

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
REPUBLIQUE DU MALI

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE **Un Peuple- Un But- Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2012-2013

N^o

TITRE

TRACHOME DANS LE CERCLE DE BANAMBA
APRES 6 ANS DE MISE EN ŒUVRE DE LA
STRATEGIE CHANCE : RESULTAT DE
L'ENQUETE 2012

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.....Devant la
Faculté de Médecine, et d'odontostomatologie du Mali

Par Monsieur Modibo DAO

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

JURY

PRESIDENT : Pr. Tieman COULIBALY

MEMBRE : Dr Albert A BANOU

CO-DIRECTEUR : Dr Mamadou DEMBELE

DIRECTEUR DE THESE : Pr. Sanoussi BAMANI

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

VICE DOYEN : IBRAHIM I MAIGA-PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : IDRISSA A CISSE – MAITRE ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : Mme COULIBALY FATOUMATA TALL-
CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie traumatologie secourisme
M. Souleymane SANGARE	: Pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-entérologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Siné BAYO	: Anatomie-pathologie-histoembryologie

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

M. Sidi Yaya SIMAGA : Santé publique
M. Abdoulaye AG RHALY : Médecine interne
M. Boubacar Sidiki CISSE : Toxicologie
M. Boulkassoum HAIDARA : Législation
M. Massa SANOGO : Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS :

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie traumatologie, Chef de D.E.R
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	: Gynéco-obstétrique
M. Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-réanimation
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie générale chef de D.E.
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie générale

2. MAITRES DE CONFERENCES:

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco obstétrique
M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie -traumatologie

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie -réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie - Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S.DIABATE	: Gynéco obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie générale
M. Sadio YENA	: Chirurgie générale et thoracique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie -réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS :

M. Issa DIARRA	: Gynéco obstétrique
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-rhino-laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- rhino-laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie générale
Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie -réanimation
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie -traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie -traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie -traumatologie

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto-rhino-laryngologie
M. Bouraïma MAIGA	: Gynéco- obstétrique
M. Youssou SOW	: Chirurgie generale
M. Djibo Mahamane DIANGO	: Anesthesie- réanimation
M. Moustapha TOURE	: Gynécologie
M.Mamadou DIARRA	: Ophtalmologie
M. Boubacary GUINDO	: Oto- rhino- laryngologie
M. Moussa Aboulaye OUATTARA	: Chirurgie générale
M. Birama TOGOLA	: Chirurgie générale
M. Brehima COULIBALY	: Chirurgie générale
M. Adama Konoba KOITA	: Chirurgie générale
M. Adégné TOGO	: Chirurgie générale
M. Lassana KANTE	:Chirurgie générale
M. Mamby KEITA	: Chirurgie pédiatrque
M.Hamady TRAORE	: Odonto-stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	: Ophtalmologie
M. Drissa KANIKOMO	: Neurochirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	: Otho- rino-laryngologie

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

M. Nouhou DIANI	: Anesthésie réanimation
M. Aladji Seydou DEMBELE	: Anesthésie- réanimation
M. Ibrahima TEGUTE	: Gynécologie- obstétrique
M. Youssou TRAORE	: Gynécologie- obstétrique
M. Lamine Mamadou DIAKITE	: Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS :

M. Daouda DIALLO	: Chimie générale et Minérale
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie
M. Bakary M. CISSE	: Biochimie
M. Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Mamadou KONE	: Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES :

M. Amadou TOURE	: Histoembryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie Médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS :

M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie- Mycologie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie pathologie
M. Guimogo Dolo	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie Parasitologie
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Boubacar TRAORE	: Parasitologie Mycologie
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mahamadou DIAKITE	: Immunologie-Génétique
M. Bakarou KAMATE	: Anatomie Pathologie
M. Bakary MAIGA	: Immunologie

4. ASSISTANTS :

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

M. Mangara M. BAGAYOKO : Entomologie Moléculaire Médicale
M. Bokary Y. SACKO : Biochimie
M. Mamadou BA : Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
M. Moussa FANE : Parasitologie Entomologie
M. Blaise DACKOUO : Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS :

M. Mamadou K. TOURE : Cardiologie
M. Mahamane MAIGA : Néphrologie
M. Baba KOUMARE : Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE : Neurologie
M. Issa TRAORE : Radiologie
M. Hamar A. TRAORE : Médecine interne
M. Dapa Aly DIALLO : Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA : Gastro-entérologie -Hépatologie
M. Somita KEITA : Dermato léprologie
M. Boubakar DIALLO : Cardiologie
M. Toumani SIDIBE : Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES:

M. Bah KEITA : Pneumo-phtisiologie
M. Abdel Kader TRAORE : Médecine interne

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine interne
M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie
M. Sounkalo DAO	: Maladies infectieuses
M. Daouda K. MINTA	: Maladies infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
3. MAITRES ASSISTANTS :	
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	: Médecine interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa A. CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépto Gastro-entérologie

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

M. Moussa T. DIARRA	: Hépatogastro-entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Cheïck Oumar GUINTO	: Neurologie
M. Mahamadou GUINDO	: Radiologie
M. Ousmane FAYE	: Dermatologie
M. Yacouba TOLOBA	: Pneumo-phthisiologie
Mme Fatoumata DICKO	: Pédiatrie
M. Boubacar DIALLO	: Médecine interne
M. Youssoufa Mamadou MAIGA	: Neurologie
M. Modibo SISSOKO	: psychiatrie
M. Ilo Bella DIALL	: cardiologie
M. Mahamadou DIALLO	: Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS :

M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie analytique, Chef de D.E.R.
M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie chimique
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES :

M. Drissa DIALLO	: Matières médicales
M. Alou KEITA	: Galénique
M. Benoît Yaranga KOUMARE	: Chimie analytique

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

M. Ababacar MAIGA : Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS :

Mme Rokia SANOGO : Pharmacognosie

M. Yaya KANE : Galénique

M. Saïbou MAIGA : Législation

M. Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire

M. Yaya COULIBALY : Législation

M. Abdoulaye DJIMDE : Microbiologie Immunologie

M. Sékou BAH : Pharmacologie

M. Loséni BENGALY : Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR :

M. Sanoussi KONATE : Santé publique, chef de D.E.R

2. MAITRE DE CONFERENCES:

M. Moussa A. MAIGA : Santé publique

M. Jean TESTA : Santé publique

M. Mamadou Souncalo TRAORE : Santé publique

3. MAITRES ASSISTANTS :

M. Adama DIAWARA : Santé publique

M. Hamadoun SANGHO : Santé publique

M. Massambou SACKO : Santé publique

M. Alassane A. DICKO : Santé publique

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

M. Hamadoun Aly DICKO	: Santé publique
M. Seydou DOUMBIA	: Epidémiologie
M. Samba DIOP	: Anthropologie Médicale
M. Akory Ag IKNANE	: Santé publique
M. Ousmane LY	: Santé publique

4. ASSISTANTS :

M. Oumar THIERO	: Biostatistique
M. Seydou DIARRA	: Anthropologie médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES :

M. N'Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation
M. Lassine SIDIBE	: Chimie organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	: Bromatologie
---------------	----------------

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

Pr. Babacar FAYE : Pharmacodynamie

Pr Mounirou CISS : Hydrologie

Pr Amadou Papa DIOP : Biochimie

Pr. Lamine GAYE : Physiologie

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

DEDICACES
REMERCIEMENTS

Dédicace :

Cette thèse est dédiée à :

Mon père **Feu Boubacar Dao**

Tu as toujours voulu que tes enfants ne manquent de rien et tu nous as suffisamment forgés pour affronter la vie.

Ton sens de l'honneur, ton amour pour le travail et ton dégoût de l'injustice et de la paresse ont fait la renommée de notre famille.

Ma mère **Assétou Sissoko**

Nous sommes fiers de t'avoir comme maman et d'avoir reçu de toi une éducation de qualité. Tu as été une mère exemplaire et éducatrice pour moi. Chère mère, reçois, à travers ce modeste travail, l'expression de toute mon affection. Que Dieu te garde encore longtemps auprès de nous. Amen

Mes grands parents

Merci pour vos conseils.

Ma femme **Batafing Traoré**

Merci de tout ce que vous m'avez fait comme bénédiction pour mes études ; que Dieu nous vieillisse ensemble et protège notre mariage.

Mes frères ; sœurs ; cousins et cousines : **Lassine Dao ; Mamadou Dao ; Dramane Dao ; Adama Dao ; Djibril Dao ; Salif Dao ; Arouna Dao ; Chaka Dao ; Nouhoum Dao ; Sekou Dao ; Fousseini Dao ; Souleman Dao ; Sekou Dao ; Salimata Dao ; Kani Dao ; Djeneba Dao ; Bintou Dao ; Benin Dao ; Oumou Dao ; Awa Dao ; Djibril Konate ; Bakari Konate ; Mariam Konate Moussokoro Doumbia etc.**

Aucun mot ne pourra exprimer mon attachement et mon amour pour vous.

Que Dieu vous donne tous une longue vie et de bonheur.

Tous mes Amis : **Tièmoko Sangaré ; Ousmane Diarra ; Sékou Traore ; Daouda**

Coulibaly ; Moussa Koné ; Facoroba Samake ; Mahamadou Camara ; Lassine Diarra dit Filani ; Mama Niantao ; Mama Diarra ; Lassana Berthe ; Salif Sanafo etc.

Ce travail est le témoignage de mon amitié et de mon affection. Qu'ALLAH le TOUT-PUISSANT préserve d'avantage nos liens d'amitié.

Qu'il vous accorde longue vie avec beaucoup de succès.

Tous les internes et docteurs de l'asacodjeneka :

Saibou Doumbia ; Boubacar Konate ; Alassane Traoré ; Lassana Keita ; Aldjouma Togo ; Lanseni Doumbia ; Chaka Fomba ; Karim Konaté etc.

Ce travail est le plus beau cadeau que je vous offre. Que Dieu vous donne tous longue vie pleine de santé et de bonheur.

Remerciements :

S'adressent:

A- **ALLAH LE TOUT PUISSANT**, le clément et miséricordieux, à son prophète Mohamed (paix et salut sur lui), de m'avoir donné le courage et la santé nécessaires de mener à bien ce travail

Au lieutenant **Diara Sangaré**

Merci de m'avoir aidé à trouver cette thèse. Recevez ici toute ma reconnaissance.

A tout le personnel du P N L C en particulier à Monsieur **Famolo**

Coulibaly ; merci pour votre aide. Que Dieu vous augmente encore de grade.

A tous les travailleurs de l'ASACO LA1 en particulier **Dr Teme ; Mohamed Diallo ; Ami Cisse** ; Ce travail est le votre. Infiniment merci.

Tous mes **Maîtres** de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS).

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la
stratégie chance.

Merci pour votre enseignement de qualité qui a contribué à ma formation de
médecin.

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Tièman Coulibaly

- Chef de service de la chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré.
- Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel Touré.
- Maître de conférences à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.
- Membre de la société Malienne de Chirurgie Orthopédique et traumatologique.

Cher Maître,

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Votre disponibilité, votre rigueur dans le travail, votre simplicité, vos qualités scientifiques importantes, font de vous un maître à imiter.

Honorable maître, veuillez accepter mes sentiments de reconnaissance et de profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR :

Docteur Mamadou Dembélé

- ❖ Médecin spécialiste en Santé publique
- ❖ Coordinateur adjoint du Programme National de Lutte contre la Cécité.

Cher maître,

C'est un grand plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de jury. Vous nous avez profondément marqué de votre générosité, votre disponibilité, et votre amour du travail bien fait.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre admiration pour vous.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY:

Docteur Albert A Banou

- ❖ Spécialiste en ophtalmologie et en Santé publique ;
- ❖ Médecin ophtalmologiste à l'Opération Milagro ;
- ❖ Attaché de recherche

Cher Maître,

Votre amabilité, votre disponibilité à nos multiples sollicitations, votre extrême courtoisie, et votre amour du travail bien fait font de vous un maître admiré et exemplaire.

Nous vous prions, cher Maître, d'accepter l'expression de nos sentiments les plus respectueux et de notre profonde gratitude

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE:

Pr Sanoussi Bamani

- ❖ Spécialiste en ophtalmologie
- ❖ Maître de conférences en Ophtalmologie
- ❖ Coordinateur du Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC)

Cher Maître,

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir fait découvrir ce que c'est que la recherche.

Egalement je vous remercie de la façon dont ce travail a été dirigé : fermeté, rigueur, gentillesse et beaucoup d'astuces.

Votre dévouement au travail m'a beaucoup impressionné, je m'efforcerai donc de persévérer dans cette carrière.

Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Que Dieu vous donne une longue vie

Liste des sigles et Abréviations

CHANCE :	Chirurgie, Antibiotique, Nettoyage du visage, Changement de l'Environnement
CO :	Opacité Cornéenne
FMPOS :	Faculté de Médecine, de Pharmacie d'Odontostomatologie
LCET :	Limbo-Conjonctivite Endémique Tropicale
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PNLC :	Programme National de Lutte contre la Cécité
TF :	Trachome Folliculaire
TI :	Trachome Intense
TS :	Trachome Cicatriciel
TT :	Trichiasis Trachomateux
GET:	Global Elimination of Trachome
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
DRS :	Direction Régionale de la Santé
ITI :	Initiatif Trachoma International
CSREF :	Centre de Santé de Référence
DMLA :	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
AT :	Aire Théorique
CS :	Centre de Santé
IOTA :	Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique
TDM :	Traitement De Masse

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Chapitre I : Introduction.....	page1
Introduction	page2
Chapitre II : Objectifs.....	page4
Chapitre III : Généralités.....	page6
Généralités.....	page7
1) : définition.....	page7
2) : épidémiologie.....	page7
3) : physiopathologie.....	page8
4) : clinique.....	page9
5) : diagnostic positif.....	page12
6) : diagnostique différentiel.....	page12
7) : complications.....	page12
8) : Traitement.....	page13
9) : Prophylaxie.....	page16
Chapitre IV : Méthodologie.....	page17
Méthodologie.....	page18
1) : Cadre d'étude	page18
2) : Technique d'enquête.....	page25

Chapitre V : résultats.....	page29
Résultats.....	page30
1) Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	page30
2) Aspects cliniques des sujets enquêtes	page32
3) Facteurs de risques :.....	page36
Chapitre VI : Commentaires et discussion.....	page39
Commentaires et discussion.....	page40
1) méthodologie.....	page40
2) Caractéristiques Sociodémographiques de l'échantillon	page40
3) Caractéristiques cliniques des patients	page41
4) Facteurs de risque du trachome	page43
Chapitre VII : conclusion recommandations.....	page45
Conclusion recommandations.....	page46
1) Conclusion.....	page46
2) Recommandations.....	page46
Chapitre VIII : références bibliographiques.....	page48
références bibliographiques.....	page49
Chapitre IX : Annexes.....	page52
Annexes.....	page53
1) SUPPORT D'ENQUETE DE PREVALENCE DU TRACHOME.....	page53

THESE : Le Trachome dans le cercle de Banamba après 6 ans de la mise en œuvre de la stratégie chance.

2) GRAPPES BANAMBA.....page55

3) Partenaires du PNLC pour la mise en œuvre de la stratégie « Chance » au Mali.....page56

4) Fiche signalitique.....page57

CHAPITRE I
INTRODUCTION

INTRODUCTION

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. Il s'agit de la principale cause de cécité évitable au niveau mondial et la maladie survient là où les gens vivent dans des conditions de surpeuplement avec un accès limité à l'eau et aux soins de santé. Le trachome se propage facilement d'une personne à l'autre et il est transmis fréquemment d'un enfant à un autre et d'un enfant à la mère dans la famille. Habituellement, l'infection survient la première fois durant l'enfance mais les personnes ne deviennent pas aveugles avant l'âge adulte. La maladie progresse au fil des ans alors que les infections répétées causent des lésions cicatricielles à l'intérieur de la paupière, ce qui lui vaut le nom de « maladie silencieuse ». Les cils palpébraux finissent par se tourner vers l'intérieur. Ceci cause un frottement sur la cornée. La cornée subit des lésions cicatricielles qui entraînent une perte de vision grave et finalement la cécité [1]. Il est responsable actuellement de 4% des cas de cécité dans le monde, ce qui représente environ 7,6 millions de personnes aveugles et plus de 84 millions de cas évolutifs qui auraient besoin d'être traités sans attendre [2].

Le trachome sévit essentiellement dans les zones rurales marginalisées (là où le manque d'hygiène, l'insalubrité et la pauvreté favorisent sa transmission) de la plupart des pays d'Afrique, certains pays de la Méditerranée Orientale et du Moyen Orient et certaines parties de l'Amérique Centrale, d'Amérique du Sud et d'Asie [2].

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

Au Mali ; l'enquête nationale sur le trachome menée en 1996-1997 a estimé la prévalence du trachome folliculaire (TF) chez les enfants de moins de 10 ans à

34,9% et celle de l'entropion trichiasis(TT) à 2,5% chez les femmes de 15ans et plus. La prévalence du trachome actif était de 33,5% chez les moins de 10ans et celle du trichiasis de 3,9 % chez les plus de 15ans pour la région de Koulikoro [4].

Depuis les années 50, le traitement du trachome reposait essentiellement sur l'administration d'antibiotiques (tétracycline en application locale pendant 6 semaines). Dans les années 90 le bon résultat avec l'usage de l'azithromycine à dose unique, et l'amélioration de l'accessibilité financière à ce produit ont favorisé la relance de la lutte contre le trachome par l'OMS à travers le programme« GET 2020 » (Global Elimination of Trachoma qui repose sur la stratégie « CHANCE ». Au Mali avec l'appui financier d'ITI, les régions de Koulikoro (en 2000), Kayes (depuis 2004) et Mopti depuis 2005, bénéficient de la donation d'azithromycine. La même ONG intervient également dans la prise en charge des interventions de trichiasis [5] ainsi que d'autres comme le Centre Carter, HKI et Sightsavers.

Le PNLC a envisagé dans le cercle de Banamba, une étude de prévalence du trachome dans le district en 2009 qui avait trouvé une prévalence du trachome actif à 17,2%. Après 3 années supplémentaires de mise en œuvre de la stratégie CHANCE, conformément aux directives de l'OMS, une nouvelle étude d'impact a été organisée en 2012. C'est l'objet du présent travail

Cette étude avait les objectifs suivants :

CHAPITRE II
OBJECTIFS

Objectif général

Etudier l'impact après 3 nouvelles années de mise en œuvre de la stratégie **chance** dans le district sanitaire de Banamba en 2012.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence du trachome actif après 3 nouvelles années de mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans le district sanitaire de Banamba.
- Déterminer la prévalence du TT après 3 nouvelles années de mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans le district sanitaire de Banamba.
- Déterminer les facteurs de risque pour la transmission du trachome en 2012 dans le district sanitaire de Banamba.
- Formuler des recommandations pour la Direction Régionale de la Santé (DRS) de Koulikoro, le Centre de Sante de Référence (CS réf) de Banamba et le PNLC.

CHAPITRE III
GENERALITES

1. GENERALITES :

1.1-Définition :

Le trachome est une infection oculaire bactérienne non spécifique et contagieuse causée par *Chlamydia trachomatis*. Touchant au départ la paupière, il évolue en l'absence de traitement vers des lésions cornéennes irréversibles pouvant mener à la cécité. Cette maladie très ancienne est en 2007 l'une des premières causes évitables de cécité après la cataracte, les glaucomes, le diabète, et la DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age) dans le monde et fait l'objet d'un programme d'éradication par l'Organisation Mondiale de la Santé [6].

1.2-Epidémiologie :

1.2.1-Agent pathogène :

Il s'agit d'une petite bactérie à parasitisme intracellulaire obligatoire appelée *Chlamydia trachomatis*. Le groupe des *Chlamydia* comprend trois espèces : *Chlamydia psittaci*, *pneumoniae* et *Chlamydia trachomatis*, responsables du trachome, d'infections uro-génitales, du syndrome oculo-uréthro-synovial, ainsi que des conjonctivites à inclusions des nouveau-nés et de l'adulte (conjonctivite des piscines). La sérologie permet d'identifier leurs sérotypes : seuls les sérotypes A, B, Ba et C sont responsables du trachome, les sérotypes D-K étant associés aux infections génitales et L1-L3 aux lymphogranulomes vénériens (SCHACHTER et DAWSON, 1981). L'homme représente l'unique réservoir de *Chlamydia trachomatis*.

La différence biologique expliquant le tropisme oculaire ou génital des différents sérotypes a été explicitée par CALDWELL *et al.* (2003). Selon ces auteurs, de nombreuses souches à tropisme oculaire présentent une mutation du gène codant la tryptophane synthétase (*trpBA*) la rendant non fonctionnelle, alors que les souches à tropisme génital contiennent un gène *trpBA* fonctionnel.

Les protéines de la membrane externe de la bactérie représentent les principaux antigènes permettant de distinguer les sérotypes (DEAN *et al*, 1992 HAYES *et al*, 1992). *Chlamydia trachomatis* ne se développe qu'à l'intérieur du cytoplasme d'une cellule hôte. L'élément virulent, le corps élémentaire, particule sphérique de 0,2 à 0,3 μ de diamètre, ne se divise pas et résiste dans le milieu extérieur. Il pénètre grâce à la phagocytose dans la cellule hôte qu'il parasite. À l'intérieur d'une vacuole de phagocytose, il se transforme en un élément plus grand de 0,5 à 1 μ de diamètre possédant un ADN réticulé : d'où son nom de corps réticulé. Celui-ci va se multiplier et former une inclusion intra-cytoplasmique, constituée principalement de corps réticulés, puis, par transformation de ceux-ci, de corps élémentaires. Après 48 à 72 heures, l'inclusion éclate et libère les corps élémentaires qui vont coloniser d'autres cellules [7].

1.2.2- Répartition géographique :

Le trachome est essentiellement hyper endémique en Afrique, au Moyen-Orient. Quelques pays des Amériques et d'Asie sont également touchés.

La cécité due au trachome est la cécité infectieuse la plus fréquente pouvant affecter un village entier et être absent dans le suivant [2].

1.2.3-Facteurs de risque :

La pauvreté, le manque d'eau, la promiscuité, le manque d'hygiène et d'éducation constituent les facteurs de risques importants du trachome. Il existe aussi d'autres facteurs tels que l'âge et le sexe.

1.3- physiopathologie [8]

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est limitée aux cellules épithéliales. La réponse immunitaire humorale est peu importante et se traduit par l'apparition d'anticorps dans le sérum et dans les larmes. L'immunité cellulaire est marquée par la formation dans la couche épithéliale de la conjonctive, de follicules lymphoïdes à centre germinatif et d'infiltrat de plasmocytes, de lymphocytes et de macrophages contenant des corps élémentaires trachomateux. L'épithélium

conjonctival s'amincit et les cellules à mucus disparaissent. Cette réaction immunitaire cellulaire où prédominent les lymphocytes T, puis la nécrose des centres germinatifs serait responsable de la réaction cicatricielle du tissu conjonctif du chorion aboutissant au trichiasis. L'envahissement inflammatoire de la cornée avec néo vascularisation aboutit au pannus trachomateux.

1.4 Clinique [8]

Le diagnostic du trachome est essentiellement clinique. Il commence généralement tôt dans l'enfance dès l'âge de 1 an. Il se présente alors sous la forme d'une conjonctivite chronique, caractérisée par trois signes évocateurs :

- L'hyperplasie papillaire : la conjonctive tarsale, hyperhémée et épaissie, estompe plus ou moins le réseau vasculaire sous jacent.
- Les follicules : granulations saillantes, translucide, jaunâtre, d'environ 0,5mm de diamètre.
- Le pannus cornéen est un voile opalescent et vascularisé qui descend du limbe supérieur vers le centre de la cornée. Il peut parfois être accompagné de follicules au niveau du limbe. Ce stade inflammatoire représente la phase active et contagieuse de la maladie. Enfin vers l'âge adulte, il n'y aura plus ni follicules ni papille par contre la conjonctive tarsale sera parcourue de lésions cicatricielles, plus ou moins ramifiées, convergeant vers le bord libre de la paupière en déterminant un sillon : c'est le trachome cicatriciel.

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

- ✓ TF : trachome folliculaire: présence d'au moins 5 follicules au niveau de la conjonctive tarsale supérieure (les follicules doivent avoir au moins 0,5mm de diamètre)
- ✓ TI : trachome inflammatoire intense : épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsale (papilles) tel que plus de la moitié des vaisseaux conjonctivaux profonds est rendu invisible.

- ✓ TT : trichiasis trachomateux : 1 cil au moins frotte sur le globe oculaire ou présence de signe d'épilation récente.
- ✓ TS : trachome cicatriciel : présence de cicatrices linéaires ou stellaires sur la conjonctive tarsale supérieure.
- ✓ CO : opacité cornéenne : présence d'une opacité cornéenne d'une densité telle qu'une partie au moins du bord de la pupille apparaît trouble à travers la zone opaque.



Carte de codage du trachome [9]

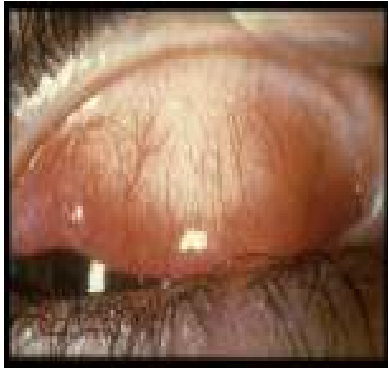


Photo 1 : Conjonctive tarsale normale

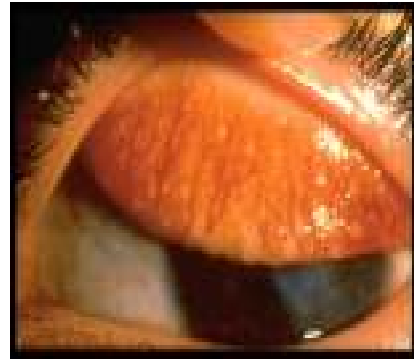


Photo 2 : Trachome folliculaire



Photo 3 : Trachome inflammatoire Intense (TI)



Photo 4 : Trachome cicatriciel (TS)



Photo 5 : Trichiasis trachomateux (TT)



Photo 6 : Opacité cornéenne (CO)

1.5-Diagnostic positif: [10]

Il est surtout clinique : une conjonctivite folliculaire avec pannus évoque avant tout un trachome en zone endémique :

- La présence de follicules tarsiens supérieurs et/ou
- La présence de follicules limbiques et/ou
- La présence d'inclusions de Chlamydia au frottis conjonctival.

Au laboratoire il repose sur :

- L'examen direct des produits de grattage de l'épithélium conjonctival
- L'isolement des cellules sur culture.

1.6- Diagnostic différentiel [10]

Ce sont :

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

1.7- Complications [10]

La kérato-conjonctivite trachomateuse n'entraîne dans la plupart du temps que des séquelles cornéo-conjonctivales relativement bénignes dans son évolution. Mais de nombreuses autres 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 sous deux formes:

- dacryoadénites (inflammation de la glande lacrymale)
- dacryocystite : Inflammation du sac lacrymal liée à la stase lacrymale dans le sac lacrymal par suite de sténose du canal lacrymo-nasal.

*épithéliale (Xérosis) : il traduit la kératinisation des épithéliums conjonctivaux et cornéens

* Infectieuses : Surinfections bactériennes faisant toute la gravité du trachome et responsables dans la plupart des cas de la forme cécitante du trachome.

1.8-Traitement

L'élimination du trachome est basée sur la stratégie «CHANCE», une stratégie recommandée par l'OMS. Au Mali elle est mise en œuvre par le PNLC avec l'implication de ses partenaires tout en s'appuyant sur la communauté. Elle est destinée à combattre le trachome en traitant l'infection et en réparant les dégâts qu'il cause. La stratégie CHANCE est faite de quatre (4) composantes :

CH : Chirurgie dans le cadre du traitement du trichiasis

A : Antibiothérapie pour le traitement des cas de trachome actif

N : Nettoyage du visage pour prévenir la transmission de la maladie d'un sujet à un autre.

CE : Changement de l'Environnement par l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement pour se débarrasser de la maladie.

➤ **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.



Prise en charge chirurgicale du trichiasis au Maroc

➤ **Antibiothérapie :**

L'azithromycine a été testée au cours des dix dernières années pour le traitement du Trachome inflammatoire, au cours d'essais thérapeutiques réalisés en Gambie, Tanzanie, Arabie Saoudite, Egypte, Australie et au Maroc. Tous les essais portant sur l'azithromycine administrée en mono dose ont montré une excellente activité en diminuant la pathologie inflammatoire pendant une durée de 6 à 12 mois. Son efficacité globale est comparable à celle de la pommade à la tétracycline à 1%. L'azithromycine orale est plus efficace que la pommade de tétracycline pour guérir l'infection Oculaire chlamydienne. En cas de trachome endémique, le traitement systématique de tous les habitants d'un village offre la possibilité de supprimer les infections chlamydiennes dans toute la communauté et d'éliminer ainsi la maladie.

Pour l'azithromycine :

-Enfants : 20mg par kg sont administrés aux enfants de moins de 5ans, les enfants les plus âgés sont traités par des comprimés dosés à 250mg

-Adultes et adolescents de plus de 45kg et plus dans les infections à Chlamydia : une dose unique de 1g soit 4 gélules en une seule prise

L'azithromycine est une composante importante du A de la stratégie CHANCE, en plus de la Pommade tétracycline 1%.

➤ **Nettoyage du visage :**

La toilette du visage est un geste simple mais peu utilisé 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.



Mouches sur le visage d'un enfant.

➤ **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 et la construction de latrines familiales.

Ces activités reposent sur une participation active de la communauté.

1.9-Prophylaxie:

Le vrai traitement du trachome devrait être un traitement prophylactique.

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 ».

CHAPITRE IV
METHODOLOGIES

2. METODOLOGIE :

2.1-Cadre de l'étude :

2.1.1-Présentation du cercle :

L'étude concerne le cercle de Banamba (région de Koulikoro) Il est découpé en neuf (9) communes rurales : Banamba, Benkadi, Boron, Duguwolowila, Kiban, Madina-Sacko, Sébété, Toubacoro et Toukoroba.

Le cercle de Banamba abrite le CSREF et les CSCOM [11].

2.1.2-Aperçu historique

Le village de Banamba fut créé vers 1832 sur les ruines de celui de Guiligida dirigé alors par Matèfili Coulibaly. Cette année-là arrivèrent de Sokolo des Simpara conduits par Hadji Simpara. Les terres de Banamba appartenaient au roi de Ségou qui les céda à Hadji Simpara. El Hadji Omar Tall passa à Banamba en 1862. Le souverain Toucouleur n'aura pas eu à Banamba un accueil favorable. Pour marquer sa déception, il refusa d'y camper et choisit de faire étape à Sinzana situé à quelques trois (3) kilomètres de l'actuelle ville de Banamba.

La présence française à Banamba fut marquée par un événement important, l'abolition de l'esclavage en 1906. C'est à cette date que la subdivision de Koulikoro fut créée et l'administration coloniale installée à Banamba depuis les premières heures de la pénétration y fut transférée. Le nom de Banamba signifierait « gros fromager » ou bana-bana « la maladie est guérie en bambara ». Banamba se distingue des autres villages du même nom par son appartenance à la communauté créée par sept villages. Aussi la capitale du cercle du même nom est Duguwolowila Banamba (Banamba de 7 villages). Il est également appelé en hommage à Hadji Simpara, Banamba SIMPARA. Un an après l'indépendance du Mali (22 septembre 1960), Banamba fut érigé en cercle en 1961 avec à sa tête l'Instituteur Lassana Sacko comme administrateur. Aujourd'hui, le cercle de Banamba à la faveur de la décentralisation

administrative, est une collectivité territoriale comprenant neuf (9) communes, gérée par un Conseil de Cercle. Le cercle de Banamba est aussi une circonscription administrative dirigée par un Préfet.

2.1.3-Données Géographiques :

- **Situation géographique :**

Le cercle de Banamba est situé entre le 13°20' et 14°35' de latitude Nord ; et entre le 6°38' et 7°41' de longitude Ouest. Il appartient à la 2ème région administrative dite « Région de Koulikoro » et couvre une superficie de 7 500 Km², soit 8,31% de la région.

Il est limité :

- Au nord par le cercle de Nara ;
- Au sud par le cercle de Koulikoro ;
- À l'ouest par le cercle de Kolokani.
- À l'est par les cercles de Niono et de Ségou.

- **Relief :**

Le relief dans son ensemble est plat, les sommets dépassent rarement 410 mètres. A l'ouest, on y rencontre des collines dont l'altitude s'abaisse progressivement. Ils culminent à 450 mètres. A l'Est, on retrouve un vaste glacis d'épandage d'altitude moyenne proche de 320 mètres, laminé au Nord par une importante plaine alluviale. A la limite orientale du cercle, apparaît une mince bande de terre de la vallée morte de Niono.

- **Climat :**

Le climat est de type soudano-sahélien avec l'alternance d'une saison sèche et d'une saison des pluies. Les moyennes thermiques oscillent entre 12 et 14°C pendant la période froide, et 35 - 43°C pendant la période chaude. La moyenne pluviométrique oscille autour de 650 mm. Les pluies sont mal réparties dans le temps et dans l'espace.

- **Végétation :**

Deux (2) types de formations végétales dominent dans le cercle de Banamba à savoir :

La savane arborée dans les communes de Duguwolowila, Madina-Sacko, Toukoroba, Benkadi et Kiban. On y rencontre :

Sur les plateaux : *Combretum* , *Sterculia setigera* et un tapis herbacé dominé par *Loudetia togoensis* ;

Sur les glacis: le karité, le baobab, le tamarinier, le néré, le kapokier.

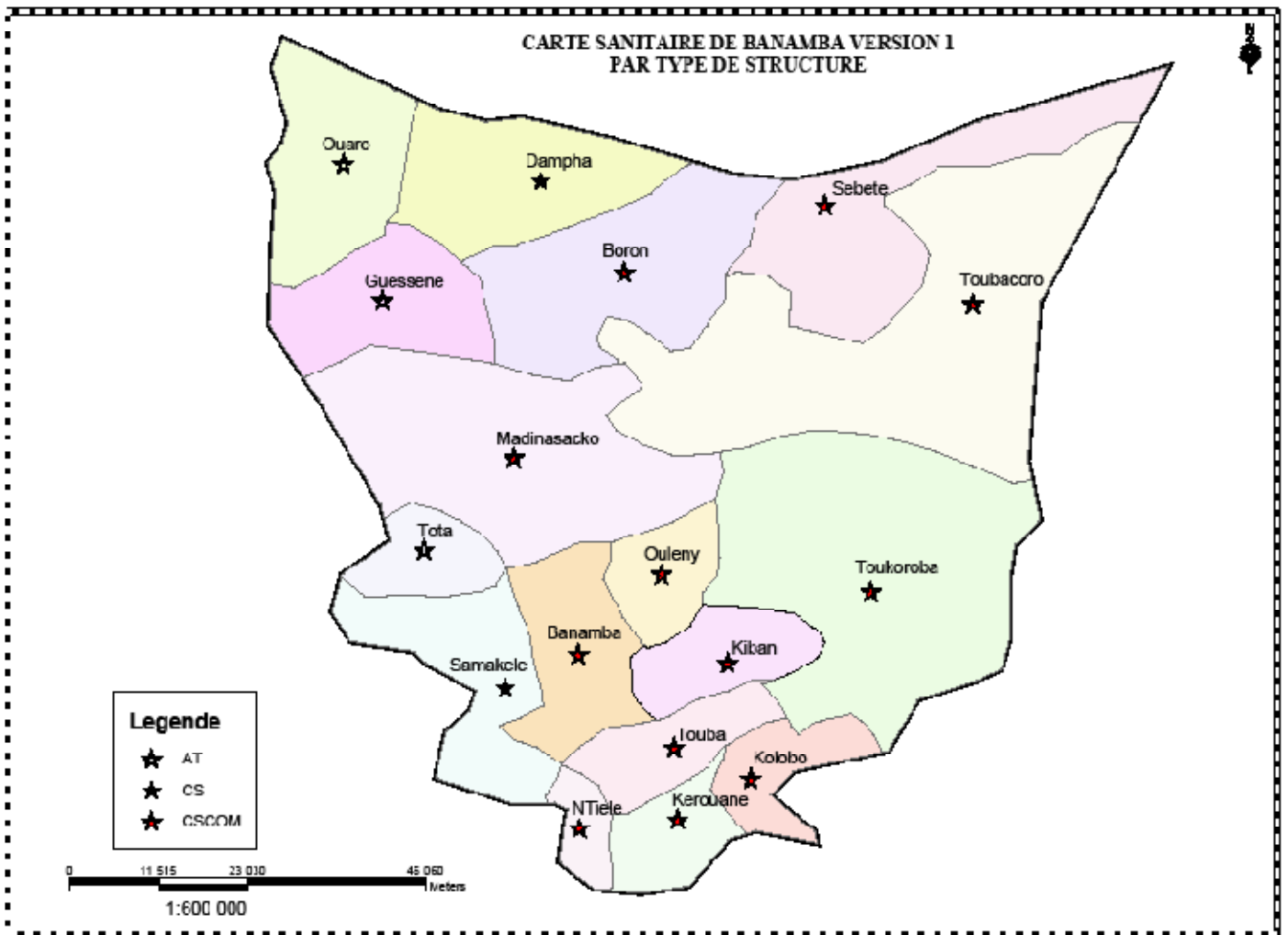
La savane arbustive au Nord dans les communes de Boron, Sebéle et Toubacoro on y trouve :

Sur les plateaux : *Combrétacées* , *Sterculia setigera*, *Loadetia cogoensis* ;

Sur les glacis : *Acacia seyal*, *Acacia nilotica*, *Balanites aegyptiaca* *Sclerocaryea birrea*, *Faidherbia albida*, etc.

- **Hydrographie :**

Le bassin du Folo – Fanta , ancien affluent de la vallée du Serpent, couvre une grande partie du cercle. Les marigots entaillent profondément la falaise de Touba et se dirigent vers le Sud. Les principaux affluents sont le Kolossa et le Diougo. Le réseau hydrographique est mal tracé et se perd dans les plaines d'inondation de Zambougou



AT : aires théoriques

CS : centre de santé

CSCOM : centre de santé communautaire

Carte sanitaire de Banamba

2.1.5 Type d'enquête :

Il s'agit d'une enquête transversale par sondage aléatoire en grappes à 2 degrés.

2.1.6 Période d'enquête :

L'enquête s'est déroulée en mars -avril 2012.

2.1.7 Population d'étude :

Il s'agissait des enfants de 1-9 ans et des adultes de plus de 14 ans dans le cercle de Banamba.

2.1.7.1 Critères d'inclusion :

Étaient inclus, les enfants de 1 à 9 ans et les sujets de 15 ans et plus appartenant aux ménages sélectionnés des villages choisis au hasard dans le cercle de Banamba et sur leur accord.

2.1.7.2 Critères de non inclusion :

N'étaient pas inclus, les enfants de moins d'un an et les sujets de 10 à 14 ans et ceux refusant ou n'appartenant pas aux ménages sélectionnés.

2.1.7.3 Echantillonnage :

L'échantillonnage s'est fait en 2 étapes.

1^{ère} étape : sélection des villages

On a utilisé la technique de la probabilité proportionnelle à la population. Une liste de tous les villages avec des populations respectives a été compilée pour chaque district. Tout village ayant une population de plus de 4 000 ou de moins de 150 a été exclu. Une colonne a été créée avec la population cumulative, en ajoutant chaque population successive aux précédentes. Vingt villages ont été

choisis dans chaque secteur. La population totale cumulée du secteur sera divisée par 20, le nombre de villages à choisir, pour obtenir l'intervalle d'échantillonnage. Un nombre au hasard entre 1 et l'intervalle d'échantillonnage. La première grappe correspondait au village dont la population cumulée contenait ce nombre choisi au hasard. On y a ajouté ensuite successivement l'intervalle d'échantillonnage pour choisir les 19 autres villages.

2^{ème} Etape : sélection des ménages

Elle a consisté à sélectionner au hasard 24 ménages dans un village. Pour les besoins de l'enquête, un ménage était 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 ont été choisis. On a fait un plan sommaire en faisant la liste des ménages et en segmentant les villages, permettant aux ménages d'être choisis avec des probabilités égales. Cette méthode combinée à la probabilité proportionnelle à la population améliore la qualité des résultats des évaluations de la prévalence.

Une fois arrivée au village, l'équipe a rencontré le chef du village et négocié son adhésion. Après l'accord du chef de village l'équipe lui a demandé le nombre de ménages dans le village, en définissant clairement un ménage.

Si le nombre de ménages était de 26 ou moins, aucun enregistrement n'était exigé et tous les ménages dans le village ont été examinés.

Tous les notables (le chef de village, ses conseillers), les relais et toutes autres personnes ressources ont contribué à dresser une carte sommaire du village, à tracer les frontières sur brouillon en orientant le nord, le sud, l'est et l'ouest.

Les notables ont listé les ménages selon leur position dans le village. Chaque ménage a été enregistré.

Chaque fois que 4 ménages (qui constituent un segment) ont été enregistrés, un espace vide a été laissé. S'il restait 2 ménages, on les a ajoutés au segment précédent qui comptera 6. S'il en restait 3, on en a fait un segment à part. Un segment de trois ou un segment de six ménages était acceptable. Tous les segments de ménages ont été numérotés.

Tous les numéros de segment ont été ensuite écrits sur un morceau de papier et placés dans un récipient comme une tasse ou un chapeau. Six segments de 4 ménages (une moyenne de 24 ménages) ont été tirés au hasard par les notabilités du village en choisissant les 6 morceaux de papier. En utilisant cette méthodologie, il y avait 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 l'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.

2.2-Technique d'enquête :

2.2.1-Travail sur le terrain

Les personnes des ménages sélectionnées ont bénéficié d'un examen oculaire.

Pour les enfants de 1 à 9 ans en plus de l'examen oculaire, le visage a été observé pour la présence ou l'absence d'écoulement oculaire ou 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 de ménage, la première source d'eau et sa position géographique par rapport au ménage.

2.2.2-Le contrôle de la qualité

Les fiches de collecte de données ont été contrôlées pour complément avant de se déplacer pour le prochain ménage choisi. Chaque équipe devait vérifier les fiches pour complément avant de se déplacer pour le prochain village. En fin de journée, un superviseur a collecté et vérifié les fiches de collecte de données.

2.2.3-Technique et instruments de collecte des données :

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

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

- ✓ Eversion des deux paupières supérieures (chaque œil était examiné et codifié séparément)
- ✓ Examen à l'aide d'une loupe de 2,5 et une lumière suffisante (du jour ou de la torche) de la conjonctive tarsienne supérieure. L'examen commençait par les paupières et la cornée à la recherche de cils déviés ou de l'opacité

cornéenne. On procédait ainsi à l'éversion de la paupière supérieure pour examiner la conjonctive qui tapisse sa partie la plus rigide (conjonctive tarsienne).

La codification a été faite selon les critères suivants :

- ❖ **Trachome folliculaire (TF)** : présence de 5 follicules ou plus sur la conjonctive tarsienne supérieure
- ❖ **Trachome intense (TI)** : épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne supérieure masquant la moitié des vaisseaux profonds du tarse
- ❖ **Trichiasis trachomateux (TT)** : 1 cil au moins frottait le globe oculaire. L'évidence de l'épilation récente de cil(s) dévié(s) a été considérée comme un trichiasis
- ❖ **Trachome Cicatriciel (TS)** : présence de cicatrices sur la conjonctive tarsienne supérieure
- ❖ **Opacité cornéenne (CO)** : opacité cornéenne évidente recouvrant l'aire pupillaire

2.2.4-Traitement de données et analyse

Les données ont été manuellement classées et entrées dans les bases de données à Accès Microsoft (MAD). L'Epi Info ou un autre logiciel statistique avancé 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 signe cliniques du trachome.

2.2.5- Considérations éthiques

Au niveau du district, le but de l'enquête a été expliqué aux autorités (administratives, politiques et sanitaires) en vue d'obtenir leur autorisation.

Dans les villages ces mêmes informations ont été données aux notabilités (chef de village, conseillers), aux chefs de ménages et aux sujets en vue d'obtenir leur consentement.

S'agissant des enfants, l'accord verbal a été donné par leurs parents ou leurs tuteurs. Les sujets ont été informés qu'ils étaient libres de participer à l'étude sans perdre des intérêts futurs éventuels du programme continu de santé publique. 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 ont été confidentielles. Ceux qui souffraient des formes actives de la maladie ont été traités gratuitement avec des antibiotiques selon les lignes directrices nationales. Les noms et adresse de tous ceux qui avaient le trichiasis ont été enregistrés en vue leur proposer une cure chirurgicale gratuite.

2.2.6- Les Indicateurs du résultat

Bien que les personnes de tout âge aient été examinées pour chaque classe de trachome, les premiers indicateurs de résultat de l'étude étaient la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 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 comme la proportion d'enfants à visage propre chez les enfants de 1 à 9, et la proportion des ménages utilisant une latrine, l'accès à une première source d'eau ont été étudiés.

2.2.7-Interprétation de résultats

Dans les districts où la prévalence du TF $>10\%$, le traitement de masse à l'azithromycine va continuer pour tout le district.

Dans les districts où la prévalence de TT chez les adultes de plus de 14 ans $\geq 1\%$, les interventions chirurgicales en stratégie avancée seront renforcées.

Dans les districts où la prévalence du TF est comprise entre 5 et 10% il faut rechercher et traiter les communautés à prévalence élevée.

Dans les districts où la prévalence du TF est inf $=5\%$ il faut engager une surveillance post endémique.

CHAPITRE V
RESULTATS

3. RESULTATS :

3.1-Caractéristiques socio démographiques de l'échantillon

TABLEAU I: Répartition des sujets de 1 à 9 ans selon le sexe.

SEXE	Fréquence absolue	Pourcentage%
Féminin	476	50,0
Masculin	476	50,0
Total	952	100,0

Parmi les enfants de 1 à 9 ans les filles représentaient le même pourcentage de l'échantillon que les garçons

TABLEAU II: Répartition des sujets de 1 à 9 ans selon l'âge.

Age (ans)	Fréquence absolue	Pourcentage(%)
1 - 4	430	45,2
5 - 9	522	54,8
Total	952	100,0

Les enfants de 5 à 9 ans représentaient plus de la moitié de l'échantillon (54,8%).

TABLEAU III : Répartition des sujets de 15 ans et plus selon le sexe.

Sexe	Fréquence absolue	Pourcentage (%)
Féminin	589	55,8
Masculin	466	44,2
Total	1055	100,0

Les femmes représentaient plus de la moitié de l'échantillon enquêté soit 55,8%.

TABLEAU IV : Répartition des sujets de 15 ans et plus selon l'âge.

Age (ans)	Fréquence absolue	Pourcentage(%)
15 - 19	75	7,1
20 - 59	836	79,2
60 et plus	144	13,6
Total	1055	100,0

La tranche d'âge de 20 à 59 ans représentait la plus grande proportion avec 79,2%.

3.2-Aspects cliniques des sujets enquêtes

TABLEAU V : Répartition des sujets de 1 à 9 ans selon le statut de la Prévalence du trachome folliculaire(TF).

Trachome Folliculaire	Fréquence absolue	Pourcentage(%)
Porteur	43	4,5
Non Porteur	909	95,5
Total	952	100,0

La prévalence du trachome folliculaire était de 4,5% et un IC 95% [3,3-6,1] dans l'échantillon de cette tranche d'âge.

TABLEAU VI : Répartition des sujets de 1 à 9 ans selon le statut de la Prévalence du trachome intense(TI).

Trachome Intense(TI)	Fréquence absolue	Pourcentage(%)
Porteur	2	0,2
Non Porteur	950	99,8
Total	952	100,0

La prévalence du trachome intense était de 0,2% chez les enfants de 1 à 9 ans avec un IC 95% [0,0 - 0,8].

TABLEAU VII : Répartition des sujets de 1 à 9 ans selon le statut de la prévalence du trachome actif (TF/TI).

Trachome Actif (TF/TI)	Fréquence absolue	Pourcentage(%)
porteur	45	4,70
Non Porteur	907	95.30
Total	952	100,0

Seulement 4,7% des sujets de 1 à 9 ans présentaient le trachome actif, avec un IC 95% [3,1-5,7]

TABLEAU VIII : Répartition des sujets de 1 à 9 ans selon le statut du trachome actif (TF/TI) et en fonction du sexe.

Sexe	Trachome Actif		Total
	Porteur	Non Porteur	
Masculin	22(4,6%)	454	476
Féminin	23(4,8%)	453	476
Total	45(4,7%)	907	952

Les enfants de sexe féminin porteurs de trachome actif représentaient 4,8% et ceux de sexe masculin 4,6%.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux proportions d'étude avec un Chi2 de [0,02] et $0.5 < p < 0.90$.

TABLEAU IX: Répartition des sujets de 1 à 9 ans selon le statut du trachome actif (TF/TI) et en fonction de l'âge.

Age (ans)	Trachome Actif		Total
	Porteur	Non Porteur	
1- 4	23(5,3)	407	430
5 -9	22(4, 2)	500	522
Total	45(4 ,7)	907	952

Dans la tranche d'âge de 1-4 ans, 5,3% des enfants présentaient un trachome actif, dans celle de 5-9 ans ils étaient 4,2%.

Il n'y avait pas de différence significative entre les tranches d'âges avec un **Chi2 de [0.7]** et $0,30 < p < 0,50$.

TABLEAU X : Répartition des sujets de 15 ans et plus selon le statut du trichiasis trachomateux (TT).

Trichiasis Trachomateux	Fréquence absolue	Pourcentage(%)
porteur	14	1,3
Non Porteur	1041	98,7
Total	1055	100,0

La prévalence du trichiasis trachomateux était de 1,3% chez les sujets de 15 ans et plus avec un **IC 95% [0,8-2,3]**

TABLEAUX XI_: Répartition des sujets de 15 ans et plus selon le statut de la Prévalence du trichiasis trachomateux (TT) et en fonction du sexe.

Sexe	Trichiasis Trachomateux(TT)		Total
	Porteur	Non Porteur	
Masculin	7(1,5)	459	466
Féminin	7(1,2)	582	589
Total	14(1,3)	1041	1055

Dans cet échantillon de 1055 sujets de 15 ans et plus, la prévalence du TT chez le sexe féminin était de 1,2% et de 1,5% chez le sexe masculin.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes avec un **chi2** de [0.20] et $p=0.65$.

TABLEAU XII : Prévalence du trichiasis trachomateux (TT) chez les sujets de 15 ans et plus selon l'âge.

Age (ans)	TrichiasisTrachomateux(TT)		Total
	Porteur	Non Porteur	
15 - 19	0(0)	75	75
20 - 59	7(0,8)	829	836
60 et plus	7(4,9)	137	144
Total	14(1,3)	1041	1055

La prévalence du trichiasis dans la tranche d'âge de **60 ans et plus** était de **4,9%**. Il y avait une différence significative selon les tranches d'âges concernant la survenue du trichiasis trachomateux avec un **chi2 de [16,28]** et **p<0,001**

3.3-Facteurs de risques :

TABLEAU XIII: L'aspect du visage des sujets de 1 à 9 ans

Etat du visage	Fréquence absolue	Pourcentage%
Propre	762	80,0
Sale	190	20 ,0
Total	952	100,0

80% des enfants de 1 à 9 ans avaient le visage propre.

TABLEAU XIV : Répartition de l'aspect du visage chez les enfants de 1-9 ans

Age (ans)	Aspect du Visage		Total
	Propre	Sale	
1- 4	307	123	430
5 - 9	455	67	522
Total	762	190	952

La proportion de visage propre chez les enfants de 1- 4 ans était de **71,4%** et **87,2%** chez ceux de 5 - 9 ans.

Il y avait une différence significative selon l'âge concernant l'aspect du visage avec un **chi2 de [36,71]** et **p<0,001**

TABLEAU XV : L'aspect du visage selon le sexe chez les sujets de 1 à 9 ans

Sexe	Aspect du Visage		Total
	Propre	Sale	
Masculin	375(78,8%)	101	476
Féminin	387(81,3%)	89	476
Total	762(80%)	190	952

78,8% des sujets de sexe masculin avaient le visage propre ; 81,3% pour le sexe féminin. Il n'y avait pas de différence significative selon l'état du visage concernant le sexe avec un χ^2 de [0,94] et $p=0.33$

TABLEAU XVI : Répartition des sujets de 1 à 9 ans selon l'aspect du visage et le statut du trachome actif.

Trachome Actif	Aspect du visage		Total
	Propre	Sale	
Porteur	20(50)	20	40
Non Porteur	742(81,4)	170	912
Total	762(80,0)	190	952

50% des sujets porteurs de trachome avaient le visage propre contre 81,4% pour les non porteurs.

Il y avait une différence significative entre le trachome et l'aspect du visage avec un χ^2 de [23,61] et $p<0,001$.

TABLEAU XVII : Présence de latrine.

Latrine	Fréquence absolue	Pourcentage(%)
Absence	0,0	0,0
Présence	459	100,0
Total	459	100,0

La totalité des ménages enquêtés dans le district sanitaire de Banamba possédait des latrines.

TABLEAU XVIII : Source d'eau.

Source D'eau	Fréquence absolue	Pourcentage(%)
Dans la concession	10	2,2
Dans le village	425	92,6
Hors du village	24	5,2
Total	459	100,0

La majorité des ménages enquêtés (94,8%) s'approvisionnait en eau dans le village.

TABLEAU XIX : Utilisation de latrine.

Utilisation	Fréquence absolue	Pourcentage(%)
Non Utilisée	5	1,1
Utilisée	454	98,9
Total	459	100,0

98.9% des latrines étaient utilisées.

CHAPITRE VI

COMMENTAIRES DISCUSSION

4-Commentaires et discussion

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer l'impact de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans le district sanitaire de Banamba 3 ans après la reprise du traitement de masse.

4.1-Méthodologie :

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

Nous avons choisi au hasard 20 grappes correspondant à des villages, dans chaque concession tous les sujets de 1 à 9 ans, les mères de ces enfants et les sujets de 15 ans et plus ont été retenus dans l'étude.

Les analyses ont porté sur un échantillon de 952 enfants de 1 à 9 ans, pour l'estimation de la prévalence du trachome actif et sur 1055 sujets de 15 ans et plus pour celle du trichiasis.

Le diagnostic de trachome et du trichiasis était fait par un AMO, sur la base de critères de codification simplifiée élaborés par l'OMS en 1987 [12].

- ✓ Les sujets présentant l'un ou l'autre signe des catégories TF ou TI ont été considérés comme trachomateux actifs (TF/TI) et TT toute personne qui avait au moins un cil frottant le globe oculaire ou présence de signe d'épilation récente. En cas d'absence de sécrétion oculaire et nasale au moment de l'examen on disait que le visage est propre [13].

4.2-Caractéristiques Sociodémographiques de l'échantillon

4.2.1- Les enfants

Selon les aspects socio démographiques étudiés chez les enfants, les filles représentaient le même pourcentage (50%) que les garçons avec un sexe ratio F/M de 1.

Il y avait plus d'enfants de la tranche d'âge de 5 à 9 ans que ceux la tranche 1 à 4 ans.

4.2.2-Les adultes

Chez les sujets enquêtés de 15 ans et plus, le sexe féminin était plus représenté avec un sexe ratio F/M de 1,26.

Les sujets de la tranche d'âge de 20 à 59 ans étaient plus représentés que les autres tranches d'âge.

4.3-Caractéristiques cliniques des patients :

4.3.1-Prévalence du trachome actif chez les sujets de 1 à 9 ans :

Après la reprise du traitement de masse, 4,7% de sujets avaient un trachome actif dans le district sanitaire de Banamba.

L'étude a montré que le sexe n'était pas un facteur de risque intervenant dans la survenue du trachome actif.

Le trachome actif touchait plus les enfants de la tranche d'âge de 1 à 4 ans avec une prévalence de 5,3%.

Les résultats ont montré que l'âge était donc un facteur de risque dans la survenue du trachome actif.

Par contre lors de notre étude nous avons constaté une véritable baisse de la prévalence du trachome actif à 4,7% dans le district sanitaire de Banamba en 2012 grâce à un nouveau cycle de traitement de masse à l'Azithromycine, en plus des activités de nettoyage du visage et de changement environnemental 3 années après 2009, année où la prévalence était à 17.2 % [14].

En 2005 une enquête de prévalence réalisée par une équipe de L'IOTA dans les régions de Mopti et Ségou a trouvé des taux de prévalences en régression dans les cercles de Bla (9,2%), San (11%), Tominian (12,4%) et Koro (22,7%) , 10 ans après la grande enquête nationale[13].

Une étude réalisée au Mali par SIMA M en 2002 - 2003 à Bankass, a montré que six mois après la distribution de l'Azithromycine, la prévalence du trachome actif était passée de 52,5% à 24,4% [15].

Des études réalisées dans la sous région au Niger dans le district de Magaria, la prévalence du trachome actif était passée de 62,3% en 1999 à 7,6% en 2005 [16] Une étude réalisée à l'université de Cambridge, Royaume Uni par Ngondi et coll. [17] a également permis de montrer que l'utilisation de la stratégie CHANCE a des effets protecteurs contre le trachome.

Beaucoup d'autres études ont montré l'efficacité de l'implémentation de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome.

4.3.2-Prévalence du trichiasis trachomateux (TT) chez les sujets de 15 ans et plus :

Dans nos résultats, le taux de prévalence du trichiasis trachomateux (TT) dans la population de 15ans et plus était estimé à 1,3%, tandis qu'en 2009, elle était de 1.78%.

Les sujets de 60 ans et plus étaient plus affectés avec 7 cas soit une prévalence de 4,9%.

Dans ce cas, l'âge constituait un facteur de risque dans la survenue du trichiasis trachomateux.

Cependant la prévalence du trichiasis trachomateux dans cette étude restait toujours supérieure au seuil d'intervention de 1% de l'OMS.

Une participation active des structures sanitaires de premier niveau est souhaitée pour expliquer à la population la nécessité de consulter précocement les spécialistes en ophtalmologie chaque fois qu'il y a présence de trichiasis et de leur montrer l'importance de se faire opérer dans un centre de santé le plus tôt possible pour éviter les complications cécitantes du trachome.

Au Maroc [18] la prévalence de TT était passée de 3,2% en 1999 à 1,8% en 2001 à l'Errachidia et de 2,7% en 1999 à 1,8% en 2001 à Tata.

4.3.3-Prévalences du trachome cicatriciel et de l'opacité cornéenne

Les prévalences étaient de 3,1% pour le trachome cicatriciel et 0,0% pour l'opacité cornéenne dans notre étude.

L'évolution du trachome actif en trichiasis vers ces deux autres complications reste toujours un fléau à combattre. Pour éviter ces complications on doit redoubler davantage d'effort de sensibilisation de la population à se faire examiner voire opérer au moment opportun.

4.4-Facteurs de risque du trachome :

4.4.1-Prévalence de visage propre :

Dans notre étude sur les 952 enfants de 1 à 9 ans enquêtés, 80,0% avaient le visage propre.

Ce taux formidable correspond au taux de 80% recommandé par l'OMS.

4.4.2-Prévalence du Trachome actif en fonction de l'aspect du visage

Dans notre étude il y avait un lien entre le visage et le trachome actif. L'âge intervient dans la propreté du visage des enfants ; plus l'enfant est grand plus son visage est propre.

Une étude réalisée par Youssouf Traoré en 2005 au Mali avait montré que la prévalence du trachome actif était élevée chez les enfants ayant le visage sale au moment de l'examen (13,3%).

Une étude réalisée par PEYRAMAURE [19] a montré qu'il existe une relation significative entre le nettoyage du visage et l'incidence du trachome évolutif.

La propreté du visage apparaît comme l'une des plus rares pratiques d'hygiène aisément modifiables sans intervention coûteuse [20].

VICTORIA FRANCIS et VIRGINIA TURNER avaient montré que la propreté du visage attirera moins de mouches et permettra de réduire l'infection [21]

Le nettoyage du visage a un impact sur la prévalence et permet d'empêcher l'auto réinfection ou l'infection des autres membres de la famille en diminuant les écoulements nasaux.

L'aspect du visage est un facteur intervenant dans la survenue du trachome actif.

4.4.3-Selon l'existence de latrine dans la concession :

Dans notre étude ; les latrines étaient présentes dans la totalité des ménages enquêtés dans le district sanitaire de Banamba.

4.4.4-Selon l'utilisation des latrines

Les latrines étaient utilisées dans 98,9% des ménages enquêtés.

4.4.5-Selon l'existence de point d'eau : La plupart des ménages enquêtés s'approvisionnaient en eau dans le village. Donc l'eau était relativement disponible. Plus l'eau est utilisée pour l'hygiène du visage, moins la prévalence du trachome est élevée.

CHAPITRE VII
CONCLUSION RECOMMANDATIONS

5. Conclusion et Recommandation

5.1-Conclusion

Le trachome constitue une des grandes causes de cécité dans le monde et une des principales causes de cécité évitable.

L'élimination de cette maladie nécessite un effort soutenu et important visant le contrôle des facteurs de risque qui font toute sa gravité (habitat, hygiène publique, approvisionnement en eau potable, désenclavement, alphabétisation, et autres...).

Les résultats de l'enquête sur le trachome en 2009 avaient montré que la prévalence du TF/TI chez les enfants âgés de moins de 10ans dans le cercle de Banamba était de 17,2%, et que le taux de prévalence du trichiasis trachomateux (TT) chez les sujets de 15ans et plus était estimé à 1,78%.

Grâce à la mise en place de la stratégie CHANCE pour 3 autres années dans le cercle de Banamba on a enregistré une chute de la prévalence du trachome actif chez les enfants de 1 - 9 ans à 4,7% et une baisse de la prévalence du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus à 1,3%.

A cet effet, la mise en place de la stratégie « C H A N C E » dans le cadre de la lutte contre le trachome a été renforcée dans toutes ses composantes.

5.2-Recommandations

Au terme de notre étude nous constatons que l'élimination totale du trachome nécessite certaines recommandations qui s'adressent surtout au :

❖ **Ministère de la santé :**

- Mobiliser des ressources humaines nécessaires à l'élimination du trachome cécitant au Mali d'ici 2015.

❖ **Programme National de lutte contre la cécité (P N L C) :**

- Instaurer dans le district de Banamba, la surveillance épidémiologique à travers des sites sentinelles pour éviter la recrudescence de la maladie.
- Poursuivre les activités de sensibilisation sur l'hygiène corporelle et celle du milieu.

- Former les infirmiers et infirmières en ophtalmologie et les opérateurs de trichiasis afin de pouvoir pratiquer la chirurgie du trichiasis trachomateux en stratégies avancée et mobile.

❖ **Autorités sanitaires de la région :**

Appuyer le district de Banamba pour :

- La promotion du nettoyage du visage et de l'hygiène de l'environnement.
- L'organisation des campagnes de dépistage précoce de trichiasis.
- La prise en charge des cas de trachome pour empêcher l'évolution vers le trichiasis.

CHAPITRE VIII
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

6-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1 - OMS :

Maladies liées à l'eau

2- EMERSON P; LAURA F; BAILEY R; MABEY D.

Document sur la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome, ITI Ed Février 2006.

3- RESNIKOFF. S; CORBE. CH; CORNAUD. D : Trachome en Mauritanie.
Rev. Inter. Trach. 1981. 3-4, 97- 110

4- CARTOGRAPHIE DU TRACHOME AU MALI: RESULTATS D'UNE ENQUETE NATIONALE

J.F. Schemann, D. Sacko ; A. Banou, S. Bamani, B. Bore, S. Coulibaly, M. Ag El Mouchtahide

5-OMS : Rapport de la première réunion de l'Alliance pour l'Elimination Mondiale du Trachome.

WHO/PBL/GET/07.1

6-MALADIES DE L'ŒIL HUMAIN ET DE SES ANNEXES

7- SCHEMANN J.F.

Le trachome, une maladie de la pauvreté

8-PICHARD E, MINTA D. MALADIES INFECTIEUSES.

Edition C F -M A C, Bamako 2004: 150-152

9-O M S :

Prévention de la Cécité et de la surdité:

Carte de codage du trachome classification simplifiée du trachome. Revue de santé oculaire

10-O M S :

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

11- PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE DU MALI

Projet de Mobilisation des Initiatives en matière de Sécurité Alimentaire au Mali (PROMISAM)

12-OMS: classification simplifiée du trachome. Revue de santé oculaire

Vol 2 N° 12004; 24

13- BAMANI S., DIAWARA A., DEMBELE A., DEMBELE M., TELLY A, SIMAGA S.Y.

Le trachome dans le cercle de Douentza, 10 ans après l'enquête de 1997/ mali médical.

14- SANOGO O.

Trachome dans la région de Koulikoro après 4 ans de pause thérapeutique ; en 2009 these de médecine 2009.

15- SEYNABOU S.

Impact de la distribution de masse de l'azithromycine générique pour le Contrôle du trachome dans le cercle de Bankass, These Médecine, 2003

16-Planète Afrique Niger

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

17- KEITA F.

Etude de l'impact de la mise en oeuvre de la stratégie CHANCE dans le district sanitaire de Barouéli:

Résultat d'enquête 2010. Thèse Médecine, 2011

18- COSCAS G; CORNAND G.

Revue internationale du trachome et de pathologie oculaire tropicale et subtropicale de santé publique année 2001, 2002; 2003.

19- PEYRAMAURE. F, RESNIKOFF. BAGAYOKO S., HUGUET CH. DELINIER

Effet de l'adduction d'eau sur l'incidence du trachome, résultats préliminaires d'une étude prospective au Mali : Institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique / OCCGE ,2007.

20- TAYLORS HR, WEST. S, KATALA. S, FOSTER. A

Evolution of a new grading scheme in the united Republic of Tanzania, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé: 1987, 65 (4): 485 –488.

21. FRANCIS V ; TURNER V.

L'appui communautaire en faveur de la lutte contre le trachome. WHO/PBL/ 93.36, 1993.

CHAPITRE IX

ANNEXES

7-ANNEXES :

7.1-support d'enquête de prévalence du trachome : Initiales de la personne

saisissant les données: 1____2____Section 1

No. Unique d'Identification	No. Grappe	No. Ménage		District	Aire de santé
Village		Date : /...../...../		Initiales de l'Examineur :	Initiales du rapporteur :

Section 2 : Interroger un membre adulte du ménage

1	Nom du chef de ménage	2	Nombre de personnes vivant dans le ménage
	Le ménage dispose t-il d'une latrine? (non=0, oui=1)	4	S'il y a une latrine : y'a-t-il une preuve d'utilisation? (chemin battue jusqu'à la porte, présence de matière fécales dans la fosse)? <i>Pas utilisé=0, Utilisé=1, NA [aucune latrine]=9</i>
5	Où se trouve votre source d'eau principale? <i>concession = 1 Dans le village = 2 Hors du village =3</i>		<i>Dans la</i>

Section 3: Enregistrez toutes les personnes vivant dans la maison et examinez chaque personne présente

ID. #	No m	Sex (M/F)	Âg e	Prés ent	Ec ole (5-15 ans)	Zithro / tetra		Déch arge		Œil droit					Œil gauche					Co m me nta ire		
						t	Nb e fois	Nasal e	ocula ire	T	C	T	T	T	T	C	T	T	T		T	
0	1																					
0	2																					
0	3																					
0	4																					
0	5																					
0	6																					
0	7																					
0	8																					
0	9																					
1	0																					
1	1																					
1	2																					
1	3																					
1	4																					
1	5																					

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.

7.2-GRAPPES BANAMBA 2012

N°	AIRE	DIST	DIST		
GRAPPE	VILLAGE	SANITAIRE	VIL/AIRE	AIRE/CSREF	POP
grappe 1	Diatouroubougou	Santiguila	11	3	573
grappe 2	Kassela	Banamba	9	0	973
grappe 3	Soya kagoro	Boron	20	65	1 630
grappe 4	Kanika	Boron	10	65	1 153
grappe 5	Hatoma	Dampha	6	78	231
grappe 6	Korokorodji	Guessene	3	50	261
grappe 7	Koronido	Kerouane	16	23	309
grappe 8	Massiminambougou	Kerouane	11	23	965
grappe 9	Sananfouga bamb	Kolobo	6	28	343
grappe 10	Marena	Madina Sacko	7	35	272
grappe11	Woro	Madina Sacko	15	35	998
grappe 12	Mpakarila	N'tiele	3	23	432
grappe 13	Takoutala	Ouaro	10	103	511
grappe 14	Nganoucoro	Ouleny	13	25	721
grappe 15	Dissan	Samakele	6	16	503
grappe 16	Fanimbougou	Sebete	12	72	637
grappe 17	Hamadila	Touba	16	12	723
grappe 18	Toubacoro sylla	Toubacoro	0	52	1 766
grappe 19	Ngounando	Toubacoro	11	52	584
grappe 20	Diombilé	Toukoroba	12	48	466

7.3-Partenaires du PNLC pour la mise en œuvre de la stratégie « Chance » au Mali

Chirurgie du trichiasis	Antibiothérapie	NCE
Organisation pour la prévention de la cécité (OPC)	International Trachoma Initiative(ITI)	Helen Keller International
Helen Keller International(HKI)	CC	Centre Carter, HKI
Sight Savers International(SSI)	HKI	Water AID
CC		World vision

7.4-FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Dao

Prénom : Modibo

Titre de la thèse : Impact de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome dans le District Sanitaire de Banamba : Résultat de l'enquête 2012.

Année universitaire : 2012 - 2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteurs d'intérêt : santé publique, ophtalmologie.

Résumé : le trachome est une kératoconjonctivite transmissible. Le germe spécifique est le Chlamydia trachomatis.

Le district sanitaire de Banamba avait bénéficié de 3 ans de mise en œuvre de la stratégie CHANCE avec 3 ans de TDM à l'Azithromycine de 2005 à 2008 et un autre round de 3 ans de « CHANCE » de 2009 à 2012.

Notre étude, de type transversal, s'est déroulée en Mars-Avril 2012 et portait sur 2007 individus dont 952 enfants de 1 à 9 ans et 1055 des sujets de 15 ans et plus. Nous avons obtenu une prévalence de 4,7% de trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans.

Le trichiasis trachomateux nous montre une prévalence de 1,3% chez les sujets de 15 ans et plus.

De ce fait le trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus constitue toujours un réel problème de santé publique qu'il faut absolument combattre dans un avenir proche.

Mots clés : Trachome actif - Trichiasis - Cécité - cercle de Banamba

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 !