

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

Table des matières

1.INTRODUCTION :	5
2.Objectifs.....	6
2.1.Général :	6
2.2.Spécifiques:.....	7
3.GENERALITES.....	8
3.1.DEFINITION.....	8
3.2.Epidemiologie et répartition géographique :	9
3.3.Agent pathogène.....	10
3.4.Facteurs de risque.....	11
3.5.Transmission.....	11
3.6.Clinique :	11
3.6.1.Classification.....	12
3.6.2.Diagnostic.....	14
3.6.2.1.Diagnostic positif :	14
3.6.2.2.Diagnostic différentiel :	14
3.6.2.3.Le diagnostic de laboratoire repose essentiellement sur :	15
3.7.Les Complications :	15
3.8.Traitement.....	15
3.9.Cadre de l'étude	17
3.10.Présentation du cercle	17
3.11.Climat et végétation.....	18
3.12. Hydrographie:.....	18
3.13. Voies de communications :	18
3.14.Population.....	18
3.15. Religion	18
3.16. Economie- Finance	18
3.17. Industrie- commerce.....	18
3.18. Le secteur d'éducation :	19
3.19. Les infrastructures socio sanitaires :	19
4.METHODOLOGIE.....	20
4.1.Période d'étude.....	20
4.2.La population d'étude	20
4.3.Type d'enquête	20
4.4.Echantillonnage	20
4.5.Recueil des données.....	22
4.5.1.Matériels.....	22
4.5.2.Composition de l'équipe.....	22
4.5.3.Technique et instruments de collecte de données.....	22
4.5.3.1.Diagnostic.....	22
4.5.3.2.Collecte des données.....	23
4.5.3.3.Gestion et l'analyse des données.....	23
4.6.CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	23

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

<u>5.RESULTAT.....</u>	<u>25</u>
<u>6.COMMENTAIRE ET DISCUSSION.....</u>	<u>33</u>
<u>7.CONCLUSION ET RECOMMADATIONS.....</u>	<u>37</u>
<u>7.1.CONCLUSION.....</u>	<u>37</u>
<u>7.2.RECOMMANDATIONS.....</u>	<u>38</u>
<u>8.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</u>	<u>40</u>
<u>9.ANNEXES.....</u>	<u>44</u>
<u>9.1.ENQUETE DE PREVALENCE DU TRACHOME PNLC 2008.....</u>	<u>44</u>
<u>9.2.LISTE GRAPPE DE KADIOLO.....</u>	<u>46</u>
<u>9.3.FICHE SIGNALETIQUE.....</u>	<u>48</u>
<u>9.4.SERMENT D’HIPPOCRATE.....</u>	<u>49</u>

I - INTRODUCTION

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

1. INTRODUCTION :

Première cause de cécité évitable au monde, le trachome est une kérato-conjonctivite transmissible, d'évolution habituellement chronique, provoquant une inflammation de la conjonctive (membrane tapissant la face inférieure des paupières) et la formation de cicatrices qui entraînent la cécité. L'agent responsable de l'inflammation de la conjonctive est un micro-organisme, *Chlamydia trachomatis*. [1] Le trachome demeure encore et toujours un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Il sévit généralement dans les zones rurales à climat sec, où les mauvaises conditions de vie socio-économique, le manque d'eau et d'hygiène facilitent sa propagation à laquelle l'enfance paie un lourd tribut. [2]

- Le trachome est une des causes principales de cécité évitable dans le monde
L'OMS estime, d'après les dernières études, que le trachome actif affecte
 - 53 pays
 - 1.2 billion personnes vivant dans des zones endémiques
 - 40.6 millions cas de trachome actifs à travers le monde
 - 8.2 millions cas de trichiasis Trachomateux et probablement 7.6 millions de personnes ont déjà perdu la vue. (3)

Dans la sous région Ouest africaine une étude de prévalence du trachome actif réalisée chez les enfants de moins de 10 ans avait trouvé les taux de 39,9% et 26,9% respectivement au Niger et au Burkina Faso [4]. En 2000 on a retrouvé une prévalence du trachome actif de 35,1% chez les enfants de moins de 10 ans en Guinée Conakry. [5]

Une enquête menée sur l'ensemble du territoire malien en 1996 et 1997 avait montré une prévalence du trachome folliculaire (TF) à 34,9% chez les enfants de 0 à 10 ans, une prévalence du trachome intense (TI) à 4,2% chez ces mêmes enfants. Chez les femmes de plus de 14 ans la prévalence de trichiasis Trachomateux était de 2,5%. [6] Une enquête réalisée en 2005 par une équipe de l'IOTA dans les régions de Mopti et Ségou a montré une prévalence assez faible (9,2%) de TF dans le cercle de Bla, 11% à San, 12,4% à Tominian et 22,7% dans le cercle de Koro. Dans les quatre districts

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

sanitaires, la prévalence de TT dépassait 1% et atteignait même 4% dans le district sanitaire de Koro. [7]

L'OMS dans le cadre de la lutte contre la cécité a créé en 1996 : L'ALLIANCE pour l'Élimination Mondiale du Trachome cécitant d'ici l'an 2020 (EMT 2020) ou « Global Elimination of trachoma for year 2020 » (GET 2020) en élaborant une stratégie globale : la stratégie « CHANCE » qui associe : [8]

CH= chirurgie du trichiasis

A = Antibiotique : traitement antibiotique des formes évolutives

N = Nettoyage du visage

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

Le District Sanitaire de Kadiolo a effectué 1 an de traitement de masse (TDM) à l'Azithromycine en 2007 pour une population totale traitée de 153 520 avec un Taux de couverture thérapeutique de 87,4%.

Conformément aux directives de l'OMS, une enquête d'impact ont été réalisées courant 2008.

Cette nouvelle enquête de 2008 qui fait l'objet de notre travail intervient à un moment où le Programme National de lutte contre la cécité (PNLC) envisageait l'extension de la lutte contre le trachome dans la région de Sikasso en appliquant toute la stratégie CHANCE afin de disposer des données de base récentes pouvant servir de référence pour les interventions futures.

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

2.Objectifs

2.1.Général :

Etudier la situation épidémiologique du trachome dans le district sanitaire de Kadiolo après un an de traitement de masse.

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

2.2. Spécifiques:

- Déterminer la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans dans le district sanitaire de Kadiolo.
- Déterminer la prévalence du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus dans le district sanitaire de Kadiolo.
- Déterminer les facteurs de risque associés au trachome
- Fournir au PNLC des documents de base pour les activités futures

II - GENERALITES

3. GENERALITES

3.1. DEFINITION

Le mot trachome vient des racines grecques, signifiant « rugueux » et « enflure », en référence à l'aspect de la conjonctive tarsienne. [9]

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

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. [9]

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

Le trachome est une « kérato-conjonctivite transmissible à évolution généralement chronique, caractérisée par la formation de follicules, une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen et entraînant des lésions cicatricielles typiques » (définition des experts de L'OMS - 1955). [1]

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

3.2. Epidémiologie et répartition géographique :

Maladie ubiquitaire, le trachome est un véritable fléau social mondial puisque l'OMS estime à 84 millions de personnes le nombre de trachomateux disséminés dans les 55 pays endémiques essentiellement en Afrique et au Moyen-Orient. Quelques pays des Amériques et d'Asie sont également touchés. (3)

Dans les pays industrialisés il a disparu progressivement avec l'amélioration des conditions socio économiques et des habitudes sanitaires. Il persiste encore sous forme de foyers résiduels dans certains pays de l'Amérique centrale et de l'Amérique du sud. [1]

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

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

3.3. Agent pathogène

Il s'agit d'une infection bactérienne causée par une bactérie appelée *Chlamydia trachomatis* découverte en 1907 à Java par Prowaczek et Halberstaedter en pratiquant des frottis conjonctivaux. Il possède tous les caractères des bactéries mais soumis à un développement par cycle intracellulaire obligatoire. [1]

L'immunofluorescence a permis de distinguer 15 sérotypes (les sérotypes A, B, Ba, C,) de virulence différente, responsables du trachome et des conjonctivites à inclusion. [2]

Retenons, sur le plan physiopathologique, que ce *Chlamydia* provoque par son exotoxine la formation de follicules aux dépens de la couche adénoïde épaissie de la conjonctive. En regard, l'épithélium conjonctival présente une hyperplasie rapidement importante. Les follicules se développent, se nécrosent à l'extérieur et entrent en involution. [1]

On assiste alors à l'apparition d'une réaction fibreuse prenant la place de l'hyperplasie folliculaire et aboutissant à des lésions cicatricielles irréversibles. [1] Véritable «cirrhose» du chorion, le caractère pathognomonique du trachome le distingue absolument des autres conjonctivites folliculaires.

Le réservoir de virus est l'homme. La contagiosité du trachome est certaine, mais relative. Le rôle vecteur des mouches a été démontré par Nicolle, Cuenod et Blanc mais elles sont davantage le vecteur des conjonctivites saisonnières. Le pou est probablement un réservoir de virus ou un agent de transmission. [1]

Parmi les facteurs étiologiques et épidémiologiques généraux, on sait que les conjonctivites saisonnières, bactériennes ou virales ont un rôle de facteur favorisant, prédisposant ou aggravant. Le rôle du terrain est important, la maladie trachomateuse évolue différemment selon les individus : les parasitoses, les avitaminoses, les carences alimentaires créent un terrain favorable à l'implantation et

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

à la dissémination du trachome. Les facteurs économiques et sociaux ont une action favorisante indiscutable dans la propagation et la pérennité de la maladie. [1]

3.4. Facteurs de risque

NATAF a résumé ces facteurs en trois (3) mots [10]: pauvreté, promiscuité et ignorance.

Dans les communautés à risque, la maladie touche tous les genres et sexes ; les enfants constituent le réservoir de l'infection, dans la population où la prévalence du trachome est très élevée.

L'infection survient dès les premiers mois de la vie, sinon le premier jour de vie. Les femmes sont les plus à risque de cécité : ratio 3/1.

3.5. Transmission

La transmission se fait par contact direct ou indirect avec des objets infectés : vêtements, serviettes, mains sales.

Les mouches peuvent jouer le rôle des vecteurs passifs. En effet, des études récentes ont objectivé le rôle essentiel de la promiscuité et de la saleté du visage. Cependant, il a aussi été démontré que la disponibilité de l'eau ne suffisait pas à faire reculer l'endémie : ce qui compte, c'est l'usage qui en est fait.

De même la malnutrition n'est pas en soi un facteur de risque. Ce sont surtout l'absence d'hygiène et l'exposition répétée à *Chlamydia trachomatis* qui favorisent les réinfections et aggravent la maladie.

3.6. Clinique :

Le diagnostic du trachome est essentiellement clinique.

Le trachome est une maladie chronique, son évolution ne présente aucun caractère cyclique mais peut durer de nombreuses années et même toute une vie. [1]

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

3.6.1. Classification

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

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

TI = inflammation
de la conjonctive
tarse.

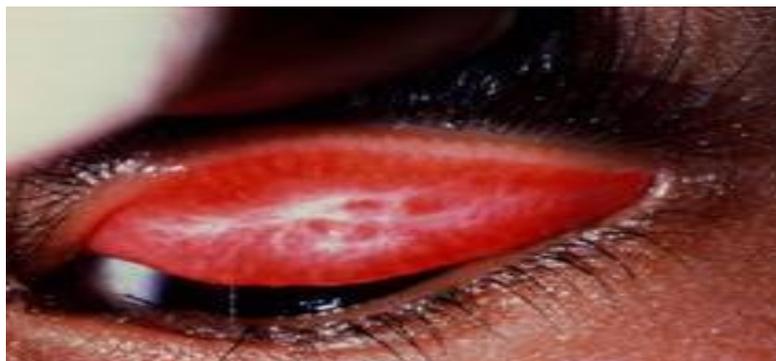


atoire prononcé
aux profonds du



**Trachome Inflammatoire
Intense (TI)**

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

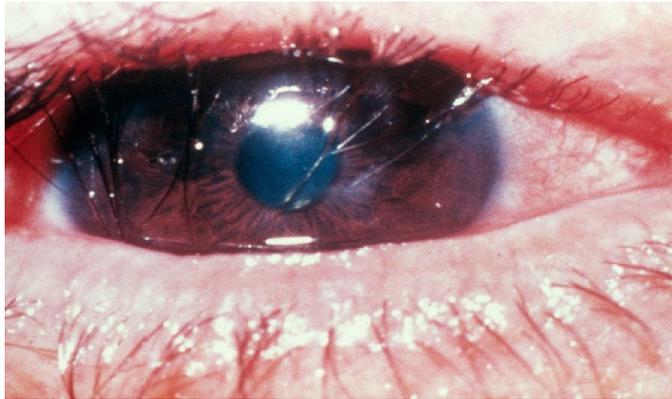


Trachome Cicatriciel

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

(TS)

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



Trichiasis Trachomateux

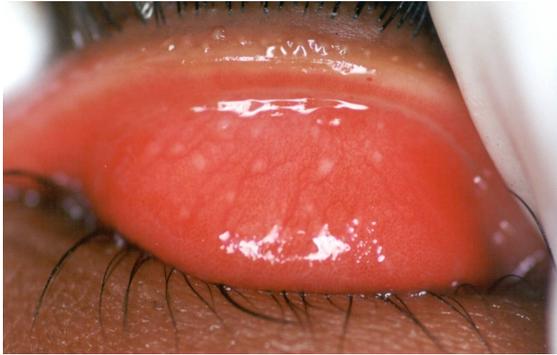
(TT)

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



Opacité Cornéenne (OC)

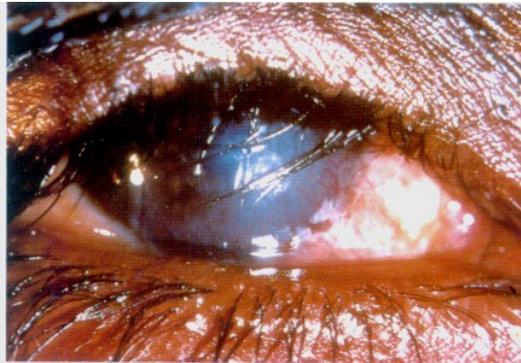
Les signes peuvent se produire ensemble



TF & TI



TI & TS



TT & CO

3.6.2. Diagnostic

3.6.2.1. Diagnostic positif :

Association d'un pannus trachomateux à :

- . La présence de follicules tarsiens supérieurs et/ou
- . La présence de follicules limbiques et/ou
- . La présence d'inclusions de chlamydiae au frottis conjonctival. [1]

3.6.2.2. 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).

3.6.2.3. Le diagnostic de laboratoire **repose essentiellement sur :**

- . l'examen direct des produits de grattage de l'épithélium conjonctival
- . l'isolement sur cultures de cellules,
- . les techniques de micro- immunofluorescence (Wang et Grayston) [1]

3.7. Les Complications :

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

Elles sont surtout :

*Cornéennes à type : [1]

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

*Lacrymales à type de :

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

*Xérosis : il traduit la kératinisation des épithéliums conjonctivaux et cornéens. [1]

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

3.8. Traitement

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

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

- **CH : Chirurgie du trichiasis :**

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

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

➤ A : Antibiothérapie :

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

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

➤ N : Nettoyage du visage :

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

➤ CE : 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, figure l'élimination correcte des déchets domestiques, humains et animaux ;

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

Prophylaxie:

Le vrai traitement du trachome devrait être un traitement prophylactique.

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

Puisque les essais de vaccination n'ont pas apporté les résultats escomptés, la vraie prophylaxie du trachome devrait être dominée par l'amélioration des conditions de vie :

Hygiène, éducation, alimentation, organisation sanitaire à l'échelon de l'individu et de la collectivité puisqu'il est prouvé que « le trachome recule devant la civilisation ».

Ce n'est qu'à ce prix que sera éradiqué ce fléau vieux comme le monde qui reste encore actuellement une des principales causes de cécités évitables.

3.9. Cadre de l'étude

L'étude a intéressé le cercle de Kadiolo (Région de Sikasso).

3.10. Présentation du cercle

Le cercle de Kadiolo est situé à 100 km au sud de chef-lieu de la troisième région administrative du MALI (Sikasso), il est traversé par la route N 7.

Il est limité :

- au Nord par le cercle de Sikasso
- au Sud par la république de Cote D'Ivoire.
- à l'Est par la république du Burkina Faso
- à l'Ouest par le cercle de Kolondiéba

Il couvre une superficie de 6640 Km²

3.11. Climat et végétation

Le climat est de type soudano- guinéen comprenant une saison sèche et une saison des pluies.

La savane arboréssante foressante constitue l'essentiel de la végétation.

Les essences dominantes sont : Le karité, le néré, le cailcedrat, le baobab, le kapokier, et le fromager.

3.12. Hydrographie:

Le réseau hydrographique est fourni par le « Bani » et le « Mono », affluents des fleuves Niger et Sénégal respectivement.

3.13. Voies de communications :

Elles sont constituées pour l'essentiel par :

- axe Sikasso Kadiolo
- axe Kadiolo- Cote d'ivoire
- axe Kadiolo- Kolondiéba - Burkina Faso

3.14. Population

Le cercle de Kadiolo est un cercle cosmopolite à l'image du Mali. Les ethnies dominantes sont : les Senoufos, Bambara, peulhs et Samogo

Cette population est estimée à 183671 habitants en 2008... répartis entre 120 villages avec 9 communes dont une urbaine, avec une densité de 21 habitants par Km²

3.15. Religion

Trois cultures dominant dans le cercle, il s'agit par ordre de priorité de : l'islam, christianisme et l'animisme.

3.16. Economie- Finance

Le cercle de Kadiolo a une économie rurale particulièrement agropastorale.

Il existe plusieurs ONG et des associations telles que ADAC, SABUANUMA, SPGRN, CADEL ADZ (Association pour le développement de Zégoua)

3.17. Industrie- commerce

Le géant du coton au Mali, la Compagnie Malienne du Développement Textile (CMDT).

L'installation des banques BNDA et des caisses d'épargne (Kafo jiginew) et la facilité d'accès à la zone ont favorisé le commerce.

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

3.18. **Le secteur d'éducation :**

La première école du cercle fut créée en 1903. Actuellement le cercle compte 432 écoles primaires, un lycée et une école normale secondaire.

3.19. **Les infrastructures socio sanitaires :**

Le cercle dispose d'un centre de santé de référence (CSREF) 16 CSCOM, 5 dispensaires, 12 maternités rurales ,3 cliniques, 3cabinets de soins, 2 officines de pharmacie, 3 dépôts de vente de médicaments, 4 infirmeries

III - METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Période d'étude

L'enquête s'est déroulée du 4 au 20 Juin 2008

4.2. La population d'étude

L'enquête a concerné les enfants de moins de 10 ans et les sujets de 15 ans et plus du district sanitaire de Kadiolo

4.3. Type d'enquête

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

4.4. Echantillonnage

Dans le cadre de cette enquête, la méthode de sondage en grappe telle que recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé a été utilisée.

Dans le district sanitaire, 20 grappes ont été choisies au hasard (recommandation OMS). Ces grappes correspondaient à des villages.

Les tirages étaient faits selon le principe de la probabilité proportionnelle à la taille de la population en utilisant la méthode des effectifs cumulés.

La localisation des grappes était faite à partir de la base de sondage constituée par la liste des villages du cercle et l'effectif cumulé de leur population ou nombre de

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

ménage par village. Cette liste provenait de la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.

Pour la localisation de la première grappe, un nombre au hasard, compris entre 1 et l'intervalle de sondage (obtenu en divisant la population cumulée totale par 20 c'est-à-dire le nombre de grappes) a été tiré à partir de la table des nombres au hasard.

La deuxième se situait dans le village dont la population cumulée était égale ou dépassait la somme du pas de sondage et du nombre tiré au hasard.

Pour les autres grappes, il s'agissait d'ajouter systématiquement le pas de sondage à la population cumulée de chaque village ou quartier ; la localisation de grappe correspondait au village dont l'effectif cumulé chiffre renfermait le chiffre ainsi obtenu par le procédé susmentionné

La taille de l'échantillon fut déterminée suivant la formule ci-après

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

D'où :

n = taille ;

p = taux de prévalences ;

q = 1-p ;

i = précision de l'étude ;

d = effet grappe ;

Σ = l'écart réduit.

Chez les enfants de 1 à 9 ans, il s'agissait d'estimer la prévalence du TF/TI. La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction des éléments ci-après :

- P= 36.6% (enquête nationale 1996-1997 du Mali)
- i= 5%
- d= 4
- α =5%

Pour les sujets de 15 ans et plus (prévalence TT) nous avons retenu les éléments suivants :

- P= 2,9% (enquête nationale 1996-1997 du Mali)
- l= 1%
- D= 2

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

- A=5%

Dans le district sanitaire 1420 enfants de 1 à 9 ans, 2160 sujets de 15ans ou plus ont été retenus, soit par grappe : 71 enfants de 1 à 9 ans, 108 sujets de 15 ans ou plus (hommes et femmes)

Dans le village, le choix de la première concession dans laquelle s'est déroulée l'enquête était fait à partir d'un espace fonctionnel (marché, mosquée, etc....) où la pointe d'un crayon ou d'un bic pivotant montrait l'orientation à suivre. La première concession suivant l'orientation ainsi obtenue correspondait à celle du premier ménage à enquêter.

Les autres concessions étaient visitées en évoluant vers la droite et en respectant un pas préalablement calculé et communiqué aux enquêteurs.

Dans une concession tous les ménages s'y trouvant ont été enquêtés.

4.5. Recueil des données

4.5.1. Matériels

- loupe binoculaire frontale de 2,5,
- deux (2) torches,
- pommades tétracycline à 1 %,
- les supports pour la collecte des données
- une caisse servant de contenant aux différents matériels
- un véhicule.

4.5.2. Composition de l'équipe

L'équipe était composée de :

- d'un superviseur chargé de l'introduction de l'équipe dans chaque village mais aussi de la bonne marche de l'enquête
- de deux enquêteurs : dont un chargé de l'examen oculaire et l'autre de la collecte de données;
- un chauffeur.

4.5.3. Technique et instruments de collecte de données

4.5.3.1. Diagnostic

Tous les sujets de l'échantillon ont été examinés par les assistants en ophtalmologie.

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

La technique consiste à retourner les paupières supérieures des deux yeux et à les examiner séparément avec une loupe binoculaire de grossissement 2,5 soit à la lumière naturelle, soit avec une torche, en cas de besoin.

La codification simplifiée de l'OMS a été utilisée :

* l'inflammation folliculaire trachomateuse (TF) : consiste en la présence d'au moins 5 follicules de 0,5 mm de diamètre sur la conjonctive tarsienne supérieure ;

* inflammation trachomateuse intense (TI) est caractérisée par l'épaississement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne qui masque plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse.

* trachome cicatriciel (TS) se traduit par la présence d'un tissu de cicatrisation nettement visible sur la conjonctive tarsienne,

* trichiasis trachomateux (TT) est défini par un ou plusieurs cils frottant le globe oculaire. Les cils épilés sont aussi une évidence d'un trichiasis.

* la présence d'opacité cornéenne (CO) : très visible au niveau de la pupille.

NB

. Tous les signes à retenir doivent avoir une existence évidente.

. En cas de codification différente au niveau des yeux d'un même sujet, la codification la plus grave est à retenir.

Est considéré trachomateux actif tout sujet présentant les critères de TF ou TI.

4.5.3.2. Collecte des données

Toutes les données de chaque ménage inclus dans l'étude ont été enregistrées sur les fiches d'enquête avec un numéro d'identification.

4.5.3.3. Gestion et l'analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi - info 6, un contrôle de la qualité des données recueillies sur le terrain a été effectué afin d'identifier des erreurs possibles puis un nettoyage systématique du fichier.

Les résultats sont présentés sous forme de tableau, de graphiques et façon narrative.

4.6. CONSIDERATIONS ETHIQUES

. Les enfants avec des signes de trachome évolutif ont été traités gratuitement par l'équipe d'enquête avec la pommade tétracycline 1%;

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

. Les sujets de 15 ans et plus présentant un trichiasis ont été référés sur leur accord
au centre de santé le plus proche où se faisait sa prise en charge chirurgicale gratuite

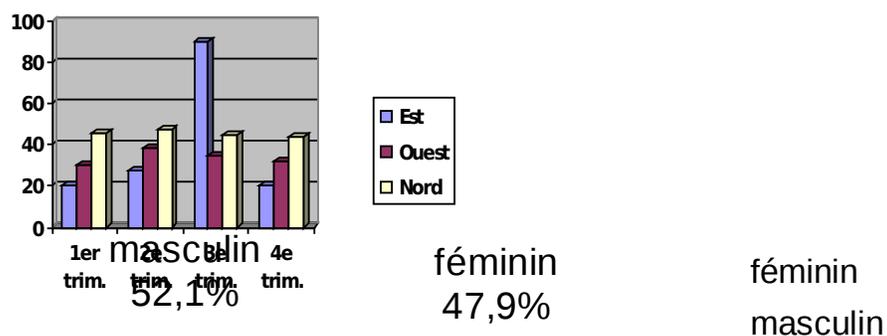
IV - RESULTATS

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

5. RESULTAT

Caractéristiques de l'échantillon Enfants de moins de 10 ans

Graphique 1 Répartition des enfants de moins de 10 ans selon le sexe



Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

Sur les 1581 enfants de moins de 10 ans, 52,1% étaient de sexe masculin

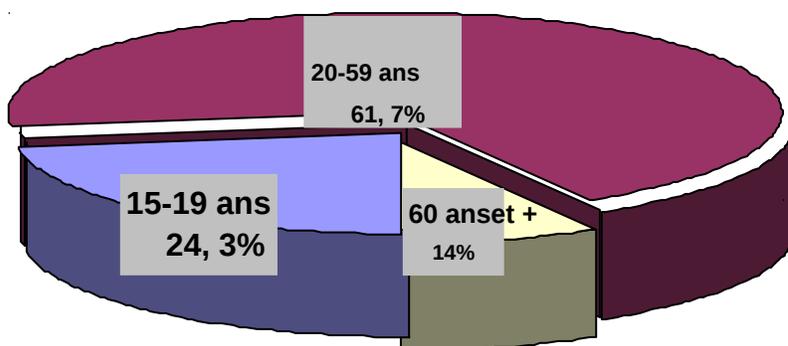
Tableau1 Répartition des enfants de moins de 10 ans selon le statut de la tranche d'âge

Tranche d'âge (an)	Effectif Absolu	Pourcentage
0 - 4	494	31,2
5 - 9	1087	68,8
Total	1581	100,0

Sur les 1581 enfants de moins de 10 ans, 68,8% étaient de la tranche d'âge 5-9 ans

1.2 Sujets de 15 ans et plus

Graphique n°2 Répartition des sujets de 15 ans et plus selon la tranche d'âge.



Sur l'échantillon total des sujets de 15 ans et plus la tranche d'âge 20-59 ans représentant 61,7%.

Tableau2 : Répartition de l'échantillon des sujets de 15 ans et plus selon le sexe

Sexe	Effectif Absolu	Pourcentage
------	-----------------	-------------

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

<i>Féminin</i>	<i>1040</i>	<i>51,9</i>
<i>Masculin</i>	<i>962</i>	<i>48,1</i>
<i>Total</i>	<i>2002</i>	<i>100,0</i>

Sur les 2002 sujets de 15 ans et plus les femmes représentaient la grande majorité de l'effectif (51,9

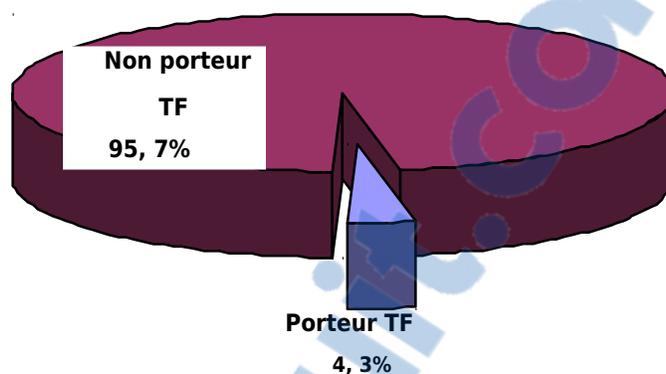
2 Prévalence

2.1 Les enfants de moins de 10 ans

Prévalence du trachome folliculaire

Graphique n°3 : Répartition de l'échantillon des enfants de moins de 10 ans selon le statut du trachome folliculaire

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008



La prévalence de trachome folliculaire était estimée à **4,3 %** chez les enfants de moins de 10 ans avec (IC à 95% : 4,61-3,99).

Prévalence du trachome intense (TI)

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon des enfants de moins de 10 ans selon le statut de trachome intense : TI

<i>Statut</i>	<i>Effectif Absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Avec T I</i>	<i>40</i>	<i>2,5</i>
<i>Sans T I</i>	<i>1541</i>	<i>97,5</i>
<i>Total</i>	<i>1581</i>	<i>100,0</i>

Sur les 1581 enfants de moins de 10 ans la prévalence des TI était de 2,5 %: (IC à 95% : 3,3-1,76),

Prévalence du trachome actif (TF/TI)

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon des enfants de moins de 10 ans selon le statut du trachome actif (TF/TI)

<i>Statut</i>	<i>Effectif Absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Porteur TF/TI</i>	<i>106</i>	<i>6,7%</i>

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

<i>Non porteur TF/TI</i>	1473	93,3
<i>Total</i>	1581	100,0

La prévalence des TF/TI était de 6,7 % chez les enfants de moins de 10 ans **IC à 95% [8,07-5,59]**.

2.2 Sujets de 15 ans et plus

Prévalence du trichiasis trachomateux (TT)

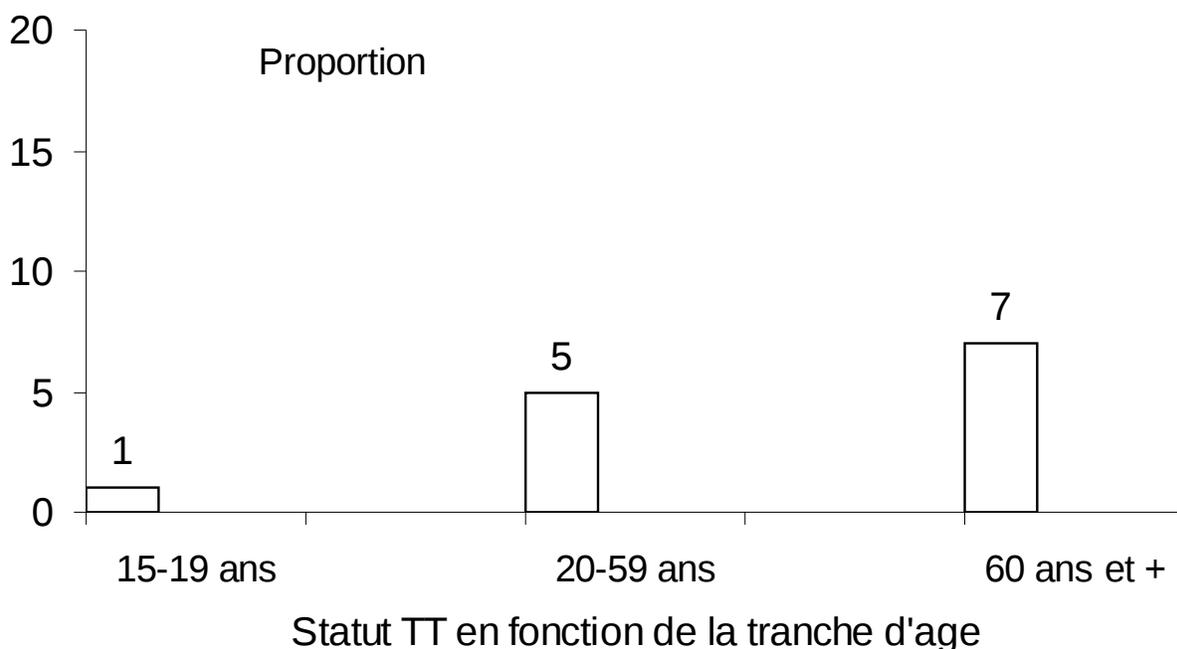
Tableau 5 : Répartition de l'échantillon des sujets de 15 ans et plus selon le statut du trichiasis trachomateux

<i>Statut</i>	<i>Effectif Absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Porteurs de TT</i>	13	0,6
<i>Non porteurs de TT</i>	1989	99,4
<i>Total</i>	2002	100,0

Sur les 2002 sujets de 15 ans et plus recensés **0,6%** présentaient un trichiasis trachomateux.

Graphique n°4 : Répartition de l'échantillon des sujets de 15 ans et plus selon le statut de Trichiasis trachomateux (TT) et l'âge

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008



Sur les 2002 sujets de 15 ans et plus les quinze (15) cas trichiasis trachomateux recensés au cours de l'enquête, sept (7) cas étaient dans la tranche d'âge 60 ans et plus

Tableau 6 : Répartition de l'échantillon des sujets de 15 ans et plus selon le statut de trachome cicatriciel (TS)

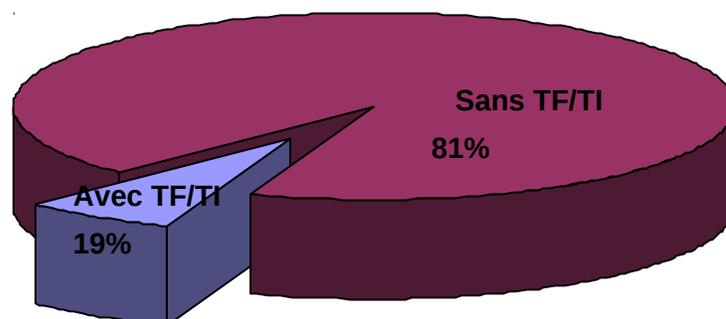
<i>Statut</i>	<i>Effectif Absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Avec TS</i>	<i>217</i>	<i>10,8</i>
<i>Sans TS</i>	<i>1785</i>	<i>88,2</i>
<i>Total</i>	<i>2002</i>	<i>100,0</i>

La prévalence de trachome cicatriciel était de 10,8% (IC à 95% : 12,2-9,48)

Prévalence du trachome actif (TF/TI) dans la population de 15 ans et plus.

Graphique n° 5: Répartition des sujets de 15 ans et plus en fonction du statut du trachome actif.

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008



La prévalence du trachome actif chez les sujets de 15 ans et plus était de 19% (IC à 95% : 20,74-17,32).

3 Hygiène corporelle des enfants

Tableau 7 : Répartition de l'échantillon des enfants de moins de 10 ans selon l'état du visage

<i>Etat du visage</i>	<i>Effectif Absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Propre</i>	<i>460</i>	<i>29%</i>
<i>Sale</i>	<i>1121</i>	<i>71%</i>
<i>Total</i>	<i>1581</i>	<i>100,0%</i>

Sur 1581 enfants, 460 seulement d'entre eux avaient le visage propre (soit 29%) avec un (IC à 95% : 31,24-26,78).

V - COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Notre étude s'est déroulée du 04 au 20 juin dans le district sanitaire de Kadiolo (Région Sikasso) en 2008. Elle avait comme objectif d'étudier la prévalence du trachome dans le district sanitaire de Kadiolo. Il s'agissait d'une enquête transversale par sondage aléatoire en grappes à deux niveaux. L'enquête a porté sur un effectif total de 1581 enfants de moins de 10 ans dont 52,1 % de sexe masculin dans le cadre du trachome actif (TF TI) et un effectif total de 2002 sujets de 15 ans et plus dont 48,1% de sexe masculin dans le cadre du volet trichiasis.

1.1. Prévalence du trachome actif:

La prévalence du trachome actif était estimée à 6,7% chez les enfants de moins de 10 ans.

Cette prévalence est au dessous du seuil de 10% des normes de l'OMS, au-delà du quel un traitement de masse sera recommandé.

Ces résultats pourraient s'expliquer surtout par l'amélioration des mesures d'hygiène et d'assainissement dans le cercle et par la mise en œuvre du traitement de masse à l'Azithromycine pendant une année en 2007.

Les résultats certes encourageants de ce traitement , doivent inciter a poursuivre celui-ci pendant 2 ans pour tomber en dessous de 5% de prévalence .En 1an de traitement la prévalence du trachome actif est à 6 ,7% .

Ces résultats sont faibles par rapport à ceux de l'enquête nationale effectuée au Mali en 1996 - 1997 [6] et à ceux de la région de Sikasso avec une prévalence respectivement de 34,9% et 31,7%.

Cette prévalence est proche à celle d'un pays voisin comme le Sénégal où elle était estimée avec les mêmes modalités d'enquête à 10,8% en 2000 selon M.B. SALL et Coll.[11]. Ces résultats vont du même sens que ceux de DIARRA B à Bla en 2005 [12] avec une prévalence estimée à 9,2% chez les enfants de moins de 10 ans.

Ces résultats sont au delà de ceux du cercle de Koulikoro et Dioila avec des fréquences respectivement 0,2% et 0,81% selon l'enquête de prévalence du trachome de la région de Koulikoro en 2005, après trois années de traitement de masse [13].

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

Ce taux est faible par rapport au taux de l'enquête régionale (Dosso Zinder Tilaberi Tahoua Agadez) au Niger en 1998 organisée par l'IOTA qui était de 54,3% pour le trachome actif chez les enfants de 10 ans et moins [14] ; et par rapport au taux de l'enquête en république du Tchad (région du Ouaddaï –Biltine) qui était de 29,7% pour le trachome actif chez les enfants de 10 ans et moins [15] ;et également par rapport au taux de l'enquête en Haute Guinée en 2000 qui était de 32,3% pour le trachome actif chez les enfants de 10 ans et moins .[16]

*La prévalence du trachome actif était estimée à **19%** chez les sujets de 15 ans et plus. Cette prévalence est supérieure à celle du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans, au cours de notre étude.*

1.2. Prévalence du trichiasis Trachomateux :

*La prévalence du trichiasis Trachomateux TT était estimée à **0,6%** chez les adultes de 15 ans et plus.*

Cette prévalence ne dépasse pas du seuil de 1% des normes de l'OMS.

La tranche d'âges 60 ans et plus, était la plus affectée au cours de notre étude avec plus de la moitié des cas de trichiasis Trachomateux.

L'enquête nationale sur le trachome en 1996-1997 estimait la prévalence du trichiasis Trachomateux à 2,51% [6].

Cela pourrait s'expliquer par les actions de la Croix Rouge Suisse qui a beaucoup travaillé dans la région de Sikasso depuis les années 1999 pour la lutte contre les affections cécitantes parmi ses activités menées, on peut citer :

- la formation des infirmiers et des médecins chefs de district sanitaire en soins oculaires primaires.
- le renforcement en équipement médico- chirurgical
- l'animation sur la prévention des maladies oculaires et la promotion des comportements favorables à la bonne santé de la population.
- la remise des moyens de déplacement avec l'appui de la croix rouge suisse de 2001 a 2005 environ 3777 cas de Trichiasis Trachomateux, ont bénéficié d' une cure chirurgicale de la région de Sikasso.

1.3. Prévalence de la cicatrice trachomateuse : TS

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

La prévalence de la cicatrice trachomateuse TS était estimée à 10,8% chez les sujets de 15 ans et plus.

Cette prévalence est supérieure à celle de Diarra B (3,9%) dans le cercle Bla en 2005 [12].

1.2. Hygiène corporelle des enfants :

L'hygiène corporelle des enfants a été appréciée à travers les informations

Sur 1581 Enfants, 460 soit 29,01% avaient le visage propre. Cette proportion reste faible par rapport aux 80% recommandés par OMS.

La pratique de lavage du visage chez les enfants de moins de 10 ans n'est pas très courante dans le district, si elle a lieu avec de l'eau propre, pourrait contribuer à minimiser la prévalence du trachome dans le district.

La faible proportion d'enfants à visage propre représente une menace pour l'élimination du trachome cécitant dans le district de Kadiolo. D'où l'intérêt d'une campagne énergique de sensibilisation en vue d'un changement de comportement. L'étude faite au Mali en 2000 par Z.G. MOMO montre qu'une grande fréquence des bains s'est avérée très positive pour la diminution du trachome. Les bains quotidiens diminuaient le risque et, si en plus de ces bains on nettoyait le visage, les résultats seraient encore meilleurs. Ainsi avoir un visage sale doublait le risque d'être trachomateux [23].

En Gambie une mauvaise hygiène corporelle favorisait le trachome [2 fréquence des bains, le nettoyage du visage et l'utilisation de savon diminuait fortement la prévalence du trachome.

Cette fréquence plus élevée chez les filles que chez les garçons s'expliquerait par le fait que les filles sont plus soucieuses de leur hygiène que les garçons et elles sont aussi plus prédisposées à être à la maison pour les tâches ménagères donc jouent beaucoup moins que les garçons. La proportion de visage propre est beaucoup plus

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

faible dans la tranche d'âge de 5 à 9 ans. A cet age les enfants sont responsables de leur hygiène corporelle alors qu'ils n'en sont pas pleinement capables. Ce facteur serait donc incontestablement incriminé dans la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans.

VI - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION ET RECOMMADATIONS

7.1. CONCLUSION

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

Ce travail avait pour but d'évaluer la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les enfants moins de 10 ans et celle du trichiasis trachomateux (TT) chez les sujets de 15 ans et plus après un an de traitement de masse du trachome actif et du trichiasis trachomateux ces résultats sont assez faibles par rapport aux taux nationaux de 1996-1997.

Ceci est encourageant, nous pouvons dire que l'élimination du trachome cécitant est aujourd'hui envisageable.

Cela passe par la mise en place des mesures de prophylaxie et de prévention pour l'amélioration des conditions de vie : d'hygiène, d'éducation, d'alimentation, d'organisation sanitaire à l'échelon de l'individu et de la collectivité ; il s'agit d'un développement intégré puisqu'il est prouvé que « le trachome recule devant la civilisation » (Cuenod)

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 doit être renforcée dans toutes ses composantes.

Ce n'est qu'à ce titre que sera éliminé ce vieux problème de santé publique, qui reste encore, hélas actuellement, une des principales causes de cécités évitables.

7.2. RECOMMANDATIONS

Afin d'améliorer les progrès réalisés et en perspective de l'élimination du trachome cécitant, nous recommandons ce qui suit :

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

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district Sanitaire de Kadiolo en 2008

Elaborer un programme de communication pour le changement de comportement afin d'amener le maximum d'enfants à avoir le visage propre.

➤ Aux autorités sanitaires de la région

- 1.** Renforcer les moyens d'information, d'éducation, et surtout l'approvisionnement en eau.
- 2.** Promouvoir la construction des latrines améliorées
- 3.** Améliorer l'environnement pour diminuer de façon significative la densité des mouches

VIII - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

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

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

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

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

Lancet, 363: 1093-1098.

3- OMS

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

WHO/PBD/GET/93.3.

4- IOTA/OCCGE-OMS

CARTOGRAPHIE DU TRACHOME DANS LA SOUS REGION.

<http://www.iotaoccge.org/trachome.html>

5. RAPPORT D'ENQUETE en haute guinée en 2000 par l'iota

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

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

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

8- OMS

Rapport de la première réunion de l'Alliance pour l'Élimination Mondiale du Trachome.

WHO/PBL/GET/07.1.

9-VERY.J , QUEGUINER. P, GRAVELINE.J, AUZEMERY.A,

PRECIS D'OPHTALMOLOGIE TROPICALE. P21-49

10- Nataf R.

Le trachome. Paris, Masson et Cie 1952.

Revue internationale du trachome 1995, 17 ;

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

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

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

Med Trop 2003, 63 : 53-59.

12-DIARRA.B.

ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE SUR LE TRACHOME DANS LE CERCLE DE BLA ;THESE
MED;FMPOS(mali);2005.

13- Longtchi Sonwa PB.

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

thés. med.2005. N°07-M-224.

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

15. CARTOGRAPHIE DU TRACHOME en république du Tchad en 2001

16. RAPPORT D'ENQUETE en haute guinée en 2000 par l'iota

17-Schemann J. F.

Trachome et xérophtalmie en Afrique, deux maladies de société.

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

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

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

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

19- Bagayoko . C. O : impact de l'approvisionnement en eau sur la prévalence du
trachome évolutif dans l'arrondissement de Ouelessebougou (Mali). Thèse de
médecine Bamako, 93.M.28

20-Resnikoff S, Queguiner. Trachome. Encycl Med Chir, Ophtalmologie, Elsevier, Paris,
8.037G-10, 21- 140 A10, 2000.

21- Francis V, Turner V.

L'appui communautaire en faveur de la lutte contre le trachome. Guide de
l'action sanitaire de district. OMS, Genève. 1995.

22-Taylor H R, Velasso F, Sommer A.

The ecology of trachoma : an epidemiological study in southern Mexico.

Bull WHO 1985; 63 : 559-567.

23- OMS

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

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

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

24- RAPPORT D' ENQUETE nationale sur le trachome par l'IOTA au Burkina - Faso en 1997 - 1998

25- Pichard E, Minta D.

Maladies infectieuses.

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

26- Resnikoff S, Queguiner, Bailey R, Downes B, Downes R, Mabey D.

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

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

27-Messadi M et al.

Epidémiologie et histoire naturelle du trachome en Tunisie.

Rev Int Trach 1974 ; 51 (4) :

ANNEXES

9. ANNEXES

9.1. ENQUETE DE PREVALENCE DU TRACHOME PNLC 2008 **REGION DE SIKASSO** **QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL**

CONSENTEMENT

Bonjour, je m'appelle _____ et je travaille avec le programme national de lutte contre la cécité. Nous menons une enquête sur les problèmes oculaires dans le but d'organiser une intervention de lutte contre certaines de ces maladies dont le trichiasis. Nous serions très reconnaissants du concours que vous nous apporteriez en acceptant que vous et vos enfants soyez examinés et aussi de répondre à nos questions.

La participation à cette enquête est volontaire. Cependant, nous souhaitons que vous participiez à cette enquête étant entendu que cette participation nous aidera à prendre les bonnes mesures pour lutter contre les maladies des yeux dans votre localité.

Souhaitez vous me poser une quelconque question à propos de cette enquête ?

L'Enquêté(e) accepte-t-il de participer à l'enquête ?...1

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

L'Enquêté(e) refuse - t - il d'être enquêté?2

ID No

IDENTIFICATION

CERCLE /_/ COMMUNEVILLAGE N°
 GRAPPE /_/ N° MENAGE /_/ N° CONCESSION /_/
 NOM ENQUÊTÉ (E) :AGE (en année) /_/
 SEXE /_/

EXAMEN OCULAIRE

1.

Localisation	TF	TI	TS	TT	CO
OEIL DROIT					
OEIL GAUCHE					

Normal=0 présence de signe=1

1. Codifications retenues

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

3. Appréciation état visage (si enquêté enfant)

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

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

9.2. LISTE GRAPPE DE KADIOLO

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

N°	village	Aire saitaire	popul	ménages	pas
grappe 1	Gninasso	Central	880	65	2
grappe 2	N'Golona	Central	3 262	369	9
grappe 3	Kambo	Central	2 622	192	6
grappe 4	Galamakourou	Fourou	465	49	2
grappe 5	CISSINGUE	Dyou	775	88	3
grappe 6	FOUNGUELE	Dyou	1004	120	4
grappe 7	FANIDIAMA	Zégoua	3914	457	8
grappe 8	NASSOULOU	Zégoua	753	81	3
grappe 9	ZIANGOLODOUGOU	Zégoua	1950	213	7
grappe 10	OULENIFEBA	Kaï	1523	145	5
grappe 11	TIENIMA	Kaï	1289	82	3
grappe 12	N'GOUINSO	Kébéni	467	76	2
grappe 13	KATON	Diomatènè	2282	98	3
grappe 14	TIEBIZEDOUGOU	Lofigué	987	120	4
grappe 15	KOURA	Nimbougou	2258	166	5
grappe 16	BALOULOU	Watiali	1546	76	2
grappe 17	BIA	Misséni	352	25	0
grappe 18	ZEKOUN	Misséni	500	80	3
grappe 19	GNIEROUANI	Loulouni	1313	101	3
grappe 20	Katiorniba	Woroni	1987	285	9

**Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008**

9.3. FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Goita

Prénom : Abdramane

Titre : Prévalence du trachome dans le district de Kadiolo, Région de Sikasso en 2008.

Année universitaire : 2009 - 2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt :

Secteur d'intérêt : Ophtalmologie, Santé publique

RESUME

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

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 1851 Enfants de 10 ans et moins et 2002 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 individuel a été utilisé :

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

- Taux de prévalence du trachome actif (TF/TI)= 6,7%
- Taux de prévalence du trichiasis (TT)= 0,6 %

Les taux récoltés par rapport aux taux nationaux 1996-1997 (trachome actif 34,9% ; trichiasis Trachomateux 2,5%) (Faire une comparaison).

Mots clés : Prévalence - trachome - Cécité - Kadiolo

Etude de la prévalence du trachome après un an de traitement de masse : cas du district
Sanitaire de Kadiolo en 2008

9.4. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent **et n'exigerai jamais** un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !