

EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES AU SERVICE DE MEDECINE DU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI

SUPERIEUR ET DE LA

RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2022 – 2023

Thèse N° _____ /Med

THESE

**EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES NON
TRANSMISSIBLES AU SERVICE DE MEDECINE
DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le 13/10/2023 devant
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

**Par :
M. Mahamadou S. KEITA
JURY**

Président : Mr Ichaka MENTA, Professeur

Directeur de thèse : Mr Hamidou O BA, Maître de conférences

Co-directeur : Mr Ibrahima Sangaré, Maître de conférences

Membre: Dr Ibrahim FALL, Médecin

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail

A ma patrie le Mali pays des grandes civilisations et des grands empires pour la formation reçue

A mon épouse Idaba KEITA Je ne te remercierai jamais assez pour ce que tu as apporté à moi et à ma famille tu es une femme exemplaire que dieu te confie santé, longue vie et des enfants qui pourrons vous donner le sourire

A mes filles Massidan et Fatoumata vous êtes mon avenir

A mon père Feu Samba KEITA Merci pour la vie et l'éducation que vous m'avez offerte vous avez été toujours là quand il faut, reconnu comme véridique, sincère et solidaire par tous je vous emboîterai le pas.

A ma mère Feu Massidan CAMARA mère nourricière courtoise et toujours souriante merci pour tout. Les mots me manquent pour exprimer mes sentiments pour vous maman.

REMERCIEMENTS

A **Allah** le tout puissant créateur des cieux de me donner la force de tenir malgré les enjeux et toutes les difficultés de cette vie du bas monde

A mes enseignants du fondamentale **Sitapha Magassouba, Mady Camara, Bréhima Magassouba.**

A mes enseignants du second cycle **Lamine Keita, Mamadou Traoré, Mamadou Keita Modibo Diarra.**

A mes professeurs du lycée **Mamadou Camara, Mamby Keita**

A mes professeurs de la **FMOS.**

A mes frères et sœurs **Karoungha, Adama, Soloba, Namory, Sékou, Mansa, Namouké, Sory, Namakan, Diakaridia** Je vous appelle au travail et à l'union seules issues dans ce bas monde de plus en plus difficile, vous êtes la plus précieuse de mes richesses

A Mr **Falaye Keita** et son épouse **Djeneba Diakité**, officier d'état civil maire de la commune rurale de **Niouma Makana**. Mr le maire merci pour votre soutien constant et pour toute la considération à mon égard je vous serai éternellement reconnaissant

A l'association pour le développement de Niamou (**ADN**) merci pour ce que vous faites pour ce village à qui on doit tout.

A mes amis de **G1 avenir** Merci pour cette décennie de collaboration sans faille je suis conscient de votre rôle dans ma vie

A **Namakan Camara** dit l'enfant mon oncle maternelle merci pour la considération et le soutien depuis la nuit des temps.

A **Papa Soumaoro, kalilou Keita, Mady S Keita, Ousmane Keita, Balla Camara, Daouda Dombia, Mady B Keita, Adama Diakité.** Je vous remercie pour le service rendu et pour cette marque de solidarité pour ma personne.

A mes collègues internes du service **Adama Diallo, Adama D Diarra**

A mes maîtres du CSRef commune III Service de médecine :

Dr **FALL Ibrahim**, Dr **DIARRA Alimatou DEMBELE**, Dr **Mamadou MOLO Diarra**, Dr **Dicko Fadimata**, Dr **TOURE Abocar**, Dr **DRAME Bamory**, Dr **DIALLO Almou**, Dr **Nana BAH**, les mots me manquent pour exprimer tout ce que je ressens, après tous ces moments passés.

Aux Infirmiers de médecine générale :

Major **TOURE Zibilila**, **Nagnouma DIAKITE**, **Youssef SIDIBE**, **Sira CISSE**, **Mariam KONE**, **Oumou FOFANA**.

Merci pour tous vos soutiens.

Aux externes du service : merci pour votre respect et votre franche collaboration.

Je vous souhaite bonne chance pour la suite de votre formation de médecine.

LISTE DES ABREVIATIONS

MNT : Maladies non transmissibles

MCV : Maladies cardiovasculaires

MRC : Maladies respiratoires chroniques

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRef : Centre de santé de référence

OMS : Organisation mondiale de la santé

AVC : Accident vasculaire cérébrale

PIB : Produit intérieure brute

ADA : Association américaine du diabète

HPGO : Hyperglycémie provoquée par voie orale

HTA : Hypertension artérielle

FDR : Facteur de risque

BPCO: Broncho pneumopathie chronique obstructive

GARD: Global Aliance Against Chronic Respiration Deases

DDB : Dilatation des bronches

VIH : Virus de l'immuno- déficience humaine

PHV : Papilloma virus humain

PMU : Pari mutuel urbain

SIS : Système d'information sanitaire

ORL : Oro rhino laryngé

USAC : Unité de soin d'accompagnement et de conseil

ATCD : Antécédent

AEG : Altération de l'état général

ASACODAR : Association de santé communautaire de Darsalam

ASACOKOULPOINT : Association de santé communautaire de Koulouba et
de point G

ASACODRAB : Association de santé communautaire de Drabola

ASACOTOM : Association de santé communautaire de Tomikorobougou

IMC : Indice de masse corporelle

IDF : fédération internationale du diabète

LISTE DES FIGURES

Figure I : diagramme de risques communs aux quatre groupes de maladies

Figure 2 : Carte sanitaire de la commune III du district de Bamako

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients par tranche d'âge.....	32
Tableau II : Répartition des patients en fonction du sexe.....	32
Tableau III : Répartition des patients en fonction des maladies.....	33
Tableau IV : Répartition des maladies en fonction du sexe.....	33
Tableau V : Répartition des patients en fonction des facteurs de risques.....	34
Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la résidence.....	34
Tableau VII : Répartition des patients en fonction des professions	35
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des niveaux d'instructions.	35
Tableau IX : Répartition des patients en fonction des statues matrimoniales.....	36
Tableau X : Répartition en fonction des motifs de consultation.....	36
Tableau XI : Répartition des patients en fonction des ATCD personnels.....	37
Tableau XII : Répartition des patients en fonction des ATCD familiaux.....	37
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de consommation du tabac et de l'alcool	37
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction des mode de vie.....	38
Tableau XV : Répartition des patients en fonction des modes d'alimentations.	38
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des environnements de vie.....	38
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de la relation entre tabagisme et MCV.....	39
Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de la relation entre diabète et MCV.....	39
Tableau XIX : Répartition des patients en fonction des comorbidités... ..	40

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY.

Pr MENTA Ichaka

- **Professeur titulaire en cardiologie à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au C H U Gabriel Touré**
- **Chef de service de cardiologie au CHU G-T**
- **Spécialiste en cardiologie du sport**
- **Président de la SOMACAR**

Cher Maître

Nous sommes honorés que vous ayez, malgré vos multiples occupations, accepté de présider ce jury de thèse. Vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité font de vous un maître respecté et admiré de tous, recevez ici l'expression de toute notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr FALL Ibrahim

- **Médecin, Spécialiste en Médecine de Famille et en Médecine Communautaire**
- **Chef de service de l'unité de médecine générale du CSRéf de la commune III ;**

Cher maître,

Votre amour constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à notre bonne formation font de vous un maître de référence. Votre caractère sociable fait de vous un homme exceptionnel toujours à l'écoute des autres. Nous avons beaucoup appris à vos côtés, merci pour la qualité de votre encadrement. Recevez ici l'expression de toute notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Pr Ibrahima SANGARE

- **Professeur en cardiologie à la FMOS ;**
- **Spécialiste en pathologies cardiovasculaires ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;**
- **Médecin agréé en médecine aéronautique auprès de l'ANAC ;**
- **Membre du Collège Ouest Africain des médecins ;**
- **Membre de la SOMACAR (Société Malienne de Cardiologie) ;**
- **Membre de la Promotion d'Aide Médicale Urgente.**

Cher Maître,

Pouvoir bénéficier en tant qu'élève de votre savoir dans la discipline est un privilège. Nous avons été très sensibles aux conseils et à l'enseignement que vous nous avez dispensés. Veuillez trouver ici cher maître le témoignage de la reconnaissance de celui qui est fier d'être compté parmi vos élèves.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr Hamidou Oumar BA

- **Maître de conférences agrégé en cardiologie à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au CHU GT**
- **Membre du Collège Ouest Africain des médecins,**
- **Membre de la société malienne de cardiologie (SOMACAR),**
- **Membre associé de la société française de cardiologie.**

Cher Maître,

Nous vous remercions pour la confiance, que vous nous avez faite en nous proposant ce travail, les mots nous manquent pour vous signifier tout ce que nous ressentons pour vous, car plus qu'un directeur de thèse, vous avez été une source de savoir pour nous. Votre exigence pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique mais surtout votre simplicité et votre accessibilité nous ont beaucoup séduits. C'est l'occasion pour nous de vous dire merci, cher maître, pour tout ce que nous avons appris auprès de vous. Nous prions le tout puissant de vous donner santé et longévité

SOMMAIRE

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES ABREVIATIONS.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
I/ INTRODUCTION.....	1
II/ OBJECTIFS.....	2
III/GENERALITES.....	3
A/ DEFINITION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	3
A1/ DIABETE.....	3
A2/ MALADIES CARDIOVASCULAIRES.....	6
A3/ MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES.....	8
A4/ CANCERS.....	10
B/ GENERALITES SUR LES MNT.....	12
B1) FACTEURS DE RISQUES.....	13
B2) PREVENTION ET LUTTE CONTRE LES MNT.....	15
IV/ METHODOLOGIE.....	18
V/ RESULTATS.....	34
VI/COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	44
VII/CONCLUSION.....	47
VIII/ RECOMMANDATIONS.....	48
IX/REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	49
X/ANNEXES.....	51

I. INTRODUCTION

Les maladies non transmissibles notamment les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, le diabète représentent une charge de plus en plus lourde au niveau mondial de par leurs conséquences sanitaires économiques et psychologiques, dégradant les conditions de vie précaires des populations dans les pays pauvres. (1)

En effet ces maladies non transmissibles (MNT) sont dans une large mesure, évitables : jusqu'à 80% des cardiopathies, des AVC et du diabète de type II et plus d'un tiers des cancers pouvaient l'être par l'élimination des facteurs de risques (2).

Si rien n'est fait, l'OMS estime que les décès dus aux MNT augmenteront de 17% dans le monde et qu'ils toucheront particulièrement la région africaine (+27%) et la méditerranée (+25%) (2)

En amont de la prise en charge médicale et notamment médicamenteuse, il y a des enjeux de prévention qui impliquent le déploiement de politiques de santé publique au sens large du terme : éducation à la santé, la prévention, la sensibilisation aux fondamentaux d'une bonne hygiène de vie mais aussi encadrement sanitaire optimisé pour une détection et un traitement précoce des MNT. (2)

Elles sont responsables d'absentéisme au travail, d'incapacité physique et intellectuelle mais aussi de décès prématurés qui entraîne une perte de productivité. Leur prise en charge est coûteuse, ce qui augmente les dépenses de santé, ainsi elles constituent un handicap au développement des pays à revenu faible et intermédiaire. (1)

Au Mali la mortalité liée aux MNT est : Les maladies cardiovasculaires 12% ; les cancers 4%, les affections respiratoires chroniques 3%, le diabète 1%, autres MNT 10% ; on estime alors que les MNT sont à l'origine de 30% de tous les décès au Mali. (3)

- Il y a eu jusqu'à ce jour très peu d'études sur le MNT en Afrique en générale et en particulier au Mali
- Les décès prématurés liés aux MNT restent l'un des principaux défis du développement au XXIème siècle ;
- Insuffisance de politique et de plan de lutte contre les MNT

II. OBJECTIFS :

A/ Objectif général :

Etudier l'épidémiologie des maladies non transmissibles au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

B /Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer la fréquence des maladies non transmissibles dans le service de médecine du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.
- ❖ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints des maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les cancers dans le service de médecine du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.
- ❖ Déterminer les facteurs de risque des maladies non transmissibles dans le service de médecine du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

III. GENERALITES :

A/ Définition des maladies non transmissibles :

Une maladie non transmissible est un état médical ou maladie qui par définition est non infectieuse et non communicante entre personnes. Les MNT peuvent être des maladies chroniques de longue durée et à progression lente, ou elles peuvent mener vers une mort plus rapide comme certains types d'accidents Vasculaires cérébraux (AVC). Les MNT comprennent plusieurs états pathologiques notamment :

Les maladies auto-immunes, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections pulmonaires, le diabète, les insuffisances rénales chroniques, l'Ostéoporose, la maladie d'Alzheimer, les maladies psychiatriques, la liste est exhaustive. Les MNT se distinguent uniquement par leurs causalités non infectieuses, pas nécessairement la durée. (1)

Dans cette étude nous nous intéresserons aux quatre grands groupes de maladies non transmissibles notamment : *les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète.*

A.1. Diabète :

Contrairement à une vieille opinion, considérant le diabète sucré comme une maladie des pays riches, cette maladie constitue de plus en plus une préoccupation majeure dans les pays en développement et particulièrement en Afrique subsaharienne. Selon l'IDF 2019, 578 millions de personnes vivront avec le diabète en 2030 soit (10,2%) de la population mondiale si les mesures suffisantes ne sont pas prises pour faire face à cette pandémie ; ce chiffre sera de 700 millions d'ici 2045. Cette évolution est plus nette dans les pays en développement et particulièrement en Afrique subsaharienne. Dans ces pays cette expression s'inscrit dans une véritable transition épidémiologique des maladies transmissibles. Ce phénomène reconnaît plusieurs causes dont le vieillissement de la population, l'alimentation, la sédentarité et l'obésité. En dehors de l'obésité l'hypertension artérielle est le principal facteur de risque cardio-vasculaire associé au diabète.

Seul ou associé aux autres facteurs de risque, le diabète est responsable d'une lourde morbidité notamment cardio vasculaire et rénale. (4)

Selon une étude réalisée par Dominique Labie en 2007 ; soigner un diabète peut coûter plus de la moitié du PIB d'une famille quand il est de 300\$ US.

L'espérance de vie d'un enfant présentant un diabète de type I est en moyenne d'un an : jusqu'à 8 ans au Mali, mais 7 mois seulement au Mozambique. (5)

En calculant de façon approximative la prévalence à partir des données concernant l'incidence et l'espérance de vie, ont abouti à une estimation de 0,012% de diabète de type I, contre 0,062% dans les pays industrialisés. Quant au diabète de type II le nombre de malades étaient évalué à 7 millions en 2000 mais les projections sont inquiétantes : le Togo avait affiché une apparente rareté de la maladie de 2,3% en 1972 ; elle s'est élevée à 6,2% en 2000 pour le diabète de type II. Le Soudan a donné des valeurs de 10% en 2007. Si l'on estimait la fréquence à 1% en zone rurale, elle pourrait s'approcher de 6% en zone urbaine et 13% dans la population urbaine indienne. Or on sait que d'ici 2027 la moitié des africains vivront en ville : selon l'*United nations population fund*, la population urbaine était de 34% en 2000 ; elle passera à 70% en 2025.

Le développement du diabète c'est aussi la fréquence accrue des complications souvent observées dès le moment du diagnostic. Une équipe camerounaise a collecté des données issues de différents pays. Selon les auteurs une rétinopathie s'observe chez 16 à 55 % des diabétiques, elle est sévère dans 15% des cas. Présente au moment du diagnostic du diabète de type II dans 21-25% des cas, on la retrouve chez 9,5% des diabétiques de type I.

La fréquence d'une néphropathie serait de 32 à 57% quand le diabète a plus de 5 ans, de 5 à 28% dès la première année.

L'existence des troubles neurologiques est variable. Il y aurait peu de complications macro vasculaires, mais en revanche, 5 à 10% des maladies coronaires ainsi que de fréquentes cardiomyopathies. Le diabète est aussi responsable des artérites de membres inférieurs, des ulcérations des pieds de même que les amputations des extrémités qui sont de l'ordre de 1,5 à 7%.

Des observations faites en Tanzanie corroborent ces données et montrent que la prise en charge des diabètes représente jusqu'à 30% des frais dans les consultations hospitalières. (5)

Le diabète sucré est défini par l'élévation chronique de la concentration de glucose dans le sang (hyperglycémie) et regroupe dans un véritable syndrome

plusieurs maladies de pathogénie différente (troubles de la sécrétion et /ou de l'action de l'insuline).

L'hyperglycémie est la cause principale de la survenue des complications dégénératives de la maladie diabétique mais celle-ci sont néanmoins susceptibles d'être évitées ou tout au moins retardées par un traitement adéquat.

Selon les critères actuels le diabète est défini par une glycémie plasmatique à jeun à 1,26 g/dl ou >2g/dl quel que soit l'heure du prélèvement en présence des symptômes cliniques.

La classification nosologique du diabète publiée en 1997 par un groupe d'experts sous la responsabilité de l'association américaine du diabète (ADA) remplace celle en 1979 par le "national diabètes Data Group" et entériné en 1980 par l'OMS est le suivant :

- Diabète de type I
- Diabète de type II (À dominance d'insulinorésistance ou d'insulinopénie)
Autres diabètes spécifiques (dit secondaires)
- Diabète gestationnel
- Altération de l'homéostasie glucidique
- Glycémie à jeun anormale
- Intolérance glucidique.

Cette classification met en exergue les différents types de physiopathologies des diabètes de type I et II.

Dans le diabète de type I l'hyperglycémie est due à une carence absolue en insuline secondaire à la destruction auto-immune des cellules B des îlots de LANGERHAN même si certains cas rares de ces diabètes apparaissent idiopathiques.

Dans le diabète de type II, la carence en insuline est relative et l'hyperglycémie est liée à l'association à des degrés divers, d'une insulinorésistance et d'une insulinopénie. Ces deux types de diabètes ont de nombreuses caractéristiques cliniques et biologiques différents.

Les diabètes dits "spécifiques" sont secondaires à une maladie pancréatique, à une endocrinopathie, iatrogène ou encore liés à des anomalies génétiques.

Le diabète gestationnel correspond à un trouble de la tolérance glucidique apparaissant entre la 24^{ème} et 28^{ème} semaine de la grossesse et disparaît après l'accouchement. Son diagnostic repose à l'heure actuelle sur la pratique d'une HGPO avec 100 g de glucose. (6)

A.2. Les maladies cardio-vasculaires :

Les pathologies cardio-vasculaires sont l'ensemble des maladies qui atteignent le cœur et les vaisseaux. Elles sont responsables de 20 à 25% des mortalités globales de la population.

Chacune des structures anatomiques du cœur (myocarde, endocarde, péricarde, valves, tissus anatomiques et voies de conduction) peuvent être source de maladie. On considère comme faisant partie intégrante du cœur les coronaires dont les atteintes constituent un des aspects majeurs des pathologies cardio-vasculaires.

Sous la terminologie des AVC, la littérature médicale fait le plus souvent référence à des affections chroniques cardiaques ou vasculaires ayant en commun un lien avec l'athérosclérose. L'athérosclérose qui selon l'OMS est une combinaison variable de remaniement de l'intima des artères de gros et moyens calibres constituant à une accumulation locale de lipide (athéro), de glucides complexes de sang et de produits sanguins, de tissu fibreux (sclérose) et de dépôt de calcaire. (1)

L'HTA est un des principaux facteurs de risque pour les autres maladies cardiovasculaires (MCV). L'on estime que plus de 20 millions de personnes sont touchées dans la région Africaine, surtout en milieu urbain.

La prévalence varie de 25 à 35% chez les adultes de 25 à 64 ans et certaines études montrent qu'il y a un lien direct entre le niveau de la pression artérielle, la consommation de sel, la consommation de graisse, et le poids corporel. Des études menées au Ghana, en Île Maurice, en Afrique de sud et au Zimbabwe révèlent une augmentation du nombre de décès dus à un AVC pouvant être liée à une augmentation de l'incidence de l'hypertension, de l'obésité, du tabagisme et du diabète.

La prévention et la lutte contre l'hypertension permettraient d'éviter au moins 250000 décès par an.

Les MCV ont été responsables de 17,9 millions de décès en 2016 soit 44% décès dus au MNT. (7)

Le taux de mortalité lié aux MCV est inexorablement appelé à augmenter avec le vieillissement de la population, l'urbanisation et les nouveaux comportements alimentaires.

Les pays les moins avancés d'Afrique subsaharienne, d'Asie de Sud Est et d'Amérique de Sud ne sont pas épargnés par cette évolution.

L'urbanisation rapide et mal contrôlée dans les pays tropicaux a induit une modification du mode de vie des populations jusque-là peu confrontées aux facteurs de risques (FDR).

Ainsi le triptyque obésité-syndrome métabolique-diabète est aujourd'hui en plein expansion. Les autres FDR cardiovasculaires sont aussi en progression régulière. C'est le cas du tabagisme dont la consommation a augmenté de 40% en 20 ans en Afrique et en Asie. Cette progression a été facilitée par les industriels qui ont ciblé les pays à faible revenu pour combler leurs pertes sur les marchés du nord. Ils ont été aidés dans leur politique commerciale par la publicité et une contrebande bien structurée.

Tous ces facteurs expliquent en partie la prévalence élevée de l'HTA qui a la particularité d'avoir un profil pathogénique spécifique dans la population noire.
(8)

A.3. Maladies respiratoires chroniques :

Des centaines de millions de personnes souffrent des maladies respiratoires chroniques. Actuellement 300 millions des personnes sont asthmatiques, 80 millions ont une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) légère, de rhinite allergique et d'autres maladies chroniques qui ne sont pas diagnostiquées. L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'en 2005, environ 4 millions de personnes sont mortes de maladies respiratoires chroniques.

L'alliance mondiale contre les affections respiratoires chroniques (Global Alliance Against Chronic Respiration Diseases) (GARD) a été constituée pour contribuer à mettre un terme à cette épidémie mondiale. (9)

Les maladies respiratoires chroniques posent un grave problème de santé publique dans les pays industrialisés et en développement en raison de leurs fréquences et de leurs incidences économiques. Dans les pays en développement, où pauvreté et maladies respiratoires chroniques ont été longtemps liées, la plupart des malades ont difficilement accès aux soins, c'est aussi le cas des minorités pauvres dans les pays industrialisés. (10)

Elles sont entre autres : *les BPCO, l'asthme, les cancers du poumon, les dilatations des bronches (DDB) ou bronchectasie.*

Les BPCO : est un groupe de maladies caractérisées par une obstruction lente et progressive des voies aériennes basses associée à une distension permanente des alvéoles pulmonaires avec une destruction des parois alvéolaires sans fibrose. Ces modifications anatomiques entraînent une gêne à l'écoulement de l'air et une diminution des débits aériens. Les BPCO regroupent les bronchites chroniques et l'emphysème.

Le tabac est le premier facteur de risque des BPCO mais d'autres facteurs tel que : les polluants atmosphériques, les agents industriels, les facteurs génétiques, les infections respiratoires à répétition ... sont aussi incriminés.

La bronchite chronique : est défini par une toux et une expectoration survenant au moins une fois par an durant deux années consécutives.

L'emphysème pulmonaire : est l'élargissement anormal permanent des voies aériennes situées au-delà des bronchioles terminales associées à une destruction

des parois alvéolaires sans fibrose. On distingue deux types d'emphysème :
Centro lobulaire et pan- lobulaire.

L'emphysème centro-lobulaire : se caractérisent par une inflammation induite par la fumée du tabac entraînant la dilatation et la destruction des bronchioles sises au centre des lobules pulmonaires.

L'emphysème pan-lobulaire : correspond à une dilatation et une destruction plus distale des espaces aériens ; c'est la forme typique observée en cas de déficit en α -1 antitrypsine et elle prédomine au niveau des bases pulmonaires.
(11)

Les bronchectasies : est une augmentation permanente du calibre des bronchique d'une ou plusieurs bronches par destruction irréversible de l'armature fibroélastique et cartilagineuse. Existence concomitante de sténoses qui participent à la stagnation des sécrétions bronchiques (Vandevenne).

La bronchorrhée peut être inconstante (Similowski). (12)

A.4. Cancers :

La cancérologie est perçue comme un problème de santé secondaire dans les pays émergents, partout l'incident annuelle des cancers y est en pleine croissance (environ 100 à 120/100.000 actuellement en Afrique subsaharienne). Cela peut s'expliquer par l'incidence élevée des pathologies infectieuses à risques oncogène (Hépatites, VIH, Helicobacter, etc...), mais aussi par des politiques nationales et internationales de prévention encore trop réduites. (6)

L'OMS estime que le cancer est responsable d'un décès sur six dans le monde et a enregistré en 2018 18,1 millions de nouveaux cas de cancers et s'attend que ce nombre atteigne 29 à 37 millions d'ici 2040.

Lors de la journée mondiale contre le cancer en février 2020 l'OMS a présenté un éventail d'intervention permettant de prévenir les nouveaux cas de cancers comme la lutte contre le tabagisme, responsable de 25% des décès par le cancer, la vaccination contre le virus de l'hépatite B pour prévenir les cancers du foie et à rappeler que l'élimination du cancer du col de l'utérus est possible par la vaccination contre le PVH.

Les pays à revenu élevé ont adopté des programmes de prévention, de diagnostic précoce et de dépistage qui associé à des traitements plus performant, ont contribué à réduire le taux de mortalité prématuré de 20% entre 2000 et 2015. Dans les pays à faible revenu la réduction n'a été que de 5%.

En 2015 les principaux types de cancers dans le monde étaient : le cancer du poumon (1,69 millions de décès), du foie (788000 décès), colorectal (774000 décès), de l'estomac (754000 décès), du sein (571000 décès). Mais les types de cancers varient selon les régions. Ainsi le cancer du col de l'utérus est fréquent en Afrique de l'est.

Les cancers ont de facteurs de risques très importants tel que : les infections dû à des virus, des bactéries, des parasites...

Sur 14 millions de nouveaux cas de cancers en 2012 2,2 millions étaient imputables à une infection. A cela s'ajoutent les facteurs de risques génétiques, les pollutions de l'environnement et comportementaux (tabagisme, alcoolisme ...) (14)

En Afrique l'OMS a recensé 847000 nouveaux cas de cancers en 2012, une incidence encore bien inférieure à celle des pays développés. Mais ce bilan

laisse de côté les nombreux pays où il n'existe pas encore de registre dans lequel consigner le nombre de malades.

Les yeux rivés sur les grandes épidémies – paludisme, sida, Ebola et aujourd'hui la COVID 19.

Les estimations publiées sur le cancer au Gabon en 2012 annoncent une hausse de la mortalité de 45% d'ici 2025. Les femmes de 45 à 55 ans sont les premières victimes. En Afrique subsaharienne les cancers représentent désormais 10% à 20% des pathologies chroniques observées. Il touche à priori les femmes de 45 à 55 ans.

Les cancers classiques du sein, du col de l'utérus pour les femmes de la prostate pour les hommes sont les plus fréquents. Mais l'Afrique produit aussi ses propres spécificités << les mélanomes de la plante des pieds sont devenus courants en zone rurale. Les albinos développent des cancers de la peau en raison de la forte exposition aux rayons ultraviolets et les hommes sont aussi atteints de cancers du sein >>.

Le diagnostic tardif c'est cela aussi la spécificité du cancer en Afrique : un diagnostic tardif si tardif qu'il laisse peu de chance de rémission.

<< Le taux de rémission complète ne dépasse pas les 25% chez nous tandis qu'il atteint les 60% dans les pays occidentaux les mieux pourvus en système de santé >>. (15)

B. Généralités sur les MNT

Les MNT et les troubles mentaux causent de grandes souffrances, entravent les contacts sociaux et la productivité économique et entraînent des dépenses de santé catastrophiques et une mortalité prématurée.

Ils ont souvent des effets néfastes sur les familles et les soignants. Cet impact sur les individus et leurs familles coûte très cher à la société en raison de la perte de moyen d'existence et de réduction du capital humain.

Les décès prématurés dus aux MNT restent l'un des principaux défis du développement au XXIème siècle. Les MNT tuent 15 millions de femmes et d'hommes entre 30 et 70 ans chaque année soit 70% des décès dans le monde, et aucun pays n'est épargné. (16)

Ces MNT ont en commun des facteurs de risques clés liées au comportement qu'il est possible de modifier, notamment le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'absence d'exercice physique et l'usage nocif de l'alcool qui à leur tour entraînent surpoids et obésité, hypertension, hypercholestérolémie et finalement la maladie.

Le profil de certains pays par rapport à leur population et au taux de mortalité lié aux MNT :

Pays	Population	% de décès des MNT	Nombre de décès	Fréquence de décès prématuré lié MNT
Albanie	2 923 000	92%	20 000	15%
Afghanistan	33 736 000	42%		31%
Allemagne	81 708 000	91%	800 000	12
Belgique	11 288 000	86%	94 000	12%
Burkina Faso	18 111 000	33%	51 000	23%
Mali	17 468 000	30%	54 000	24%

Au-delà de l'impressionnant arsenal thérapeutique ; on notera que le problème d'observance thérapeutique se rencontre dans la grande majorité des maladies non transmissibles.

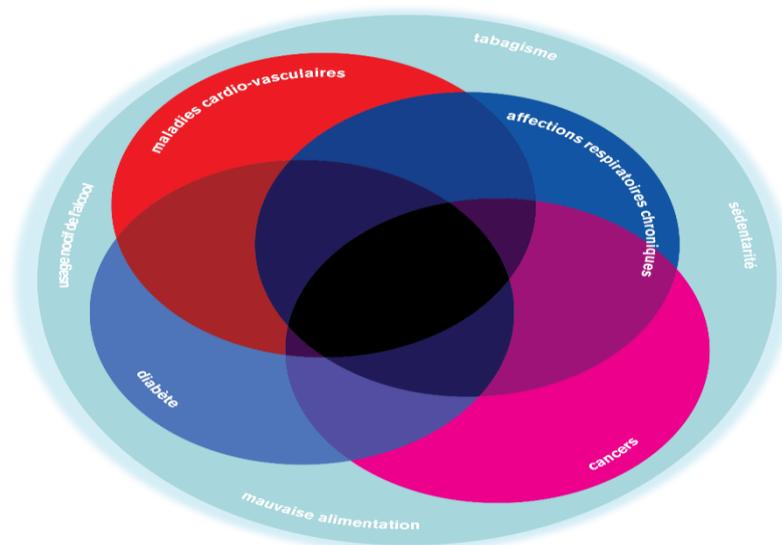
Le caractère souvent asymptomatique de l'HTA contribue largement à ce problème.

De nombreux patients croient encore que l'HTA est une maladie curable et qu'une fois la pression normalisée, il est possible d'arrêter ou de diminuer le traitement. (17)

La comorbidité est la présence d'une ou plusieurs maladies (ou syndromes) en association avec une maladie primaire ou une affection qui induit plusieurs pathologies chez un même patient en association avec des de risques et/ou des mécanismes communs. Dans leur grande majorité les patients ayant une maladie non transmissible souffrent de plusieurs pathologies en particulier lorsqu'ils vieillissent.

Les comorbidités sont une des caractéristiques des MNT majeurs (cardiovasculaires, cancers, respiratoires chroniques et diabète) et sont souvent présent chez le même patient bien qu'ils aient habituellement une expression plus marquée d'une comorbidité. (18)

B1) Facteurs de risque



(18)

Figure I : facteurs de risque communs aux quatre groupes de maladies

• **Les facteurs de risque comportementaux (modifiables) :**

Le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation et l'usage nocif de l'alcool sont tous des comportements qui augmentent le risque de survenu de maladies non transmissibles, mais peuvent être modifiés.

- On impute au tabac 7,2 millions de décès par an (y compris ceux par exposition à la fumée des autres et selon les projections ces chiffres devraient sensiblement augmenter dans les prochaines années
- On impute environ 4,1 millions de décès par an à une consommation excessive de sel/sodium
- Plus de la moitié des 3,3 millions de décès par an imputable à l'alcool sont dus aux MNT parmi lesquels le cancer.
- On peut attribuer 1,6 millions de décès par an à une activité physique insuffisante. (19)

• **Les facteurs de risques métaboliques /physiologiques :**

Les facteurs de risques suivants contribuent à une modification du métabolisme qui augmente le risque de survenu des maladies non transmissibles.

- L'hypertension artérielle
- Le surpoids / l'obésité
- L'hyperglycémie (élévation du taux de glucose dans le sang)
- L'hyperlipidémie (élévation du taux de lipide dans le sang). (20)

• **Impacte socio-économique des maladies non transmissibles**

Les MNT compromettent les progrès pour la réalisation du programme de développement durable à l'horizon 2030 comportant la cible de réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée dus aux MNT d'ici 2030.

Il y a un lien étroit entre la pauvreté et les MNT. On prévoit que la croissance rapide des MNT fera obstacle aux initiatives de réduction dans les pays à faible revenu en particulier du fait de la hausse des dépenses de santé à la charge des ménages. Les personnes vulnérables et socialement désavantagées sont malades et meurent plus vite que celles à un niveau social plus élevé, notamment parce qu'elles ont un risque plus grand d'exposition à des produits nocifs, comme le tabac, la mauvaise habitude alimentaire et parce qu'elles ont un accès limité aux services de santé.

En situation de limitation des moyens financiers, les coûts des soins pour les MNT épuisent rapidement les ressources des ménages. Les coûts exorbitants des MNT, avec souvent des traitements longs et onéreux et la disparition des

soutiens de famille, acculent chaque année des millions de personnes dans la pauvreté et étouffent le développement. (20)

B2) La prévention et lutte contre les MNT

Bien qu'ils constituent une grave menace pour santé de l'homme et pour le développement les MNT sont encore négligées dans le monde. Les programmes de lutte contre les MNT demeurent cruellement sous financés aux niveaux national et mondial et ne sont pas inscrits parmi les priorités mondiales en matière de développement. La prévention de MNT est actuellement absente des objectifs du millénaire pour le développement.

Pourtant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et quel que soit le mode de mesure utilisé, les MNT représentent une part suffisamment importante de la charge de morbidité supportée par les groupes les plus pauvres pour justifier une riposte politique sérieuse.

C'est raison pour laquelle l'OMS en étroite collaboration avec les états membres à élaborer un plan d'action destiner à prévenir la survenu des MNT et d'aider des millions de personnes qui en sont déjà atteintes, à faire face à ces affections tout au long de leur vie. Ce plan d'action approuvé à la soixante et unième assemblée mondiale de la santé en mai 2008, se fonde sur la vision éclairée de la stratégie mondiale de lutte contre les MNT approuvé à la cinquante-troisième assemblée mondiale de la santé en mai 2000. Il prend aussi appui sur la convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et sur la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

Le plan d'action fourni aux Etats membres de l'OMS et à la communauté internationale une feuille de route pour la mise en place d'initiatives en matière de surveillance, de prévention et de prise en charge des MNT et le renforcement de celles qui existent déjà.

Par ailleurs le plan d'action souligne l'impérieuse nécessité dans la prévention des MNT en tant que partie intégrante d'un développement socio-économique durable.

Ledit plan s'est fixé six (06) objectifs :

- Accorder un rang de priorité plus élevé aux MNT dans les activités liées au développement aux niveaux mondial et national, et intégrer les activités de prévention et de lutte aux politiques de l'ensemble des ministères concernés.

- Elaborer des politiques et des plans nationaux de lutte contre les MNT
- Promouvoir des interventions destinées à réduire les principaux facteurs de risques communs modifiables des MNT : tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité, usage nocif de l'alcool.
- Promouvoir la recherche pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles.
- Promouvoir des partenariats pour prévenir et combattre les MNT.
- Suivre les MNT et les déterminants et évaluer les progrès accomplis au niveau national, régional et mondial. (20)

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée au service de médecine du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

Elle a concerné les quatre grands groupes de MNT priorisés par l'OMS à savoir : les **maladies cardiovasculaires**, les **diabètes**, les **cancers** et les **maladies respiratoires chroniques**.

2. Aperçu historique de la commune III

L'histoire de la Commune III se confond avec celle de la ville de Bamako.

C'est l'aboutissement d'un long processus historique dans le domaine de l'organisation et de la gestion administrative héritée de la période coloniale.

La ville de Bamako a été créée vers le XVIème siècle par les Niakaté, actuel Niaré originaire du Kaarta dans le Cercle de Nioro ; qui sont des sarakolés à l'origine.

La ville s'est développée sur la rive gauche du Niger dans une plaine large de 4 km environs s'inclinant vers le fleuve. Cet ancien site de la ville de Bamako est dominé au Nord par le plateau Manding dont l'altitude atteint 485 mètres à Koulouba. Elle s'étend d'ouest en est sur une superficie de 22 km et du nord au sud sur une superficie de 12 km, pour une superficie de 267 km².

A l'instar des autres communes du District de Bamako, la Commune III a été créée par ordonnance n°78/32/CMLN du 18 Août 1978 fixant le statut du District de Bamako.

Cette ordonnance est complétée par les lois :

- N° 93-008 déterminant les conditions de la libre Administration des collectivités territoriale modifiée par la loi n° 96 056 du 16 octobre 1996.
- N° 95-034 AN-RM du 12 avril 1995 du code des collectivités territoriales

119 287 habitants. La commune III est le centre administratif et commercial de Bamako.

Elle accueille notamment les deux plus grands marchés de la capitale, le Grand marché Dabanani et Dibida. Vingt quartiers composent cette commune et les villages de Koulouninko et Sirakorodounfing ont été rattachés à la Commune III.

Les listes des quartiers de la commune III sont :

- Ouolofobougou,
- Dravela,
- Bamko-couraBolibana,
- BadialanII,
- N'Tomikorobougou,
- Ouolofobougou-Bolibana,
- Dravela-Bolibana,
- Darsalam,
- BadialanIII,
- Niomirambougou,
- Sirakoro-Dounfing,
- Bamako-coura,
- Badialan I,
- Kodabougou,
- Centre Commercial,
- Koulouba,
- Koulouniko,
- Point G,
- Sogonafing,
- Samè.

Chaque quartier est dirigé par un chef de quartier assisté d'un conseil de quartier composé de 5 membres. La désignation du chef de quartier se fait

selon les coutumes et traditions reconnues dans chaque localité.

Le chef de quartier est nommé par décision du représentant de l'état (Gouverneur du District) sur proposition du Conseil de Quartier et après avis consultatif du conseil communal et du représentant de l'état au niveau de la commune. Le chef de quartier représente sa communauté auprès des pouvoirs publics. Il est placé sous l'autorité du Maire ; il est le représentant de l'administration auprès de sa communauté. Il doit faire preuve d'équipe et d'impartialité dans l'exercice de ses fonctions. Dans chaque quartier est mis en place un comité de pilotage présidé par le chef de quartier et composé d'élus du quartier, des conseillers de quartier, de représentants d'associations, de GIE, D'ONG intervenant dans le quartier et de personnes ressources. C'est une structure mise en place par une assemblée générale des habitants du quartier. Il a pour objectif de proposer les actions prioritaires de développement local, d'assurer leur supervision ainsi que leur contrôle conformément au plan de développement communal. Tous les chefs de quartier de la commune se retrouvent au sein d'une coordination communale dirigée par un coordinateur.

Le coordinateur représente les chefs de quartiers lors des rencontres et sessions communales.

3.2. Hydrographie :

La commune III est traversée par les cours d'eau intermittentes de sogonafing. Dans la partie sud, le fleuve Niger longe la commune jusqu'au niveau du pont des martyrs.

3.3. Relief :

Le relief comprend les collines du point G et les cours d'eau intermittentes de Sogonafing, Farako, et Diafaranako. La commune est située dans une zone enclavée et dispose de peu de ressources foncières.

3.4. Climat, Végétation, et ressources :

A l'instar du district (situé sur 12°4 en latitude Nord et 7°59 de longitude Est) la commune III se trouve dans la zone Nord soudanienne avec une saison sèche (Novembre à Avril) et une saison pluvieuse (mai à octobre).

La température moyenne est de 27,7° C avec des moyennes extrêmes de 34,7° C et 21° C. Les forêts, espaces verts et périmètres de reboisement existent mais généralement mal entretenus. Il existe la forêt classée de Koulouba (2010 hectares selon SDAUD). Les autres ressources sont : carrières de terre, sables, gravier, pierres à bâtir

5. Situation socio-économique :

La commune III du district de Bamako, du fait de sa position centrale se concentre la grande partie des activités économiques. Le grand marché, le trésor Public, la PMU (Pari Mutuel Urbain), la poste, les grands immeubles, Sahel vert, Sosso, Tombouctou etc. ... et d'innombrables kiosques sont entre autres les témoignages du poids économique de la commune III. La commune III dispose de gare ferroviaire (marchandise et passager) qui est un centre de commerce très important assurant l'ouverture du Mali sur le Sénégal. Ce qui explique en partie le nombre élevé de la colonie sénégalaise en commune III ; En outre la commune III abrite les places de stationnement qui desservent les autres communes du District de Bamako. Elle regroupe de grandes artères, la plupart des bâtiments administratifs, la presque totalité des grandes banques. La commune III dispose en outre des plus grands centres commerciaux, tels le marché Dibida, le grand marché de la ville qui draine les opérateurs économiques des autres communes du District. Les activités économiques dominantes sont le maraichage, le commerce, et les services. Actuellement la commune III ne dispose presque plus d'espaces réservés aux cultures.

L'activité agricole est essentiellement orientée vers le maraichage notamment dans les quartiers périphériques. Il connaît surtout les problèmes

d'approvisionnement en intrants, matériels, et crédits agricoles. Toute la production est vendue sur le marché local. La population de la commune III est cosmopolite et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose. Les ethnies et langues dominantes en commune III sont : Bambara, Malinkés, Dogon, Sarakolés, Ouolof, Peulhs. Les étrangers vivant dans la commune III sont : les Sénégalais et les Guinéens à Bamako Coura et Ouolofoubougou en toute saison. Les religions sont l'Islam, Christianisme et l'Animisme. La population active est constituée d'entrepreneurs, de commerçants, d'artisans, d'agriculteurs, d'ouvriers, de fonctionnaires etc... La grande majorité de la population est jeune. La densité de la commune avoisine les 3920 habitants / Km². La commune III est composée de vieux quartiers de vestiges coloniaux.

6. Présentation du centre de sante de référence de la commune III

6.1. Aperçu historique :

Créé vers 1957 à 1960. C'est en 1960, elle prend place près de la bourse du travail. Était la première et l'unique PMI à l'époque. Sa position géographique rendait son accès facile à toute la population de Bamako ; d'où l'appellation **de PMI Centrale**. En suite la création des autres PMI (Niarela, Missira et Hamdallaye) et dépendaient d'elle jusqu'en 1982.

- Dr Jean Joseph de 1959 à 1975
- Dr Benichiny FOFANA en 1975
- Dr Djigui DIABATE de 1976 à 1977
- Dr BARRY Liliane Françoise DIALLO de 1978 à 1984
- Dr DOUCOURE Arkia DIALLO de 1985 à 1990
- Dr Mariam SISSOKO de 1990 à 1993
- Dr Souleymane HAIDARA de 1994 à 1996
- Dr TRAORE Awa Marcelline DIAKITE de Novembre 1996 à 2006
- Dr TRAORE Boubacar de 2006 à 2007
- Dr N'DIAYE Hawa THIAM de 2007 à Décembre 2018
- Dr Mamadou Traore de 2018 à 2019

- Dr Modibo Soumaré de 2019 à nos jours

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le centre a connu les évolutions suivantes :

- Service socio-sanitaire de la commune III 1995 à 1999
- Centre de référence de la commune III

6.2. Aperçu géographique :

Le Centre de santé de référence de la commune III (Csref) est situé à Bamako- Coura. Il est limité à l'Ouest par la route du boulevard de l'indépendance, à l'Est par le cimetière Chrétiens, au Sud par le siège de la bourse de travail et au Nord par la mairie de la commune III.

7. Organisation administrative et technique :

Le centre est organisé autour d'une administration générale et des services Techniques.

7.1. Administration :

Le Csref CIII est administré par un conseil de gestion dont la composition, L'organisation et les missions sont définies par un décret.

L'administration assure la gestion administrative et financière du centre et

Comprend : sept bureaux et un secrétariat particulier qui sont :

- a. Le bureau du médecin chef ;
- b. Le bureau du chef de personnel ;
- c. Le bureau du gestionnaire de service de santé ;
- d. Le bureau du chargé de SIS ;
- e. Le bureau du chargé de déclaration de naissance.

7.2. Les services techniques :

Ils sont chargés d'assurer les missions médicales assignées au centre et sont
Sous l'autorité du médecin-chef. Ils comprennent :

- L'unité de médecine générale ;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'unité de gynécologie obstétrique ;
- L'unité de pédiatrie ;
- L'unité d'ophtalmologie ;
- L'unité ORL ;
- L'unité de brigade d'hygiène ;
- L'unité d'odontostomatologie ;
- L'unité d'anesthésie
- L'unité de chirurgie traumatologique ;
- L'unité de dermatologie ;
- L'unité de cardiologie ;
- L'unité de chirurgie générale.
- L'unité d'urgences rattachées au service de chirurgie traumatologique ;
- L'unité de kinésithérapie,
- L'unité d'urologie,
- L'unité pour la prise en charge de la tuberculose,
- L'USAC,
- L'unité vaccination,
- La morgue,
- L'unité COVID,
- L'unité de pneumologie
- L'unité d'endocrinologie et de diabète

7. Missions

Le centre a pour missions essentielles :

- La prise en charge correcte des référés /évacués ;
- La formation continue du personnel ;
- La gestion des programmes de santé ;
- L'appui conseil à la collectivité de commune III ;
- La gestion de l'information sanitaire ;

De plus, le CS Réf CIII couvre 8 centres de santé communautaires :

- ASACODAR ;
- ASACOKOULPOINT ;
- ASACODRAB ;
- ASACOBAKON ;
- ASCOM ;
- ASACODES ;
- ASACOTOM ;
- AS

8. Présentation du service de médecine

✓ Situation

L'unité de médecine est située au centre du csref.

✓ Présentation

Le service de médecine générale est constitué de deux (2) bâtiments :

• Bâtiment 1

- Trois grandes salles de consultation externe : climatisée équipées d'ordinateur bureautique et une armoire
- Une salle de soins, un couloir d'attente,
- Un bureau du major
- Une salle des internes
- Une salle de garde pour les infirmiers
- Une salle informatique équipée
- Une salle d'injection

• Bâtiment 2

- Trois salles d’hospitalisation avec trois lits chacune dont une salle homme une salle femme et une salle VIP

8.1. Organisation et activité du service

Le service de médecine du csref CIII est organisé avec une très grande rigueur pour un travail prompt et efficace et pour une meilleure satisfaction des patients

Le service de médecine assure :

- La formation pratique des internes, des étudiants de la FMOS et des élèves des écoles de formation socio sanitaires ;
- La prise en charge des malades en consultation externe et en hospitalisation ;

8.2. L’hospitalisation

Concerne les patients vus en consultation ordinaire ou d’urgence qu’ils soient référés ou non.

8.2.1. La prise en charge des patients

Les principales activités sont partagées entre les consultations et hospitalisations. Les consultations ont lieu tous les jours de 7h30 à 16h00. La visite des malades hospitalisés a lieu tous les matins.

NB : A noté qu’il n’y a de staff hebdomadaire

Les gardes sont assurées tous les jours par une équipe comportant : Un médecin, un interne, deux infirmiers, un auxiliaire de santé.

Le personnel comprend

- Un (01) médecin spécialiste en médecine communautaire et médecine de famille
- Quatre (4) médecins généralistes dont un en formation
- Trois (3) Etudiants faisant fonction d’interne
- Quatre (4) infirmiers dont 1 homme et 3 Femmes

Le service de cardiologie comprend

- Une salle de consultation dont travaillent un cardiologue tuteur et deux bé-

névoles

- Une aide-soignante
- La salle comporte un électrocardiogramme échocardiographie MAPA

9. Période et type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive allant de mars 2021 à février 2022 soit une période 11 mois.

10. Population d'étude :

Notre étude a ciblé les patients vus en consultation au service de médecine durant la période d'étude

10.1. Critères d'inclusions

Les patients hospitalisés ou suivis dans le service de médecine générale du CSRef CIII pour maladie non transmissibles incluent dans notre étude.

10.2. Critères de non inclusion

- Patients suivis ou hospitalisés pour des maladies transmissibles ou d'autres maladies non transmissibles en dehors de notre groupe cible de maladie.

11. Collecte des données :

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête à partir des données individuelles des patients.

Nous avons cherché des éléments suivants chez chaque patient

12. Variables sociodémographiques :

- Nom et prénom
- Âge
- Sexe
- Résidence
- Profession
- Scolarité

13. Variables cliniques

- Motifs de consultation (dyspnée, déficit moteur, toux, AEG, amaigrissement)
- Signes fonctionnels (dyspnée, déficit moteur, toux, asthénie, palpitations, tachycardie)
- Facteurs de risques (tabac, alcool, obésité, sédentarité)
- Recueillir les ATCD médico-chirurgicaux, gynécologiques des patients ainsi que leurs ATCD familiaux,
- Recueillir les signes physiques des patients (amaigrissement, déshydratation, pâleur).

13.1. Variables para clinique :

Biologie : (transaminases, lipogramme, marqueurs tumorales, hémogramme)

Imagerie : (radiographie, TDM ; échographie générale,)

14. Saisie et analyse des données :

Ont été faites avec les logiciels *Word* et *SPSS*.

Nous avons utilisé le test de *Kh-2* pour les tests statistiques

Avec **0,05** comme valeur de **alpha** et **H0** comme hypothèse nulle c'est-à-dire qu'il n'y a pas de relation entre les facteurs de risques cités et la survenue de la maladie.

15. Ethique et déontologie :

Etant donné que l'étude était rétrospective, le consentement des malades n'a pas été demandé, cependant la confidentialité sur l'identité des malades a été respectée.

16. Définitions opérationnelles :

L'activité physique (AP) est définie comme « tout mouvement corporel produit par contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos ».

L'AP regroupe l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans différents contextes, incluant le travail, les transports, les activités domestiques et les loisirs. (21)

L'inactivité physique se caractérise par un niveau d'AP quotidien insuffisant, inférieur aux recommandations internationales (cette recommandation équivaut à la pratique quotidienne d'au moins 30 minutes d'une activité modérée à intense pendant au moins cinq jours chaque semaine). (22)

La sédentarité (ou comportement sédentaire) est définie comme une situation d'éveil en position assise ou allongée, associée à une très faible dépense d'énergie, inférieure ou égale à 1,6 MET.

MET étant le rapport entre la dépense énergétique de l'activité physique considérée et la dépense énergétique de repos. (22)

Profils sédentaires :

Selon le score de Ricci et Gagnon modifié :

- Score < 18 = sédentarité exagérée (profil inactif)
- 18 < score < 35 = sédentarité modérée (profil plutôt actif)
- Score > 35 non sédentaire (profil actif)

Environnement pollué : c'est la dégradation de l'environnement par des substances (naturelles, chimiques, ou radioactives), des déchets (ménagères, industrielles), ou de nuisance diverses (sonores, lumineuses, thermiques, biologiques etc...) ; bien qu'elle puisse avoir une origine entièrement naturelle (éruption volcanique par exemple), elle est principalement liée aux activités humaines. (23)

Environnement saint : est considéré comme une condition préalable à la réalisation d'autres droits humains, dont le droit à la vie, à l'alimentation, à la santé et à un niveau de vie suffisant. (24)

Une alimentation équilibrée : est une alimentation composée d'aliments de différentes qualités, certains étant à favoriser et d'autres à limiter. Le rythme des

repas doit être en fonction des besoins de la journée. Selon les bons repères de consommation. (25)

Une alimentation mal équilibrée ou le déséquilibre alimentaire : est un déséquilibre entre les besoins et les apports en énergie et / ou une mauvaise répartition des nutriments et micronutriments consommés ; ce dernier augmente considérablement les risques pour la santé. (26)

V. RESULTATS

Dans le service de médecine, au cours de la période d'étude **4689** patients ont été vus en consultation, chez qui **9200** diagnostics ont été posés soit **1,96** diagnostics par patient.

Sur les **9200** diagnostics retrouvés **790** étaient des maladies non transmissibles soit **8,58%** des cas. Sur les **790** cas, **150** figuraient parmi nos groupes cibles de maladies.

A noter que les **790** cas de MNT ont été diagnostiqués chez **787** patients parmi lesquels **509** étaient de sexe féminin soit **64,68%** et **278** étaient de sexe masculin avec **35,32%** des cas.

Les maladies les plus retrouvées étaient entre autres : le paludisme, les infections des voies respiratoires, les infections urogénitales, les arthroses, les cancers du sein, du col de l'utérus, de la prostate, les maladies cardiovasculaires à type d'embolie pulmonaire, d'HTA, de cardiomyopathies, le diabète, les allergies, les troubles mentaux les pneumopathies chroniques.

Tableau I : Répartition de l'échantillon par tranches d'âge

Tranches d'âge (ans)	Effectif	%
[21 - 30]	8	5,9
[31 - 40]	11	8,1
[41 - 50]	28	20,7
[51 - 60]	32	23,7
[61 - 70]	28	20,7
[71 - 80]	19	14,1
[81 - 90]	5	3,7
Total	131	96,9

La tranche d'âge [51-60] était la plus représentée avec 23,7%

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction du sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	44	32,6
Féminin	91	67,4
Total	135	100,0

Le sexe féminin était le plus représenté avec un ratio de **2,06** en leur faveur

Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction des maladies

Maladies	Effectif	%
Maladies cardiovasculaires	91	67,40
Diabète	68	50,37
Cancer	12	8,89
Maladies respiratoires chroniques	12	8,89

Les maladies les plus fréquentes étaient les maladies Cardiovasculaires avec une fréquence de **67,40%**.

Tableau IV : Répartition des groupes de maladies en fonction du sexe

Sexe	Maladies							
	Maladies cardiovasculaires		Diabète		Cancer		Maladies respiratoires chroniques	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculin	28	64	14	32	7	16	7	16
Féminin	63	69	54	59	5	5	5	5

Pour les MCV et le diabète les femmes sont les plus nombreuses avec respectivement 69% et 54% et concernant les cancers et le MRC les hommes prédominent avec 16 % dans les deux cas.

Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction des facteurs de risque

Facteur de risque	Effectif	%
Sédentarité	93	69
Obésité	49	36
Tabagisme	25	19
Alcoolisme	6	4
Dyslipidémie	61	45

Pour les facteurs de risques, les sédentaires étaient les plus nombreux soit plus de moitié

NB : plusieurs facteurs de risque peuvent être présents en même temps chez le même sujet

Tableau VI : Répartition de l'effectif en fonction des résidences

Résidence	Effectif	%
Urbain	115	85,2
Rurale	20	14,8
Total	135	100,0

La très grande majorité de notre population était du milieu urbain soit 85,2%

Tableau VII : Répartition de l'échantillon en fonction des professions

Profession	Effectif	%
Femmes au foyer	62	45,9
Commerçant	17	12,6
Cultivateur	5	3,7
Ouvrier	4	3,0
Autres	47	34,8
Total	135	100,0

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 45,9% de l'effectif.

Tableau VIII : Répartition en fonction du Niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	%
Non alphabétisé	58	43,0
Primaire	43	31,9
Secondaire	22	16,3
Supérieur	12	8,9
Total	135	100,0

43,0% de l'échantillon étaient non alphabétisés.

Tableau IX : Répartition de l'échantillon en fonction de statuts matrimoniaux.

Statu Matrimoniale	Effectif	%
Célibataire	4	3,0
Marié(e)	96	71,1
Divorcé(e)	3	2,2
Veuve/ veuf	32	23,7
Total	135	100,0

Les mariés étaient les plus représentés avec 71,1% des cas.

Tableau X : Répartition de l'échantillon en fonction des motifs de consultation

Motif de consultation	Effectif	%
Douleur	88	65,19
Asthénie	105	77,78
AEG	73	54,07
Toux	27	20,00
Dyspnée	56	41,48
Dysurie	21	15,56
Epigastralgie	40	29,63
Convulsion	1	0,74
Coma	1	0,74

L'asthénie et la douleur sont les symptômes les plus fréquents parmi les motifs de consultation avec respectivement 77,78% et 65,19%.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction des ATCD personnels

ATCD	Effectif	%
Médicaux	62	45,93
Chirurgicaux	16	11,85
Gynécologiques	12	8,89

Plus de la moitié de l'effectif avaient un ATCD médical.

Tableau XII : Répartition de l'échantillon en fonction des ATCD Familiaux

ATCD familiaux	Effectif	%
Diabète	46	34,07
Cancer	00	00
Maladies cardiovasculaires	50	37,04
Maladies respiratoires chroniques	21	15,55

Les ATCD familiaux étaient pour la plupart des maladies cardiovasculaires 37% suivies du diabète 34%

Tableau XIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la consommation d'alcool et du tabagisme

Mode de vie	Effectif	%
Tabagique	24	0,18
Consommation d'alcool	8	0,06

Notre effectif comportait très peu de tabagique ou de consommateurs d'alcool

Tableau XIV : Répartition de l'échantillon en fonction de la sédentarité

Sédentarité	Effectif	%
Sédentaire assez modérée	37	27,4
Sédentarité modérée	73	54,1
Sédentarité exagérée	25	18,5
Total	135	100,0

Plus de la moitié de notre échantillon étaient des sédentaires modérés.

Tableau XV : Répartition de l'échantillon en fonction des modes d'alimentation

Alimentation	Effectif	%
Bien équilibrée	9	6,7
Mal équilibrée	126	93,3
Total	135	100,0

La grande majorité (**126/135**) de notre échantillon avait une alimentation mal équilibrée.

Tableau XVI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'environnement de vie

Environnement	Effectif	%
Sain	15	11,1
Peu pollué	73	54,1
Pollué	47	34,8
Total	135	100,0

La majorité des patients vivaient dans un environnement mal sain.

Tableau XVII : Répartition de l'échantillon en fonction de la relation entre tabagisme et maladies respiratoires chroniques

Tabagisme	Maladies respiratoires chroniques		Total
	Oui	Non	
Oui	28%	72%	25
Non	4,62%	95,37%	108
Total	32,62%	43,33%	133

Khi² : 13,508 ddl : 1 p-valeur : 0,000

P inférieur à **Alpha** ce qui nous permet de rejeter H₀ et d'affirmer le lien entre tabagisme et survenue de maladies respiratoires chroniques.

Tableau XVIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la relation entre diabète et maladies cardiovasculaires

Diabète	Maladies cardiovasculaires		Total
	Oui	Non	
Oui	50%	50%	68
Non	85,07%	14,92%	67
Total	67,40%	32,60%	135

$\text{Khi}^2 : 18,898 \quad \text{ddl} : 1 \quad \text{p-valeur} : 0,000$

P inférieur à **Alpha** ; on conclut à une corrélation entre diabète et maladies cardiovasculaire en rejetant H_0 .

Tableau XIX : Répartition de l'échantillon en fonction des différentes comorbidités retrouvées

Maladies associées	Effectif d'association	%
MCV + Diabète	34	25,19
MCV + Cancer	5	3,70
MCV+PRC	9	6,67
PRC + Cancer	1	0,74
Diabète + Cancer	0	0,00
Diabète + PRC	1	0,74

Dans les cas de comorbidité l'association **diabète + MCV** était la plus fréquente avec 25,19% des cas.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude portait sur 135 patients dont 91 femmes soit 67,4% et 44 hommes soit 32,6%.

Age :

23,7% de notre effectif avaient un âge compris entre 51 et 60 ans.

Dans son étude **Jonas** a trouvé l'intervalle [51-70] comme la tranche d'âge la plus représentée ce qui est comparable au nôtre.

Sexe :

Le sexe ratio est de 2,06 pour les femmes.

La prédominance du sexe féminin peut s'expliquer par sa prédominance au sein de la population générale.

Diagnostics :

Pour nos pathologies cibles les maladies cardiovasculaires sont plus fréquentes ; **Jonas** dans son étude en 2018 a confirmé cette version. Cela peut s'expliquer par une prédominance des MCV sur les autres MNT.

Sexe selon chaque pathologie :

Pour les maladies cardiovasculaires et le diabète les femmes sont plus atteintes par rapport aux hommes ;

Les hommes sont plus atteints de cancers et des maladies respiratoires chroniques.

Facteurs de risques :

Nous avons principalement retrouvé quatre facteurs de risques majeurs à savoir : la sédentarité, l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool

Les mêmes facteurs de risques ont été retrouvés par **Liuu** en France en 2020.

Résidence :

Parmi la population d'étude 115 patients soit 85,2% vivaient en milieu urbain et 20 patients soit 14,8% étaient du milieu rural.

Cette grande prédominance des résidents urbains ne peut s'expliquer que par notre lieu d'étude qui est Bamako.

Profession :

Pour la fonction, les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 45,9% ; **Jonas** a également retrouvé une prédominance des femmes au foyer avec 39,51% des fonctions enregistrées.

Niveau d'instruction :

La majorité de notre effectif étaient alphabétisés mais très peu avaient atteint le niveau supérieur.

Situation matrimoniale :

La majorité de notre effectif était marié, les divorcés étaient par contre les moins nombreux.

Motifs de consultation :

C'étaient principalement l'asthénie, la douleur, l'altération de l'état général, l'épigastralgie et la dysurie les motifs de consultation que nous avons identifiés.

Jonas a principalement retrouvé la dyspnée (49,46%) et le déficit moteur (33,51%), cette différence peut s'expliquer par le fait que son étude a principalement concerner les MCV.

Antécédent :

Au sein de notre effectif beaucoup avaient des ATCD soit chirurgicaux ; soit médicaux ; soit gynécologiques.

Mode de vie et alimentation :

Près de la totalité de notre échantillon avaient une alimentation mal équilibrée, seulement 6,7% avaient une alimentation équilibrée, les mauvaises habitudes alimentaires du moment expliquent clairement ce constat.

0,18% étaient tabagiques et 0,06% étaient alcooliques.

Environnement :

Au sein de notre effectif près de la moitié vivaient dans un environnement peu pollué et l'autre moitié dans un environnement sain ou pollué.

Comorbidité :

Au cours de notre travail nous avons enregistré des cas de comorbidités qui sont entre autres : MCV et diabète ; MCV et cancers ; MRC et MCV ; MRC et cancers et enfin diabète et MRC.

Dans une étude réalisée en 2014 par **Yaya S** et collaborateurs qui ont estimé que les MNT existent souvent en même temps chez le même patient.

III. CONCLUSION

Les décès prématurés liés aux MNT restent l'un des principaux défis du développement au XXIème siècle.

La morbidité liée à ces maladies reste très élevée.

Les femmes sont plus touchées que les hommes.

Il y a une forte présence des MCV chez les diabétiques.

Ils ont en commun quatre facteurs de risques à savoir la sédentarité, l'obésité, le tabagisme et l'usage de l'alcool.

Il y a une corrélation entre ces facteurs de risques décrits et la survenue de MNT.

IX. RECOMMANDATIONS

Aux autorités Politiques et sanitaires :

- ✓ Encourager et accompagner les études sur les maladies non transmissibles ;

Au personnel de santé :

- ✓ En milieu hospitalier faire correctement les dossiers des malades avec le maximum de renseignements.
- ✓ Donner le maximum de renseignements aux malades sur leurs maladies et sur les comportements à adopter et à éviter.
- ✓ Accompagner et soutenir les malades atteints de MNT en vue de diminuer considérablement les abandons de traitement, le stress et la charge psychologique liés aux MNT au cours de leur évolution.
- ✓ Préconiser des éducations sanitaires sur les facteurs de risques des MNT.
- ✓ Sensibiliser les patients afin d'adapter un régime alimentaire approprié.
- ✓ Organiser des activités de sensibilisation sur les méfaits de l'alcool et du tabac.

X. REFERENCES:

1. Y.B.K.Jonas.19M124.pdf [Internet]. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2019/med/pdf/19M124.pdf>
2. BD-LEEM-2014-(13-06).pdf [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.leem.org/sites/default/files/BD-LEEM-2014-%2813-06%29.pdf>
3. Organisation mondiale de la Santé. Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles 2017 [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 [cité 3 sept 2021]. 231 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259805>
- 4.S. Karuranga, B. Malada, P. Saeedi, P. Salpea. 20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-FRENCH-BOOK.pdf [Internet]. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-FRENCH-BOOK.pdf
5. Labie D. Le diabète en Afrique sub-saharienne. médecine/sciences. 1 mars 2007;23(3):320-2.
6. Rodier M. Définition et classification du diabète. Mé Cin E Nu Clé Aire. :4.2001-vol.25-2
7. Amidou SA. Epidémiologie des maladies cardiovasculaires en population générale rurale au Bénin : Cohorte Tanvè Health Study (TAHES) [Internet] [phdthesis]. Université de Limoges ; Université d'Abomey-Calavi (Bénin); 2018 [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01912213>
8. Touze JE. LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU MONDE TROPICAL. :2. 2007;67:541-542
9. Khaltaev N, Minelli E, Desloovere P. L'Alliance mondiale contre les affections respiratoires chroniques (GARD) : un monde où chacun respire librement. Rev Fr Allergol Immunol Clin. 1 avr 2007;47(3):246-7.
10. Ait-Khaled N, Enarson D. Les maladies respiratoires chroniques dans les pays en de´ veloppement : charge de morbidite´ et strate´ gies de pre´ vention et de prise en charge. 2002;(6):9.
11. Gaglo-Koudemon MKK. BPCO : ASPECTS CLINIQUE, PRONOSTIC ET IMPACT SOCIOECONOMIQUE AU CHU POINT G. :112.
12. Delplanque D. LA DILATATION DES BRONCHES. :42.Paris Masso.2: 2004
- 13.Saracino.V. INFOGRAPHIE. La mortalité du cancer à travers le monde [Internet]. Sciences et Avenir. 2014 [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/infographie-la-mortalite-du-cancer-a-travers-le-monde_19672
- 14.Pr P.Aubry, Dr B-A Gauzère.3306.Bordeau (France). cancer.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <http://medecinetricale.free.fr/cours/cancer.pdf>

15. L. Caramel. Le cancer, nouvel enjeu sanitaire de l'Afrique. Le Monde.fr [Internet]. 8 févr 2016 [cité 3 sept 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/02/08/le-cancer-nouvel-enjeu-sanitaire-de-l-afrique_4569711_3212.html
16. Organisation mondiale de la Santé. Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles : rapport final : il est temps de joindre le geste à la parole [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 [cité 3 sept 2021]. 35 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336172>
17. Yaya. S; H. Kengne, AP(2014). L'essor des maladies non transmissibles dans les pays en développement : nouveau destin, nouvelles priorités. le défi de la prévention des maladies cardiovasculaire, 243.
18. Liuu E. Cancer, diabète et complications vasculaires: approche épidémiologique de cohortes oncogériatrique et diabétique [Internet] [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Poitiers; 2020 [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2020POIT1408/document>
19. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Mental health action plan 2013-2020. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89969>
20. OMS. Maladies non transmissibles [Internet]. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
21. OMS. Activité physique [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
22. Oppert J. Activité physique, sédentarité et gain de poids. Sci Aliments. 28 avr 2004;24(2):115-20.
23. Larousse É. Définitions : pollution - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pollution/62217>
24. OMS. Le droit à un environnement sain [Internet]. Réseau-DESC. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.escri-net.org/fr/droits/environnement-sain>
25. Docteurclic. Alimentation équilibrée : définition [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.docteurclic.com/encyclopedie/alimentation-equilibree.aspx>
26. HEYME. DESEQUILIBRE-ALIMENTAIRE.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.montpellier.archi.fr/wp-content/uploads/2022/03/DESEQUILIBRE-ALIMENTAIRE.pdf>

FICHE D'ENQUETE

ID : /

1 : Données socio-démographiques

Q1. Sexe : 1 Masculin 2 Féminin

Q2. Age :

Q3. Résidence : 1 : Urbain 2 : Rurale

Q4. Profession : 1 : Elève/Étudiant

2 : Fonctionnaire

3 : Ménagère

4 : porteur d'uniforme

5: commerçant

6 : cultivateur

7 : enseignant

8 : Retraité(e)

9 : Autres

Q5. Niveau d'instruction : 1= Non Instruit 2 = primaire 3 = secondaire 4 = supérieure

Q6. Situation matrimoniale : 1= célibataire 2 = marié(e) 3 = divorcé(e) 4 = veuve

Q7. Ethnie : 1 =Malinké 2 =Bambara 3 =Soninké 4 =peuhl 5 =Dogon 6 =sénoufo 7 =autres

2 : Données sur le malade

Q8. Mode d'admission

1= venu de lui-même

2=référer

3=transférer

4= évacuer

5= consultation de routine

Q9. Motifs de consultation :

Douleur

Asthénie

AEG

Toux

Dyspnée

Trouble de la conscience

Convulsions

Coma

Q10. Facteurs de risques :

1= sédentarité

2= obésité

3= tabagisme

4=alcoolisme

5= dyslipidémie

Q11. Poids en (Kg) :

Q12. Tailles en (cm) :

Q13. IMC :

3 : PARAMETRES CLINIQUES

Q14. TA :

Q15. Température :

Q16. F C :

Q17. F R :

4 : ATCD

• Personnels

Q18. Médicaux : 1 = Non 2=oui ; préciser.....

Q19. Chirurgicaux : 1 =Non 2=oui ; préciser :

Q20. Gynécologiques : 1=non 2= oui ; préciser :

• Familiaux

Q20. Diabète : 1=Oui 2=Oui ; préciser.....

Q21. Cancer : 1=Oui 2=Oui ; préciser.....

Q22. Maladies cardiovasculaires : 1=Non 2= oui ; préciser

Q23. Maladies respiratoires chroniques 1=Non 2=Oui ; préciser.....

Q24. Signes fonctionnels

- Douleur
- Asthénie
- Amaigrissement
- Dyspnée
- Toux
- Polyurie/polydipsie/polyphagie
- Troubles du sommeil
- Céphalées
- Vertiges
- Acouphènes
- Autres

Q25. Signes généraux

- Fièvre
- Altération de l'état général
- Altération de la conscience
- Muqueuses mal colorées
- Muqueuses bien colorées
- Coma

5 : Mode de vie et alimentaire

Q26. Tabagisme : 1= Oui 2= Non

Q27. Alcoolisme : 1= Oui 2= Non

Q28. Sédentarité : 1= non 3=modérée 2= Exagérée

Q29. Alimentation : 1=bien équilibrée 2=mal équilibrée

Q30. Environnement : 1=saint 2=peu pollué 3=Pollué

6 : Examens biologiques

Q31. Transaminases :

- ASAT :
- ALAT :

Q32. Glycémie :

Q33. NFS :

- TX d'hb :
- TX d'hte :
- VGM :

Q34. Hémoglobine Glyquée :

Q35. Cholestérol Total :

Q36. LDL :

Q37. HDL :

Q38. Marqueurs tumoraux :

- PSA :
- AEC :
- Alpha F P :

7 Imagerie

Q39. Radiographie :

Q40. Echographie générale :

Q41. TDM:

Q42. IRM:

Q43. FOGD:

Q44. ASP :

Q45. ECG :

- Rythme :
- F C :
- Q T :

Q46 : Echo cœur

- FE :
- VG :
- SIV :

Q47. Echo des troncs supra aortiques :

8. Diagnostic :

Q48 : cancers .

Q49 : Pathologies cardiovasculaires .

Q50 : Diabète .

Q51 : Pathologies respiratoires chroniques .

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KEITA

Prénom : Mahamadou Samba

Titre : docteur en médecine

Année universitaire : 2022-2023

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

E-mail : mk509646@gmail.com

Secteur d'intérêt : médecine interne

Résumé

Cette étude a été réalisée au CSRéf CIII du district de Bamako de mars 2021 à février 2022

Sur l'épidémiologie des maladies non transmissibles

Dans cette étude nous avons ciblés les quatre grands groupes à savoir les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, les cancers, le diabète.

Notre objectif était d'étudier l'épidémiologie des maladies non transmissibles au CSRéf CIII du district de Bamako.

Nous avons décrit les caractéristiques sociodémographiques des maladies non transmissibles au CSRéf de la commune III du district de Bamako

Nous avons déterminé les facteurs de risque des maladies non transmissibles dans la population d'étude.

Dans cette étude 23,7 pc de notre population d'étude étaient entre 51 et 60 ans ; 67,4 pc étaient des femmes avec un ratio de 2,06

Les maladies cardiovasculaires étaient plus fréquentes avec 67,40 pc des cas.

L'obésité, la sédentarité, le tabagisme et l'alcoolisme étaient les principaux facteurs de risques que nous avons retrouvés

Les principales comorbidités retrouvées sont l'association *Diabète + MCV, Cancers + Maladies respiratoires chroniques, Maladies respiratoires chroniques + MCV.*

Il y a un lien entre les facteurs de risques décrits et la survenue des MCV

Mots et expressions clés :

Maladies non transmissibles, épidémiologie, diabète, cancer, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, facteurs de risques, sédentarité, tabagisme, environnement, alimentation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que les 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 sa 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'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

FICHE SIGNALÉTIQUE



Nom : KEITA

Prénom : Mahamadou Samba

Titre : docteur en médecine

Année universitaire : 2022-2023

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

E-mail : mk509646@gmail.com

Secteur d'intérêt : médecine interne

Résumé

Cette étude a été réalisée au CSRéf CIII du district de Bamako de mars 2021 à février 2022

Sur l'épidémiologie des maladies non transmissibles

Dans cette étude nous avons ciblés les quatre grands groupes à savoir les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, les cancers, le diabète.

Notre objectif était d'étudier l'épidémiologie des maladies non transmissibles au CSRéf CIII du district de Bamako.

Nous avons décrit les caractéristiques sociodémographiques des maladies non transmissibles au CSRéf de la commune III du district de Bamako

Nous avons déterminé les facteurs de risque des maladies non transmissibles dans la population d'étude.

Dans cette étude 23,7 pc de notre population d'étude étaient entre 51 et 60 ans ; 67,4 pc étaient des femmes avec un ratio de 2,06

Les maladies cardiovasculaires étaient plus fréquentes avec 67,40 pc des cas.

L'obésité, la sédentarité, le tabagisme et l'alcoolisme étaient les principaux facteurs de risques que nous avons retrouvés

Les principales comorbidités retrouvées sont l'association *Diabète + MCV, Cancers + Maladies respiratoires chroniques, Maladies respiratoires chroniques + MCV.*

Il y a un lien entre les facteurs de risques décrits et la survenue des MCV

Mots et expressions clés :

Maladies non transmissibles, épidémiologie, diabète, cancer, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, facteurs de risques, sédentarité, tabagisme, environnement, alimentation.