

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

UNIVERSITE DE BAMAKO

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

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

ANNEE UNIVERSITAIRE 2004– 2005

N° _____/

**IMPACT DES JOURNEES NATIONALES DE
VACCINATION CONTRE LA POLYOMYELITE
DANS LA REDYNAMISATION DU PROGRAMME
ELARGI DE VACCINATION DANS LA COMMUNE
IV DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue Publiquement le 14 / 12 / 2004
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par

Monsieur Moustapha SIDIBE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Pharmacie

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT :

Dr. Elimane MARIKO

MEMBRES :

Dr Zangoura COULIBALY
Dr Moustapha TOURE

DIRECTEUR DE THESE :

Pr Amadou DIALLO

ABREVIATIONS:

B.C.G: Bacille Calmin de Guérin

D.T.C.P: Diphtérie; Tétanos; Coqueluche; Poliomyélite

C.Scom: Centre de Santé communautaire

C.S.A: Centre de Santé Associative

C.S.ref: Centre de Santé de référence

V.A.T: Vaccin Anti-Tétanique

C.N.I: Centre National Immunisation

N.D: Non Définis

P.E.V: Programme Elargi de Vaccination

J.N.V: Journée Nationale de Vaccination

O.M.S: Organisation Mondiale de la Santé

INH: Isoniazide

P.A.S: Para Amino Salicylique

D.N.S: Direction Nationale de la Santé

V.I.H: Virus Immuno-défience Humain

B.K: Bacille de Koch

Mg: Milligramme

Kg: Kilogramme

G: Gramme

J: Jour

SOMMAIRES

IMPACT DES JNV CONTRE LA POLIOMYELITE DANS LA REDYNAMISATION DU PEV EN COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO.....	1
GENERALITES SUR LES MALADIES DU PEV.....	2
INTRODUCTION	3
GENERALITES.....	7
PRESENTATION DE LA COMMUNE.....	20
RESULTATS.....	40
COMMENTAIRES ET DISCUSION.....	44
CONCLUSION.....	46
RECOMMANDATION.....	49
RESUME.....	52
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	54
ABREVIATION.....	55

I INTRODUCTION :

Rappel sur la création du programme élargi de vaccination (P.E.V) ;

Rappel de la mission du programme élargi de vaccination (P.E.V) ;

Rappel des maladies ciblées par le programme élargi de vaccination (P.E.V) ;

Rappel des taux de couverture vaccinale du programme élargi de vaccination (P.E.V) avant 1997 ;

Rappel sur la création des journées nationales de vaccination (J.N.V) ;

Rappel sur les objectifs des journées nationales de vaccination (J.N.V) ;

D'où la motivation du thème de recherche dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIF GENERAL :

Evaluer l'impact des journées nationales de vaccination (J.N.V) sur la redynamisation des activités de routine du programme élargi de vaccination (P.E.V).

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

Décrire les équipements techniques dans les différents centres de santé avant les journées nationales de vaccination (J.N.V) ;

Décrire les équipements reçus par les différents centres de santé au cours des journées nationales de vaccination (J.N.V) ;

Décrire la qualité technique du personnel avant les journées nationales de vaccination (J.N.V)

;

Décrire la qualité technique du personnel au cours des journées nationales de vaccination (J.N.V) ;

Décrire les résultats du programme élargi de vaccination (P.E.V) au cours des cinq dernières années avant les journées nationales de vaccination c'est à dire de 1992 à 1997 ;

Décrire les résultats des activités du programme élargi de vaccination (P.E.V) au cours des journées nationales de vaccination (J.N.V) c'est à dire de 1997 à 2002.

**II/ GENERALITES SUR LES MALADIES CIBLEES DU PROGRAMME
ELARGI DE VACCINATION (P.E.V) ET DES JOURNEES NATIONALES DE
VACCINATION (J.N.V) :**

III/ METHODOLOGIE :

- ✓ Lieu d'étude ;
- ✓ Période d'étude ;
- ✓ Type d'étude.

IV RESULTATS

V DISCUSSIONS

VI CONCLUSION

VII RECOMMANDATIONS

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION :

A la veille du 21^{ème} siècle; 17 millions d'enfants dont cinq millions âgés de moins d'un an meurent chaque année dans le monde de malnutrition et ou de maladies transmissibles. Pour lutter contre certaines de ces maladies un programme élargi de vaccination à été mise sur place. Le P.E.V. est une initiative mondiale entreprise par l'O.M.S.; l'U.N.I.CEF et d'autres organisations du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales afin d'éviter des souffrances , des incapacités et des décès dus à six maladies évitables par la vaccination. Le programme a été lancé en mai 1974 ; mais au MALI le lancement officiel a été fait le 11Decembre 1986 par le Président de la République.

L'histoire du P.E.V. en Afrique nous fournit diverses expériences qui permettent de dégager les facteurs qui peuvent limiter les couvertures vaccinales.

Le but principal duP.E.V. est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité causées par les maladies cibles du P.E.V. . L'O.M.S. proposa au début six maladies mais en Afrique une septième maladie pouvait être ajoutée : la fièvre jaune qui, après une longue période de silence, une épidémie survint à Djourbel au Sénégal en 1965.

L'écosystème étant favorable, l'émergence du virus peut déclencher à tout moment une épidémie, ce qui justifia la préoccupation des responsables de la santé à inclure la vaccination antiamarile dans le programme élargi de vaccination (P.E.V)

Ces maladies cibles sont :

- LA TUBERCULOSE
- LA DIPHTERIE
- LA COQUELUCHE
- LA POLIOMYELITE
- LA ROUGEOLE
 - LE TETANOS
- LA FIEVRE JAUNE ;

En octobre 1992 le groupe consultatif pour le P.E.V. a recommandé l'inclusion de la vaccination contre l'hépatite b là où la population avait un taux de portage chronique d'antigène HBS de 8% ou plus d'ici 1995 et pour tous les pays sans restriction d'ici 1997.

Plusieurs programmes d'envergure ont permis de mesurer l'impact de la vaccination de masse contre l'hépatite b sur le portage chronique de l'antigène HBS avec les autres vaccins du P.E.V.

Le taux de couverture vaccinale du programme élargi de vaccination (P.E.V) de 1992 à 1997 :

ANTIGENE	1992	1993	1994	1995
		1996	1997.	
BCG	69.84.....	76.62.....	67.23.....	80.10.....

		78.84.....	76.41.		
DTCP1		64.81.....	77.22.....	63.33.....	74.83.....
		79.48.....	74.13.		
DTCP3		37.70.....	46.35.....	38.93.....	48.99.....
		53.33.....	52.42.		
ROUGEOLE		35.16.....	50.75.....	45.69.....	52.32.....
		56.71.....	56.36.		
VAT1	ND.....	24.77.....	26.17.....	28.14.....	27.07.
VAT2	ND.....	17.40.....	19.52.....	19.91.....	20.12.
F. JAUNE	ND.....	2.58.....	4.07.....	7.73.....	8.97...

SOURCE: données de routine du C.N.I (0-11mois).

Le programme élargi de vaccination (P.E.V) a pour but d'empêcher la propagation dans les communautés de sept maladies de l'enfant pour lesquelles il existe des vaccins efficaces, à savoir la tuberculose, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la fièvre jaune.

Un des objectifs du programme élargi de vaccination (P.E.V) était l'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000.

L'organisation des Journées Nationales de vaccination (J.N.V) est la stratégie préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) pour parvenir à l'éradication de cette maladie dans tous les pays du monde.

Le Mali appartient au bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest qui regroupe quatorze pays de la sous région (plus Algérie) dans lesquelles la poliomyélite est encore endémique.

L'engagement du Mali fait suite à plusieurs résolutions de l'O.M.S. qui préconisent l'organisation de journées nationales de vaccination contre le tétanos néonatal et l'éradication de la poliomyélite dont :

- La résolution de mai 1988 à la 41^{ème} session de WHO sur l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000. Depuis des progrès impressionnants ont été réalisés de part le monde.
- La résolution AFR/RC39/R6 de septembre 1989 sur la stratégie d'élimination du tétanos néonatal et d'éradication de la poliomyélite.

Le Mali s'est engagé au plus haut niveau lors du sommet des Chefs d'Etat de l'O.U.A. à Yaoundé, sommet au cours duquel une recommandation spéciale pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique avait été faite.

Conformément au calendrier établi par le Bureau Régional O.M.S pour l'Afrique, tous les pays d'Afrique de l'Ouest devront organiser des J.N.V en 1997.

Sept de la sous région à savoir, l'Algérie, le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Mauritanie et le Togo ont organisé des J.N.V en 1996 et ont obtenu de bons résultats (au moins 80% des enfants de moins de cinq ans ont été vaccinés au cours de chacun des deux passages).

Les objectifs des journées nationales de vaccination sont divisés en deux à savoir :

- L'objectif général

- contribuer à l'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000 par l'interruption de la transmission du virus de la poliomyélite et la réduction de la population d'enfants susceptibles.

- L'objectif spécifique

L'objectif spécifique des journées nationales de vaccination est d'administrer 2 doses supplémentaires de vaccin polio oral à 4-6 semaines d'intervalle à tous les enfants âgés de 0 à 59mois (moins de 5 ans), quel que soit leur statut vaccinal. La cible de la présente intervention est constituée par les enfants de 0 à 59mois (moins de 5ans) soit environ 1.913.465 enfants pour 1997. Les J.N.V auront lieu aux mois de novembre et décembre 1997. Dans les régions nomades, cette période est aussi celle des groupements. Par ailleurs tous les pays de la sous région organiseront leurs journées nationales de vaccination pendant cette période.

Tout ceux-ci ont contribué à la motivation du thème de recherche dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIF GENERAL :

Evaluer l'impact des journées nationales de vaccination (J.N.V) sur la redynamisation des activités de routine du programme élargi de vaccination.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire les équipements techniques dans les différents centres de santé avant les J.N.V ;
- Décrire les équipements reçus par les différents centres de santé au cours des J.N.V ;
- Décrire la qualité technique du personnel avant les J.N.V ;
- Décrire la qualité technique du personnel au cours des J.N.V ;
- Décrire les résultats du P.E.V au cours des cinq dernières avant les J.N.V c'est à dire de 1992 à 1997 ;
- Décrire les résultats des activités du P.E.V au cours des J.N.V de 1997 à 2002.

GENERALITES

2- GENERALITES SUR LES MALADIES CIBLES DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION P.E.V ET DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION J.N.V.

2.1 LA COQUELUCHE :

Maladie infectieuse et contagieuse, due au bacille de BORDET et de GENGOU (*Bordetella pertussis*).

Elle peut survenir à tout âge, mais le plus souvent avant cinq ans et surtout chez le nourrisson où elle peut atteindre une gravité extrême. La vaccination préventive en réduit les risques. Elle sévit de façon permanente dans les villes. Les malades constituent le seul réservoir de virus. La coqueluche se transmet par contagion directe à la phase catarrhale (toux).

2.1.1 SIGNES CLINIQUES :

Après une incubation silencieuse de huit jours, la période catarrhale dure une ou deux semaines et se caractérise par une fièvre (38°C) et par une toux sèche, tenace, nocturne. Le diagnostic est difficile à cette période et jusqu'à l'apparition des quintes. A ce moment la toux quinteuse rend le diagnostic évident. Précédée d'une période d'anxiété, la quinte débute par une série de secousses respiratoires de toux de plus en plus rapides, suivies d'une apnée brève. Elle continue par une inspiration profonde ou "chant de coq". Les quintes se succèdent en cycles de durée variable, terminés par une expectoration peu abondante contenant des bacilles de Bordet-Gengou et du mucus bronchique,

Le nombre quotidien des quintes peut aller de quelques dizaines à plus de cent. La période des quintes dure en moyenne cinq semaines, mais un tic coqueluchoïde peut persister un an. A l'occasion d'infections respiratoires banales, l'enfant recommence à tousser comme lorsqu'il avait la coqueluche.

Chez le nourrisson, la coqueluche est une maladie grave, avec une altération importante de l'état général, suivie de vomissements et d'accès de cyanose. La gravité de la coqueluche est à la fréquence des complications. Les plus courantes touchent l'appareil respiratoire (broncho-pneumonies) et le système nerveux. Les convulsions simples, de bon pronostic, sont à différencier de l'encéphalopathie aiguë, d'évolution souvent fatale.

2.1.2 DIAGNOSTIC:

Le diagnostic repose sur la recherche et l'isolement du germe et l'augmentation importante des lymphocytes.

2.1.3 TRAITEMENT:

Le traitement curatif est simple, associant un sédatif de la toux et des antibiotiques. Les quintes asphyxiant le nouveau-né nécessitent la garde en milieu hospitalier.

Le traitement préventif associe des mesures d'hygiène : déclaration obligatoire, isolement, éviction scolaire pour les frères et sœurs, et vaccination. Celle-ci se pratique dès le troisième mois, le plus souvent en association avec la vaccination antidiphtérique-antitétanique.

2 .2 LA DIPHTERIE :

Maladie contagieuse, sévère à déclaration obligatoire, elle est due au bacille de KLEBS-LÖFFLER (*Corynebacterium diphtheriae*) Elle est caractérisée par une angine blanche, des complications cardiaques et neurologiques.

2.2.1 BACTERIOLOGIE:

Le bacille diphtérique prend la coloration de Gram (Gram+) et se cultive sur le sérum de bœuf coagulé. Le bacille est responsable des signes locaux (angine), mais il est surtout pathogène par sa toxine, responsable des complications neurologiques. La toxine fait apparaître une antitoxine (anticorps) qui immunise contre une nouvelle infection. La transmission est avant direct (parole, éternuements, etc.....) par les malades, surtout les porteurs de germes non malades.

2.2.2 CLINIQUE:

2.2.2.1 ATTEINTE DU PHARYNX OU DU LARYNX.:

L'angine diphtérique commune commence lentement par une fièvre modérée, des ganglions discrets au cou, un malaise peu prononcé. Il faut rechercher les fausses membranes, jaunâtres, lisses, sur les amygdales, sur la luette, sur les piliers du voile du palais. Le prélèvement de la gorge est nécessaire pour confirmer le diagnostic. La guérison est habituelle, mais parfois l'affection évolue vers l'angine maligne.

L'angine maligne s'oppose point par point à la précédente, bien qu'elle puisse lui succéder après un traitement tardif ou inadapté. Le début est brutal, avec une fièvre et une faiblesse importante. Les fausses membranes sont impressionnantes, "couenneuses", envahissant le pharynx. Les ganglions sous-maxillaires sont volumineux et douloureux. L'évolution en est redoutable, souvent mortelle par asphyxie.

Le croup ou localisation laryngée de la diphtérie, met directement en jeu le pronostic vital, surtout chez le jeune enfant. Il s'installe progressivement en associant toux et voix rauque, puis les dissociant en toux rauque-voix éteinte. En suite une dyspnée laryngée s'installe, intermittente puis continue, aboutissant à l'asphyxie.

2.2.2.2 COMPLICATIONS:

Lorsque le cap de la première vague (angine ou laryngite) est franchi, les deux manifestations viscérales qui conditionnent le pronostic sont l'atteinte du cœur (myocarde) et celle du système nerveux.

2.2.2.3 LA MYOCARDITE :

Elle apparaît au cours de la deuxième semaine d'une angine maligne. Son pronostic est redoutable encore à l'heure actuelle. Le traitement laisse peu de chances de survie au malade.

Les paralysies se manifestent plus tardivement (de cinq à sept semaines). Elles sont localisées au voile du palais, découvertes par un reflux nasal des liquides, au muscle de l'œil, responsable de troubles oculaires. Les atteintes des membres inférieurs sont fréquentes mais discrètes. Toutes ces paralysies régressent complètement.

2.2.3 LE DIAGNOSTIC :

Le diagnostic repose sur la notion de contagion et sur la clinique (membrane). Mais la mise en évidence du bacille de Klebs-Löffler au niveau du foyer infectieux est indispensable. Le prélèvement de la gorge pour l'examen bactériologique doit avoir lieu avant toute antibiothérapie.

2.2.4 TRAITEMENT:

Le traitement curatif associe la sérothérapie, l'antibiothérapie et le repos. La sérothérapie d'urgence reste le geste principal. On emploie des doses de sérum antidiphtérique en fonction non de l'âge, mais de la gravité (de 3000 à 100000 unités). L'antibiothérapie (érythromycine) accélère la guérison et supprime rapidement la contagiosité. Le repos absolu est le troisième élément du traitement. L'isolement est conseillé. La déclaration est obligatoire.

Le croup pose un problème d'urgence, celui de l'indication de la trachéotomie pour conjurer l'asphyxie. Les corticoïdes seront utilisés. L'éviction scolaire est de trente jours, mais deux prélèvements bactériologiques de contrôle permettent de la réduire.

Le traitement préventif doit rechercher les porteurs sains et les traiter par l'érythromycine. La vaccination par l'anatoxine est en général bien tolérée; active dans 98% des cas. Elle a permis de diminuer la fréquence des cas graves de la diphtérie.

2.3 LA POLIOMYELITIS :

Maladie virale (*poliovirus: Brunhilar, Lansing et Leon*) caractérisée par des lésions des cornes antérieures (motrices) de la moelle épinière. (Syn. : MALADIE DE HEINE-MEDIN.)

2.3.1 SIGNES CLINIQUES :

La poliomyélite débute, comme une maladie infectieuse, par de la fièvre des vomissements précédant de peu un syndrome méningé annonciateur des paralysies (du troisième ou quatrième jour). Celles-ci sont importées, asymétriques, douloureuses, accompagnées d'abolition des réflexes, d'amyotrophie, mais sans aucun déficit sensitif. La mortalité est liée à l'existence de troubles respiratoires et de déglutition par paralysie des muscles correspondants.

Actuellement grâce à la vaccination ces formes massives sont rares, remplacées par des méningites lymphocytaires, des "grippes" qui passent inaperçues.

2.3.2 EVOLUTION:

Elle est très variable, certaines paralysies régressent totalement sans séquelles, alors que d'autres n'ont qu'une faible récupération, aggravée par une amyotrophie importante. Les déformations du dos et des membres doivent être appareillées.

Le pronostic des formes graves (respiratoires) a été amélioré par les progrès techniques de la ventilation assistée, permettant une surveillance du malade. Mais la récupération d'une autonomie respiratoire n'est pas toujours possible : la respiration assistée doit être poursuivie indéfiniment.

2.3.3 VIROLOGIE:

On trouve trois types de virus dans la gorge, les selles ou le liquide céphalo-rachidien. De petites épidémies estivo-automnales subsistent, favorisées par des baignades en eau contaminée.

2.3.4 TRAITEMENT:

Il se limite à une assistance respiratoire, à la prévention des déformations et à la rééducation.

2.3.5 PROPHYLAXIE:

Le traitement préventif est possible grâce à la vaccination, obligatoire, qui a pratiquement fait disparaître les épidémies en France.

Il existe deux vaccins : l'un tué(en injection sous-cutanée, l'autre vivant inactivé (*per os*), qui assure une très bonne immunité.

2.4 LA ROUGEOLE :

Fièvre éruptive très contagieuse, due à un virus (*Paramyxon virus; virus marbilum*)

C'est une maladie de l'enfance et peu d'adultes la contractent. Dans les pays développés, la maladie est bénigne, mais, dans les pays du tiers monde, les formes en sont beaucoup plus graves et c'est une grande cause de cécité et de mortalité. La transmission est directe, par les gouttelettes de salive lors des toux ou des éternuements. La contagiosité débute dès l'incubation et se poursuit pendant le début de l'éruption.

2.4.1 SIGNES CLINIQUES :

Après une incubation silencieuse de dix jours, la maladie débute par la phase d'invasion. Celle-ci associe la fièvre, un larmolement et une rhinite (catarrhe oculo-nasal), de la toux, des vomissements. A ce moment, seul le signe de Koplick fait le diagnostic : c'est un semis de petits points blanchâtres sur la face interne de la joues.

Quatorze jours, après l'incubation, l'éruption apparaît, débutant de la tête derrière les oreilles, autour du cuir chevelu, puis s'étendant les jours suivants à l'abdomen et aux membres, pour se généraliser au 4ème jour. C'est un exanthème maculo-papuleux laissant un intervalle de peau saine entre les taches.

L'éruption disparaît en 4 à 6 jours, la fièvre et la catarrhe oculo-nasale s'atténuent mais l'enfant reste fatigué et anorexique pendant plusieurs jours. Des complications peuvent survenir : otite, pharyngite mais surtout broncho-pneumonies, parfois graves, due à une surinfection bactérienne. Les complications neurologiques (encéphalites) sont de mauvais pronostic.

L'immunité conférée par la rougeole est très solide.

2.4.2 TRAITEMENT:

L'isolement est de rigueur, l'alimentation doit être légère. On utilise le repos au lit, des calmants pour la toux et surtout des antipyrétiques. Dans les formes graves, les antibiotiques sont utiles pour traiter la surinfection.

Il existe un vaccin, préparé à partir de virus atténué, qui n'est pas obligatoire. Il comporte une seule injection sous-cutanée.

La séroprévention par des gammaglobulines spécifiques est utilisée lors de contact d'enfants fragiles avec des rougeoleux. L'injection doit être précoce (cinq premiers jours). La déclaration de la maladie est obligatoire.

2.5 LE TETANOS :

Toxi- infection due au bacille de Nicolaïer (*Clotridium tetani*)

C'est encore une maladie grave et fréquente malgré les progrès thérapeutiques (40% de décès). La vaccination antitétanique n'étant devenue obligatoire qu'en 1939, les sujets nés avant cette date ne sont habituellement pas vaccinés et c'est surtout chez les sujets âgés et vivant à la campagne qu'on rencontre actuellement la grande majorité des cas de tétanos. Sa déclaration est obligatoire.

2.5.1 BACTERIOLOGIE:

Le germe forme des spores très résistantes qui reste des mois dans le sol avant de trouver les conditions favorables pour donner le bacille. Les personnes atteintes sont souvent âgées travaillant la terre. Le tétanos pénètre par une effraction cutanée : plaie minime (épine de rosier), ulcères variqueux, dans les pays du tiers monde, le tétanos obstétrical et celui du nouveau-né sont dus aux conditions précaires d'asepsie et d'hygiène.

2.5.2 SIGNES CLINIQUES :

Après une incubation silencieuse variable (de 8 à 15jours), la maladie débute par le trismus : contraction des muscles masticateurs s'accompagnant d'une gêne à la mastication. Les contractures s'étendent en quelques jours à la face (donnant l'aspect du " rire sardonique"), aux membres supérieurs (en flexion),

puis aux membres inférieurs (en extension). Le plus souvent pendant la contracture, le malade est en opisthotonos. En plus de ces contractures musculaires permanentes, il existe des crises paroxystiques très douloureuses, avec recrudescence des contractures. Il n'existe aucun trouble de la conscience. La fonction respiratoire peut être touchée, comme l'appareil cardio-vasculaire, ce qui est à l'origine des accidents et de la mortalité du tétanos.

2.5.3 FORMES CLINIQUES :

Elles varient avec l'état antérieur du malade et les durées de l'incubation (d'autant plus grave que celle-ci aura été courte). Parfois le tétanos reste localisé à un membre, ce qui en améliore le pronostic. Les formes les plus graves sont celles du nouveau-né et des femmes après un avortement provoqué.

2.5.4 TRAITEMENT:

Il doit être entrepris en milieu spécialisé, au moindre doute. Il utilise la sérothérapie (gammaglobulines de sujets hyperimmunisés), la désinfection de la porte d'entrée, très importante (sans quoi celle-ci peut conserver les germes qui seront à l'origine d'une rechute), l'antibiothérapie et les sédatifs (diazépam à haute dose, associé ou non au phénobarbital). Il faut souvent pratiquer une trachéotomie en vue d'une assistance respiratoire complète. La vaccination sera entreprise immédiatement, car le tétanos n'immunise pas.

2.5.5 TRAITEMENT PREVENTIF :

Devant toute plaie chez un sujet non vacciné, ou dont la vaccination est vieille de plus de 18 mois, on injecte une dose préventive de sérum (1500 U), on nettoie la plaie et on commence la vaccination. Chez un sujet correctement vacciné, une injection de rappel est suffisante, mais, pour les plaies importantes ou très souillées, on y associe le sérum.

2.5.6 PROPHYLAXIE:

Elle repose sur la vaccination, qui assure la protection à 100%. Elle se fait par trois injections sous-cutanées à 15 jours d'intervalle. Un rappel un an après, puis tous les cinq ans est nécessaire. Le vaccin antitétanique est très souvent associé au vaccin antidiphtérique (vaccin D.T.) ; il peut l'être également aux vaccins contre la coqueluche et la poliomyélite.

2.6 LA TUBERCULOSE :

Maladie contagieuse due au bacille de Koch : *Mycobacterium tuberculosis*
Le visage de cette maladie a changé depuis le siècle dernier, époque où la mortalité atteignait 222 pour 100000 habitants. On dénombre actuellement en France une mortalité de 8.5 pour 100000 habitants. La déclaration est obligatoire, depuis 1964. elle a permis de mieux contrôler et traiter les malades et de diminuer les retentissements socioprofessionnels de cette maladie. Il faut souligner que le dépistage radiologique, l'importance de la lutte antituberculeuse et l'efficacité de la vaccination par le B.C.G. ont considérablement réduit la morbidité, mais certains (migrants, vieillards, alcooliques....) restent un terrain de prédilection pour le B.K.

2.6.1 LE BACILLE DE KOCH :

C'est bacille rectiligne, aux extrémités arrondies. On le met en évidence par la coloration de Ziehl, qui permet de préciser son caractère de bacille alcoolrésistant. C'est un germe riche en lipides (responsable de l'hypersensibilité, de type retardé), aérobic strict et se divisant très lentement.

Le B.K. est recherché dans les crachats, dans le liquide de tubage gastrique et dans les liquides séreux (de pleurésie, de péritonite, d'arthrite....). La mise en évidence du B.K., après centrifugation, est l'élément clef du diagnostic. Mais les formes actuelles, avec peu de bacilles, nécessitent la culture sur milieu spécialisé (Loewenstein - Jensen), qui demande trois semaines, et l'incubation au cobaye. La sensibilité du B.K. aux antibiotiques (antibiogramme) doit toujours être recherchée pour éviter une résistance, surtout lorsqu'il s'agit d'une rechute.

2.6.2 CLINIQUE:

2.6.2.1 LE CYCLE DE LA TUBERCULOSE :

La tuberculose est une maladie contagieuse, mais non héréditaire. Elle se transmet par contact interhumain direct, le plus souvent par les gouttes de salive du tousseur. La contamination est souvent familiale, et la découverte d'une primo-infection chez un enfant doit faire rechercher un malade adulte.

Le bacille de Koch, après avoir pénétré par la voie aérienne, essaime dans l'organisme : c'est la primo-infection tuberculeuse. Dans certains cas les bacilles groupés en foyers s'enkysteront et seront à l'origine de tuberculoses viscérales tardives ; d'autres seront à l'origine de tuberculoses miliaires.

Il existe d'autres voies de contamination : digestive par ingestion de lait cru, contaminée ou muqueuse.

2.6.2.2 LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE :

Elle reste beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit souvent. Certains facteurs sont, semble-t-il, favorisants : le diabète, l'alcoolisme, la sous-alimentation, certaines ethnies.

Le mode de révélation. Il est variable. Elle peut se faire de façon aiguë ou sur un mode progressif. Elle peut simuler une pneumonie avec une fièvre élevée, un point de côté ou une grippe traînante. Certains accidents sont évocateurs : hémoptysie brutale, pneumothorax spontané ou tout autre signe de primo-infection. Souvent c'est une fatigue générale, un amaigrissement, une toux de la fièvre qui attireront l'attention du malade et du médecin. Les visites systématiques (embauche, prénatale) avec radiographie permettent parfois de la découvrir chez des sujets ne se croyant pas malades, ce qui arrive assez fréquemment.

2.6.3 L'EXAMEN CLINIQUE :

Il est précédé par un interrogatoire, permettant de préciser les possibilités de contagion, l'ancienneté des troubles, et éventuellement, la notion d'une tuberculose déjà traitée. La fièvre, les sueurs, l'asthénie, le manque d'appétit, l'amaigrissement attirent l'attention.

La percussion du thorax peut déceler une zone de matité et l'auscultation d'un foyer de râles sous-crépitants, mais fréquemment il n'existe pas de signes physiques évidents, et on demande des examens complémentaires.

2.6.4 L'EXAMEN RADIOLOGIQUE :

Il apporte un élément essentiel au diagnostic. Les radiographies (de face et de profil) et au besoin les tomographies, la fibroscopie bronchique permettent d'apprécier le type de l'étendue des lésions. Les infiltrats (opacités homogènes, bien limitées) sont fréquents surtout au début de la maladie.

Ils peuvent se résorber ou faire place à des lésions nodulaires, plus ou moins nombreuses. Ces lésions peuvent faire place à des cavernes, cavités marquées par une zone de clarté, entourée d'un cercle plus sombre. La juxtaposition de caverne et de nodules caractérise les tuberculoses ulcéronodulaires.

On peut rencontrer des images fibreuses traduisant la réaction de défense de l'organisme, des opacités pleurales, des calcifications.

Les lésions de la tuberculose siègent généralement aux sommets pulmonaires ou sous la clavicule, mais toutes les topographies sont possibles et on peut voir de nombreuses formes atypiques.

2.6.4.1 LES EXAMENS DE LABORATOIRE :

Seul l'examen bactériologique pourra confirmer, par la présence des B.K. dans les crachats, le diagnostic de la tuberculose pressentie au vu des radiographies. Le B.K. au besoin sera recherché par fibroscopie avec aspiration des sécrétions bronchiques. La cuti-réaction, la vitesse de sédimentation, l'hémogramme donneront des indications sur les réactions de l'organisme et sur l'évolution.

2.6.4.2 EVOLUTION DE LA TUBERCULOSE :

Elle pouvait, en l'absence du traitement, se faire de trois façons :

La guérison complète (assez rare), l'aggravation progressive (la plus fréquente) et la stabilisation.

La durée moyenne de l'évolution était au maximum de cinq ans et aboutissait à la phtisie. La mort survenait dans 75% des cas. A partir de 1912, le pneumothorax thérapeutique a porté une amélioration dans le pronostic, mais comportait de nombreuses complications. Après la seconde guerre mondiale, l'antibiothérapie a bouleversé l'évolution de la maladie, et actuellement de 80 à 90% des tuberculeux guérissent.

Les signes fonctionnels disparaissent rapidement, les recherches de bacilles deviennent très vite négatives, évitant ainsi la contagion. Les images radiologiques évoluent en 6 mois vers la régression et souvent la disparition des lésions. La rapidité d'action du traitement dépend de l'état antérieur et des tares éventuelles (alcoolisme, diabète...) qu'il peut y avoir.

Toutefois certains signes radiologiques régressent peu, laissant voir une caverne "détergée" sans présence de B.K. Une surveillance médicale est nécessaire pour éviter une éventuelle rechute ou la greffe d'une aspergillose.

Les échecs thérapeutiques sont rares : il s'agit soit d'une résistance primaire des B.K. passées inaperçues, soit d'un traitement mal suivi (ce qui n'est pas un échec en soit) ou interrompu trop tôt.

2.6.4.3 LA PHTISIE OU TUBERCULOSE AIGUË :

Ancienne "phtisie galopante", il s'agissait de formes cliniques qui avaient en commun leur rapidité et leur évolution fatale. Les antibiotiques ont permis de transformer ces atteintes mortelles en formes seulement un peu plus graves que la forme commune et nécessitant une surveillance plus importante.

2.6.4.4 LA PNEUMONIE CASEEUSE:

traduit la caséification d'un lobe entier du poumon et s'accompagne d'altération intense de l'état général, d'une expectoration sanglante, abondante en B.K.

2.6.4.5. LA BRONCHOPNEUMONIE OU PHTISIE GALOPANTE:

- Proprement dite s'observait surtout chez les alcooliques et dans les milieux sociaux défavorisés.

La tuberculose miliaire est encore observée, caractérisée par la dissémination du bacille de Koch dans tous les viscères. Le foyer à partir duquel se fait la diffusion et souvent celui de la primo-infection.

La miliaire associe une fièvre élevée, des céphalées, des signes respiratoires importantes : dyspnée, cyanose... La radiographie met en évidence un semis généralisé de petits grains de 1 à 3 mm de diamètre (comme des grains de mil, d'où le nom). Avec les antibiotiques, l'évolution est bonne malgré quelques complications. La corticothérapie est ici ajoutée au traitement d'antibiotique.

2.6.5 TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE :

Trois découvertes importantes ont bouleversé le pronostic et l'évolution de la tuberculose :

Celle de la streptomycine (1944), de l'isoniazide (1952) et, plus récemment, de la rifampicine (1966).

Le traitement actuel d'une tuberculose doit être spécifique, aussi précoce que possible, et doit s'adresser à toutes les formes, même les plus bénignes. Il doit être poursuivi pendant 18 mois au moins.

2.6.6 LES MEDICAMENTS :

Différents médicaments sont actifs sur le B.K., mais certains sont majeurs : ce sont l'Isoniazide et la Rifampicine.

L'isoniazide : (I.N.H)est administré par la voie buccale (7mg/kg). Il peut être responsable de troubles nerveux (polynévrites, troubles psychiques), qui disparaissent avec l'administration de vitamine B6.

La rifampicine, de découverte plus récente, est très active sur le B.K. Elle est donnée à la dose de 600mg par jour et peut être l'origine d'ictères et de troubles hépatiques.

La streptomycine a été le premier antibiotique utilisé avec succès contre la tuberculose. Elle s'administre par voie intramusculaire en raison de 1g/j.

L'éthambutol est très utilisé (1g/j) ; il est responsable de quelques troubles visuels.

L'éthionamide est très actif (1g/j), mais est à l'origine de troubles digestifs et neurologiques. D'autres médicaments sont également actifs dans certains cas, mais à titre d'appoint : l'acide para-amino-salicylique (P.A.S), à l'origine toutefois de troubles digestifs ; la cyclosérine, la kanamycine, la viomycine.

2.6.7 LES MODALITES DU TRAITEMENT :

Bien que toutes les formes de tuberculoses doivent être traitées, il existe deux modalités de traitement selon l'ancienneté de la maladie.

Lors d'un premier contact, le malade n'ayant jamais reçu d'antibiotique antituberculeux, on commencera par un traitement associant 3 antibiotiques après avoir fait un bilan clinique, bactériologique et radiologique complet. Pendant les 3 premiers mois, on utilise souvent la rifampicine, l'isoniazide et la streptomycine en une prise par jour. On surveille régulièrement le malade en vu de dépister une éventuelle complication bacillaire ou une intolérance médicamenteuse.

Après 3 mois, si tous les contrôles bactériologiques sont négatifs, on peut ne plus utiliser que deux antibiotiques : la rifampicine et l'isoniazide. Le traitement sera suivi pendant au moins une année, ou, mieux, pendant 18mois, voire 2ans.

Lorsque le malade à été déjà traité par les médicaments classiques et que l'échec est dû à un arrêt intempestif, à une résistance, ou parfois lors d'une rechute, la conduite du traitement sera différente.

La recherche de la sensibilité des germes aux antibiotiques (antibiogramme), guide le choix du traitement (surtout pour les rechutes). De la même façon les tuberculoses chroniques doivent bénéficier également d'un traitement approprié de même que les complications (insuffisance respiratoire).

Dans tous les cas, le traitement avec les antibiotiques s'accompagne d'une bonne hygiène de vie (repos, alimentation normale). Le séjour en sanatorium n'est pas nécessaire pour ceux des malades qui peuvent bénéficier des soins proches de leur domicile s'ils suivent régulièrement leur traitement. Toutefois, dans les cas où une hospitalisation longue est à prévoir, ou si des complications diverses sont à craindre (logement insalubre, alcoolisme...), le séjour sanatorial est indispensable.

2.6.8 LES LOCALISATIONS EXTRAPULMONAIRES DE LA TUBERCULOSE :

Le B.K. lors de l'essaimage dans l'organisme, peut se loger dans tous les viscères.

2.6.9 LA TUBERCULOSE OSSEUSE :

C'était une localisation fréquente chez l'enfant. Actuellement, ce sont les jeunes adultes (migrants) qui en sont affectés. C'est toujours une atteinte secondaire (après une tuberculose pulmonaire) propagée par voie sanguine, puis rarement lymphatique. Les os atteints sont en priorités le rachis (mal de Pott), la hanche (coxalgie), le genou et le pied.

Dans l'atteinte du genou ou du pied, les premiers signes sont discrets (gêne, puis douleur à la hanche, gonflement régional) et doivent faire pratiquer des radiographies permettant de déceler l'atteinte ostéo-articulaire. En un second temps, l'os et le cartilage sont détruits, les signes généraux s'accroissent. Les clichés montrent une destruction totale de l'os ou de l'articulation. Le suivant est celui de la réparation, aboutissant à une ankylose et à des déformations. Actuellement le traitement antituberculeux institué au début de l'évolution permet d'enrayer cette suite de phénomènes et évite les interventions secondaires (arthrodèse, résection osseuse...).

2.6.10 LA TUBERCULOSE RENALE :

Cette localisation est tardive, survenant chez un ancien tuberculeux ou chez un sujet apparemment saint auparavant. L'infection, transmise par voie sanguine, touche la corticale du rein, où la tendance spontanée est à la guérison ; puis la médullaire est atteinte, et l'extension par voie lymphatique vers les voies excrétrices est inévitable en absence de traitement.

Les signes d'appel de l'atteinte rénale sont souvent peu intenses et banals (cystite, pyurie, sans germe à l'examen bactériologique des urines). Ils peuvent être absents, et la tuberculose rénale ne se révélera que par des signes radiologiques (urographie intraveineuse). Les examens cyto-bactériologiques spécifiques à la recherche du B.K. permettent alors le diagnostic.

Le traitement antibiotique (pendant 18 mois) a fait diminuer le nombre de recours à la chirurgie (néphrectomies) et le nombre de séquelles (insuffisance rénale).

2.6.11 LA TUBERCULOSE GENITALE :

Chez l'homme elle accompagne souvent la localisation rénale. L'atteinte de l'épididyme, indolore, n'est pas rare, comme la cystite, qui se manifeste par une pollakiurie.

Une forme aiguë (orchite, tumeur scrotale) peut révéler une tuberculose génitale. L'atteinte testiculaire, lorsqu'elle est bilatérale, peut être responsable de stérilité.

Le traitement médical précoce permet la guérison des plaies.

Chez la femme jeune les localisations habituelles sont les trompes et l'utérus (associées, chez la jeune fille, à une ascite). La stérilité par obstruction tubaire est l'aboutissement d'une forme non traitée ; les grossesses extra-utérines en sont une autre conséquence. Le diagnostic repose sur l'identification du B.K. et les images radiologiques. Le traitement médical prescrit au début permet d'éviter les séquelles.

2.6.12 LA TUBERCULOSE INTESTINALE OU ILEO-CAECALE :

C'est une localisation rare, survenant après une infestation primaire située sur le caecum et le côlon. Des diarrhées rebelles, le syndrome de König et même des hémorragies étaient les principaux signes d'appel. Le diagnostic se fait par les clichés radiologiques, montrant une sténose intestinale localisée. Le traitement antibiotique est identique à celui de la tuberculose pulmonaire.

2.6.13 LA TUBERCULOSE CUTANEE :

Cette atteinte est devenue très rare depuis les découvertes des médicaments antituberculeux. Le lupus tuberculeux, siégeant au visage, se présente comme un placard rougeâtre, indolore, largement squameux. Son évolution spontanée se fait vers l'extension et l'érosion du massif facial. Actuellement, les antibiotiques viennent à bout de cette localisation.

L'érythème noueux est une manifestation classique de la primo-infection. La gomme tuberculeuse est rarissime de nos jours.

2.7 LA FIEVRE JAUNE :

Maladie infectieuse aiguë, due au virus amaril transmis par la piqûre d'un moustique (*Aedes*).

Endémo-épidémique, ayant pour origine les rives du golfe de Mexique, la fièvre jaune s'observe aussi en Afrique intertropicale.

Le réservoir de virus est constitué par l'homme malade et par divers mammifères (singe).

Le cycle sauvage (animaux - moustique - animaux) peut entrer en contact avec l'homme, et à partir de ces cas, développer des épidémies de fièvre jaune urbaine (homme - moustique - homme).

Après la piqûre infestante et une courte durée d'incubation (de 4 à 6 jours), la phase d'invasion débute brutalement par une fièvre et des douleurs importantes. Puis la maladie entre dans la période d'état, qui comporte des troubles digestifs importants, des manifestations hémorragiques, la survenue d'un ictère et d'une atteinte rénale.

La mort peut survenir par collapsus, hémorragie ou insuffisance rénale. Dans les cas favorables, la convalescence est longue. L'immunité acquise est stable. Le diagnostic se fait par l'isolement du virus dans le sang.

Le traitement est symptomatique (repos et réhydratation) et vise à prévenir les manifestations rénales.

La prophylaxie est seule efficace : outre la vaccination (Institut Pasteur, Institut Rockefeller), elle repose sur la protection contre les moustiques (impossible en brousse). La maladie est soumise à la réglementation internationale (isolement, déclaration) et la vaccination est obligatoire pour la plupart des pays chauds (certificat valable 10 jours après et pendant 6 ans).

2.8 L'HEPATITE : (inflammation du foie)

Les hépatites ont pour cause soit des substances toxiques (hépatite toxique), soit des virus (hépatite virale), ou encore des parasites ou des bactéries (hépatites infectieuses).

2.8.1 HEPATITE TOXIQUE :

Elle est consécutive à l'ingestion d'un produit toxique pour le foie. Les hépatites toxiques entraînent une nécrose du foie, des troubles digestifs, un ictère ; Elles peuvent être mortelles.

Les produits en cause sont les hydrocarbures chlorés (benzène, tétrachlorure de carbone), les amanites phalloïdes, le phosphore. La prise de certains médicaments : chlorpromazine, I.M.A.O, sulfamides hypoglycémifiants, certains anticancéreux, etc., peut simuler une hépatite virale ou un ictère rétionnel.

2.8.2 HEPATITES VIRALES :

Elles sont dues à deux types de virus.

Le virus A est responsable de l'hépatite épidémique et se transmet par voie orale. Le virus B est responsable de l'hépatite dite de la seringue et se transmet par voie parentérale (transfusion de sang infecté, matériel d'injection contaminé). Après un temps d'incubation variable, allant, suivant le virus en cause de 1 à 6 mois, apparaît une phase prodromique avec fatigue, douleurs articulaires, courbature, fièvre et parfois prurit. Au bout de 8 à 10 jours apparaît l'ictère, jaune touchant la peau et les muqueuses. Les troubles digestifs sont constants. Le foie est parfois un peu gros et sensible, la rate est hypertrophiée.

Les épreuves de laboratoires montrent une élévation des transaminases, des réactions de floculation positives et une élévation de la bilirubine dans le sang (cause de l'ictère).

L'évolution se fait vers la guérison en quelques semaines. Cependant une fatigue importante peut persister longtemps, de même qu'une intolérance, qui imposent un régime sévère et prolongé.

Il existe aussi des formes très graves, heureusement rares, où l'évolution est rapidement mortelle.

2.8.3 LE TRAITEMENT :

Le traitement de l'hépatite virale comprend le repos complet et un régime sans corps gras ni boissons alcoolisées, mais avec un apport protéique suffisant (viandes rouges grillées ou rôties). Certains auteurs préconisent la corticothérapie dans les formes graves, mais c'est un traitement qui comporte des risques en lui-même.

2.8.4 HEPATITES INFECTIEUSES :

Elles sont dues à des parasites ou à des bactéries : l'hépatite amibienne, ou à leptospirose, l'hépatite tuberculeuse, la fièvre récurrente, la fièvre jaune, la mononucléose infectieuse, etc.

2.8.5 HEPATITE CHRONIQUE :

Quelle que soit l'étiologie de l'hépatite, il arrive qu'elle se prolonge anormalement ou qu'elle rechute constamment. On parle alors d'hépatite chronique, apparaissant sur un terrain génétiquement prédisposé et présentant des troubles de l'immunité. L'évolution de l'hépatite chronique est grave et se fait soit vers l'atrophie, soit vers la cirrhose du foie.

A - Présentation

de la

Commune IV

PRESENTATION

3 PRESENTATION

3.1 Aperçu historique :

L'histoire de la Commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les Niakaté sur la rive gauche du fleuve Niger et s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eau du Woyowayanko et du Banconi.

Le quartier le plus ancien : Lassa, fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent : Sibiribougou en 1980. Ces quartiers sont dirigés par des chefs regroupés au sein d'un collectif dirigé par un président.

La Commune IV fut créée en même temps que les autres Communes du District de Bamako par l'Ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'Ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;
- la Loi N°93-008 du 11 Février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et
- la Loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

3.2 Données géographiques :

3.2.1 Superficie - Limites

Située dans la partie Ouest de Bamako, la Commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du District.

Elle est limitée :

A l'Ouest par la limite Ouest du District de Bamako qui fait frontière avec le Cercle de Kati;

A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la Commune III

- 1 Au Sud par le lit du Fleuve Niger et la limite Ouest de la Commune III. (source PUS CIV mars 2001)

3.2.2 Relief - Climat

Le relief est dominé par les collines se situant dans ses parties Ouest et Nord-Ouest notamment : Lassa kulu de Nabaye, N'Tanfara kulu, Dogodouman kulu, Kuluni Yeleke et Koko kulu.

Taliko et Lassa sont sur des collines, tandis que Dogodouman et Sibiribougou sont sur les flancs de colline. Les quartiers de Djicoroni-para, Sebenikoro et Kalanbambougou se situent dans la vallée du fleuve Niger.

Ces collines constituent des contraintes physiques pour l'accessibilité des quartiers surtout pour Lassa.

Toute la Commune IV est soumise à un climat de type soudanien qui comprend deux saisons

1. Une saison sèche : fraîche de Novembre à Janvier, chaude de Février à Mai ;
2. Une saison humide (pluvieuse) de Juin à Octobre.

La pluviométrie moyenne est de 1080 mm(PUS-CIV mars 2001).

3.2.3. Hydrographie

La Commune IV est traversée par les marigots WOYOWAYANKO, FARAKO, SOUROUTOUMBA et le fleuve Niger.

3.3. Données socio - démographiques :

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV à savoir : les Bambaras, Malinkés, Peuhls, Sonraïhs, Sénoufos etc. et les ressortissants d'autres pays.

La Commune IV représente 17% de la population totale du District de Bamako et 2% de la population totale du Mali. La population totale de la Commune IV en 2003 est estimée à 213 653 habitants dont 51% sont des hommes et 49% des femmes.

Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé avec 72 862 hts, le moins peuplé est celui de Lassa avec 1673 hts.

La densité de la population est de 5670 hts au km².

Tableau I : Répartition de la population de la Commune IV par quartier

Nom quartier	Population 1998	Taux d'accroissement	Population 2002	Population 2003
Djicoroni para	51609	2,8	57617	59230
Hamdallaye	35096	2,8	39181	40279
Kalanbambougou	1761	2,8	1966	2021
Lafiabougou	63487	2,8	70878	72862
Lassa	1458	2,8	1628	1673
Sebenikoro	25552	2,8	28526	29325
Sibiribougou	1741	2,8	1944	1998
Taliko	5459	2,8	6094	6265
Total	186163	2,8	207834	213 653

(source DNSI-Mali- RGPH, Avril 1998 & la Mairie de la Commune IV, recensement local 2001)

NB : Cette population est sujette à des variations dues aux flux migratoires saisonniers de l'intérieur du pays vers la capitale.

Les quartiers voisins situés dans le cercle de Kati sont Taliko II avec une population de 658 habitants, Dogodouman et Kanadjiguila. Ces quartiers entretiennent des relations économiques, culturelles et sociales étroites avec la Commune.

Tableau II: Répartition de la population par tranche d'âge de 2004 à 2008

Tranches	Pour cent	2004	2005	2006	2007	2008
Population totale	100%	219 635	225785	232 107	238606	245287
FAP	22%	48 320	49 673	51 064	52 493	53 963
FE	5%	10 982	11 289	11 605	11 930	12 264
Enfants de moins de 1an	4%	8 785	9 031	9 284	9 544	9 811
1- 4 ans	14%	30 749	31 610	32 495	33 405	34 340
5- 14 ans	28%	61 498	63 220	64 990	33 405	68 680
15- 19 ans	9%	19 767	20 321	20 890	21 475	22 075
20- 24 ans	8%	17 571	18 063	18 569	19 088	19 622
25- 49 ans	25%	54 909	56 446	58 027	59 652	61 322
50- 59 ans	5%	10 982	11 289	11 605	11 930	12 264
60 ans et plus	6%	13 178	13 547	13 926	14 316	14 717
Personnes handicapées	10%	4 832	4 967	5 106	5 249	24 528
P. vivant/VIH	2,5%	5491	5645	5803	5965	6132
Personnes pauvres selon les critères DHD	63,8%	140 127	144 051	148 084	152 231	156 493
Nombre d'enfants scolarisables	37%	81 265	83 540	85 880	88284	90 756

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Tableau II-1 : Populations cibles par tranches d'âge en 1996

POPULATIONS CIBLES	POURCENTAGE	CHIFFRES BRUT
POPULATION TOTALE		172 051
Femmes enceintes	5%	8 603
Femmes en âge de procréer	22%	37 851
Enfants de moins de 12 mois	4%	6 882
1 – 4 ans	14%	24 087
5 – 14 ans	28%	48 174
15 – 19 ans	9%	15 485
15 – 24 ans	17%	29 249
20 – 24 ans	8%	13 764
25 – 49 ans	25%	43 013
50 – 59 ans	5%	8 603
60 ans et plus	6%	10 323
Personnes âgées	6%	10 323
Personnes Handicapées	10%	17 205
Personnes recensées vivant avec le VIH	3,5%	6 022
Population pauvre selon les critères du DHD	69%	118 715

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Tableau II-2 : Populations cibles par tranches d'âge en 1997

POPULATIONS CIBLES	POURCENTAGE	CHIFFRES BRUT	RECENCE (dans le registre social)
POPULATION TOTALE		176 644	
Femmes enceintes	5%	8 832	
Femmes en âge de procréer	22%	38 862	
Enfants de moins de 12 mois	4%	7 066	
1 – 4 ans	14%	24 730	
5 – 14 ans	28%	49 460	
15 – 19 ans	9%	15 898	
15 – 24 ans	17%	30 029	
20 – 24 ans	8%	14 132	
25 – 49 ans	25%	44 161	
50 – 59 ans	5%	8 832	
60 ans et plus	6%	10 599	
Personnes âgées	6%	10 599	
Personnes Handicapées	10%	17 664	
Personnes recensées vivant avec le VIH	3,5%	6 183	
Population pauvre selon les critères du DHD	69%	121 884	

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Tableau II-3 : Populations cibles par tranches d'âge en 1998

POPULATIONS CIBLES	POURCENTAGE	CHIFFRES BRUT
POPULATION TOTALE		186 163
Femmes enceintes	5%	9 308
Femmes en âge de procréer	22%	40 956
Enfants de moins de 12 mois	4%	7 447
1 – 4 ans	14%	26 063
5 – 14 ans	28%	52 126
15 – 19 ans	9%	16 755
15 – 24 ans	17%	31 648
20 – 24 ans	8%	14 893
25 – 49 ans	25%	46 541
50 – 59 ans	5%	9 308
60 ans et plus	6%	11 170
Personnes âgées	6%	11 170
Personnes Handicapées	10%	18 616
Personnes recensées vivant avec le VIH	3,5%	6 516
Population pauvre selon les critères du DHD	69%	128 452

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Tableau II-4 : Populations cibles par tranches d'âge en 1999

POPULATIONS CIBLES	POURCENTAGE	CHIFFRES BRUT
POPULATION TOTALE		191 060
Femmes enceintes	5%	9 553
Femmes en âge de procréer	22%	42 033
Enfants de moins de 12 mois	4%	7 642
1 – 4 ans	14%	26 748
5 – 14 ans	28%	53 497
15 – 19 ans	9%	17 195
15 – 24 ans	17%	32 480

20 – 24 ans	8%	15 285
25 – 49 ans	25%	47 765
50 – 59 ans	5%	9 553
60 ans et plus	6%	11 464
Personnes âgées	6%	11 464
Personnes Handicapées	10%	19 106
Personnes recensées vivant avec le VIH	3,5%	6 687
Population pauvre selon les critères du DHD	69%	131 831

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Tableau II-5 : Populations cibles par tranches d'âge en 2000

POPULATIONS CIBLES	POURCENTAGE	CHIFFRES BRUT
POPULATION TOTALE		196 410
Femmes enceintes	5%	9 821
Femmes en âge de procréer	22%	43 210
Enfants de moins de 12 mois	4%	7 856
1 – 4 ans	14%	27 497
5 – 14 ans	28%	54 995
15 – 19 ans	9%	17 677
15 – 24 ans	17%	33 390
20 – 24 ans	8%	15 713
25 – 49 ans	25%	49 103
50 – 59 ans	5%	9 821
60 ans et plus	6%	11 785
Personnes âgées	6%	11 785
Personnes Handicapées	10%	19 641
Personnes recensées vivant avec le VIH	3,5%	6 874
Population pauvre selon les critères du DHD	69%	135 523

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Tableau II-6 : Populations cibles par tranches d'âge en 2001

POPULATIONS CIBLES	POURCENTAGE	CHIFFRES BRUT	RECENSE (dans le registre social)
POPULATION TOTALE		201909	
Femmes enceintes	5%	10095	
Femmes en âge de procréer	22%	44420	
Enfants de moins de 12 mois	4%	8076	
1 – 4 ans	14%	28267	
5 – 14 ans	28%	56535	
15 – 19 ans	9%	18172	
15 – 24 ans	17%	34325	
20 – 24 ans	8%	16153	

25 – 49 ans	25%	50477	
50 – 59 ans	5%	10095	
60 ans et plus	6%	12115	
Personnes âgées	6%	12115	
Personnes Handicapées	10%	20191	
Personnes recensées vivant avec le VIH	3,5%	7067	
Population pauvre selon les critères du DHD	69%	139317	

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Pour la population totale : le total du recensement définitif DNSI 1998 multiplié par le taux d'accroissement spécifique du cercle ou par 2,2%.

Pour les populations cibles : la population totale est multipliée par le pourcentage prédéfini pour la population cible spécifiée.

Tableau II-7 : Populations cibles par tranches d'âge en 2002

POPULATIONS CIBLES	POURCENTAGE	CHIFFRES BRUT	RECENCE (dans le registre social)
POPULATION TOTALE		207 834	
Femmes enceintes	5%	10 392	
Femmes en âge de procréer	22%	45 723	
Enfants de moins de 12 mois	4%	8 313	
1 – 4 ans	14%	29 097	
5 – 14 ans	28%	58 194	
15 – 19 ans	9%	18 705	
15 – 24 ans	17%	35 332	
20 – 24 ans	8%	16 627	
25 – 49 ans	25%	51 959	
50 – 59 ans	5%	10 392	
60 ans et plus	6%	12 470	
Personnes âgées	6%	12 470	2 569
Personnes Handicapées	10%	20 783	624
Personnes recensées vivant avec le VIH	3,5%	7274	2
Population pauvre selon les critères du DHD	69%	143 405	1 280

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Tableau II-8 : Populations cibles par tranches d'âge en 2003

POPULATIONS CIBLES	POURCENTAGE	CHIFFRES BRUT
POPULATION TOTALE		213 653
Femmes enceintes	5%	10 683
Femmes en âge de procréer	22%	47 004
Enfants de moins de 12 mois	4%	8 546
1 – 4 ans	14%	29 911
5 – 14 ans	28%	59 823
15 – 19 ans	9%	19 229
15 – 24 ans	17%	36 321
20 – 24 ans	8%	17 092
25 – 49 ans	25%	53 413
50 – 59 ans	5%	10 683
60 ans et plus	6%	12 819
Personnes âgées	6%	12 819
Personnes Handicapées	10%	21 365
Personnes recensées vivant avec le VIH	3,5%	7 478
Population pauvre selon les critères du DHD	69%	147 421

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

3. 4 Degré d'urbanisation et type d'habitat

Le niveau de viabilisation des quartiers de la commune est très peu avancé. Les quartiers totalement lotis sont Hamdallaye et Lafiabougou. Lassa n'est pas encore viabilisé cependant le quartier de Kalanbambougou est en voie de réhabilitation. Les autres quartiers l'ont été partiellement (Djicoroni Para, Sibiribougou, Sebenikoro, Talico).

3.4.1. Typologie de maison :

Il existe deux types de constructions :

3.4.1.1. Type traditionnel :

Ce type de construction se rencontre en général dans les quartiers spontanés déjà réhabilités ou à réhabiliter et dans les anciens quartiers lotis.

L'habitat de type spontané qui se rencontre dans ces zones s'explique non seulement par le fait que cette population est sujette à une insécurité foncière mais aussi par la proportion élevée de pauvres venues des campagnes.

3.4.1.2. Type moderne :

Il se rencontre dans les quartiers nouvellement lotis et dans les zones à haut standing.

On y trouve des habitats de types administrés et planifiés qui se caractérisent par des équipements socio- économiques et des infrastructures de base. Le type planifié est réalisé par les promoteurs immobiliers qui rendent leurs produits aux clients clés à la main.

3.4.2. Couverture en eau potable :

La cartographie de la couverture en eau potable de la commune nous donne trois cas de figure :

- Quartiers suffisamment couverts par le réseau d'eau potable de l'EDM : Hamdallaye, Lafiabougou, Djicoroni-Flabougou, Mariambougou, Dontémé, Zone ACI 2000,
- Quartiers moyennement couverts par le réseau d'eau potable de l'EDM avec des bornes fontaines et quelques branchements particuliers : Djicoroni, Djénékabougou, Troukabougou qui sont des zones d'habitat spontané en cours de réhabilitation,
- Quartiers non couverts par le réseau d'eau potable de l'EDM: Sébénikoro, Taliko, Kalabambougou, Lassa, Siribougou.

Les zones non couvertes se ravitaillent à partir de puits individuels au niveau des familles, ou à partir de puits à grand diamètre collectifs, ou à partir de forages équipés de pompe.

3.5. Activités économiques :

3.5.1. Le Secteur primaire :

L'Agriculture constitue la principale activité dans ce secteur. Elle est maraîchère, vivrière (céréales, arachides) et à plantation d'arbres (grands vergers à Lassa, Sibiribougou, Sebenikoro, Kalambougou et Djicoroni-para).

L'Elevage est extensif et concerne les bovins, les ovins, les caprins et les porcins. L'aviculture et la pêche sont aussi pratiquées.

3.5.2. Le Secteur secondaire :

3.5.2.1. industrie lourde

Il existe quelques unités industrielles en Commune IV :

- **SECAM Aluminium** s'occupe de la fabrication d'articles ménagers en aluminium
- **Usine Céramique**, produit de la chaux vive, de la porcelaine et des matériaux de construction en banco stabilisé.

Ces deux unités sont implantées à Djicoroni-para.

- **Valimex** située dans la zone ACI, est une unité de vitrerie qui fabrique des produits en verre ;
- **Imacy S.A.** à Hamdallaye s'occupe du montage des motos, de mobylettes et de vélos.
- **Usine de tissage métallique** à Sebenikoro, s'occupe de la fabrication de grillages ;
- **Usine de fabrication de poteaux métallique, bétonnés et de briques** dénommée GTMH

3.5.2.2 Industrie alimentaire :

3.5.2.3 Artisanat :

Il existe dans la Commune plus d'une dizaine de Boulangerie, une fabrique de pâte alimentaire dénommée NIPAL et des unités de production et de transformation de lait.

Il existe une multitude d'artisans qui interviennent dans les domaines suivants :

- bâtiment
- habillement - teinturerie
- menuiserie métallique
- menuiserie bois et ameublement
- arts et divers
- hygiène et soins corporels
- alimentation

3.5.3. Le Secteur tertiaire :

3.5.3.1. Le Commerce

Il existe :

- Un démembrement de la Chambre de Commerce et d'Industrie du Mali ;
- Une coopérative multi-fonctionnelle des commerçants détaillants
- Une mutuelle des opérateurs économiques de la C.IV.

Les installations économiques situées sur le domaine public sont : les étalagistes, les aires de lavages, les cabines téléphoniques...), les activités de commerce sont menées dans 10 marchés répartis comme suit :

Tableau III : classification des marchés de la Commune IV

Marchés de commune	Marchés secondaires
Marché de Djicoroni Para	Marchés Sebenikoro secteur 1 et 7
Marché Lafiabougou centre	Marché de Lazaret (Hamdallaye)
Marché de Hamdallaye (Oulofobougou)	Marché de Lafiabougou terminus
	Marché de Taliko
	Marchés Dôtèmè, Abdoulayebougou (Djicoroni Para)
	Marché de Hamdallaye Maternité

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

NB : Ces marchés sont gérés par un comité de gestion avec la collaboration de la mairie.

3.5.3.2. Les Systèmes de Financements Décentralisés :

L'accroissement du niveau de vie de la population est soutenu par l'existence de caisses d'épargne et de crédit (Jemeni, Jigiyaso, Miseli, Danayaso) qui sont membres du Réseau Nyèsigiso. Ces caisses contribuent à financer les activités génératrices de revenus.

3.6 Données socioculturelles et religieuses:

La structure sociale est constituée par la famille, le quartier et les groupements associatifs. Les familles sont de type généralement élargi en milieu rural aussi bien qu'urbain. La notion de nobles et d'hommes de caste est toujours présente dans la communauté.

La culture reste dominée par les mœurs et habitudes ancestrales (excision, circoncision, mariage traditionnel, lévirat, sororat, cérémonies rituelles...).

L'Islam, le christianisme et l'animisme sont les principales religions qui se côtoient dans la commune.

3.7 Voies de communication - Moyens de transport :

3.7.1. Les routes :

Les deux principales voies de communication de la commune sont la route Raoul Follereau et l'Avenue Cheick Zayed. A celles-ci s'ajoutent les voies secondaires à l'intérieur des quartiers. Elles sont bitumées, pavées ou latéritiques.

Les routes empruntées par les véhicules de transport en commun sont :

- la route nationale N°5 (RN5) qui traverse les quartiers de Djicoroni para et
- Sebenikoro en continuant vers la République de Guinée,

- le Boulevard Cheick Zayed qui traverse les quartiers de Hamdallaye et Lafiabougou pour rejoindre la RN5 au niveau de Woyowayanko,
- la voie non bitumée qui part du Boulevard Cheick Zayed au niveau de Lafiabougou en traversant Taliko,
- la route pavée qui traverse Hamdallaye au niveau du plateau,
- la route bitumée qui part du rond point Cabral de Lafiabougou pour déboucher sur Djicoroni Para.
- Les principales lignes de transport en commun de la commune sont :
- centre ville - Hamdallaye sur 5,100 KM
- centre ville - Lafiabougou sur 7,800 KM
- centre ville - Djicoroni Para sur 4,500 KM
- centre ville - Sébénicoro sur 9,800 KM
- centre ville - Sibiribougou sur 12 KM
- centre ville - Taliko sur 9 KM
- centre ville - Lassa sur 11 KM

3.7.2. Les moyens de transport :

Les moyens de transport en commun sont constitués par les véhicules de la « SOTRAMA » et les taxis. On note l'existence de syndicats des transporteurs.

Le transport fluvial est moins dense et se compose de pirogues dans sa majorité. Il concerne le port de Djicoroni Para qui accueille les embarcations qui se déplacent sur le bief navigable Kourassa- Bamako en passant par Kankan en Guinée. Il est également utilisé dans l'acheminement des matériaux de construction (sable, gravier) extraits du lit du fleuve.

3.7.3. La télécommunication :

Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax et l'internet. En plus des connections à domicile Ces différents services sont offerts par les cabines téléphoniques publiques, les "business-center" et les cyber café. On constate une inexistence de ce moyen au niveau des centres de santé communautaires de la commune.

3.8 Situation administrative et politique :

La Commune IV est une collectivité administrative décentralisée dirigée par un Conseil Communal de 37 membres présidé par le Maire. Ce Conseil est l'organe de décision et de validation des actions de développement socio-sanitaire dans la commune (Décret n^o 02 – 314 / P-RM du 04 juin 2002).

On y trouve également une chefferie traditionnelle avec des conseillers qui assistent les autorités municipales dans leurs tâches. Ces chefs de quartiers sont regroupés au sein d'un collectif dirigé par un président.

Le rapprochement des services aux populations est effectif par la présence d'une Mairie centrale avec des Centres d'Etat Civil secondaires (2 à Lafiabougou; 2 à Hamdallaye; 2 à Djikoroni-para; 1 à Sebenikoro; 1 à Lassa).

En outre, il existe des services techniques propres de la mairie (BUPE, SACPN, Service financier ...) et des services techniques déconcentrés de l'Etat (EDM, SOTELMA, Perception, tribunal, le service des impôts, les Centres d'Animation Pédagogique, INPS...).

L'avènement de la démocratie a favorisé l'émergence de plusieurs partis politiques dont treize ont leurs sièges dans la commune ainsi que plusieurs associations.

Les programmes sectoriels (PRODESS, PRODEC, PRODEJ) sont mis en œuvre dans la commune à travers le Centre de Santé de Référence, les CAP, le Tribunal de première instance et tous les autres acteurs intervenant dans les dits domaines.

Plusieurs Associations sont représentées dans la commune. Les rapports d'activités de ces associations ne sont pas transmis aux services techniques ou, ces derniers ne sont pas informés à temps des résultats obtenus.

3.9. Education :

Tous les ordres d'enseignements sont représentés au niveau de la commune : préscolaire, fondamental , secondaire, technique/professionnel et supérieur. Ces ordres sont repartis entre les secteurs public, privé, communautaire, confessionnel.

L'enseignement informel occupe également une grande place dans la commune.

La commune compte 71 établissements publics, 30 privés et 19 medersa pour le fondamental ; 2 établissements publics et privés pour le secondaire.

L'alphabétisation fonctionnelle est également assurée au niveau de 3 quartiers (Taliko, Sebenikoro et Lassa).

3.9.1 Enseignement préscolaire :

Tableau IV : Etablissements de l'enseignement préscolaire

Etablissement	Garçons		Filles		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%		
Babitou KEITA	33	43,42	43	56,58	76	14,40
Papillon CP	194	62,99	114	37,01	308	58,33
Denbanouma	43	51,19	41	48,81	84	15,91
Mami Bel	38	63,33	22	36,67	60	11,36
Total	308	58,33	220	41,67	528	100

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Au niveau de l'enseignement préscolaire, les garçons ont été les plus nombreux avec 58,33% et les filles 41,67%. Le taux de scolarisation a été de 0,67%.

3.9.2 Enseignement fondamental:

3.9.2.1. Données CAP1 :

Tableau V : Etablissements de l'enseignement fondamental :

Secteur public 1^{er} cycle : 34 ; 2^e cycle : 14
 Secteur privé 1^{er} cycle : 19; 2^e cycle : 5
 Medersa 1^{er} cycle : 12; 2^e cycle : 5

Niveau CAP1	Garçons		Filles		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Ecole publique 1 ^{er} cycle	11 127	49,61	11 304	50,39	22 431	54,68
Ecole publique 2 ^{er} cycle	4 436	53,93	3 789	46,07	8 225	20,05
Ecole privée 1 ^{er} cycle	3 600	54,14	3 050	45,86	6 650	16,21
Ecole privée 2 ^{er} cycle	450	60,00	300	40,00	750	1,83
Medersa 1 ^{er} cycle	1 314	51,33	1 236	48,47	2 550	6,22
Medersa 2 ^{er} cycle	259	73,58	93	26,42	352	0,86
CED	36	56,25	28	43,75	64	016
Total	21 222	51,73	19 800	48,27	41 022	100

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

3.9.2.2. Données CAP2 :

Tableau VI : Etablissements de l'enseignement fondamental :

Secteur public 1^{er} cycle : 18 ; 2^e cycle : 5
 Secteur privé 1^{er} cycle : 4; 2^e cycle : 2

Niveau CAP2	Garçons		Filles		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectifs	%
Ecole publique 1 ^{er} cycle	5 887	52,06	5 422	47,94	11 309	48,60
Ecole publique 2 ^{er} cycle	2 011	58,31	1 438	41,69	3 449	14,82
Ecole communautaire 1 ^{er} cycle	453	51,89	420	48,11	873	3,75
Ecole privée 1 ^{er} cycle	2 275	52,11	2 091	47,89	4 366	18,76
Ecole privée 2 ^{er} cycle	180	51,87	167	48,13	347	1,49
Medersa 1 ^{er} cycle	1 314	51,53	1 236	48,47	2 550	10,96
Medersa 2 ^{er} cycle	259	73,58	93	26,42	352	1,51
CED	11	44,00	14	56,00	25	0,11
Total	12 390	53,24	10 881	46,76	23 271	100

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Au niveau de l'enseignement fondamental, les garçons ont représenté 52,28% et les filles 47,72% avec un taux de scolarisation de 81,33%.

Tableau VII: Etablissements de l'enseignement secondaire

Etablissement	Garçons		Filles		Total	
	Effectif	%	Effectif	%		%
Mamadou N'Bodje	478	68,78	217	31,22	695	17,52
Prosper	719	57,98	521	42,02	1 240	31,26
M. Sarr	682	62,34	412	37,66	1 094	27,58
El Madani Dravé	618	65,88	320	34,12	938	23,65
Total	2 497	62,94	1 470	37,06	3 967	100

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Tableau VIII : Etablissements de l'enseignement technique et professionnel (écoles de santé)

Etablissement	Garçons		Filles		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
CFTSS	30	53,57	26	46,43	56	12,28
« BOUCTOU »	0	0	100	100	100	21,93
BOUA KASSIM	40	13,33	260	86,67	300	65,79
Total	70	15,35	386	84,65	456	100

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

Au niveau de l'enseignement secondaire, technique et professionnel les garçons sont les plus nombreux soit 58,04% contre 41,96% de filles.

Niveau secteur privé :

Tableau IX :

situation du personnel sanitaire des structures privées (à la date du 1^{er} juillet 2002 au 30 juin 2003)

Structure		Médecin	IDE	OPC	Sage femme	Inf obstétr.	Matrone	Gérant	Autre
Type	Stomadent	1	0	0	0	0			
A	Molo	1	0	0	0	0	0	0	2
A	Bien etre	1	0	0	0	0	0	0	2
A	Serment	3	1	2	0	0	0	0	2
B	Maharouf	1	0	1	0	0	0	0	2
C	Moctar THERA	1	0	1	0	0	0	0	2
A	Lac télé	3	2	3	3	0	0	0	1
B	Kabala	5	1	1	1	0	0	0	15
B	Faran Samaké	2	1	0	1	0	0	0	7
B	Fraternité	2	1	0	0	0	0	0	4
B	Tati	1	0	0	0	0	0	0	5
C	Lafia	1	0	1	0	0	0	0	3
C	Yeelen	6	0	1	0	0	0	0	2
A	CMCR pasteur	0	0	6	3	3	0	0	2
B	Santé Plus	0	1	0	0	0	0	0	26
F	Diassa Missa	0	2	0	0	0	0	0	-
F	Croix du sud	0	1	0	0	0	0	0	1
F	Jigi	0	1	0	0	0		0	-
F	Mandé Keneya	1	1	0	0	1	0	0	-
B	Efficace santé	1	0	0	1	0	0	0	-
C	Clinique Helal d'iran	5	1	1	0	3	0	1	-
B	Luxembourg	3	6	0	3	0	1	1	-
C	Eureka	2	0	1	0	0	0	0	-

	Total	40	19	18	12	0	1	2	81
--	-------	----	----	----	----	---	---	---	----

A: Cabinet de consultation

B: Clinique médicale, chirurgicale et d'accouchement

C: Clinique médicale

D: Clinique chirurgicale

E: Clinique d'accouchement

F: Cabinet de soins (physiothérapie, kinésithérapie, soins infirmier)

G: Laboratoire d'exploration fonctionnel

H: Laboratoire d'analyses biologiques

I : Cabinet de radiologie

J : Centre de rééducation

K: Centre de cure.

Source : plan de développement socio-sanitaire 2004 –2008 Commune IV Bamako.

N.B : la qualité des ressources humaines sont disproportionnées, on a au cours de la collecte des données pour l'analyse institutionnelle des liens de collaboration (2002) un minimum de trois personnes (un médecin et deux aides soignantes) dans structure contre 18 spécialités 4 généralistes sur un effectif de 55 personnes dans autre. La majorité du personnel des structures privées sont des vacataires.

Tableau X :

personnel sanitaire et social des CSCOMet CSA, par structure (à la date du 30 juin 2003).

Nom de l'aire	Médecin	I.DE	Inf.1 ^{er} cycle	Sage femme	Matrone	Infir. Obste	Gérant	Autres
Asacosek	1	1	0	2	3	0	1	4
Asacola I	1	1	0	1	3	0	1	3
Asacola B5	1	0	0	1	0	1	1	3
Asakocola II	1	0	0	1	4	0	0	2
Asacodjip	1	0	0	2	3	0	1	1

Sources : plan de développement socio-sanitaire 2004-2008 commune IV Bamako mars 2004

RESULTS

4 – RESULTATS

5.1 :Tableau XI :

Taux de couverture par activité au niveau du centre de santé de la commune

IV

Année	Taux DTCP3%
1994	70,54
1995	96,05
1996	100
1997	85,96
1998	81,75
1999	77,61
2000	91,98
2001	78,34
2002	100

Tableaux XII : Taux de couverture vaccinale pour la poliomyélite chez les enfants de moins de 12 mois pendant le 1^{er} trimestre de chaque année.

Année	Vacciné	Population cible	Taux de couverture en %	Aire
1998	2568	7447	34.48	Toute l'aire
1999	666	3285	20.27	Asacola I, asacola II, asaco B5 et asacosek
2000	2335	5778	40.41	PMI + maternité Hamdallaye, PMI + maternité Djicoroni, PMI Lafiabougou
2001	2316	3063	75.61	Centre de santé de référence
2002	2303	3063	75.18	Centre de santé de référence

Tableau XIII :

Taux de couverture vaccinale pour le BCG chez les enfants de moins de 12 mois pendant le 1^{er} trimestre de chaque année.

Année	Vaccinés	Population cible	Taux de couverture en %	Aire
1998	2795	7447	37.53	Toute l'aire
1999	705	3285	21.46	Asaco seulement
2000	2646	5778	45.79	PMI seulement
2001	2103	3063	68.65	Centre de santé de référence
2002	2480	3063	80.96	Centre de santé de référence

Tableau XIV :

Taux de couverture vaccinal pour le VAR chez les enfants de moins de 12 mois pendant le 1^{er} trimestre de chaque année.

Année	Vacciné	Population cible	Taux de couverture en %	Aire
1998	905	7447	12.15	Toute l'aire
1999	414	3285	12.60	Asaco seulement
2000	1440	5778	24.92	PMI seulement
2001	1634	3063	53.34	Centre de santé de référence
2002	1166	3063	38.05	Centre de santé de référence

Tableau XV :

Taux de couverture vaccinal pour le DTCP1 chez les enfants de moins de 12 mois pendant le 1^{er} trimestre de chaque année.

Année	Vacciné	Population cible	Taux de couverture en %	Aire
1998	2248	7447	30.18	Toute l'aire
1999	637	3285	19.39	Asaco seulement
2000	2544	5778	44.02	PMI seulement
2001	2249	3063	73.42	Centre de santé de référence
2002	2238	3063	73.06	Centre de santé de référence

Tableaux XVI :

Taux de couverture vaccinal pour le DTCP2 chez les enfants de moins de 12 mois pendant le 1^{er} trimestre de chaque année.

Année	Vacciné	Population cible	Taux de couverture en %	Aire
1998	2248	7447	30.18	Toute l'aire
1999	666	3285	20.27	Asaco seulement

2000	2433	5778	42.10	PMI seulement
2001	2125	3063	69.37	Centre de santé de référence
2002	2191	3063	71.53	Centre de santé de référence

Tableau XVII :

Taux de couverture vaccinal pour le DTCP3 chez les enfants de moins de 12 mois pendant le 1^{er} trimestre de chaque année.

Année	Vacciné	Population cible	Taux de couverture en %	Aire
1998	1929	7447	25.90	Toute l'aire
1999	618	3285	18.81	Asaco seulement
2000	2230	5778	38.59	PMI seulement
2001	1793	3063	58.53	Centre de santé de référence
2002	2226	3063	72.67	Centre de santé de référence

Tableau XVIII :

Taux de couverture vaccinal pour la fièvre jaune chez les enfants de moins de 12 mois pendant le 1^{er} trimestre de chaque année.

Année	Vacciné	Population cible	Taux de couverture en %	Aire
1998	1399	7447	18.78	Toute l'aire
1999	485	3285	14.76	Asaco seulement
2000	1576	5778	27.27	PMI seulement
2001	1597	3063	52.13	Centre de santé de référence
2002	1480	3063	48.31	Centre de santé de référence

Les centres de santé de référence recueillent les taux de couverture vaccinale les plus élevés pour les différents antigènes au cours du premier trimestre de 1998 à 2002 sauf pour le VAR et la fièvre jaune où les taux de couverture ont relativement baissé entre les années 2001 et 2002 .

Les taux de couverture vaccinale au DTCP3 ont relativement varié de 1994 à 2003 période au cours de laquelle ils sont passés par un minimum de 70.54% en 1994 à un maximum de 100% en 1996 et en 2002. La première édition des Journées Nationales de Vaccination a eu lieu en Novembre 1997 et

à cette même période le taux de couverture à la DTCP3 était de 85.96% au niveau de la commune IV. En examinant avec attention les taux de couverture observés au sein des différentes structures de santé au cours du premier trimestre des années 1998 à 2002 nous constatons que ce sont les centres de santé de référence qui reçoivent relativement le plus d'enfants à vacciner dans des proportions pouvant atteindre 72.67% en 2002 chez les enfants âgés de moins de 12 mois. Pour ce qui concerne les autres antigènes force nous est de reconnaître que les centres de santé de référence drainent le plus d'enfants en âge d'être vaccinés. Les données incomplètes des années D'avant 1997 ne nous ont pas permis de montrer de façon évidente l'impact des JNV sur la redynamisation du Programme Elargi de Vaccination à travers les antigènes administrés tel que l'a montré MOKAM (2004) à propos de la Commune III du District de Bamako .

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5 COMMENTAIRES ET DISCUSSION:

Nous avons entrepris une étude rétrospective qui a couvert théoriquement la période allant de 1994 à 2003 . Notre objectif principal en abordant cette étude était d'apprécier l'impact des journées nationales de vaccination sur la redynamisation des activités du programme élargie de vaccination dans la commune IV du District de Bamako.

Notre étude a pris en compte les données du rapport sur le plan de développement socio-sanitaire 2004-2008 de la commune IV du District de Bamako et de celles colligées dans les différents rapports trimestriels du centre de référence de la commune IV .

Afin d'obtenir les différents taux de couverture vaccinale nous avons estimé annuellement notre population en utilisant le taux d'accroissement 0.002 et les classes de notre population en utilisant les proportions standards de la DNSI .

Enfin les données relatives aux différents taux de couverture vaccinale recueillies auprès des centres de santé ne couvraient pas une année révolue. Ceci nous a amené à ne considérer que le premier trimestre de chaque année .

CONCLUSION

6 CONCLUSION:

Aux termes de cette étude au cours de laquelle nous nous étions donné comme objectif principal de mesurer l'impact des journées nationales de vaccination sur les activités de routine du programme élargi de vaccination nous retiendrons que la période qui ont couvert les J.N.V à été caractériser par un taux de couverture vaccinale supérieur à 70% par rapport au DTCP3.

Les centre de santé de référence continuent à recueillir le plus grand nombre d'enfants en âge d'être vaccinés.

RECOMMENDATION

7 RECOMMANDATIONS:

Aux Autorités sanitaires:

- Soutenir la sensibilisation en matière de P.E.V à travers les médias publics et privés
- Renforcer les centres de Santé de référence et communautaire assurer un meilleur archivage et une bonne documentation des activités de routine au sein.

RESUME

7 RESUME:

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Programme Elargi de vaccination plan d'action Bamako, avril 1987.
2. Occasion manquée en vaccinologie chez les enfants de 0 à 2 ans dans le District de Bamako (thèse de la fac pr. Yaye SIMAGA PJ ; Pr. Y.S. thèse de Nene ...)
3. Rapport sur l'état d'avancement du projet mali 191/006 ; appui au programme élargi de vaccination (janvier ; décembre 1996 Bamako, mai 1987)
4. Larousse de Poche : dictionnaire de la médecine
5. Album des JNV(journées Nationales de vaccination du Mali) de 1997 à 2000 présenté par le Comité de pilotage des journées Nationales de vaccination du Mali.
6. Plan de développement socio-sanitaire 2004 – 2008 Commune IV/Bamako mars 2004 équipe socio-sanitaire de la Commune IV.

Fiche Signalétique

Nom : SIDIBE

Prénom : Moustapha

Titre de thèse : **IMPACT DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION CONTRE LA POLYOMYELITE DANS LA REDYNAMISATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DANS LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO.**

Année Universitaire : 2004 – 2005

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : PEV, JNV

Résumé de thèse

Aux termes de cette étude au cours de laquelle nous nous étions donné comme objectif principal de mesurer l'impact des Journées Nationales de Vaccination sur les activités de routine du Programme Elargi de Vaccination nous retiendrons que la période qui a couvert les JNV a été caractérisée par un taux de couverture vaccinale supérieur à 70% par rapport au DTCP3.

Les centres de santé de référence continuent à recueillir le plus grand nombre d'enfants en âge d'être vaccinés.

MOTS CLES : Vaccination, Poliomyélite, Commune IV du district de Bamako