ouest par le cercle de Kati ;

-Au Sud- Est par le cercle de Koulikoro.

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

1-2-2 - CLIMAT ET VEGETATION :

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

1-2-3 - Hydrographie :

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

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

- VOIES DE COMMUNICATION :

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

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

- DONNEES DEMOGRAPHIQUES :

La population est estimée à 246 110 hbts en 2009 (Source : récemment administratif de 1998). Le taux d'accroissement est de 1, 015. La densité est de 17 hbts au km².

STRUCTURE DE LA POPULATION :

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

LES PRINCIPALES ETHNIES :

Le Bélé Dougou bénéficie d'une quasi unicité ethnique dominée par les Bambaras représentant près de 90 % de la population. A leurs cotés vit une faible proportion de Peuhls éleveurs et de Soninkés. Le Bamanan est la principale langue parlée et sert de langue de communication inter ethnique.

CULTURES ET TRADITIONS :

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

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

Certaines valeurs socioculturelles pratiquées affectent sérieusement la santé de la reproduction de la jeune fille à savoir

l'excision, le mariage précoce et forcé (âge moyen de mariage 14 ans).

Le « fourra » ou cérémonies de mariage est une occasion où les contacts peuvent favoriser la propagation des IST/ VIH/SIDA.

1-3 SYSTEME EDUCATIF :

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

Les enfants scolarisables sont au nombre de 41 896 dont 23 513 garçons. Le taux de scolarisation général est de 21,20%, celui des garçons est de 77,69% et celui des filles 38,28%.

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

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

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

II . DONNEES SOCIO – SANITAIRES

2-1 ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

➤ SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

a) Principales Maladies courantes

Les maladies les plus fréquemment diagnostiquées se résument aux pathologies suivantes :

Paludisme	27%,
Pneumopathie	22,20%
Traumatisme	10%,
Diarrhée	8%,
MST	2%,
Affections oculaires	2%,
Affections de la bouche et des dents	1,65%,
La malnutrition protéino-calorique :	1%,
Le SIDA	0,15%,
Autres (plusieurs affections réunies).	26%
(DNS)	

Les groupes les plus vulnérables sont les enfants de 0 à 4 ans.

Il est à noter que cette situation épidémiologique n'est pas exhaustive car elle est le résultat des données disponibles au moment de la collecte.

2.3. SITUATION SOCIALE

a) **Mobilisation sociale** : Auparavant timides, les activités d'IEC ont connu une avancée certaine avec l'approche communautaire et l'approche village par village. La première a précédé la mise en place de 14 ASACO et la construction de 10 CSCOM. La deuxième a permis de former 414 relais dans le domaine de la nutrition, de l'hygiène et de l'assainissement du PMA

et de la référence. Ils sont chargés de l'animation dans leurs villages.

Aussi les émissions radiophoniques sont organisées en faveur des programmes de santé et d'action sociale. Cependant les ONG TERRA NOUOVA, SAHEL 21, CAEB, BADES, CARD, HKI contribuent à la réalisation des activités d'IEC comme :

- Formation de 64 AT sur la prise en charge des urgences obstétricales par l'ESSC
- Sensibilisation sur la SR, la lutte contre les IST/ VIH / SIDA et la mutualité
- Formation de 100 pairs éducateurs par l'ONG CAEB

La protection sociale :

La dégradation du tissu social a abouti à l'apparition de certaines couches sociales défavorisées (filles mères, femmes seules chargées de famille, personnes âgées, enfants en situations difficiles) qui jadis n'étaient pas perçues comme problèmes dans la société traditionnelle.

Les femmes seules chargées de famille sont constituées des veuves, des divorcées, des femmes dont les maris sont à l'exode ou dans l'incapacité de travailler pour raisons de maladie ou autres.

L'enquête réalisée par le service social en 2000 a dénombré 290 femmes seules chargées de famille.

Les personnes âgées : il existe au niveau du cercle un comité de coordination des associations des personnes âgées. Ce comité n'a pas de démembrement au niveau des communes. Les personnes du 3ème âge représentant 6% de la population totale soit 14766.

Les handicapés : ils sont répartis entre 4 principaux sous- groupes : les handicapés moteurs, mentaux, sensoriels, sociaux.

L'enquête réalisée en 2000 a révélé la dépendance économique et la marginalisation de ces catégories. Elle a permis de recenser 661 handicapés moteurs ; 919 handicapés visuels ; 317 handicapés mentaux ; 236 sourds muets ; 170 lépreux blanchis ; 24 mendiants ; 37 toxicomanes ; 138 indigents ; et 60 enfants en situation difficile.

En matière de protection sociale, les demandes de secours, bien que difficilement satisfaites, sont réceptionnées et transmises à la DRDSES et aux partenaires locaux.

Les enquêtes sociales pour la plupart concernant les indigents sont réalisées et transmises à l'administration. Les mécanismes de solidarité communautaire militent moins en leur faveur.

HYGIENE ET ASSAINISSEMENT :

Hygiène de l'habitat :

La plupart des concessions sont en banco en milieu rural aussi bien qu'en milieu semi-urbain. Ce type d'habitat traditionnel ne tenant pas compte des normes d'hygiène pose des problèmes :

-habitats non aérés

-cultures intra-domiciliaires

-absence de système d'évacuation des eaux usées, des eaux de pluies et des excréta. Ces situations constituent des facteurs nuisibles à la santé de la population.

Dans le cadre de l'approche village, 621 latrines de type Sanplat et traditionnel ont été réalisées.

APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE :

L'approvisionnement en eau potable se fait au niveau des puits traditionnels, des forages, de quelques puits à grand diamètre, de l'adduction d'eau.

Sur les 386 forages que compte le cercle, 50 % ne sont pas fonctionnels à cause du problème de maintenance.

Les puits sont aménagés traditionnellement. Avec les activités d'approche village, les aménagements modernes ont vu le jour et se poursuivent. Cent un puits traditionnels et 40 forages ont été aménagés, 18 nouveaux forages réalisés.

c) HYGIENE SCOLAIRE :

Dans ce domaine, les enseignants de 48 écoles ont été formés en éducation à l'hygiène, 14 ont été dotés en poste d'eau et matériel d'hygiène (fût amélioré, poubelle, bouilloire) sur les 117 écoles que compte le cercle.

60 enseignants et 40 maçons ont été formés, 10 latrines scolaires réalisées.

III. RESSOURCES SOCIO- SANITAIRES :
PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE

Personnel sanitaire du CSREF

Qualification	Nomb re	Sources de financement			Observations
		ETAT	Recouvrement	O N G	
Médecin Généraliste	4	4	0	0	1Médecin Assistant Expatrié
IDE	4	4	0	0	
TLP	0	0	0	0	
ATS	1	1	0	0	
S F	2	2	0	0	
inf. Obst	0	0	0	0	
T SSOS	0	0	0	0	

TSSP	1	1	0	0	
TS	1	1	0	0	
Secrétaire	1	0	1	0	
Laborantin	1	1	0	0	
Comptable	1	1	0	0	
Chauffeur	2	1	1	0	
Chauffeur Mécanicien	1	1	0	0	
Manœuvre	5	0	5	0	
AS	4	3	1	0	
Gérant DRC	1	0	1	0	

Personnel sanitaire et social (CSCOM)

Qualif°/ Structures	Med	IDE	Inf/1er cycle	SAGE Femme	Matrone	Inf Obste	Gérant	AS	ATR	Autres	Sources financement		
											Etat	Recou coût	Ong
Nossombou gou	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	2	3	0
Massantola	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
Didièni	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	1	4	0
SébékoroI	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0
Central	0	1	0	0	5	0	0	1	0	1	2	6	0
Sabougou	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0

Séguè	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4
Ouolodo	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3	0
Toussana	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
Centre -Santé -Secteur- Manta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0

Activités d'hygiène et d'assainissement :

Hygiène de l'habitat :

A Kolokani il y a 12 938 concessions dont 1915 avec latrines. Le nombre de puisards réalisés en 2000 est de 140. Il y a une nette augmentation des infrastructures hydro-sanitaires. Seulement il n'y a pas eu d'examen de dossiers de construction. Dans le cadre de l'approche village 507 latrines familiales et 10 blocs de latrines scolaires à 4 cabines ont été réalisés.

Approvisionnement en eau potable :

L'approvisionnement en eau potable se fait au niveau des puits traditionnels, de quelques puits à grand diamètre des forages et de l'adduction d'eau ; avec les activités d'approche village on a eu à aménager 30 forages et 26 puits.

IDENTIFICATION DES PROBLEMES PRIORITAIRES PAR TYPE :

1-PROBLEMES DE SANTE :

- Morbidité élevée (Prévalence relative des maladies couramment rencontrées, maladies épidémiques)

- Mortalité élevée (Principales causes de mortalité, Palu, IRA, Diarrhée, Maladies chroniques)

2-Problèmes de disponibilité des services

- Environ 50% de la population n'a pas accès au paiement
- Faible taux de réalisation des CSCOM /CSAR (45 %)
- Il n'existe pas de Service de Développement Social et de l'Economie Solidaire en dehors du Chef lieu de Cercle

Le Service de radiologie n'est pas fonctionnel

Insuffisance de personnel (Administrateur social et TSAS)

Insuffisance d'IEC (Taux de réalisation 50%)

Insuffisance d'encadrement et d'appui conseil aux associations et ONG

- Faible taux de satisfaction des demandes de secours (69%).

Insuffisance de personnels qualifiés pour les CSCOM (absence d'infirmier) et pour le CSRéf (manque de spécialistes en ORL, radio)

Insuffisance de mise en œuvre des activités promotionnelles au 1er échelon

Problèmes d'utilisation des services

Faible taux de fréquentation (0,11 % inférieur à la moyenne nationale)

Faible taux de couverture des césariennes (21%)

Faible taux de couverture CPN (39%)

Faible taux d'accouchements assisté (31%)

Faible taux de couverture Post-natale (2,12%)

Faible taux de prévalence contraceptive (5,53%)

Les différents taux de couvertures vaccinales sont inférieurs à l'objectif national préconisé par le PEV (BCG 56 %, DTC3 33 %, VAR 35 %, VAT2 + rappel 24 %)

Faible taux de référence (27%) et évacuation 11% (source Direction Nationale de la Santé).

Problèmes de qualité des services :

Le taux d'occupation des lits reste faible (médecine 32,23%, chirurgie 72,32%, maternité 20,45 %)

BESOINS

Faible accessibilité des populations en eau (497 habitants pour un point d'eau potable)

Insalubrité du milieu

Absence de supports d'IEC adéquats

Ratio population – latrines n'est pas satisfaisant (182 personnes par latrines).

- Il existe seulement 28 blocs de latrines pour 112 écoles

Absence de renouvellement de matériel pour le premier échelon (CSCOM).

IV IDENTIFICATION DES OPPORTUNITES ET MENACES :

➤ OPPORTUNITES :

Adhésion de la population à la politique sectorielle de la santé

Existence de partenaires locaux

La décentralisation

Existence d'organisation Communautaire traditionnelle

Existence d'associations des ressortissants du Bélé Dougou

Existence de canaux traditionnels de communication

Existence de relais villageois dans les aires fonctionnelles.

OBJECTIFS DE COUVERTURE :

Les objectifs de couverture pour la population située à moins de 15 Km d'un CSCOM/CSAR sont les suivants :

Couverture sanitaire PMA < 15 Km -----	88%
Taux d'utilisation de la consultation curative -----	0.27%
Taux de couverture en BCG -----	86%
Taux de couverture pour DTCP3 -----	79%
VAR -----	79%
CPM -----	79%
Taux de couverture en PF (CAP) -----	14%
Accouchement assistés -----	70%
VAT2 + Rappel femmes enceintes -----	79%

L'équipe suppose que les couvertures de la population située à plus de 15 Km d'un CSCOM/CSAR ne change pas durant l'exécution du plan.

Extension de la couverture et amélioration de la qualité des services de santé.

Période d'enquête

L'enquête a été réalisée à la période du 15 au 29 juin 2009

Méthodologie

Echantillonnage

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

1^{ère} étape d'échantillonnage

Les groupes ont été échantillonnés dans la première étape en utilisant la technique de la probabilité proportionnelle à la taille de la population.

Une liste de tous les villages de la région avec les populations respectives a été dressée. Une colonne a été créée avec la population cumulative, en ajoutant chaque population successive aux précédentes. Vingt grappes ont été choisies. La population totale cumulée du secteur a été divisée par 20, le nombre de grappes à choisir, pour obtenir l'intervalle d'échantillonnage. Un nombre au hasard entre 1 et l'intervalle d'échantillonnage a été choisi au hasard grâce à l'ordinateur. On y a ajouté à chaque fois l'intervalle d'échantillonnage pour obtenir les 19 autres grappes restantes.

2^{ème} Etape d'Echantillonnage

La deuxième étape a concerné une sélection au hasard de 24 ménages dans un groupe. Pour les objectifs de l'enquête, un ménage est défini comme :

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

Une modification de la procédure décrite par Turner *et al* a été utilisée pour l'échantillonnage des ménages une fois que les villages (grappes) sont choisis. A partir du plan du village, on a dressé une liste exhaustive des ménages et en faisant des segments de ménages, permettant aux ménages d'être choisis sous des probabilités égales.

Quand l'équipe arrivée au village, elle rencontré le chef de village et cherché son accord. Quand le chef a donné son accord pour l'enquête, on lui a demandé le nombre de ménages dans le village, en définissant clairement un ménage. Si le nombre de ménages est ≤ 26 , tous les ménages dans le village ont été examinés. Plusieurs personnes ont aidé aux classements sur le plan sommaire : le chef de village, les vieux, le travailleur de santé de la communauté et tout volontaire de la santé. On a tracé les frontières sur brouillon en orientant le nord, le sud, l'est et l'ouest et laissé les autorités du village nommer les ménages selon leur position dans le village. Le nom de chaque ménage a été enregistré.

Les ménages ont été enregistrés en laissant un espace vide après chaque quatrième ménage en créant ainsi des segments de quatre ménages. Quand un ou deux ménages restaient, on les a ajoutés au segment précédent. Par contre, si le nombre de ménages restants était de trois, on en faisait un segment. Un segment de trois ou un segment de six ménages était acceptable. On a numéroté chaque segment de ménages.

Une fois que les ménages dans les villages sont segmentés et numérotés, un numéro correspondant pour chaque segment a été écrit sur un morceau de papier qui a été placé dans un récipient comme une tasse ou un chapeau. Après avoir mélangé tous les morceaux de papier, 6 segments (une moyenne de 24 ménages) ont été tirés au hasard pour représenter les 6 segments à enquêter. Un chef de village a choisi les 6 morceaux de papier. En utilisant cette méthodologie, il y a 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 quand les résidents étaient absents ou refusaient un examen. Pour minimiser le nombre de résidents manquants dans les ménages choisis, des équipes d'enquête ont revisité le ménage avant de quitter le village le jour de l'enquête.

Examiner les Individus

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

Rôle de l'étudiant

L'étudiant était chargé de remplir correctement la fiche d'enquête. Il recevait une formation préalable avant d'aller sur le terrain ainsi que tous les autres membres de l'équipe d'enquête.

Collecte des Données, Classement et Standardisation du Trachome

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

Quand au moins 25 patients pouvaient être identifiés avec des signes de trachome actif, les examinateurs ont procédé à une étude de fiabilité pour confirmer l'accord de classement du trachome chez les patients. Le coordinateur de l'étude a identifié 50 personnes, parmi lesquelles 25 avaient avec un trachome actif (ayant soit des follicules du trachome (TF) ou l'inflammation intense du trachome (TI)). Le reste était des gens avec d'autres signes du trachome, d'autres affections de l'œil et des yeux normaux. Chaque AMO a

examiné toutes les 50 personnes en utilisant une loupe grossissante de 2,5 à la lumière de la torche ou du jour et enregistré ses résultats sur un formulaire pré conçu. Pour ceux qui avaient le trachome, tous les AMO étaient obligés d'enregistrer leurs résultats en utilisant le système de codification de l'OMS. Les diagnostics de chaque examinateur ont été comparés à ceux d'autres ophtalmologues représentant la référence. Le niveau de concordance indique à quel degré tous les examinateurs interprètent les signes de la même façon. L'hypothèse dans ce test était que les résultats des ophtalmologues sont corrects. Tous les AMO utilisés dans la collecte des données ont obtenu une concordance de plus de 80%.

Evaluation de la taille de l'Echantillon

En supposant que la prévalence actuelle du TF chez les enfants de 1 à 9 ans est de 20% et pour fournir au moins une chance (un pouvoir) de 90% en déterminant un intervalle de confiance de 95% du TF chez les enfants de 1 à 9 ans, une taille efficace d'échantillon de 246 enfants est demandée pour chaque district.

En prenant 20 grappes de 24 ménages, cela a fourni une taille d'échantillon suffisamment efficace pour les évaluations du cercle, ce qui signifie une taille de ménage de 6 personnes ; la proportion des enfants de 1 à 9 ans est de 30% de la population ; avec un taux de refus ou d'absence approximativement de 15% des enfants de 1 à 9 ans. L'effet de conception choisi était calculé à partir d'une enquête de prévalence précédente similaire du trachome.

Avec ces hypothèses ci-dessus un total de 480 ménages par district devrait fournir 848 enfants âgés de 1 à 9 ans. Si 50% de la population sont âgés de plus de 15 ans et un taux de refus et d'absence de 15% est utilisé, approximativement 1.224 adultes devraient être examinés dans le district sanitaire. Au total le nombre de personnes examinées dans chaque district approcherait les 2.448.

Travail sur le terrain

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

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

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

Un adulte a été interrogé dans chaque ménage pour déterminer la présence et l'utilisation de la latrine familiale, la première source d'eau, et la position de la source d'eau par rapport au ménage.

Le contrôle de la qualité

Les formulaires de données remplis ont été vérifiés avant de passer au prochain ménage choisi. Chaque équipe a vérifié les formulaires pour complément avant de se déplacer dans la prochaine grappe. A la fin de chaque jour un superviseur ou un coordinateur d'enquête a collecté et vérifié les formulaires de données pour complément.

Traitement de données et analyse

Les données ont été manuellement classées et entrées dans les bases de données à Accès Microsoft (MAD). L'EpiInfo version 2000 a été utilisé pour analyser les données. *Les données de base ont été collectées quotidiennement.* Les variables ont inclus la communauté de résidence, le sexe, l'âge, l'école d'inscription, la disponibilité de l'examen ; la présence ou l'absence d'écoulement oculaire et nasal (si âgé de 1 à 9 ans); et la présence ou l'absence de différents stades de trachome.

Un exemplaire de formulaire de collecte de données se trouve dans l'annexe.

Les Questions Ethiques

Ces enquêtes font intégralement partie de l'initiation, du monitoring et de l'évaluation du Programme National de Lutte contre la Cécité et ont été approuvées. En plus un appui d'approbation et l'implication du Centre Carter ont été obtenus par l'Université Emory IRB. En plus, les activités ont été expliquées aux autorités locales et régionales en vue d'obtenir leur adhésion et leur autorisation.

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

Les informations sur le statut de chaque sujet en relation avec le trachome étaient confidentielles. Cependant, ceux qui avaient des maladies actives ont été traités avec des antibiotiques selon les directives nationales. Les nom et adresse de tous ceux qui avaient le trichiasis ont été écrits et donnés aux services de santé pour programmer une opération (gratuite).

Les Indicateurs du Résultat

Bien que les personnes de tous âges aient été examinées pour chaque classe de trachome, les premiers indicateurs de résultat de l'étude sont :

- la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans et
- la prévalence du TT chez les adultes de plus de 14 ans.

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

D'autres indicateurs principaux de l'individu et des caractéristiques du ménage qui ont été rapportés sont :

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

Interprétation de résultats

Les résultats d'enquête seront revus avant l'initiation de toutes les activités de contrôle du trachome. Selon les recommandations de l'OMS, si la prévalence du TF chez les enfants est $\geq 10\%$ pour

l'unité de la mise en œuvre, alors un traitement de masse à l'antibiotique est recommandé (A) en plus des activités de N et CE. Dans les unités de mise en œuvre où le TF chez les enfants de 1 à 9 ans est moins de 5%, aucune intervention de A et NCE n'est recommandée.

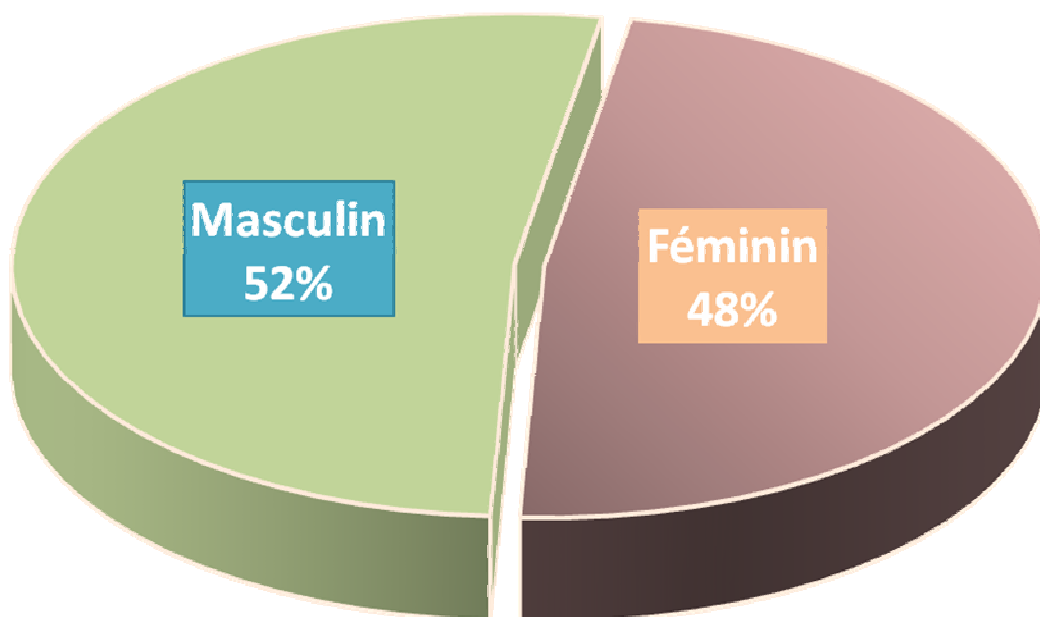
Là où la prévalence de TT chez les adultes de plus de 14 ans est de 1% ou plus dans le secteur, les interventions chirurgicales (CH) communautaires seront prévues. Si la prévalence de TT chez les adultes est moins de 1% dans le secteur, l'intervention chirurgicale communautaire n'est pas exigée, mais la chirurgie individuelle sera nécessaire selon les directives de la politique nationale de santé oculaire.

CHAPITRE V

RESULTATS

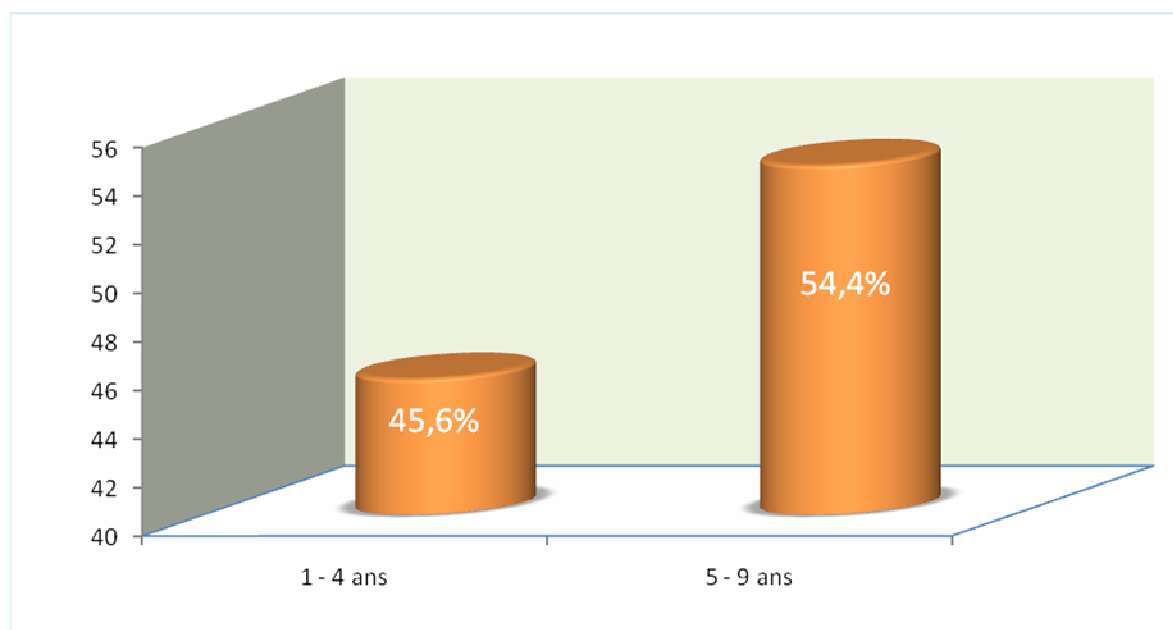
I. CARACTERES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

I-1. PATIENTS DE 1 A 9 ANS



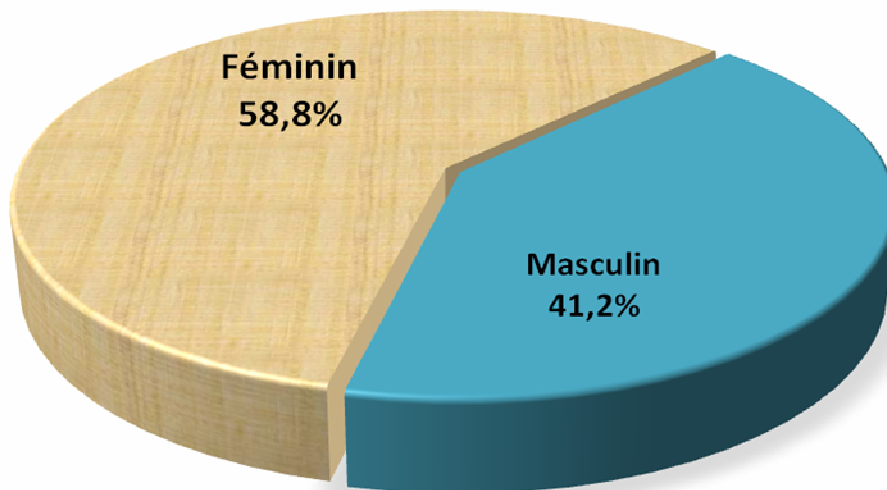
I-1 Graphique1. Répartition des patients de 1 à 9 ans selon le sexe

Sur un échantillon de **980** patients de 1 à 9 ans 510 étaient de sexe masculin avec **52,00%** avec **IC à 95% [48,90 - 55,20]**



I-1. Graphique 2. Répartition des patients de 1 à 9 ans selon l'âge

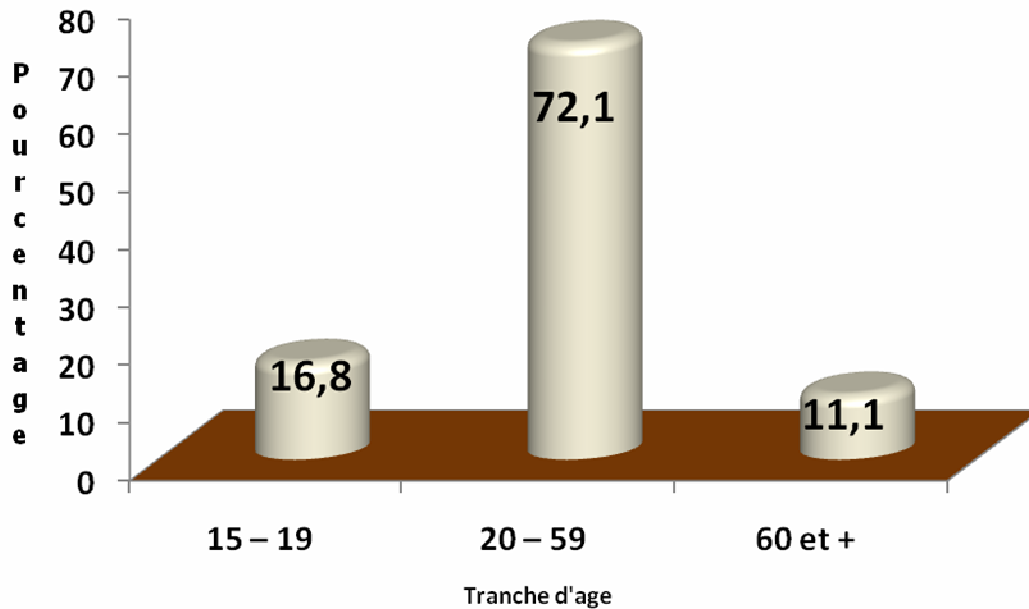
Sur un échantillon de **980** patients de 1 à 9 ans la tranche d'âge de 5 à 9 ans représentait **54,40%** avec **IC à 95% [51,20 - 57,50]**



I-
2.
PA
TI
EN
TS
D
E
15
AN
S
ET
PL
US

I-2. Graphique 3. Répartition des patients de 15 ans et plus selon le sexe

Sur un échantillon de **1235** patients de 15 ans et plus, le sexe féminin représentait **58,80%** avec **IC à 95% [56,00 - 61,50]**



I-

2. Graphique 4. Répartition des patients de 15 ans et plus selon l'âge

Sur un échantillon de **1235** patients de plus de 15 ans la tranche d'âge de 20 à 59 ans représentait **72,10%** avec **IC à 95% [69,50 - 74,50]**

II. CARACTERES CLINIQUES DES PATIENTS

II-1 Tableau I. Répartition des patients de 1 à 9 ans selon le statut de Trachome Folliculaire

Trachome Folliculaire	Effectif absolu	Pourcentage
Non Porteur	842	85,91
Porteur	138	14,09
Total	980	100,00

Sur un échantillon de **980** patients de 1 à 9 ans le trachome folliculaire représentait **14,10%** avec **IC à 95% [12,00 - 16,50]**

II-2 Tableau II. Répartition des patients de 1 à 9 ans selon le statut de Trachome Intense

Trachome Intense	Effectif absolu	Pourcentage
Non Porteur	977	99,70
Porteur	3	0,30
Total	980	100,00

Sur un échantillon de **980** patients de 1 à 9 ans le trachome Intense représentait **0,30%** avec **IC à 95% [0,10 - 1,00]**

II-3 Tableau III. Répartition des patients de 1 à 9 ans selon le statut de trachome actif (TF/TI)

Trachome actif (TF /TI)	Effectif absolu	Pourcentage
Non Porteur	839	85,61
Porteur	141	14,39
TOTAL	980	100,00

Sur un échantillon de **980** patients de 1 à 9 ans le trachome Actif représentait **14,39%** avec **IC à 95% [12,00 - 16,50]**

II-4 Tableau IV. 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	PREVALENCE TF/TI (en%)
	Non Porteur	Porteur		
Féminin	396	74	470	15,74
Masculin	446	64	510	12,54
TOTAL	842	141	980	14,39

Il y avait **74 cas** de trachome actif chez le sexe féminin soit une prévalence de **15,74%** avec $X^2 = [2,0624]$

II-5 Tableau V. Répartition de patients de 1 à 9 ans en fonction de l'âge et le statut de trachome actif

Tranche d'âge (ans)	Trachome actif		Total	PREVALENCE TF/TI (%)
	Non Porteur	Porteur		
1 - 4	367	80	447	17,89
5 - 9	475	58	533	10,8
TOTAL	842	141	980	14,39

Il y avait **80 cas** de trachome actif chez les enfants de 1 à 4 ans soit une prévalence de **17,89%** avec $X^2 = [9,8791]$

II-6 Tableau VI. Répartition de patients de 15 ans et plus selon le statut de trichiasis Trachomateux (TT)

Trichiasis Trachomateux	Effectif absolu	Pourcentage
Non Porteur	1216	98,46
Porteur	19	1,54
Total	1235	100,00

Sur un échantillon de **1235** patients de 15 ans et plus le trichiasis trachomateux représentait **1,54%** avec **IC à 95% [1,00 - 2,40]**

II-7 Tableau VII. Répartition de patients de 15 ans et plus en fonction du Sexe et le statut de trichiasis Trachomateux (TT)

Sexe	Trichiasis Trachomateux		Total	PREVALENCE DE TT EN (%)
	Non porteur	Porteur		
Féminin	710	16	726	2,20
Masculin	506	3	509	0,58
Total	1216	19	1235	1,54

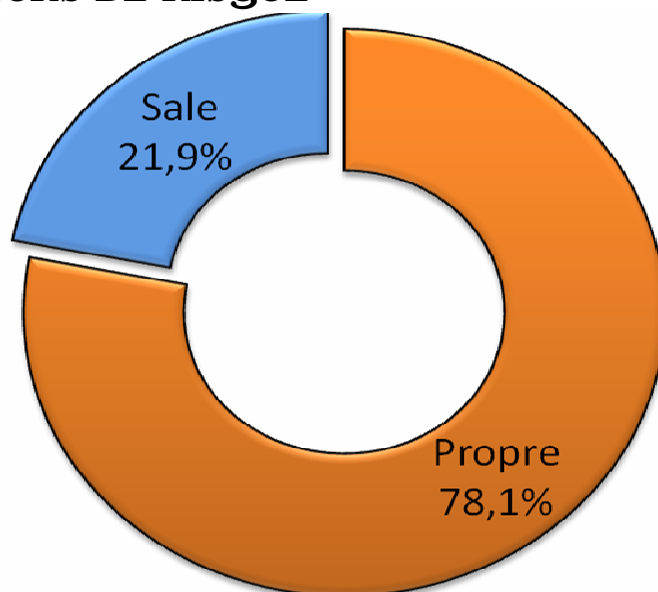
Sur les 1235 sujets de 15 ans et plus, 19 cas de TT ont été recensés dont 16 chez les femmes. La prévalence des TT chez les femmes est de 2,20%.

II-8 Tableau VIII. Répartition des patients de 15 ans et plus en fonction de l'âge et du statut de trichiasis Trachomateux

Tranche d'âge (an)	Trichiasis Trachomateux		Total	Prévalence TT (%)
	Non Porteur	Porteur		
15 – 19	208	0	208	0
20 – 59	875	15	890	1,68
60 et +	133	4	137	2,91
TOTAL	1216	19	1235	2,20

Sur 19 cas de TT recensés chez les sujets de 15 ans et plus, 15 appartenait à la tranche d'âge de 20-59 ans. La prévalence dans cette tranche d'âge est de 1,68% contre 2,91% pour la tranche de 60 ans et plus.

III. LES FACTEURS DE RISQUE



III-1 Graphique 5. Appréciation de l'aspect du visage chez les patients de 1 à 9 ans

Sur un échantillon de 980 patients de 1 à 9 ans **78,10%** avaient le visage propre

III-2 Tableau IX. Appréciation de l'aspect du visage chez les patients de 1 à 9 ans selon le sexe

Sexe	Aspect du visage		TOTAL	PROPORTION DE VISAGE PROPRE
	Propre	Sale		
Féminin	368	102	470	78,29
Masculin	397	113	510	74,84
TOTAL	765	215	980	78,06

Sur un échantillon de **980** patients de 1 à 9 ans, 765 avaient le visage propre (78,06%). La proportion de visage propre chez les filles était de 78,29% contre 77,84% chez les garçons.

cette tranche d'âge était de 84,99% contre 69,79% pour la tranche de 1-4 ans.

III-3 Tableau X. Appréciation de l'aspect du visage chez les patients de 1 à 9 ans en fonction de l'âge

Tranche d'âge (an)	Aspect du visage		Total	PROPORTION DE VISAGE
	Propre	Sale		
1 - 4	312	135	447	69,79
5 - 9	453	80	533	84,99
TOTAL	765	215	980	78,06

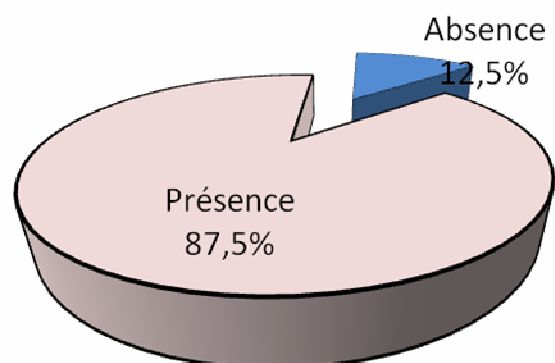
Sur les 765 enfants à visage propre, 453 appartenaient à la tranche d'âge de 5-9 ans. La proportion de visage propre dans cette tranche d'âge était de 84,99% contre 69,79% pour la tranche de 1-4 ans.

III-4 Tableau XI. Appréciation de l'aspect du visage chez les patients de 1 à 9 ans en fonction du statut de trachome actif

Trachome actif	Aspect du visage		TOTAL	PROPORTION DE VISAGE PROPRE
	Propre	Sale		
Non Porteur	676	86	765	88,75
Porteur	89	52	215	41,39
TOTAL	765	138	980	78,06

La proportion de visage propre est moins élevée chez les porteurs (41,39%) que les non porteurs (88,75%).

Couverture en latrine



III-5 Graphique 6. Existence de latrines dans les ménages enquêtés

Sur un échantillon de 480 ménages enquêtés **87,50%** possédaient une latrine

III-6 Tableau XII. Fréquence d'utilisation des latrines dans les ménages enquêtés

Utilisation de latrines	Effectif absolu	Pourcentage
Non utilisé	5	1,20
Utilisé	415	98,80
Total	420	100,00

Sur un échantillon de 420 ménages enquêtés possédant une latrine **98,80%** les utilisaient.

III-7 Tableau XIII. Existence de point d'eau

Source	Fréquence	Pourcentage
Dans la Concession	50	10,4
Dans le village	430	89,6
Hors du village	0	0
Total	480	100,00

Sur un échantillon de 480 ménages enquêtés **100%** s'approvisionnaient en eau dans le village ou dans la concession.

Commentaires et Discussion

V. 1 Méthodologie :

Notre enquête a été réalisée au mois de juin 2009 dans le district sanitaire de Kolokani. L'enquête concernait 20 villages du cercle.

Elle a permis :

D'évaluer la prévalence du trachome actif chez les patients de 1 à 9 ans et celle du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus.

1. Caractéristique Socio- démographique de l'échantillon :

- **Selon le sexe :**

- ✓ **Chez les patients de 1 à 9 ans:**

Au total 980 enfants de 1 à 9 ans ont été examinés avec 52% de sexe masculin et 48% de sexe féminin et un sexe ratio de 1,08 ; Statistiquement le sexe féminin était autant représenté que le masculin.

- ✓ **Chez les patients de 15 ans et plus:**

1235 patients de 15 ans et plus ont été examinés avec 58,8% de sexe féminin et 41,2% de sexe masculin avec un sexe ration de 0,71 ;

- ✓ **Selon l'âge :**

- **Chez les patients de 1 à 9 ans:**

La distribution par tranche d'âge a été étudiée (1 – 4 ans ; 5 – 9 ans) la tranche d'âge de 5 à 9 ans était plus représentée avec 54,40%.

- **Chez les patients 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 1235 patients examinés.

La tranche d'âge de 20 – 59 ans était plus représentée avec 72,1%.

2. Répartition des patients examinés selon la prévalence :

- ✓ **Prévalence 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 TF/TI chez les enfants âgés de moins de 10 ans dans la région de Koulikoro était de 33,50% [4]
- Dans notre étude les résultats dépassent le seuil de 10% fixé par l'OMS.

- **Trachome Folliculaire**

- ✓ Les prévalences du trachome folliculaire et du trachome intense étaient respectivement 14,10% et 0,30%.
- ✓ De façon globale, la prévalence du trachome actif (TA) était de **14,10%** inférieure aux prévalences de 1996 – 1997 soit 34,9%, mais paradoxalement plus élevée que la prévalence de 2008 avec 6,25%.

Cette élévation de la prévalence du trachome actif dans le district s'expliquerait par un relâchement des efforts de lutte avec l'arrêt du traitement de masse et des autres composantes de la stratégie CHANCE.

- ✓ Les enfants de sexe féminin semblaient être plus affectés par le TF/TI.
- ✓ La tranche d'âge de 1-4 ans était plus affectée
A cet âge, c'est la maman qui s'occupe le plus souvent de l'entretien de l'enfant. Toutefois, les multiples occupations de la femme en milieu rural peuvent la rendre moins disponible pour cet entretien.
- ✓ Une étude cas témoins réalisée dans le district sanitaire de Ouésessebougou (Mali) par BAGAYOKO C O [7] avait trouvé

que le sommet de la courbe de prévalence se situait vers l'âge de 5 ans avec 32%.

- ✓ Une étude réalisée à l'université de Cambridge, Royaume Uni par Ngondi J et coll [8] a permis de montrer que l'utilisation de la stratégie « CHANCE » avait des effets protecteurs sur le trachome.
- ✓ Une autre étude faite dans les communes de l'Ethiopie en 2002 – 2003 par Edwards T et coll [9] a également montré l'efficacité de la stratégie « CHANCE ». Plusieurs études ont montré que l'azithromycine agissait efficacement sur le trachome inflammatoire.
- ✓ Une étude réalisée en Tanzanie par Sheila k et coll en 1991 – 1992 [10], a montré qu'après une dose unique d'azithromycine chez 956 enfants la prévalence de l'infection a chuté de 9,5% à 2,1% en 2 mois et 0,1% en 4 mois.
- ✓ Une étude réalisée en Ethiopie par Melese M et coll [11] a 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 au Mali par SIMA M. [12] en 2002 – 2003, a montré que six mois après la distribution de l'azithromycine, la prévalence du trachome actif est passée de 55,6% à 24,4%.

- ✓ Dembélé M [13] et coll en Mai 2000 à Ségou ont montré que l'azithromycine a des effets protecteurs sur le trachome actif.
- ✓ Une étude réalisée à Koulikoro (Mali) par NGUIMDOH.Y en 2005 [14] 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 Dioïla (Mali) par LONGCHIS S en 2005 (15) 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 10ans.
- ✓ D'autres études réalisées au Népal dans le district de Sariahi par Katz J et coll en 1996 [16], au Sénégal par Schemann JF [4], au Kongwa dans le centre de la Tanzanie par Tielsch J et coll [10] ont montré les effets protecteurs de l'azithromycine sur le trachome inflammatoire.

✓ **Prévalence chez les patients de 15 ans et plus**

○ **Trichiasis trachomateux**

Dans le cadre de la stratégie CHANCE plusieurs campagnes de chirurgie du trichiasis ont été faites pour éliminer le trichiasis et empêcher son évolution vers la cécité, de 2003 à 2009.

Dans notre étude le taux de trichiasis était estimé à 1,68% chez les sujets de 15 ans et plus, taux légèrement plus bas que celui de 1996 – 1997 qui était de 3,9%. Cette affection frappait statistiquement plus les femmes avec une prévalence de 2.20%. La

prévalence de trichiasis dans la tranche de 60 Ans et plus était de 2.91%.

- Bien que la prévalence du trichiasis trachomateux ait diminué dans le district sanitaire de Kolokani, elle reste cependant au dessus du seuil de l'OMS qui est de 1% d'où la nécessité de l'intensification des campagnes de chirurgie du trichiasis dans le District.

- Une étude réalisée à Koulikoro par NGUIMDOH Y en 2005 [14] à montré que la prévalence du trichiasis était passée de 3,9% en 1996 – 1997 à 1,42% en 2005, elle a également montré que la prévalence du trichiasis restait toujours un problème de santé publique dans cette région.

En 2008 la prévalence du trichiasis était de 2,05%.

- Une étude réalisée à Dioila par LONGTCHI SONWA [17] en 2005 a montré une baisse de la prévalence du trichiasis qui était passée de 3,90% en 1996 – 1997 à 1,48% en 2005

-

3. Facteurs de risque étudiés

- **Etat du visage et trachome actif**

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

- Dans notre étude sur 980 enfants de 1 à 9 ans enquêtés, 78,1% des enfants avaient le visage propre et 51% des enfants étaient de sexe masculin. Parmi eux 19,35% présentaient un trachome actif et 59% étaient de la tranche d'âge de 5 à 9 ans.
- Les enfants au visage propre étaient moins exposés au trachome que les autres.
- Une étude réalisée par Germain M. en 2000 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. 21.9% avaient un visage sale et 78,1% avaient le visage propre.
- Une étude réalisée en Ethiopie Par Grayston JT et coll en 1985 [17] a montré que le visage sale est un facteur de risque du trachome car après traitement avec l'azithromycine, la prévalence du trachome actif était plus élevée chez les enfants qui avaient le visage sale.
- Plusieurs autres études ont montré que le visage propre protège contre le trachome actif : West SK et coll en Tanzanie en 2008 [10], Sima S. dans le cercle de Bankass en 2003, Diallo KI. en 2002, NGUIMDO H Y. en 2005(13) dans la région de Koulikoro, LONGTCHI SONWA [15] en 2005 à Dioila, avaient tous mis l'accent sur l'importance de la propreté du visage, et son effet protecteur contre le trachome.
- **Présence de latrine**

La présence de latrine dans un ménage contribue à réduire la propagation de mouches vectrices du trachome et rompre la chaîne de transmission.

- Dans notre étude nous avons répertoriés 480 ménages dans lesquels 87,50% possédaient une latrine. Parmi ceux qui en possédaient 98,80% fréquentaient régulièrement la latrine construite.

Une étude réalisée par TOURE O. [18] à Youwarou en 2005 avait trouvé une existence de 47.6% des latrines dans les concessions; DEMBELE A. [19] à Douentza avait trouvé aussi en 2005 41.4%. Le constat serait que seuls les adultes utilisent les latrines, les enfants continuent à déféquer dans la nature ou dans la cour de la concession.

- Présence de Point d'eau

L'étude a montré que plus de 80% de la population du district avaient accès à un point d'eau. L'accès à un point d'eau contribue à réduire de façon notable la progression du trachome.

Etudier l'accès à l'eau n'est pas suffisant, il faut en plus savoir si cette eau est utilisée pour laver les enfants.

VI- CONCLUSION

- ✓ Notre étude portait sur la prévalence du trachome dans le district sanitaire de Kolokani dans le cadre d'une surveillance post endémique en 2009 après l'enquête de 2008.
- ✓ Notre étude a permis de montrer la courbe d'évolution du trachome après une pause thérapeutique de 4 ans à Kolokani. En effet 4 ans après la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, chez les enfants de 1 à 9 ans, la prévalence du trachome actif est passée à 14,10%, prévalence supérieure au seuil de 10% de l'OMS et prédominait dans la tranche d'âge 1-4 ans avec 55,97% et les enfants de sexe féminin semblaient être plus affectés avec 53,62%. En 2008 la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans était de 6.25% alors que celle du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus étaient de 2.05% (IC a 95%(1.27 _2.83)
- ✓ Cette étude a montrer une prévalence élevée du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans, et confirme un relâchement des efforts de lutte ; les enfants de la tranche d'âge de 1 à 4 ans nés entre la date d'arrêt du traitement de masse en 2005 et 2009 ont une courbe de trachome actif plus élevé avec 55,97%.
- ✓ 78,1% des enfants de 1 à 9 ans avaient le visage propre. Plus d'un 1/3 des enfants de la tranche d'âge de 1 à 4 ans avaient le visage sale. La prévalence du trachome actif était plus élevée chez les enfants qui avaient le visage sale.

- ✓ Les enfants au visage sale étaient plus exposés au trachome que les autres.
- ✓ La prévalence du TT était estimée à 1,54% chez les sujets de 15 ans et plus et prédominait dans la tranche d'âge de 20-59 ans avec une prévalence de 1.68% contre 2.91% pour la tranche de 60 ans et plus.
- ✓ Le trichiasis trachomateux reste encore un problème de santé publique car sa prévalence reste toujours supérieure au seuil de 1% de l'OMS malgré les multiples campagnes de chirurgie du trichiasis.
- ✓ La lutte contre le trachome doit être renforcée dans toutes ses composantes, principalement le volet « A » dont la reprise du traitement de masse s'impose parce que la prévalence de 14,10% du trachome actif dépasse les normes de l'OMS; le volet « CH » pour une prévalence de 1,54% de TT aussi élevée dépassant les 1% des normes prescrites ; le volet « NCE » pour un appui à la sensibilisation et à la prévention dans le district sanitaire.

RECOMMANDATIONS

A la suite de tous ces constats, nous proposons les recommandations suivantes :

✓ Au PNLC

- Faciliter la mise sur pied des campagnes de traitement de masse à l'azithromycine et de campagne de chirurgie du trichiasis dans tout le district de Kolokani.

✓ Aux Autorités administratives et sanitaires de la région de Koulikoro :

- Faire la mobilisation sociale en vue d'une adhésion des populations à la stratégie CHANCE.

✓ Aux Collectivités décentralisées du cercle de Kolokani :

- Inciter la population à adhérer massivement aux campagnes de traitement de masse à l'azithromycine et de chirurgie gratuite de trichiasis.
- Faciliter l'installation et la construction de plus de points d'eau à travers le district sanitaire.

✓ Aux responsables du CSRéf de Kolokani :

- Rendre disponible les médicaments pour le traitement de masse dans toutes les aires de santé du district.
- Former le personnel aux protocoles de lutte contre le trachome.
- Organiser les campagnes de traitement de masse et de chirurgie de trichiasis.

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- OMS

Rapport de la troisième réunion de l'Alliance pour l'Élimination Mondiale du trachome.

WHO/PBD/GET/93.3.

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

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

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

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

7- Bagayoko. C. O:

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

8- Ngondi J, F Matthews, Reacher M, Baba S, Brayne C ,
P.Emerson Institut de la santé publique Université de
Cambridge, Royaume- Uni

9- Edwards T, Esh-Harding EM, Hailu G, Andreason A, Mabey
DC, Todd J, P. Cumberland

London school of hygiene et tropical Medecine , Londre ,
Royaume-Uni . tansy.edwards@ishtm.ac.uk

10- Sheila K, west , Beatriz Munoz , Virginia M , Tuner ,
B.B.O. Mombaga BB ; Hughr . Taylor
The epidemiology of trachoma in central Tanzania
International journal of epidemiology 1991 ; 20 :1088 – 92

11- Melese M, Alemayehu w, T Lakew, y I E, Maison j JD
Chidambaram , Zhou Z , V: International journal of epidemiology
1991; 20:1088 – 92

12- Sima S

Impact de la distribution de masse de l'azithromycine
générique pour le contrôle du trachome dans le cercle de
Bankass.

These Med, Bamako, 2003 N°39.

13- Dembélé MS, Schemann JF, Diallo I K, Traoré A, Momo.G.
Distribution de l'azithromycine selon trois stratégies au Mali:
résultats préliminaires concernant 4 villages.

Réunion de l'Alliance/OMS pour l'élimination mondiale du
trachome. Genève, Décembre 2000.

14-YVETTE NGUIMDOH

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

Thèse Med, Bamako, 2005

15-LONGCHI SONWA PRISCA BENITA

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

Thèse Med, Bamako, 2005, n°07 M-224

16- Katz-J, west – west – K.PJM; SK Lecterq – SC. Pradhan – EK; Thapa Ram Shrestha – S; Taylor – HR: Prevalence and risk factors for trachoma in Sarlahi district, Népal
Br – J – ophtamol. 1996 Dec; 80 (12): 1037 – 41

17- Grayston JT, Wang SP, Yeh LJ, Kuo CC.

Importance of reinfection in the pathogenesis of trachoma.

Rev Infect Dis 1985; 98: 352-66.

18- Touré O.

Etude de la prévalence du trachome dans le cercle de Youwarou de la région de Mopti au Mali Thèse Med, Bamako, 2005.

19- Dembélé A.

Etude de la prévalence du trachome dans le cercle de Douentza de la région de Mopti au Mali Thèse Med, Bamako, 2005.

Fiche signalétique

Nom: DOLO

Prénom: DJENEBA

Nationalité: Malienne

Année universitaire: 2009 – 2010

Date de soutenance: 2010

Ville de soutenance: Bamako

Titre : ETUDE de la prévalence du trachome dans le district sanitaire de Kolokani après 4ans de pause thérapeutique.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé publique, Ophtalmologie, Maladies infectieuses et tropicales.

Origine de la thèse : Mali

Résumé

Le but de notre étude était de comparer la situation épidémiologique du trachome en 2005 à celle de 2009 dans le district sanitaire de Kolokani situé dans la région de Koulikoro.

Nous avons effectué une étude transversale par sondage aléatoire à deux degrés.

Notre échantillon était composé de 1235 individus dont 980 enfants de 1-9 ans et 1235 adultes de plus de 14 ans.

Nous avons constaté une flambée de la prévalence du trachome actif (passant de 5% en 2005 à 17,80% en 2009) et du trichiasis trachomateux (de 1,50% en 2005 à 1,80% en 2010).

Mots clés : Trachome, Banamba, Trachome actif(TA), Trichiasis trachomateux(TT).

IDENTIFICATION SHEET

Name: Dolo

First name: DJENEBA

Phone: (00223) 76446100 E mail: djene_dolo@yahoo.fr

Thesis title: Etude de prevalence eof trachoma in the health district of Kolokani après 4ans de pause therapeutique.

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

The aim of our study was to compare the epidemiological situation of trachoma in 2005 than in 2009 in the health district Kolokani located in the region of Koulikoro.

We conducted a cross-sectional study by random sampling in two stages

Our sample consisted of 1235 individuals including 980 children aged 1-9 years and 1235 adults over 14 years.

We have seen a surge in the prevalence of active trachoma (from 5 per cent in 2005 to 17.80 per cent in 2009) and trachomatous trichiasis (1.50 per cent in 2005 to 2,20%per cent in 2010).

Keywords: Trachoma,kolokani active trachoma (TA), trachomatous trichiasis (TT).

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL 2005

CONSENTE

MMENT

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 OCULAIRE

Localisation	TF	TI	TS	TT	CO
OEIL DROIT					
OEIL GAUCHE					

1. Normal= 0 présence de signe=1

2. Codifications retenues

TF /_/ TI /_/ TS /_/ TT /_/ CO /_/

3. Appréciation état visage (si enquêté enfant)

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

d. Localisation du point d'eau /_/

<u>1</u>																			
<u>2</u>																			
<u>3</u>																			
<u>4</u>																			
<u>5</u>																			
<u>6</u>																			
<u>7</u>																			
<u>8</u>																			
<u>9</u>																			
<u>10</u>																			
<u>11</u>																			
<u>12</u>																			
<u>13</u>																			
<u>14</u>																			

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE.