

Ministère des Enseignements

République du Mali

Supérieur et de la

**Un Peuple- Un But- Une Foi**

Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*

Université de Bamako



Faculté de Médecine de

Année Universitaire: 2009-2010

N°:...

**TITRE**

**LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME A SEGOU  
APRES TROIS ANS  
DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE CHANCE**

**THESE**

Présentée et Soutenue Publiquement le 08 /10/2010  
devant

la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontologie  
Stomatologie.

Par

***M. Michel NZE MBA***

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

**JURY**

- **PRESIDENT** : Pr. Tiéman COULIBALY
- **MEMBRES** : Dr. Albert A BANOU  
Dr. Mamadou DEMBELE
- **CO-DIRECTEUR** : Dr. Sanoussi BAMANI
- **DIRECTEUR** : Pr. Abdoulaye DIALLO

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

### **ADMINISTRATION**

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : **BOUBACAR TRAORE** – MAITRE DE CONFERENCES

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : **IBRAHIM I MAIGA** – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : **IDRISSA A. CISSE**-MAITRE ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**-  
CONTROLEUR DES FINANCES

### **LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie traumatologie-Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomies Pathologies Histo-embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Medicine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE**

### **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L (Oto-Rhino-Laryngologie)
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly Diallo	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie/Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie/Traumatologie
Mr. Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie/Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophthalmologie
Mr. Boubacary GUINDO	ORL
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale

Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr. Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophthalmologie
Mr. Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie/Réanimation
Mr. Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie/Réanimation
Mr. Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr. Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr Boulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiata SIMAGA	Ophthalmologie
Mr Seydou BAGAYOGO	Ophthalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie

Mr Adama GUINDO	Ophtamologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtamologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alassane TRAORE	Chirurgie Générale

## **D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie/Mycologie
Mr Yénimégue Albert DEMBELE	Chimie organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie Virologie

Mr Amagana DOLO	Parasitologie <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie- Virologie
Mr Mamadou A THERA	Parasitologie-Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie- Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr.Mahamadou DIAKITE	Immunologie/Génétique
Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
Mr. Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y Sacko	Biochimie

### **4. ASSISTANTS**

Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie

### **D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entéro-Hépatologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie



Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda MINTA	Maladies infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

### **3. MAITRE ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINTO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie

Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Adoul Aziz DIAKITE	Pediatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MINTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

## **D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie-Immunologie
Mr Sekou BAH	Pharmacologie

Mr Loséni BENGALY

Pharmacie Hospitalière

### **D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**

#### **1. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Mamadou Souncale TRAORE

Santé Publique, **chef de D.E.R.**

Mr Jean TESTA

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique

Mr Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr Hammadoun SANGHO

Santé Publique

#### **2. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr Hamadoun Aly SANOGO

Santé Publique

Mr Akory Ag IKNANE

Santé Publique

Mr Ousmane LY

Santé Publique

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO

Informatique Médecine

Mme Fanta SANGHO

Santé Communautaire

#### **3. ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO

Biostatistique

Mr Seydou DIARRA

Anthropologie Médicale

### **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA

Botanique

Mr Boubou DIARRA

Bactériologie

Mr Zoubeirou MAIGA

Physique

Mr Boubacar KANTE

Galénique

Mr Souleymane GUINDO

Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA

Mathématiques

Mr Modibo DIARRA

Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du Milieu

Mr Mahamadou TRAORE

Génétique

Mr Lassine SIDIBE

Chimie Organique

Mr Cheick O.DIAWARA

Bibliographie

### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Babacar FAYE

Pharmacodynamie

Pr. Amadou Papa DIOP

Biochimie

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

Pr Pascal BONNABRY

Pharmacie Hospitalière

**Dédicaces  
et  
Remerciement**

## **DEDICACES**

Je dédie cette thèse à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

### **A mon père, MBA MEVIANE Marc**

Père, tu nous a inculqué un trésor inestimable : l'amour du prochain, le pardon, la patience, le sens de l'honneur, de la dignité et du travail bien accompli. Tu incarnes la sagesse, la rigueur et la sincérité. Tu es le modèle de courage, de persévérance et d'humilité.

Ce travail est le résultat de ce que tu as fait germer en moi et en ce jour papa, les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens pour toi.

### **A ma mère, AYINGONE NGUEMA Angélique**

Brave femme, animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté, ta personnalité, ton dynamisme, ton amour, ta générosité et ta modestie ont contribué à la stabilité de notre famille. Tu es pour moi un modèle de courage et de bonté, puisse Dieu le Tout Puissant te bénir et te donner encore une longue vie pour qu'enfin tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifices.

### **A ma grand- sœur, NFOUME MBA Philomène**

Un merci aurait été dérisoire pour m'incliner devant ta générosité, voici une récompense qui pourra t'honorer. Elle arrive un peu tard, mais de taille pour que tu puisses te sentir fière de tes sacrifices.

Ce travail est le tiens. Puisse-t-il davantage consolider les liens d'amour et de fraternité qui nous unissent ? Cette longue absence loin d'être volontaire, représentait un recul pour mieux t'aimer. Je suis loin de m'arrêter en si bon chemin. Plus encore merci.

**A mon grand frère, MBA MBA Marc**

Plus d'une fois, tu m'a soutenu à des moments où les forces m'abandonnaient. Tes sacrifices ont finalement porté des fruits, et je n'oublierai jamais ces instants. Encore merci et que le Tout Puissant te bénisse !

**A ma très chère petite sœur, OBONE NZE Angélique Clara**

Tu as été plus qu'une petite sœur pour moi et ton courage m'a parfois servi d'exemple. Trouve ici la force de réaliser tous tes projets et surtout ne te décourage pas.

**A tous mes autres parents**

Vous m'avez longtemps soutenu et ma reconnaissance vous est totale.

## **REMERCIEMENTS**

### **A Madame MBANG ONDO Stanilla**

Femme de principe ; tes sages conseils m'ont permis à tout bout de champ de garder la tête toujours très haute afin de réaliser que la clé clé de ma situation scolaire se trouvait plutôt à l'extérieur du Gabon.

Merci infiniment pour cet apport inestimable.

### **A mon neveu OBIANG MENZUI Joseph Quentin**

Merci pour tes conseils. Que ce travail soit une source d'inspiration et de motivation pour toi.

### **A toute la famille Bakary SAMAKE de N'GOLONINA**

Chers parents, mes débuts au Mali ont été très difficiles et grâce à vous j'ai fini par m'acclimater. Je m'en souviendrai toute la vie. Particulièrement à Ramata KANTE : si très souvent j'ai été absent, veuille me pardonner et que cet travail te fasse oublier ces moments d'égarement.

### **A tous mes amis de la FMPOS : Mahamadou THERA, Dr Gilchrist**

**BIBANG BI- NZE, Philippe DARA, Yacouba Salia SANOGO, Mamadou**

**SANOGO, Souleymane DEMBELE, Amadou MALLE, Nana KONATE,**

**Arnaud ATTENDE, Romaric, Grâce AKOFFON, Gildas, Sabrina, Cédric**

**ATTENDE.**

Que des joies et des difficultés partagées ensemble ! Que l'entente qui règne entre nous demeure à jamais.

Merci pour les conseils et les soutiens.



**HOMMAGES**  
**AUX MEMBRES**  
**DU JURY**

**A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY :**

**Le Professeur Tiéman COULIBALY**

**- Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel TOURE**

**- Maître des conférences à la FMPOS**

**-Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et  
traumatologique**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de présider ce jury de thèse.

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 de toute notre admiration.

Puisse Dieu tout puissant vous garder auprès de nous en vous accordant la longue vie.

**A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY :**

**Docteur Albert Agro BANOU**

**- Spécialiste en ophtalmologie et en santé publique ;**

**-Médecin ophtalmologiste à l'opération Milagro ;**

**-Attaché de recherche**

Cher Maître,

Je suis très honoré de vous voir dans ce jury. Vos qualités scientifiques sont admirables et je suis fier de l'enseignement que vous m'avez prodigué.

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

**A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY :**

**- Docteur Mamadou DEMBELE**

**- Médecin spécialiste en Santé publique**

**- Adjoint au coordinateur du Programme National de Lutte Contre la Cécité**

Cher Maître,

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

Veillez accepter, cher Maître, toute ma reconnaissance.

**A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**- Docteur Sanoussi BAMANI**

**- Maître assistant en Ophtalmologie**

**- Coordinateur du Programme National de Lutte Contre la Cécité (PNLC).**

Cher Maître,

Vos connaissances scientifiques, votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur et votre constante disponibilité ont cultivé en moi l'amour pour l'ophtalmologie et me serviront de modèle.

Vos qualités humaines et votre attachement aux patients font de vous un être particulier et admiré de tous. Vous resterez pour moi un exemple à suivre.

Soyez assurés, que vos nombreux conseils et enseignements n'auront pas été vains et serviront de repère dans ma vie professionnelle.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de ma profonde reconnaissance.

# ABBREVIATIONS

## Liste des abréviations

**TDM** : Traitement de masse

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

**FMPOS** : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali

**IEC** : Information – Education –Communication

**IOTA** : Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique

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

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PNLC** : Programme national de lutte contre la cécité

**EMT** : Elimination Mondiale du Trachome

**TF** : Trachome Folliculaire

**TI** : Trachome Intense

**TS** : Trachome Cicatriciel

**TT** : Trichiasis Trachomateux

**CO** : Opacité Cornéenne

**PDSC** : Programme du développement sanitaire du cercle

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**AMO** : Assistants médicaux en ophtalmologie

**RGPH** : Recensement Général de la population et de l'habitat

**INSTAT** : Institut Nationale de la Statistique

**MAD** : Microsoft Accès Données

# SOMMAIRE



## **SOMMAIRE**

<b>I- INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>II- OBJECTIFS.....</b>	<b>3</b>
<b>III-GENERALITES.....</b>	<b>4</b>
<b>IV-METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....</b>	<b>10</b>
<b>V-RESULTATS.....</b>	<b>21</b>
<b>VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>30</b>
<b>VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>35</b>
<b>VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>37</b>
<b>IX-ANNEXES</b>	

# **INTRODUCTION**

## I- INTRODUCTION

Du grec « trachoma » qui signifie « rugueux, raboteux, âpre », le trachome intègre la liste des maladies infectieuses les plus anciennement connue et répandues de l'humanité. C'est une kératoconjonctivite transmissible, due à *chlamydia trachomatis*, d'évolution habituellement chronique, car pouvant s'étendre sur des mois, voire des années. L'infection se transmet par les mains, les mouches et le contact avec des linges souillés. Le trachome est une infection liée à l'hygiène des mains et du visage, à l'eau et l'assainissement. Il constitue au niveau mondial, la principale cause de cécité évitable [15].

Selon l'OMS 84 millions de personnes souffrent du trachome actif, environ 10 millions de personnes sont atteintes de trichiasis trachomateux et risquent de perdre la vue alors que 7,6 millions de personnes sont devenues aveugles.

Le trachome est lié au niveau global de développement, ce qui explique son caractère hyper endémique cécitant dans des zones de pauvreté [15]. Entre mars 1996 et juin 1997, une enquête nationale réalisée au Mali a permis de déterminer les prévalences du trachome et recenser les principaux indicateurs nécessaires à sa maîtrise. Cette enquête a révélé que 34,9% des enfants de moins de 10 ans sont porteurs du trachome folliculaire, 4,2% du trachome intense tandis que 2,51% des sujets de plus de 15 ans sont porteurs de trichiasis trachomateux [6].

Dans cette optique une enquête réalisée en 2005 par une équipe de l'IOTA dans les régions de Mopti et Ségou a montré une prévalence de trachome folliculaire (TF) de 9,2% dans le cercle de Bla, 11% à San et 12,4% à Tominian.

Depuis les années 50, le traitement du trachome reposait essentiellement sur l'administration de tétracycline en application locale pendant 6 semaines.

Dans les années 90, les bons résultats obtenus avec l'usage d'Azithromycine à dose unique et par an, et l'amélioration de l'accessibilité financière à ce produit (droits de protection et de vente tombés dans le domaine public en 1997) ont favorisé la relance de la lutte contre le trachome par l'OMS à travers le programme « GET 2020 » (Global elimination of trachoma) qui repose sur une stratégie à quatre composantes connue sous l'acronyme « CHANCE » basée sur la Chirurgie du trichiasis (CH) l'Antibiothérapie pour les formes actives (A), le Nettoyage du visage des enfants (N) et le Changement de l'Environnement (CE).

Au Mali, avec l'appui financier de l'ITI (International Trachoma Initiative) la région de Ségou a bénéficié de la donation d'Azithromycine. Ainsi 3 années d'affilée, de 2007 à 2009, la population a été traitée à l'Azithromycine. La même ONG intervenait également dans la prise en charge des interventions de trichiasis.

De nos jours, un certain nombre de facteurs associés au trachome sont connus notamment le **sexe, l'âge, l'eau, l'hygiène, le bétail dans la concession, la présence de mouches, la promiscuité, les conditions socio-économiques et les facteurs géo climatiques.**

L'OMS recommande des études d'impact de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE après 3 ans de mise en œuvre. La présente étude rentre dans ce cadre et permet d'évaluer les résultats du traitement de masse (TDM). Elle vise les objectifs suivants :

# **OBJECTIFS**

## II -OBJECTIFS

### **a - Objectif général :**

Mesurer l'impact de la stratégie « CHANCE » après trois ans de mise en œuvre dans la région de Ségou.

### **b - Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la prévalence du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans en 2009 dans la région de Ségou.
- Déterminer la prévalence du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus en 2009 dans la région de Ségou.
- Déterminer les facteurs de risque du trachome dans la région de Ségou.
- Fournir de nouvelles bases de données pour la planification des activités de lutte contre le trachome dans la région de Ségou.

**GENERALITES**

### **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 [11]. 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 souffrances, de conditions d'hygiène défectueuses, de privations qui sont des facteurs éminemment aggravants pour l'éclosion et le développement de la maladie trachomateuse [11]. Bien que l'endémie trachomateuse ait sensiblement régressé au cours des dernières décennies, elle reste encore un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Le trachome est une « kératoconjonctivite spécifique, transmissible à évolution généralement chronique>>. L'infection est caractérisée par la formation de follicules, une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen et entraînant des lésions cicatricielles typiques [9];[20]. Les enfants d'âge scolaire et les mères constituent les cibles primaires du trachome.

#### **2-Epidémiologie et répartition géographique**

Maladie ubiquitaire, le trachome est un véritable fléau social mondial. L'OMS estime à 84millions de personnes le nombre de trachomateux disséminés dans plusieurs pays endémiques essentiellement en Afrique et au Moyen-Orient. Quelques pays des Amériques et d'Asie (Népal, Chine, Mexique) sont également touchés [22]. Le trachome a disparu progressivement dans les pays industrialisés, mais persiste encore sous forme de foyers résiduels dans certains pays de l'Amérique centrale et de l'Amérique du sud [15]. Aujourd'hui, la maladie sévit essentiellement dans les zones rurales pauvres des pays d'Afrique, dans certains pays de la Méditerranée orientale. Elle reste également endémique dans plusieurs pays d'Asie.



➤ **Agent Pathogène : [15]**

Il s'agit d'une bactérie appelée *Chlamydia trachomatis* découverte en 1907 à Java par Prowaczek et Halberstaedter. Il possède tous les caractères des bactéries mais soumis à un développement par cycle intracellulaire obligatoire.

On distingue 15 sérotypes (les sérotypes A, B, Ba, C...) de virulences différentes. Ils sont responsables du trachome et des conjonctivites à inclusion. Le réservoir de l'agent pathogène est l'homme. La contagiosité du trachome est certaine, mais relative. Le rôle vecteur des mouches a été démontré par Nicolle, Cuenoud et Blanc mais, elles sont davantage le vecteur des conjonctivites saisonnières.

**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 [15]. 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.

TI = trachome inflammatoire 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 dans le frottis conjonctival[15].

**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).

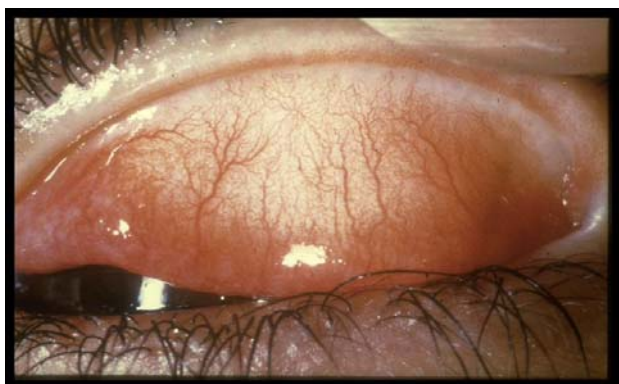
**c-Diagnostic biologique :**

Il 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)[15].

**CARTE DE CODAGE DU TRACHOME [11]**



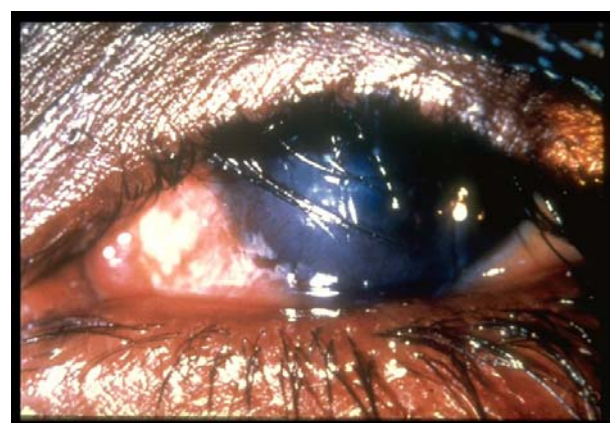
**PHOTO1:**Conjonctive tarsale normale



**PHOTO4:** *Trachome cicatriciel (TS)*



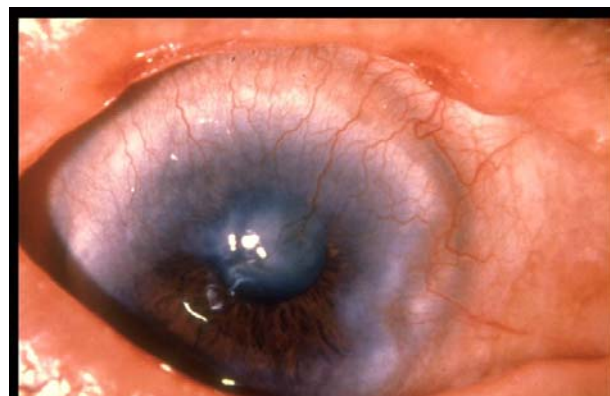
**PHOTO2:** *Trachome infl folliculaire*



**PHOTO5:**Trichiasis trachomateux(TT)



**PHOTO3:**Trachome infl intense(TI)



**PHOTO6:** Opacité cornéenne(CO)

#### **4-Les Complications : [15]**

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

Elles sont surtout :

- Cornéennes à type :
  - 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.

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

#### **5- Traitement :**

Actuellement, il repose sur la stratégie « CHANCE » :

**CH**= Chirurgie du trichiasis

**A** = Antibiothérapie

**N**= Nettoyage du visage

**CE**= Changement de l'environnement.

#### **❖ Chirurgie du trichiasis :**

La chirurgie est un levier immédiat et peu coûteux de traitement séquellaire. De nombreuses techniques y sont de mise en particulier la méthode de Trabut et la rotation bi lamellaire du tarse.

❖ **Antibiothérapie :**

C'est la seconde composante de la stratégie CHANCE. Il s'agissait de la pommade tétracycline à 1% facilement disponible et peu coûteuse. Actuellement, on utilise de préférence l'Azithromycine pour le traitement des infections Chlamydiennes lorsqu'il est administré per os en mono dose. C'est un médicament relativement exempt d'effets secondaires graves.

Plusieurs études menées en Gambie, en Egypte et en Arabie Saoudite ont montré son efficacité. Administrée au niveau communautaire, elle diminue la pathologie inflammatoire pendant 6 à 12 mois.

❖ **Nettoyage du visage :**

Le degré de propreté des enfants est un facteur de risque important dans la survenue du trachome. La toilette du visage est un geste simple mais peu accompli dans les régions où l'eau est rare.

❖ **Changement de l'environnement :**

Dans ce domaine, les activités doivent être focalisées sur la situation et les exigences particulières de chaque région. En général, les mesures visant à réduire la présence des mouches dans les concessions atténueront la probabilité de transmission du trachome. Il s'agit entre autres de la construction des latrines familiales et l'élimination correcte des déchets domestiques, humains et animaux. L'effectivité de ces activités repose sur l'adhésion et la mobilisation de la communauté. Elles feront souvent appel à une action intersectorielle.

❖ **Prophylaxie:**

Le vrai traitement du trachome devrait être un traitement prophylactique.

Il consisterait à améliorer les conditions de vie des populations: 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 ».

# METHODOLOGIE

## IV-METHODOLOGIE DE L'ETUDE

### Cadre d'étude:

L'étude a été réalisée dans la région de Ségou, quatrième région administrative du Mali.

La région de Ségou couvre une superficie de 64824km<sup>2</sup>, soit 5% de la superficie du pays. Elle est limitée :

- Au nord par la Mauritanie ;
- Au sud-est par le Burkina-Faso ;
- Au sud par la région de Sikasso ;
- A l'ouest par la région de Koulikoro ;
- A l'est par les régions de Tombouctou et Mopti.

Elle est répartie en sept (7) cercles (Ségou, Barouéli, Bla, Macina, Niono, San et Tominian), 8 districts sanitaires et subdivisée en cent dix huit (118) communes dont trois urbaines (Ségou, San et Niono).

La population de la région de Ségou était de 2.336.255 habitants en 2009 dont 50,1 % de femmes [4].

Le taux de croissance annuel est estimé à 3,1% [4], cette population est à majorité jeune (48% ont moins de 15ans) et rurale. La population active représente 45% de la population générale, elle est concentrée dans les cercles traversés par le fleuve Niger et les canaux irrigués par celui-ci [20].

La population de la région est constituée de presque tous les groupes ethniques du pays: les Bambara, Bozo, Bobo, Peulh, Minianka Mossi, Sarakolé semblent majoritaires.

Son climat est tropical de type soudanais, il connaît une saison Sèche longue qui s'étend du mois de novembre au mois de mai et une saison pluvieuse courte qui s'étend de juin à octobre.

Son activité économique reste dominée par l'agriculture qui occupe 80% de la population, ce qui justifie la présence de l'Office du Niger et l'Office Riz dont les activités sont basées sur le riz ; la Compagnie Malienne de Développement des Textiles(CMDT) qui s'occupe du coton.

Le commerce, l'élevage, la pêche et l'artisanat sont aussi pratiqués.

L'industrie est développée, le pouvoir d'achat de la population est très peu élevé. Il existe néanmoins quelques grandes unités industrielles comme la COMATEX-SA, les unités de décorticage du riz, les complexes sucriers de Dougabougou-Siribala et les Ateliers Centraux de Markala qui contribuent fortement à l'essor économique de la région.

Au niveau de chacun des cercles, existe un Centre de Santé de Référence (C S Réf) ou hôpitaux secondaires ou hôpitaux de référence (Markala) et des centres de santé communautaires (C S Com).

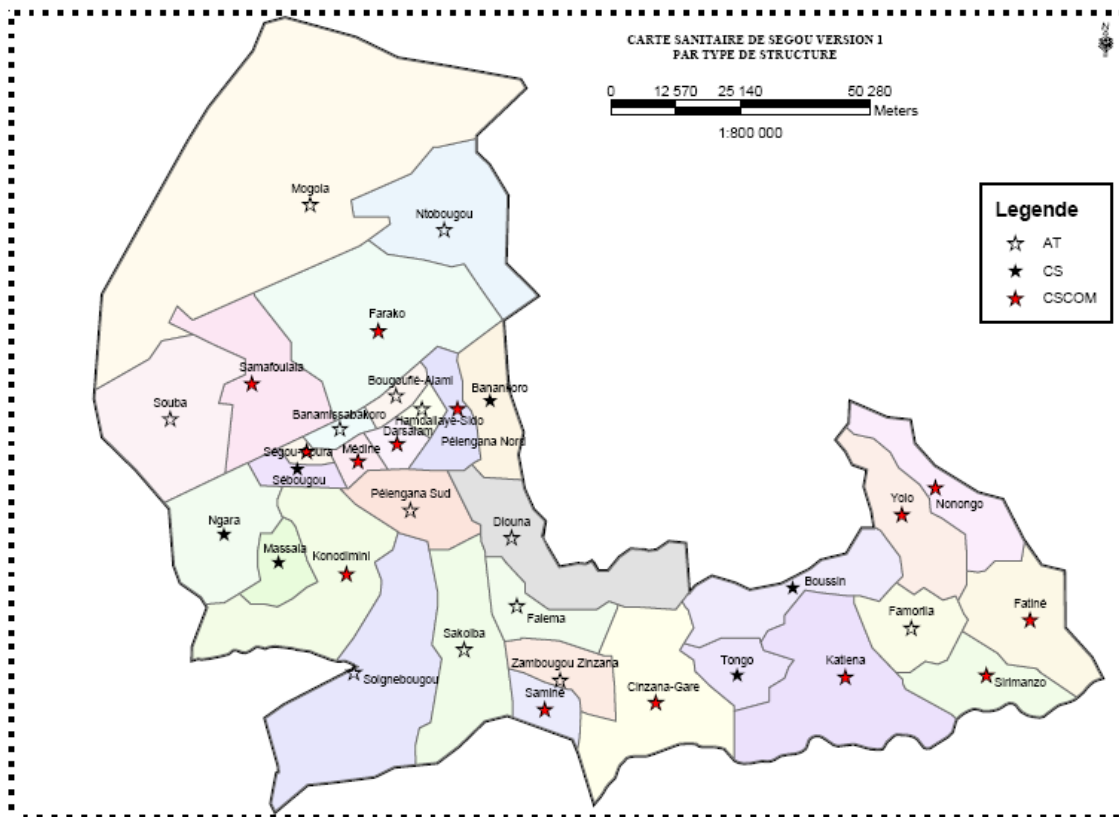
**Réalisations du Centre CARTER dans la région de Ségou.**

Années	Latrines	Relais	Maçons	Messages utilisés
2003-2006	23044	1531	1549	
2007	10684	1156	429	
2008	1227	66	51	333
2009	257	15	15	

Les religions pratiquées sont : l'islam, le christianisme et l'animisme.



## La carte sanitaire de la région de Ségou



Source : Direction Nationale de la Santé

### **Période d'étude**

L'enquête s'est déroulée sur une période de **12** jours (du 15 au 27 janvier 2010).

#### **• Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale par sondage aléatoire à deux niveaux.

#### **• Population d'étude**

L'enquête a porté sur les enfants de 1 à 9 ans et les sujets de plus de 15 ans résidant dans la région de Ségou.

#### **• Critère d'inclusion**

Tous les enfants âgés de 1 à 9 ans et les sujets de 15 ans et plus résidant dans la région de Ségou.

#### **• Critère de non inclusion**

- Tous les enfants dont l'âge est compris entre 10 et 14 ans et 0 et 1 an résidant dans la région de Ségou ;
- Les enfants ne résidant pas dans la région de Ségou ;
- Les cas de refus.

#### **❖ ECHANTILLONNAGE 2010**

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

##### *1<sup>ère</sup> 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. On a dressé les listes de tous les villages par cercle de la région avec des populations respectives. Une colonne a été créée avec la population cumulative, en ajoutant chaque population successive aux précédentes.

Vingt grappes ont été choisies. La population 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<sup>ème</sup> 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 était défini comme suite:

- Un homme, sa femme ou ses femmes plus tous ses 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) étaient 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 est arrivée au village, elle a rencontré le chef du village et cherché son accord.

Dès que ce dernier 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 était  $\leq 26$ , tous les ménages dans le village ont été examinés. Plusieurs personnes ont participé avec le classement sur le plan sommaire : le chef de village, les vieux, le relai communautaire et tout volontaire de 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. Si 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 a fait un segment. Un segment de trois ou un segment de six ménages était acceptable. Chaque segment de ménages a été numéroté.

Une fois que les ménages dans le village sont segmentés et numérotés, un numéro correspondant pour chaque segment est écrit sur un morceau de papier et 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 et représentaient les six 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'enquêtes ont revisité le ménage avant de quitter le village le jour de l'enquête.

#### ❖ **Examen des Individus**

Dans chaque ménage choisi, tous les membres ont été examinés. Les ménages où les absents étaient susceptibles de revenir le jour même furent revisités. Les enfants de moins de 6 mois n'ont pas été 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 chargés de mener l'étude sur le trachome ont été spécifiquement formés pour collecter les données. Pendant deux jours, les Assistants médicaux en ophtalmologie (AMO) ont été formés sur le système de codification de l'OMS pour diagnostiquer les stades cliniques du trachome. Cette formation a inclu aussi la manière de choisir les ménages dans une grappe afin 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 participaient à une étude fiable pour confirmer l'accord de codification du trachome chez les patients. Le coordinateur de l'étude a identifié 50 personnes, parmi lesquelles 25 présentaient un trachome actif (TF ou TI). Le reste était des patients avec d'autres signes du trachome, d'autres conditions 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 étaient comparés à ceux d'autres ophtalmologues représentant la référence. Le niveau d'accord indiquait à quel degré tous les examinateurs interprétaient les signes de la même façon. L'hypothèse dans ce test était que les résultats des ophtalmologues étaient corrects.

Tous les AMO utilisés dans la collecte des données devaient obtenir un accord 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 était 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 supérieur à 10%, une taille efficace d'échantillon de 246 enfants était demandée pour chaque cercle.

En prenant 20 grappes de 24 ménages, cela a fourni une taille d'échantillon suffisamment efficace pour les évaluations du cercle, ce qui signifiait une taille de ménage de 6 personnes ; la proportion des enfants de 1 à 9 ans étant de 30%; approximativement on acceptait un taux de refus ou d'absence 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 cercle devrait fournir 848 enfants âgés de 1 à 9 ans. Si 50% de la population avait 15 ans ou plus, un taux de refus et d'absence de 15% était acceptable, approximativement 1.224 adultes devaient être examinés dans chaque cercle. Au total le nombre de personnes examinées dans chaque district approchait les 2.448.

#### ❖ **Travail sur le terrain**

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

Le visage de chaque enfant de 1 à 9 ans était apprécié pour la présence ou l'absence d'écoulement oculaire nasal. Cela a été suivi par l'examen des yeux pour les 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 distance approximative qui le sépare de la source d'eau.

#### ❖ **Le contrôle de la qualité**

Les formulaires de données remplis étaient contrôlés pour complément avant de passer au prochain ménage choisi.

Chaque équipe devait vérifier 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 des données et analyse**

Les données ont été manuellement classées et entrées dans les bases de données à Accès Microsoft (MAD). L'Epi Info a été utilisé pour analyser les données. Les variables incluses étaient la 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 du 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 l'approbation et l'implication du Centre Carter et de l'Université Emory IRB ont été obtenues. En plus, les activités ont été expliquées aux autorités locales et régionales et la permission d'exécution demandée.

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 accordé par les chefs/ les chefs de villages, familles, et tuteurs. Les sujets ont été informés qu'ils avaient le droit de ne pas participer à l'étude sans perdre

des intérêts futurs 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 noms et adresses de tous ceux qui avaient le trichiasis ont été écrits et donnés aux services de santé pour programmer une opération.

#### ❖ **Les Indicateurs du Résultat**

Bien que les personnes de tous âges fussent 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 ans
- la proportion des ménages avec une latrine utilisée,

La proportion de ménages ayant accès à une première source d'eau améliorée.

#### ❖ **Interprétation des résultats**

Les résultats d'enquête ont été 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 d'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.

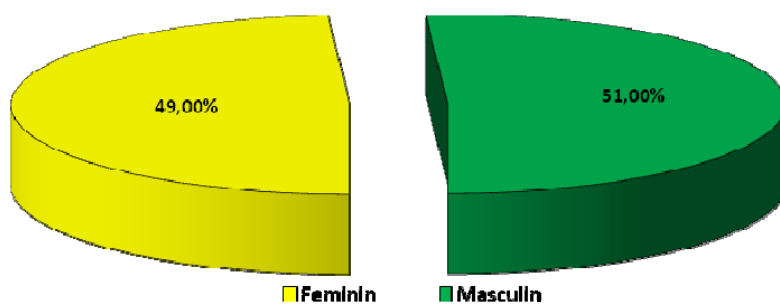
Là où la prévalence de TT chez les adultes de plus de 14 ans est de 1% ou plus dans le secteur, les interventions chirurgicales communautaires seront prévues. Si la prévalence de TT chez les adultes est moins de 1% dans le secteur, l'intervention chirurgicale communautaire n'est pas exigée, mais la chirurgie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

# RESULTATS

## V-RESULTATS DE L'ENQUETE

### A- CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

#### ➤ **Enfants de 1 à 9 ans**



**Figure 1** : Répartition de l'échantillon selon le sexe.

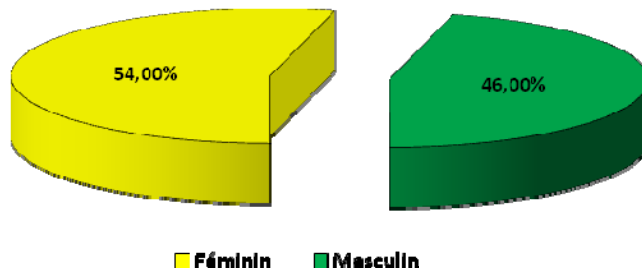
Sur un échantillon total de 6101 enfants de 1 à 9 ans le sexe masculin représentait 51% soit un sexe ratio (M/F) de **1,04** avec *un intervalle de confiance à 95% [47,70-52,30]*.

**Tableau I** : Répartition des enfants de 1 à 9 ans selon l'âge.

Age (ans)	Effectif absolu	Pourcentage
1-4	2655	43,52
5-9	3446	<b>56,48</b>
<b>Total</b>	6101	100,00

La tranche d'âge de **5-9 ans** représentait **56,48%**, avec *un intervalle de confiance à 95% [42,30-57,70]*.

➤ **Sujets de 15 ans et plus**



**Figure2: Répartition des sujets de 15 ans et plus selon le sexe**

Sur un échantillon de **8062** sujets de 15ans et plus enquêtés les femmes représentaient **54%** avec *un intervalle de confiance à 95% [44,90-55,10]*.

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

<b>Age (ans)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
15-19	1212	15,00
20-59	5931	<b>73,60</b>
60 et+	919	11,40
<b>Total</b>	<b>8062</b>	<b>100,00</b>

La tranche d'âge **20-59**ans était prédominante soit **73,60%** avec IC à **95%** [10,70-74,50].

## **B- ASPECTS CLINIQUES**

### **a-Enfants de 1 à 9 ans**

**Tableau III** : Répartition des enfants selon le statut du trachome inflammatoire folliculaire (TF).

<b>Age</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Porteur	243	<b>3,98</b>
Non Porteur	5858	96,02
<b>Total</b>	6101	100,00

La prévalence du trachome inflammatoire folliculaire(TF)chez les enfants enfants de 1 à 9 ans enquêtés était de **3,98%** avec un Intervalle Confiance à **95%** [3,50 -4,50].

**Tableau IV**: Répartition des enfants de1-9 ans selon le statut du trachome inflammatoire intense (TI).

<b>Trachome intense (TI)</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Porteurs	16	<b>0,26</b>
Non Porteurs	6085	99,74
<b>Total</b>	6101	100,00

Sur 6101 enfants de 1 à 9 ans enquêtés, il y avait 16 cas de trachome intense, soit une prévalence de **0,26%** avec **IC** à 95% [0,20- 0,40].

**Tableau V** : Prévalence du trachome actif chez les enfants de 1-9 ans

<b>Trachome actif (TF+TI)</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Présence	259	<b>4,25</b>
Absence	5842	95,75
<b>Total</b>	6101	100,00

Sur un échantillon de 6101 enfants de 1-9 ans enquêtés la prévalence du trachome actif (TF+TI) était de 4,25 % avec **IC** à 95% [3,60- 4,60].

**Tableau VI**: Répartition des enfants de 1-9 ans selon le sexe et le statut du trachome actif.

<b>Sexe</b>	<b>Trachome actif (TF+TI)</b>		<b>Total</b>
	Porteur	Non Porteur	
Masculin	<b>119</b>	2997	3116
Féminin	<b>140</b>	2845	2985
<b>Total</b>	259	5842	6101

Sur un échantillon de 6101 enfants de 1 à 9 ans, 4,69% des filles présentaient un trachome actif, contre 3,82% pour le sexe masculin.

Statistiquement il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes avec **Chi2 [2,65] Et  $p > 0,10$  et  $< 0,20$ .**

Le sexe n'intervenait pas comme facteur de risque du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans.

**Tableau VII:** Répartition des enfants de 1-9 ans selon l'âge et le statut du trachome actif.

Age(ans)	Trachome actif (TF+TI)		Total
	Porteur	Non Porteur	
1-4	<b>84</b>	2571	2655
5-9	<b>175</b>	3371	3446
<b>Total</b>	259	5842	6101

Chez les enfants de 1 à 9 ans la tranche d'âge de 5 à 9 ans présentait plus le trachome actif avec une prévalence de 5,07% contre 3,16% pour la tranche d'âge de 1 à 4 ans.

Statistiquement il y avait une différence significative entre les tranches d'âge avec **Chi2 [14,06] Et p>0,001**

L'âge intervenait comme facteur de risque du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans.

#### **b- Sujets de 15 ans et plus.**

**Tableau VIII:** Répartition des sujets de 15ans et plus selon le statut du trichiasis trachomateux.

Trichiasis trachomateux (TT)	Fréquence	Pourcentage
Porteur	72	<b>0,89</b>
Non Porteur	7990	99,11
<b>Total</b>	8062	100,00

Sur 8062 sujets de 15 ans et plus enquêtés, la prévalence du trichiasis trachomateux était de **0,89%** avec **IC** à 95% [0,70-1].

**Tableau IX:** Répartition des sujets de 15ans et plus selon le sexe et le statut du trichiasis trachomateux.

Sexe	Trichiasis Trachomateux (TT)		Total
	Porteur	Non Porteur	
Féminin	<b>44</b>	4308	4352
Masculin	<b>28</b>	3682	3710
<b>Total</b>	72	7990	8062

Sur un échantillon de 8062 sujets de 15 ans et plus le sexe féminin avait une prévalence de 1,01% contre 0,75% pour le sexe masculin. Statistiquement il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes avec **Chi2 [1,48] Et p>0,20 et < 0,30.**

Le sexe n'était pas un facteur de risque du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus.

**Tableau X:** Répartition des sujets de 15ans et plus selon l'âge et le statut du trichiasis trachomateux .

Age(ans)	Trichiasis trachomateux (TT)		Total
	Porteur	Non Porteur	
15-19	2	1210	1212
20-59	30	5901	5931
60 et +	<b>40</b>	879	919
<b>Total</b>	72	7990	8062

Sur un échantillon de 8062 patients les sujets de 60 ans et plus, la prévalence du trichiasis trachomateux était de **4,35%**. Statistiquement il y avait une différence significative entre les tranches d'âge avec **Chi2 [3,91] Et p>0,02 et <0,05.**

L'âge intervenait comme facteur de risque du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus.



## C- LES FACTEURS DE RISQUE

### a- Hygiène corporelle des enfants

**Tableau XI** : Appréciation de l'état du visage des enfants de 1 à 9 ans.

<b>Visage</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Sale	2446	40,09
Propre	3655	<b>59,91</b>
<b>Total</b>	6101	100,00

Sur un échantillon de 6101 enfants de 1 à 9 ans, 59,91% avaient le visage

propre.

**Tableau XII**: Répartition des enfants de 1 à 9 ans enquêtés en fonction du statut scolaire .

<b>Enfants d'âge scolaire</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Scolarisé	1320	<b>35,25</b>
Non scolarisé	2425	64,75
<b>Total</b>	3745	100,00

Sur 3745 enfants d'âge scolaire enquêtés **35,25%** étaient scolarisés.

**Tableau XIII:** Répartition des enfants de 1 à 9 ans selon le statut du trachome actif et la scolarisation.

<b>Statut scolaire</b>	<b>Trachome actif</b>	<b>Total</b>
Scolarisé	58	1320
Non scolarisé	<b>144</b>	2425
<b>Total</b>	202	3745

Sur un échantillon de 3745 enfants de 1 à 9 ans d'âge scolaire, 5,93% des enfants non scolarisés portaient le trachome actif contre 4,39% des scolarisés.

Statistiquement il y avait une différence significative entre les enfants non scolarisés et les scolarisés avec **Chi2 [3,99] Et p>0,02 et <0,05.**

La non scolarisation intervenait comme facteur de risque du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans d'âge scolaire.

**Tableau XIV:** Existence de latrines dans les ménages enquêtés.

<b>Latrine</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Absence	564	13,12
Présence	3735	<b>86,88</b>
<b>Total</b>	4299	100,00

Sur 4299 ménages enquêtés 86,88% disposaient de latrines.

**Tableau XV:** Fréquence d'utilisation des latrines dans les ménages enquêtés.

<b>Utilisation latrine</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Non utilisée	52	1,39
Utilisée	3683	<b>98,61</b>
<b>Total</b>	3735	100,00

Sur 3735 ménages enquêtés disposant de latrines **98,61%** les utilisaient régulièrement.

**Tableau XVI :** Présence de source d'eau potable.

<b>Source d'eau</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
dans la concession	3230	75,13
dans le village	1069	24,87
<b>Total</b>	4299	100,00

Tous les ménages enquêtés s'approvisionnaient en eau potable dans leurs concession ou village.

**COMMENTAIRES  
ET  
DISCUSSIONS**

## **VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

Notre étude a concerné 160 villages de la région de Ségou choisis au hasard qui correspondaient aux grappes.

La présente enquête, effectuée en janvier 2010 dans la région de Ségou visait à mesurer l'impact de la stratégie CHANCE après trois années de mise en œuvre.

### **A- Echantillon**

Au total 6101 enfants de 1 à 9 ans dont 2985 filles et 3116 garçons et 8062 sujets de 15 ans et plus avec 3710 hommes et 4352 femmes ont été concernés pour 4299 ménages enquêtés dans la région de Ségou.

### **B- Caractéristiques des patients**

#### **a/Caractéristiques sociodémographiques des patients**

- **Selon le sexe**

Sur un échantillon total de 6101 enfants de 1 à 9 ans le sexe masculin était plus représenté avec **51%** soit un sexe ratio égal à 1,04 en faveur du sexe masculin.

Dans la population de 15 ans et plus notre échantillon était composé de 8062 patients avec une prédominance nette du sexe féminin soit 54%.

- **Selon l'âge**

Chez les enfants de 1 à 9 ans la tranche d'âge de 5 à 9 ans était la plus représentative avec 56,48%.

Dans la population de 15 ans et plus la tranche d'âge de 20 à 59 ans était prédominante avec 73,60 %.

## **b/ Caractéristiques cliniques :**

❖ La prévalence du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans. Selon l'enquête nationale réalisée entre 1996 et 1997 au Mali le taux de prévalence du trachome actif (TF+TI) dans la région de Ségou était de 23,4% [6].

En 2010, la prévalence du trachome actif (TF+TI) dans ladite région après 3 années mise en œuvre de la stratégie CHANCE est passée

à **4,25%**, nettement inférieure au seuil d'intervention de **10%** de l'O.M.S. Après un peu plus d'une décennie le taux du trachome actif est réduit approximativement au 1/5. Ce résultat découlerait indubitablement des efforts soutenus de la lutte contre l'endémie trachomateuse à travers les TDM pendant 3 années d'affilée y compris les campagnes de sensibilisation, d'information, d'éducation et de communication pour susciter des changements comportementaux.

Chez les enfants de 1 à 9 ans le sexe masculin était autant atteint par le trachome actif que le sexe féminin avec respectivement 3,82% et 4,69%. Ce résultat ne montre pas une différence statistiquement significative.

Chez les mêmes enfants la prévalence du trachome actif prédominait dans la tranche d'âge de 5 à 9 ans avec 5,07% en 2010. Ce résultat est

comparable à celui d'une étude réalisée dans l'arrondissement de Ouéléssébougou (Mali) en 2005 par BAGAYOKO qui avait trouvé que la courbe de prévalence se situait entre 5-9 ans avec 32% [1].

Ceci peut être expliqué d'une part, par le fait qu'à cet âge les enfants prennent en charge leur propre hygiène corporelle et s'amuse beaucoup dans la poussière, ils sont négligés par les parents qui s'occupent plutôt des plus petits. D'autre part, ces enfants sont aussi moins représentés lors des séances de distribution d'antibiotique. Au Mali, une étude réalisée en 2005 à Dioïla par LONGTCHI.S a montré que la prévalence du trachome actif était passée de 33,50% en 1996-97 à 0,81% en 2005 chez les enfants de moins de 10 ans [7].

La même année, une étude similaire menée à Koulikoro par NGUIMDO.

Y 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 la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. Dans la sous région, en Gambie, une étude réalisée par Hunt et coll. [5] en 2001 avait permis de montrer que l’Azithromycine par voie orale semblait pouvoir offrir un moyen de lutte contre le trachome cécitant. Au Niger, la prévalence du trachome actif est passée de 62,3% en 1999 à 7,6% en 2005 dans le district de Magaria et de 49,6% en 1999 à 6,7% en 2005 dans celui de Métamèye [14].

De manière générale, l’efficacité de l’Azithromycine sur le trachome actif a été démontrée par plusieurs études.

Comme celle menée par SCHACHTER J et coll. [17] qui a montré que la distribution de masse de l’Azithromycine était-elle aussi efficace pour le contrôle du trachome.

Selon l’OMS après 3 ans, lorsque la prévalence de TF dans une communauté est inférieure à 5 %, il est déconseillé de procéder à une distribution de masse dans cette communauté. Dans notre étude, TF était bien inférieure à 5%, ainsi, nous préconisons l’approche « village par village » pour identifier les communautés qui ont une prévalence de TF>10% et y faire un TDM pendant 3 années, en renforçant ou en mettant en place les composantes **N** et **CE**.

❖ La prévalence du trichiasis trachomateux :  
Au cours de notre étude la prévalence du trichiasis trachomateux était de 0,89% chez les sujets de 15 ans et plus.

Ce taux est supérieur à celui de 2008 de Moussa T.TRAORE qui était de 0,04% dans le cercle de BOUREM (Mali)[8], mais inférieur à celui de l’enquête nationale de 1996-97 estimé à 1,8%[6] pour la région de Ségou. Il est également inférieur au seuil d’intervention de 1% de l’OMS, et comparativement aux résultats de certaines études réalisées en 2000 en Haute Guinée et au Sénégal qui l’estimaient respectivement à 2,7% et 2,6% [16].

Au décours de 3 années de mise en route de la composante (CH), la prévalence de TT a été réduite approximativement de moitié. Cette baisse de prévalence du TT pourrait s'expliquer par la synergie des actions menées par l'ONG ITI et le PNLC dans le cadre de la chirurgie du trichiasis trachomateux à Ségou.

Le TT touchait plus le sexe féminin que le masculin avec respectivement 1,01% et 0,75%. La tranche d'âge de 60 ans et plus était plus atteinte par le trichiasis trachomateux avec une prévalence de 4,35%. Notre résultat toutefois encourageant est cependant loin des objectifs du Mali pour l'élimination du trachome à l'horizon 2015. Ainsi, la poursuite de la composante **CH**, par identification et traitement des cas de manière active, est nécessaire

### **c/Caractéristiques de facteurs de risque.**

❖ Aspect du visage des enfants :  
Se débarbouiller au réveil ou après certains travaux est un geste banal mais très important dans la prévention de certaines maladies dont le trachome.

Dans notre étude sur 6101 enfants de 1 à 9 ans 59,91% avaient le visage propre. Ce résultat est nettement inférieur au seuil de 80% de l'OMS au terme de 3 ans de mise en œuvre de la stratégie CHANCE. A cet égard, un accent particulier devrait être mis sur la composante (N) en vue de s'arrimer aux normes de l'OMS. Par ailleurs, cette composante seule ne pourra pas endiguer ce fléau. Cependant, elle doit être couplée avec les autres pour créer une véritable synergie qui puisse réellement impacter sur tous les indicateurs.

Nos résultats rendent également compte du rôle salubre de l'école dans la réduction du trachome actif.

Entre 1991-1992, une étude réalisée en Tanzanie par West S K et coll. avait montré que chez les enfants de 1 à 7 ans la présence des mouches augmentait le risque de trachome de manière significative [19].



Dans la même veine, plusieurs études menées respectivement par Zefack Germain M en 2000 au Mali[23], West SK et coll en Tanzanie en 2008[21], Longtchi S en 2005 à Diola [7] et SIMA. S dans le cercle de Bankass en 2005 [18] corroborent cette réalité protectrice de la propreté du visage contre le trachome actif.

Par ailleurs, presque toutes les familles enquêtées disposaient de latrines et les utilisaient régulièrement.

**CONCLUSION  
ET  
SUGGESTIONS**

## **VII- Conclusion et recommandations**

### **a-Conclusion**

Notre étude portait sur la lutte contre le trachome à Ségou après trois ans de mise en œuvre de la stratégie « CHANCE ».

Dans cette étude, il s'agissait de mesurer l'impact de trois années de mise en œuvre de la stratégie « CHANCE » dans la quatrième région du Mali.

Les taux de prévalence nous ont permis de montrer l'impact de cette stratégie.

La prévalence du trachome actif était estimée à 4,25% dans la population de 1-9 ans avec une prédominance de 5,07% pour la tranche d'âge de 5-9 ans. D'un point de vue statistique, le trachome actif n'était pas lié au sexe, mais plutôt à l'âge et à la non scolarisation des enfants en âge scolaire de la région de Ségou.

La proportion des enfants à visage propre était inférieure au seuil de 80% de l'OMS après 3 ans de mise en œuvre de la stratégie « CHANCE ».

La prévalence du trichiasis trachomateux était de 0,89% dans la population de 15 ans et plus, elle prédominait de 4,35% pour la tranche d'âge de 60 ans et plus avec une légère dominance du sexe féminin.

Ce taux est inférieur au seuil d'intervention de l'OMS fixé à 1%.

Dans l'ensemble, nos résultats traduisent un impact positif de trois années de mise en œuvre de la stratégie CHANCE, entre autres le TDM et les campagnes de chirurgie dont a bénéficié la région pendant 3 ans, mais aussi des activités d'assainissement de l'environnement et la promotion de la propreté du visage. A ce titre, ils doivent servir de tremplin pour la poursuite des activités dans le cadre de la lutte contre le trachome à Ségou.

## **b-Recommandations**

A la lumière de notre étude, bien que les chiffres des résultats de prévalence des différentes formes de trachome soient satisfaisants, ils sont cependant loin des objectifs préconisés par le Mali pour l'élimination du trachome à l'horizon 2015.

❖ Au Ministère de la santé :

- Mobiliser les ressources financières nécessaires à la prise en charge correcte des autres composantes de la stratégie CHANCE.

❖ Au PNLC

- Renforcer les équipes mobiles de chirurgie du trichiasis trachomateux pour atteindre son seuil d'élimination (0,1%) ;

- Former davantage le personnel des centres de santé communautaire et de référence au dépistage et à la prise en charge effective des cas de trachome actif et de trichiasis trachomateux ;

- Mettre sur pied un système de site sentinelle pour surveiller le trachome afin d'être à l'abri d'une recrudescence de la maladie.

❖ Aux mères de famille :

- Eduquer les enfants à l'hygiène corporelle et faciale dès le jeune âge pour prévenir l'apparition du trachome afin d'atteindre la proportion de 80% d'enfants avec visage propre ;

- Scolariser les enfants, car cela faciliterait leur arrimage aux commodités hygiéniques.

- Avoir le réflexe de Consulter le plus tôt possible un spécialiste en Ophtalmologie ou à défaut tout agent de la santé dès l'apparition des premiers signes du trachome.

**REFERENCES**  
**BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### **1.BAGAYOKO. CO**

Impact de l'approvisionnement en eau sur la prévalence et l'incidence du trachome dans l'arrondissement de Ouéllessébougou (Mali). Thèse de méd, Bamako;1995.

### **2.DIAWARA A .PLNC**

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

### **3.Emerson P, Frost L, Bailey RL, Mabey DC.**

Mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome Carter Center, ITI Ed février 2006 P1-46.

### **4.<http://instat.gov.ml/documentation/Ségou.pdf>**

Consulté le 23 juillet 2010 à 14h45.

### **5.Hunt F, Bailey RL, Tobin L, Consens S et al.**

Efficacy of oral Azithromycin versus tropical tetracyclin in mass treatment of endemic trachoma.

### **6.J.F Shémann, 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

### **7.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

### **8.Moussa T. TRAORE**

Prévalence du trachome dans le cercle de Bourem : Résultats de l'enquête de 2008. Thèse de méd Bko FMPOS, 2009.

### **9.NEGREL. AD**

De l'ophtalmologie tropicale à l'ophtalmologie de santé publique  
Cahier de santé ; 1995 ; 5 ; 147-8.

## **10.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

## **11.OCCGE, IOTA, OMS**

Cure chirurgicale du TRICHIASIS par la méthode de Trabut. Guide de formation I.T.I, 16 : 1-16.

## **12.O.M.S**

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

## **13.O.M.S**

Rapport de la troisième réunion de l'Alliance pour l'Elimination Mondiale du trachome. WHO/PBD/GET/93.3.

## **14.Planète Afrique Niger**

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

## **15.Resnikoff S, Queguiner.P**

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

## **16.SAAL MB, Schemann JF, 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.

## **17.SCHACHTER J, WEST S, MABEY D, DAWSON C,BOBO L,BAILEYR,**

### **VITALE S, QUINN T, SHETA A, SALLAM S, MKOCHA H,MABEY D, FALL H.**

Azithromycin in control of trachoma. Lancet, 1999, 354: 630-635.

## **18.Seynabou SIMA**

Impact de la distribution de l'Azithromycine pour le contrôle du trachome au Mali : Cercle de Bankass

Thèse de pharmacie 2005 P 39.

**19. Sheila.K. West, Beatriz Munoz, Virginie M, Turner, B.B.O**

**MOMBAG, Hugh.R TAYLOR**

The epidemiology of trachoma in central Tanzania.

**20. Thylefors. B.I :**

Contrôle mondial du trachome passé, présent et futur

Rév Int du trachome. 1999 ; 102 :37-62.

**21. West SK, Rapoza P, Munôz B, Katala M, Taylor H.R.**

Epidemiology of ocular chlamydial infection in a trachoma-hyper endemic area.

**22. Xème Réunion de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant en tant que problème de santé. Publique**

Genève du 10 au 12 avril 2006

**23. Zefack Momo Germain I.**

Facteurs de risque du trachome au Mali, thèse méd, FMPOS: 2000.



# **ANNEXES**

# Annexes

FICHE DE SIGNATURE DE PREVENTION DU TRACHOME

Initiales des personnes saisissant les données : 1\_\_ 2\_\_

## Section 1

N°Unique de la fiche	N°. Grappe	N°. Ménage	District	Aire de santé
Village	Date jj/mm/aa	Initiales de l'examineur	Initiales du rapporteur	

## Section 2 : Interrogatoire un nombre adulte du ménage

1	Nom du chef de ménage	2	Nombre de personnes vivant dans la maison
3	Le ménage dispose t-il d'une latrine ? (non= ,oui=1)	4	S'il y a une latrine : y'a-t-il une preuve d'utilisation ? (chemin battue jusqu'à la porte, présente de matière fécales dans la fosse) ? <i>Pas utilisée=0 utilisée=1 NA[aucune latrine]=9</i>
5	Où se trouve votre source primaire d'eau ?	<i>Dans la concession Dans le village=2 Hors du ménage=3</i>	
6	Avez-vous vu un cas de ver de Guinée pendant les 12 derniers mois ?	<i>Oui=1 Non=0</i>	

## Section 3 : Enregistrez toutes les personnes vivant dans la maison (meme les absents) et examinez chaque personne présente

ID.#	Nom	sexe	Age	Prés ent	Ecole	Azith/Tetra Distribution la plus récente	sécrétion		Oeil droit					Oeil gauche					
							nasale	oculaire	TT	CO	TF	TI	TS	TT	CO	TF	TI		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			

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.

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom** : NZE MBA

**Prénom** : Michel

**Titre** : Lutte contre le trachome à Ségou après trois ans de mise en œuvre de la stratégie CHANCE.

**Année universitaire** : 2009-2010

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Gabon

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt** : Ophtalmologie, Santé publique

### **RESUME**

Le P N L C envisage l'extension de la lutte contre le trachome dans la région de Ségou. C'est dans ce cadre qu'il a proposé de conduire cette étude de « surveillance post endémique » du trachome dans cette région.

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

C'est ainsi que 6101 enfants de 1 à 9 ans et 8062 sujets de 15 ans et plus ont été enquêtés respectivement dans le volet du trachome actif et du trichiasis trachomateux ; tous sexes confondus.

Un questionnaire a été utilisé : Fiche d'enquête de prévalence du trachome

\*Questionnaire ménage

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

- Taux de prévalence du trachome actif (TF+TI) 4,25% des enfants de 1 à 9 ans
- Taux de prévalence du trichiasis (TT) 0,89%

Ces taux restent relativement bas par rapport aux taux nationaux de 1996-1997 (trachome actif 34,9% ; trichiasis trachomateux 2,5%).

Les facteurs de risque déjà établis dans la survenue du trachome ont été appréciés.

L'hygiène corporelle reste par contre un facteur de menace pour la propagation du trachome car seulement 59,91% des enfants de 1 à 9 ans avaient un visage propre.

**Mots clés** :Prévalence du trachome – Cécité – Ségou.

## SAN

GRAPPE	VILLAGE	AIRE SANITAIRE	DIST VILLAGE/AIRE
<b>grappe 1</b>	<b>Mayarasso-sonina</b>	<b>Baramandougou</b>	<b>4</b>
<b>grappe 2</b>	<b>Tiekelenso</b>	<b>Dah</b>	<b>12</b>
<b>grappe 3</b>	<b>Dieli felinso</b>	<b>Dieli felinso</b>	<b>0</b>
<b>grappe 4</b>	<b>Djeguena</b>	<b>Djebala</b>	<b>10</b>
<b>grappe 5</b>	<b>Djeguena</b>	<b>Djeguena</b>	<b>0</b>
<b>grappe 6</b>	<b>Dioundioun kafono</b>	<b>Dioundioun konkankan</b>	<b>1</b>
<b>grappe 7</b>	<b>Siraba</b>	<b>Karaba kagoua</b>	<b>17</b>
<b>grappe 8</b>	<b>Nanani-zankan</b>	<b>Nianasso</b>	<b>35</b>
<b>grappe 9</b>	<b>Katiemesso</b>	<b>Hèrèmakono</b>	<b>1</b>
<b>grappe 10</b>	<b>Toune</b>	<b>Koro</b>	<b>6</b>
<b>grappe 11</b>	<b>Terekoungo</b>	<b>Lafiabougou</b>	<b>1</b>
<b>grappe 12</b>	<b>Moribila - nangaziéla</b>	<b>Moribila-kagoua</b>	<b>15</b>
<b>grappe 13</b>	<b>Niamana beledala</b>	<b>Niamana bankouma</b>	<b>3</b>
<b>grappe 14</b>	<b>Nangoyo</b>	<b>N'torosso-sokourani</b>	<b>7</b>
<b>grappe 15</b>	<b>Ouolon</b>	<b>Ouolon</b>	<b>0</b>
<b>grappe 16</b>	<b>Somo</b>	<b>Somo</b>	<b>0</b>
<b>grappe 17</b>	<b>Nansabara</b>	<b>Sy</b>	<b>12</b>
<b>grappe 18</b>	<b>Bankouma-bobo</b>	<b>Tènè</b>	<b>6</b>
<b>grappe 19</b>	<b>Toura-nabitokan</b>	<b>Toura-nabitokan</b>	<b>0</b>
<b>grappe 20</b>	<b>Bounoumba kapaga</b>	<b>Bounoumba</b>	<b>1</b>

## **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 !**