

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°

**PREVALENCE ET CONNAISSANCE DU DIABETE ET
FACTEURS DE RISQUES CARDIO-VASCULAIRES
ASSOCIES EN MILIEU COMMUNAUTAIRE DANS L'AIRE
DE SANTE DE LAFIABOUGOU 2, BAMAKO**

Présenté et soutenu publiquement le :30-09/2023

Par : M. Lassina COULIBALY

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par

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

JURY

PRESIDENT : Pr Seydou DOUMBIA

MEMBRE : Dr Lancina DOUMBIA

CO-DIRECTRICE: Pr Sow Djénèba Sylla

DIRECTEUR : Pr Hamidou Oumar BA

LISTE DES ENSEIGNANTS

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mr Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 2. Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 4. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| 7. Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 9. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 10. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 11. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 14. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 15. Mr Abdourahmane S. MAIGA | Parasitologie |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 17. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 18. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 19. Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 20. Amadou DOLO | Gynéco-Obstétrique |
| 21. Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 22. Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 23. Bréhima KOUMARE | Bactériologie - Virologie |



24. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27. Seydou DIAKITE	Cardiologie
28. Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Inteme
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne



54. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie - Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Inteme
68. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
69. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
70. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
71. Mr Cheick Oumar GUIINTO	Neurologie
72. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé
73. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
74. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
75. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie – Réanimation

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale
7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale



8. Mr Alhassane TRAORE Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KANIKOMO Neurochirurgie
11. Mr Oumar DIALLO Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA Anesthésie Réanimation
13. Mr Niani MOUNKORO Gynécologie/Obstétrique
14. Mr Drissa TRAORE Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE Anesthésie Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE Urologie
17. Mme Kadidiatou SINGARE ORL-Rhino-Laryngologie
18. Mr Youssouf TRAORE Gynécologie/Obstétrique

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum DIANI Anesthésie-Réanimation
2. Mr Lamine TRAORE Ophtalmologie
3. Mr Ibrahima TEGUETE Gynécologie/Obstétrique
4. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE Urologie
5. Mr Dramane Nafou CISSE Urologie
6. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY Urologie
7. Mr Moussa Salifou DIALLO Urologie
8. Mr Alkadri DIARRA Urologie
9. Mr Amadou KASSOGUE Urologie
10. Mr Boubacar BA Médecine et chirurgie buccale
11. Mr Lassana KANTE Chirurgie Générale
12. Mr Bréhima COULIBALY Chirurgie Générale
13. Mr Birama TOGOLA Chirurgie Générale
14. Mr Soumaïla KEITA Chirurgie Générale
15. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
16. Mr Hamidou Baba SACKO ORL
17. Mr Seydou TOGO Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
18. Mr Aladji Seidou DEMBELE Anesthésie-Réanimation
19. Mme Fatoumata SYLLA Ophtalmologie

20. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
21. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
22. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
23. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
24. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
25. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
26. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
27. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
28. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
29. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
30. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
31. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
32. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
33. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
34. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
35. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
36. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
37. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
38. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
39. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
40. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
41. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
42. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
43. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
44. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
45. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
46. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
47. Mr Bougadari Coulibaly	Prothèse Scellée
48. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
49. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
50. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie

51. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
52. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
53. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
54. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
55. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
56. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
57. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
58. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
59. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
60. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
61. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
62. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
63. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6. Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
7. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
8. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
10. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
11. Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
13. Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
14. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
15. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
16. Mr Alhousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
17. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique



18. Mr Kalifa COULIBALY Chirurgie orthopédique et traumatologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie Chef de DER

2. Mr Bakarou KAMATE Anatomie Pathologie

3. Mr Mahamadou A. THERA Parasitologie -Mycologie

4. MrDjibril SANGARE Entomologie Moléculaire Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale

2. Mr Bakary MAIGA Immunologie

3. Mme Safiatou NIARE Parasitologie - Mycologie

4. Mr Karim TRAORE Parasitologie – Mycologie

5. Mr Abdoulaye KONE Parasitologie- Mycologie

6. Mr Moussa FANE Biologie,Santé publique,Santé Environnement

7. Mr Mamoudou MAIGA Bactériologie-Virologie (Disponibilité)

8. Mr Bassirou DIARRA Bactériologie-Virologie

9. Mme Aminata MAIGA Bactériologie Virologie

10. Mr Aboubacar Alassane OUMAR Pharmacologie

11. Mr Bréhima DIAKITE Génétique et Pathologie Moléculaire

12. Mr Yaya KASSOGUE Génétique et Pathologie Moléculaire

13. Mr Oumar SAMASSEKOU Génétique/Génomique

14. Mr Mamadou BA Biologie,ParasitologieEntomologieMédicale

15. Mr Bourama COULIBALY Anatomie Pathologie

16. Mr Sanou Kho COULIBALY Toxicologie

17. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME Biologie Médicale/Biochimie Clinique

18. Mr Sidi Boula SISSOKO Histologie embryologie et cytogénétique

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mme Djeneba Bocar FOFANA Bactériologie-Virologie

2. Mr Bamodi SIMAGA Physiologie
3. Mme Mariam TRAORE Pharmacologie
4. Mr Saidou BALAM Immunologie
5. Mme Arhamatoulaye MAIGA Biochimie
6. Mr Modibo SANGARE Pédagogie en, Anglais adapté à la Recherche
Biomédicale
7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie
8. Mr Adama DAO Entomologie médicale
9. Mr Ousmane MAIGA Biologie, Entomologie, Parasitologie
10. Mr Cheick Amadou COULIBALY Entomologie
11. Mr Drissa COULIBALY Entomologie médicale
12. Mr Abdallah Amadou DIALLO Entomologie, Parasitologie
13. Mr Sidy BANE Immunologie
14. Mr Moussa KEITA Entomologie Parasitologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Harouna BAMBA Anatomie Pathologie
2. Mme Assitan DIAKITE Biologie
3. Mr Ibrahim KEITA Biologie moléculaire



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Adama Diaman KEITA Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Sounkalo DAO Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr Daouda K. MINTA Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr Boubacar TOGO Pédiatrie
5. Mr Moussa T. DIARRA Hépto Gastro-Entérologie
6. Mr Ousmane FAYE Dermatologie
7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA Neurologie
8. Mr Yacouba TOLOBA Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
9. Mme Mariam SYLLA Pédiatrie
10. Mme Fatoumata DICKO Pédiatrie
11. Mr Souleymane COULIBALY Psychologie

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 12. Mr Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Ichaka MENTA | Cardiologie |
| 14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 15. Mr Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/Ophthalmologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mme KAYA Assétou SOUKHO | Médecine Interne |
| 2. Mme Diénébou TRAORE | Médecine Interne |
| 3. Mr Djibril SY | Médecine Interne |
| 4. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 5. Mr Ilo Bella DIALL | Cardiologie |
| 6. Mr Souleymane COULIBALY | Cardiologie |
| 7. Mr Youssouf CAMARA | Cardiologie |
| 8. Mr Mamadou DIAKITE | Cardiologie |
| 9. Mr Massama KONATE | Cardiologie |
| 10. Mr Ibrahim SANGARE | Cardiologie |
| 11. Mr Samba SIDIBE | Cardiologie |
| 12. Mme Asmaou KEITA | Cardiologie |
| 13. Mr Mamadou TOURE | Cardiologie |
| 14. Mme COUMBA Adiaratou THIAM | Cardiologie |
| 15. Mr Boubacar SONFO | Cardiologie |
| 16. Mme Mariam SAKO | Cardiologie |
| 17. Mr Anselme KONATE | Hépto Gastro-Entérologie |
| 18. Mme Kadiatou DOUMBIA | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 19. Mme Hourouma SOW | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 20. Mme Sanra Déborah SANOGO | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 21. Mr Adama Aguisa DTCKO | Dermatologie |
| 22. Mr Yamoussa KARABINTA | Dermatologie |
| 23. Mr Mamadou GASSAMA | Dermatologie |
| 24. Mr Issa KONATE | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 25. Mr Yacouba CISSOKO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 26. Mr Garan DABO | Maladies Infectieuses et Tropicales |



27. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE Maladies Infectieuses et Tropicales
28. Mr Hamidou Oumar BA Cardiologie
29. Mr Mody Abdoulaye CAMARA Radiologie et Imagerie Médicale
30. Mr Salia COULIBALY Radiologie et Imagerie Médicale
31. Mr Koniba DIABATE Radiothérapie
32. Mr Adama DIAKITE Radiothérapie
33. Mr Aphou Sallé KONE Radiothérapie
34. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY Psychiatrie
35. Mr Seybou HASSANE Neurologie
36. Mr Guida LANDOURE Neurologie
37. Mr Thomas COULIBALY Neurologie
38. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE Pédiatrie
39. Mr Belco MAIGA Pédiatrie
40. Mme Djénéba KONATE Pédiatrie
41. Mr Fousseyni TRAORE Pédiatrie
42. Mr Karamoko SACKO Pédiatrie
43. Mme Lala N'Drainy SIDIBE Pédiatrie
44. Mme SOW Djénéba SYLLA Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
45. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE Pneumologie
46. Mme Khadidia OUATTARA Pneumologie
47. Mr Hamadoun YATTARA Néphrologie
48. Mr Seydou SY Néphrologie

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Issa CISSE Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Mamadou DEMBELE Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Ouncoumba DIARRA Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Ilias GUINDO Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mr Abdoulaye KONE Radiologie et Imagerie Médicale

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 9. Mr Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 10. Mr Aboubacar SidikiN'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 11. Mr Souleymane SANOGO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 12. Mr Ousmane TRAORE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Boubacar DIALLO | Médecine Interne |
| 14. Mr Jean Paul DEMBELE | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 15. Mr Mamadou A.C. CISSE | Médecine d'Urgence |
| 16. Mr Adama Seydou SISSOKO | Neurologie-Neurophysiologie |
| 17. Mme Siritio BERTHE | Dermatologie |
| 18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM | Dermatologie |
| 19. Mr Djigui KEITA | Rhumatologie |
| 20. Mr Souleymane SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 21. Mr Drissa Mansa SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 22. Mr Issa Souleymane GOITA | Médecine de la Famille/Communautaire |



4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. Mr Boubacari Ali TOURE | Hématologie Clinique |
| 2. Mr Yacouba FOFANA | Hématologie |
| 3. Mr Diakalia Siaka BERTHE | Hématologie |

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
| 2. Mr Hamadoun SANGHO | Santé Publique, Chef de D.E.R. |
| 3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO | informatique Médicale |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA | Epidémiologie |
| 2. Mr Housseini DOLO | Epidémiologie |
| 3. Mr Oumar SANGHO | Epidémiologie |
| 4. Mr Yéya dit Sadio SARRO | Epidémiologie |
| 5. Mr Abdourahmane COULIBALY | Anthropologie de la Santé |
| 6. Mr Oumar THIERO | Biostatistique/ Bio-informatique |

7. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Mr Ousmane LY | Santé Publique |
| 2. Mr Ogobara KODIO | Santé Publique |
| 3. Mr Cheick Abou COULIBALY | Epidémiologie |
| 4. Mr Moctar TOUNKARA | Epidémiologie |
| 5. Mr Nouhoum TELLY | Epidémiologie |
| 6. Mme Lalla Fatouma TRAORE | Santé Publique |
| 7. Mr Nafomon SOGOBA | Epidémiologie |
| 8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE | Nutrition |
| 9. Mr Salia KEITA | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 10. Mr Samba DIARRA | Anthropologie de la Santé |



8. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Mr Seydou DIARRA | Anthropologie de la Santé |
| 2. Mr Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. Mr Mohamed Mounine TRAORE | Santé Communautaire |
| 4. Mr Souleymane Sékou DIARRA | Epidémiologie |
| 5. Mme Fatoumata KONATE | Nutrition et Diététique |
| 6. Mr Bakary DIARRA | Santé Publique |
| 7. Mr Ilo DICKO | Santé Publique |
| 8. Mr Moussa SANGARE | Orientation, contrôle des malades |
| 9. Mr Mahamoudou TOURE | Epidémiologie |

CHARGES COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1. Mr Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
| 2. Mr Amsalla NIANG | Odonto Préventive et Sociale |
| 3. Mme Daoulata MARIKO | Stomatologie |
| 4. Mr Issa COULIBALY | Gestion |
| 5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE | Biochimie |
| 6. Mr Brahima DICKO | Médecine Légale |
| 7. Mme Tenin KANOUTE | Pneumo- Phtisiologie |
| 8. Mr Bah TRAORE | Endocrinologie |
| 9. Mr Modibo MARIKO | Endocrinologie |

10. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
11. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
12. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	OCE
13. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
14. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
15. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
16. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
17. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
18. Mr Mamadou WELE	Biochimie
19. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
20. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
21. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
22. Mr Babou BAH	Anatomie
23. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique -Déontologie
24. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
25. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
26. Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
27. Mr Madani LY	Oncologie
28. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
29. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
30. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
31. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
32. Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique
33. Mr Madani MARICO	Chimie générale
34. Mr Lamine TRAORE	PAP/ PC
35. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
36. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et odontologie légale
37. Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
38. Mr Souleymane SISSOKO	PAP/ PC

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le 22/12/2022

Le Secrétaire Principal


Dr Monzon TRAORE



DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH LE TOUT PUISSANT :

Le tout miséricordieux, omniscient, omniprésent, omnipotent pour que la paix règne sur la terre.

AU PROPHETE MAHOMED :

Paix et salut sur lui, à toute sa famille, à tous ses compagnons et tous ceux qui le suivent

Jusqu'au jugement dernier.

AU PEUPLE MALIEN :

Dans l'espoir que nous travaillons unis pour te servir, aider à ton développement afin de bâtir un grand Mali.

A TOUS LES ENFANTS QUI N'ONT PAS EU LA CHANCE D'ALLER A L'ECOLE

Soyez courageux et déterminés pour le travail que Dieu vous a destiné et donner le meilleur de vous-même pour l'accomplir avec amour et abnégation.

A TOUS MES ENSEIGNANTS :

Mes différents enseignants du premier cycle jusqu'au supérieur m'ont montré le chemin de la réussite, de l'empathie de la réserve, de la rigueur, de l'esprit critique, de l'indépendance, du travail d'équipe, du sens de l'efficacité et du dévouement.

Je leurs remercie également pour tous ses enseignements.

A MON PERE DAOUDA COULIBALY :

À toi qui m'as donné un exemple de travail et d'énergie.

Tu as été pour moi un soutien moral et matériel.

Tes conseils et la qualité de ton éducation m'ont beaucoup aidé durant mes études.

Trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A MA TRES CHERE MAMAN : FARIMA KONARE

C'est le moment tant attendu pour te remercier.

Mère attentive et affective. Tes sacrifices et ton amour pour moi font de toi une mère exemplaire et unique du genre.

Chère mère sache que tes sacrifices et ton effort ont fait de moi un homme respectueux, honnête, sage, loyal et surtout de science. La vertu qui te caractérise n'a pas été vaine.

Je souhaite qu'Allah le tout puissant te garde près de nous aussi longtemps que possible.

A MES AMIS D'ENFANCE : KASSIM COULIBALY ; HAMA TAPILY ; BOUBACAR SIDIBE ; MAHAME SISSOKO ; DRAMANE DIARRA ; DJIBRIL M'BOW

Pour toutes ces années de partage, de joie et de fraternité.

Vos conseils et encouragements ont été des meilleurs soutiens.

Recevez ici le sentiment de ma sincère amitié.

A MA GRANDE SŒUR ET GRANDS FRERES : DIAOULE, CHECKNA ; DIAKARIDIA ; ABDOUL ; BOURAMA ET LAMINE COULIBALY

Vous avez su me soutenir de façon discrète mais efficace durant toute la durée de mes études.

J'espère que vous avez été fiers de votre petit frère.

A TOUS MES AMIS QUE JE NE PEUX CITER ICI :

Ce travail vous est dédié.

J'espère que vous me pardonneriez de cet isolement temporaire qu'exige l'étude médicale.

Merci pour votre compréhension.

AUX PERSONNELS DU PPD –MALI ; ASACOLA2

Vous avez eu la lourde tâche de me côtoyer, de me supporter avec joie et gentillesse bien que je sois difficile à comprendre.

Que le bon Dieu nous maintienne longtemps ensemble.

MA FEMME Mme COULIBALY AMINATA BAGAYOGO :

Te rencontrer est sans doute l'une des meilleures choses qui me soit arrivée dans la vie. Tu m'as accepté tel que je suis, tu m'as donné plus que je ne demandais et tu m'as comblé au-delà de mes espérances. Tu es une femme spéciale et unique, ta compagnie me donne plus de tranquillité.

Je remercie le tout puissant Allah de t'avoir mis sur mon chemin.

Que tes vœux qui sont aussi les miens soient exaucés.

A TOUTE LA FAMILLE BAGAYOGO

En témoignage de tout le respect, la compréhension et le soutien que vous m'avez apporté.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Seydou DOUMBIA

- ✪ **Professeur titulaire en épidémiologie à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie.**
- ✪ **Directeur adjoint au département entomologie du MRTC**
- ✪ **Doyen de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako**
- ✪ **Directeur Adjoint d'International Center for Excellence in Research (ICER) – NIH/USTTB Bamako Mali**
- ✪ **Directeur du Programme ICEMR-WAF « International Center for Excellence in Malaria Research » ;**
- ✪ **Directeur du Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC) de l'USTTB au Mali**
- ✪ **Membre d'honneur de l'Association Américaine de Médecine Tropicale et Hygiène des Etats Unis (ASTMH).**

Honorable Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Votre esprit méthodique, vos immenses qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admirer de tous. Nous vous prions d'accepter ici cher maître, l'expression de nos sincères remerciements. Puisse Le Tout Puissant vous accorde une longue et heureuse vie.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Dr Lancina DOUMBIA

- ✪ **Spécialiste certifié aux États-Unis d'Amérique en promotion de la santé ;**
- ✪ **Coordinateur académique et de recherche du Master de Santé Publique au Département de d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique ;**
- ✪ **Coordinateur du Programme de Prévention du Diabète au Mali ;**
- ✪ **Membre de l'Association Américaine de Santé Publique (APHA)**

Cher maître,

C'est un honneur pour nous d'être encadré par un maître avec tant d'humanité. Tout au long de notre séjour dans votre service, nous avons su apprécier un homme responsable, engagé, disponible, mais surtout humble.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et qu'Allah vous prête longue vie dans la santé.

A notre maître et co-directeur

Pr Sow Djénèba Sylla

- **Cheffe de Service de Médecine et d'Endocrinologie de l'Hôpital du Mali ;**
- **Maître de conférences en Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition à la FMOS ;**
- **Premier Médecin référent en Diabétologie au CS Réf commune I ;**
- **Consultante au CDC Atlanta ;**
- **Consultante au Médecin du Monde Belge ;**
- **Membre de la SOMED, SFE, SFADE et SFD**

Cher Maître,

Nous vous remercions de nous avoir accepté dans votre unité, confier ce travail et accepter sa codirection. Nous avons eu l'avantage de travailler à votre côté, votre constante disponibilité, votre humilité et votre dynamisme ont été d'un grand apport et bénéfique dans la réalisation de ce travail.

Cher maître, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr Hamidou Oumar BA

- ✪ **Maitre de conférences agrégé en cardiologie à la FMOS,**
- ✪ **Cardiologue et Spécialiste en pathologie cardiovasculaire infantile au service de cardiologie du CHU-Gabriel TOURE ;**
- ✪ **Praticien hospitalier au CHU-Gabriel TOURE ;**

Cher maitre,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail et en suivre l'élaboration avec une grande rigueur scientifique. Votre nom dans le domaine inspire l'admiration,

Nous ne pourrions certainement trouver les mots justes qui peuvent nous permettre de vous exprimer toute notre profonde gratitude. Qu'Allah vous assiste encore longtemps au service et au secours de vos semblables

Liste des Abréviations

AGJ : Anomalie de la Glycémie à Jeun

ASACOLA : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou

AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux

DCI : Dénomination Commune Internationale

FID : Fédération Internationale du Diabète

g/L :gramme par litre

GLP-1 : Glucagon -Like peptide-1

HGPO : Hyperglycémie Provoquée Orale

HMJ : Hyperglycémie Modérée à Jeun

IG : Intolérance au Glucose

IID : Institut International du Diabète

IM : Intra Musculaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

I-SGLT2 : Sodium- Glucose Transporter de type 2 Inhibitor

IV : Intra - Veineuse

Kg/m² : kilogramme par mètre carré

Mg/dl : Milligramme par décilitre

Mmol/l : Millimole par litre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAD : Pression Artérielle Diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

SC : Sous Cutané

TOTG : Test Oral de Tolérance au Glucose

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des participants selon les caractéristiques sociodémographiques	47
Tableau II: Répartition des participants selon les antécédents familiaux	48
Tableau III: Répartition des participants selon les Antécédents personnels	48
Tableau IV: Répartition des participants selon la pratique de l'activité physique	48
Tableau V: Répartition des participants selon la fréquence de l'activité physique.....	49
Tableau VI: Répartition des participants selon les facteurs de risque.....	49
Tableau VII : Répartition des participants selon l'IMC	49
Tableau VIII : Répartition de la sédentarité en fonction de l'obésité	50
Tableau IX : Relation entre la sédentarité et l'obésité abdominale	50
Tableau X : Répartition des participants selon le périmètre abdominal chez la l'homme	51
Tableau XI : Répartition des participants selon le périmètre abdominal chez la femme	51
Tableau XII: Répartition des participants selon la glycémie à jeun.....	51
Tableau XIII: Répartition des participants selon la connaissance du diabète	51
Tableau XIV: Répartition des participants selon la définition du diabète pour les malades....	52
Tableau XV: Répartition des participants selon les signes du diabète pour les malades	52
Tableau XVI: Répartition des participants selon la source d'information sur le diabète.....	52

Table des matières

Liste des tableaux	XXVV
Table des matières	XXVII
I. INTRODUCTION	29
I.1. Définition de diabète	29
I.2 Fardeau dans le monde.....	29
I.3. Fardeau en Afrique.....	30
I.4. Fardeau au Mali	30
I.5. JUSTIFICATION	30
II. OBJECTIFS	31
II.1. Objectif général	31
II.2. Objectifs spécifiques.....	31
III. GENERALITES	32
III.1. Définitions	32
III.2. Epidémiologie	32
III.3. Classification	32
Diabète de type 1	32
Diabète de type 2.....	32
Diabète gestationnel	33
Diabètes secondaires	33
III.4. Aspects cliniques.....	33
Diabète de type 1	33
Diabète de type 2	33
III.5. Critères de diagnostic	33
III.6. Les complications	34
III.7.1 Les complications aiguës.....	34
III.7.2. Les complications chroniques	35
III.7. Traitement	36
III.8.1. Information de la population	36
III.8.2. L'éducation thérapeutique	36
IV.MATERIEL ET METHODES.....	44
IV. 1. Méthodes.....	44
IV. 1.1. Cadre d'étude	44
IV. 1.2. Type d'étude	44

IV. 1.3. Période d'étude	44
IV. 1.4. Population d'étude	44
IV. 1.5. Echantillonnage.....	44
IV.1.6. Collecte des données	45
IV.1.7. Aspects éthiques.....	46
IV.2. Matériels.....	46
V. RESULTATS	47
VI. COMMENTAIRES / DISCUSSION	53
VII. CONCLUSION.....	56
VIII. RECOMMANDATIONS	56
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	57

I. INTRODUCTION

I.1. Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le diabète comme étant une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline (hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang, ou glycémie), ou lorsque l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit **(1)**.

Dans la 8^{ème} édition de l'Atlas du Diabète, la Fédération Internationale du Diabète (FID), reconnaît comme critères de diabète l'existence d'au moins un des paramètres suivants :

- Glycémie à jeun (depuis au moins 8 heures de jeûn) supérieure ou égale à 1,26 g/l (ou 7 mmol/l) ou ;
- Glycémie à deux heures après ingestion de glucose orale de 75 g (test oral de tolérance au glucose (TOTG)) $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL) ou ;
- Glycémie aléatoire $> 11,1$ mmol/L (200 mg/dL) ou HbA1c ≥ 48 mmol/mol (équivalent à 6,5 %) **(2)**.

Toujours selon la FID,

- Une Intolérance au Glucose (IG) doit être diagnostiquée lorsque les deux critères suivants sont remplis :
 - o la glycémie à jeun est inférieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) ;
 - o et la glycémie à la 2^{ème} heure de l'HGPO (hyperglycémie provoquée orale) est supérieure ou égale à 1,4 g/l (7,8 mmol/l) mais inférieure à 2g/l (11,1 mmol/l).
- Une Anomalie de la Glycémie à Jeun (AGJ) doit être diagnostiquée lorsqu'au moins un des critères suivants est satisfait :
 - la glycémie à jeun est comprise entre 1,10g/l (6,1 mmol/l) et 1,25 g/l (6,9mmol/l) ou;
 - la glycémie à la 2^{ème} heure de l'HGPO (hyperglycémie provoquée orale) est supérieure 1,40g/l (7,8 mmol/l) **(2)**.

En fonction du mécanisme à l'origine de la maladie, on distingue essentiellement deux types de diabète. Le diabète de type 1 ou insulino-dépendant et le diabète de type 2 ou non insulino-dépendant.

I.2. Fardeau dans le monde

Le diabète étant une pathologie devenue un problème majeur de santé publique qui a atteint des proportions alarmantes : actuellement près d'un demi-milliard de personnes dans le monde vivent avec le diabète dont la prévalence est en constante croissance, de 151 millions en 2000, ce chiffre a triplé en 2019 avec 463 millions selon la fédération internationale de diabète (FID), soit une prévalence de 9,3% **(3)**. Environ 18 millions d'individus meurent chaque année de

maladies cardio-vasculaires principalement liées à des facteurs de risque comme le diabète sucré ou l'hypertension artérielle(4). Les projections pour l'avenir indiquent clairement que l'impact du diabète au niveau mondial devrait continuer à augmenter considérablement.

I.3. Fardeau en Afrique

On note une croissance galopante des prévalences alors que parallèlement les structures sanitaires n'ont pas connu un développement adapté. Le continent Africain devrait connaître la plus forte augmentation du nombre de diabète avec une augmentation de 55 millions d'ici 2045 soit une prévalence de 13,4% par rapport au résultat de 2021 (5).

Selon l'OMS, en 2021 plus de 19 millions de personnes vivaient avec le diabète dans la Région africaine, et ce nombre devrait croître pour atteindre la barre de 47 millions de diabétiques d'ici 2025(6).

Dans ces pays, cette expansion s'inscrit dans une véritable transition épidémiologique des maladies transmissibles vers les maladies non transmissibles. Ce phénomène peut être expliqué par plusieurs causes notamment le vieillissement de la population la sédentarité et l'obésité.

En dehors de l'obésité, l'hypertension artérielle est le principal facteur de risque cardio-vasculaire associé au diabète.

I.4. Fardeau au Mali

En 2017, la prévalence de diabète au Mali était à 1,8 % selon, des statistiques de la fédération internationale de diabète (2).

Selon le rapport de L'ONG santé Diabète au Mali en 2019, la prévalence du diabète est estimée à 2,4% de la population (7).

I.5. Justification

Le diabète est une maladie systémique à évolution prolongée dont les complications aiguës, chroniques et infectieuses sont responsables d'une morbi-mortalité importantes en absence de traitement. Ainsi, les parents des patients doivent être informés afin qu'ils participent de façon active à la prise en charge de la maladie, ainsi que les personnes qui dispensent les soins. En 2015, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1,6 million de décès étaient liés au diabète et 2.2millions de décès étaient causés par l'hyperglycémie en 2012, les décès liés à l'hyperglycémie surviennent avant 70 ans (8). L'organisation Mondiale de la Santé prévoit qu'en 2030, le diabète sera la 7eme cause de décès dans le monde (8).

Au Mali selon le rapport de L'ONG santé Diabète en 2019, la prévalence du diabète est estimée à 2,4% de la population. Il est la septième cause de décès dans le monde (7). Cette explosion peut être expliquée par les facteurs suivants : Profonds changements de mode de vie de la population. Il existe peu de données en milieu péri-urbain d'où la réalisation de cette étude.

II. OBJECTIFS

II.1. Objectif général

Étudier le diabète dans l'aire de santé de l'Association de Santé Communautaire de Lafiabougou 2.

II.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence du diabète dans les motifs de consultations dans l'aire de santé de Lafiabougou 2
- Identifier les facteurs de risque associés au diabète dans l'aire de sante de Lafiabougou 2.
- Évaluer les connaissances des participants sur le diabète.

III. GENERALITES

III.1. Définitions

On peut établir le diagnostic du diabète selon trois façons différentes :

- Symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement inexpliqué, somnolence voire coma) et glycémie quelle que soit l'heure $\geq 2,00$ g/l (11,1 mmol/l),
- Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l (7,00 mmol/l) à 2 reprises
- Glycémie 2h après une charge de 75 g de glucose lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale (9).

III.2. Epidémiologie

"Institut International du Diabète" (IID) de Melbourne a préparé les dernières prévisions en matière de diabète pour la Fédération Internationale du Diabète (FID). Il estime que le nombre global de personnes atteintes de diabète passera de 194 millions en 2003 à 333 millions d'ici 2025 (10).

Les plus fortes augmentations sont prévues en Afrique (98 %), au Moyen-Orient (97 %), en Asie (91 %) et en Amérique latine (88 %) (6,10).

Chez la population des plus de 20 ans, la prévalence du diabète est estimée à 3,3 % dans les pays développés, contre 6 % dans les pays en voie de développement (11).

Cette prévalence étant considérée comme faible en Afrique il y a encore une vingtaine d'années, aujourd'hui elle est en forte croissance probablement en raison des profondes mutations démographiques, sociologiques, alimentaires et comportementale. Le continent Africain connaît aujourd'hui des chiffres élevés (de l'ordre de 5% de la population adulte en milieu urbain et 1,5% en milieu rural). Selon une étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire du Point G à Bamako le diabète comptabilisait 40% des consultations en médecine interne et représentait la deuxième cause d'hospitalisation après le VIH/SIDA (11).

III.3. Classification (12,13)

Diabète de type 1

C'est le résultat d'une destruction de la cellule beta du pancréas par un mécanisme le plus souvent auto-immun. Représente 5 à 10% des cas.

Diabète de type 2

Il associe insulino-résistance et diminution de l'insulinosécrétion endogène à des degrés variables. Il recouvre ce qu'on appelait le diabète non insulino-dépendant de l'adulte. Ce type de diabète représente 80 à 85% des diabètes.

Diabète gestationnel

Trouble de la tolérance glucidique, de sévérités variables, débutantes ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse.

Diabètes secondaires

Peu fréquents, comprennent affections génétiques, infections, affections du pancréas exocrine, endocrinopathies, causes médicamenteuses.

III.4. Physiopathologie (14,15)

Il s'agit des troubles du métabolisme hydrocarboné liés soit à un déficit d'insuline, soit à une résistance anormale à cette hormone, d'où une accumulation de glucose dans les tissus. Des troubles du métabolisme protidique et surtout lipidique sont souvent associés.

Le diabète de **type 1** est dû à l'absence d'insuline, les cellules bêta des ilots de Langerhans du pancréas ayant été détruites par des auto-anticorps. Cette forme de diabète est une maladie auto-immune, médiée par les lymphocytes T, caractérisée du point de vue histologique par << l'insulite >>, qui précède de plusieurs mois l'apparition des signes cliniques de la maladie.

Il s'agit d'une lésion inflammatoire localisée autour des ilots de Langerhans qui sont infiltrés par des cellules mononuclées, essentiellement des lymphocytes T. Le syndrome hyperglycémique n'apparaît que lorsque la majorité des cellules bêta (vraisemblablement plus de **80-85 %**) a été détruite par le processus auto-immun.

Le diabète de type 2 quant à lui est peu élucidé. Plusieurs facteurs prédisposants sont mis en cause et plusieurs théories sont développées à ce propos. Nous retiendrons deux phénomènes notamment : la résistance à l'insuline et la tolérance diminuée au glucose.

III.5. Aspects cliniques

Diabète de type 1 (14)

Il est de survenue souvent brutale. On l'observe le plus souvent chez des sujets jeunes. Cependant, il peut apparaître plus tard, y compris à un âge avancé. Le sujet n'est généralement pas obèse.

Diabète de type 2 (14)

Il est généralement insidieux. Le diabète de type 2 se manifeste en général chez l'adulte, à partir de 30 ans. Il peut néanmoins s'observer chez les sujets jeunes. Le sujet est généralement obèse. Dans les deux types, hormis les complications, la clinique est marquée par le syndrome hyperglycémique.

III.6. Critères de diagnostic (12, 13)

Le diagnostic est posé dès lors que l'un des critères suivants est atteint :

- Deux glycémies à jeun supérieures ou égales à **1,26 g/l** soit **7 mmol/l**,

- Une glycémie aléatoire supérieure ou égale à **2 g/l (11 mmol/l)** avec des signes cardinaux
Ou une glycémie à 2 heures d'une HGPO (l'ingestion de **75 g** de glucose) supérieure ou égale à **2 g/l (11mmol/l)**.

De nouvelles catégories de personnes font son apparition :

- Celle ayant une hyperglycémie modérée à jeun (HMJ) caractérisée par :
 - une glycémie à jeun est comprise entre 1,10g/l (6,1 mmol/l) et 1,25 g/l (6,9mmol/l) ou;
 - une glycémie à la 2ème heure de l'HGPO (hyperglycémie provoquée orale) est supérieure 1,40g/l (7,8 mmol/l).
- Celle ayant une Intolérance au Glucose (IG) caractérisée par :
 - une glycémie à jeun est inférieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) ;
 - et une glycémie à la 2ème heure de l'HGPO (hyperglycémie provoquée orale) est supérieure ou égale à 1,4 g/l (7,8 mmol/l) mais inférieure à 2g/l (11,1 mmol/l).

Ces nouveaux critères sont considérés comme valides et applicables.

Ainsi le sort de cette nouvelle catégorie de personnes peut être de trois types

Ceux qui évolueront vers le diabète : **25%** à **50%** dans les 10 ans.

Ceux qui resteront hyper glycémiés non diabétiques : **25** à **50%** des patients.

Ceux qui retrouveront une tolérance glucidique normale : environ **25%** des patients.

Ces sujets non diabétiques mais à haut risque de le devenir ont la chance de pouvoir bénéficier de la prescription d'hygiène diététique, de lutter contre la sédentarité et le surpoids afin de retarder la survenue du diabète.

III.7. Les complications (16)

Le diabète expose le patient au développement d'un vieillissement artériel prématuré. Mais la majorité des complications liées au diabète peuvent être évitées, diminuées ou retardées si le diabète est dépisté précocement et traité.

III.7.1 Les complications aiguës

III.7.1 .1. Céto-acidose diabétique

Elle s'observe surtout chez les diabétiques de type 1 insulino-dépendants et peut survenir à tout âge, particulièrement grave chez le vieillard. L'acidocétose est due à une carence profonde en insuline avec production excessive des corps cétoniques dont l'accumulation entraîne une acidose métabolique. Les facteurs déclenchants sont : l'arrêt de l'insulinothérapie, le stress, les infections, la corticothérapie, la chirurgie et la grossesse.

III.7.1 .2. L'hyper osmolarité

Il résulte de la conjonction d'un diabète déséquilibré et d'une déshydratation. Il est fréquent chez le sujet atteint de diabète de et traité par antidiabétiques oraux ou régime seul.

III.7.1 .3. Hypoglycémie

Il est essentiellement en rapport avec un excès en médication hypoglycémiante (sulfamides hypoglycémiants). Deux causes sont généralement retrouvées : une adaptation incorrecte de l'insulinothérapie et un apport alimentaire insuffisant. Ces manifestations sont liées à l'hypoglycémie et à la réaction adrénérgique qui lui est associée.

III.7.1.4. Acidose lactique

C'est un accident très grave lié à l'utilisation des biguanides dont les contre-indications ne sont pas respectées dans un contexte d'hypoxie tissulaire. Cliniquement on a une dyspnée intense, un collapsus cardiovasculaire, l'anurie s'installe très rapidement en quelques heures. Biologiquement, la glycémie peu Etude des connaissances, attitudes et pratiques de la population de Bacodjicoroni face au diabète être modérément augmentée, il n'y a ni glycosurie ni cétonémie significative ; la lactémie est 10 à 30 fois supérieure à la normale.

III.7.2. Les complications chroniques

Elles sont liées à l'hyperglycémie chronique et aux facteurs de risques cardiovasculaires associés. Elles sont nombreuses et touchent plusieurs organes, suite à une micro ou une macro angiopathie.

III.7.2 .1. La micro angiopathie

Il s'agit des complications spécifiques du diabète que sont : La rétinopathie, l'infarctus du myocarde, la néphropathie et la neuropathie diabétique. Leur survenue et leur évolutivité sont dépendantes de la durée du diabète et du degré d'équilibre glycémique. L'hyperglycémie chronique est responsable des perturbations de la microcirculation.

III.7.2 .2. La macro angiopathie

Il s'agit de l'atteinte des artères musculaires allant de l'aorte jusqu'aux petites artères distales d'un diamètre supérieur à 200 micromètres. Elle associe deux pathologies artérielles l'athérosclérose et l'artériosclérose et peut se traduire cliniquement par :

- Des accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- Le pied diabétique
- L'hypertension artérielle
- L'ischémie myocardique le plus souvent silencieuse
- La coronaropathie (crise cardiaque)
- L'artérite des membres inférieurs (attaques) et

- La neuropathie autonome cardiaque

III.8. Traitement

L'objectif du traitement par les antidiabétiques est, en règle générale, d'obtenir un taux d'HbA1c inférieur à 7%. Cet objectif est modulé vers des valeurs plus hautes ou plus basses selon les patients.

III.8.1. Information de la population

L'information permet à la population d'acquérir un savoir, une compréhension de la maladie en général mais aussi plus spécifiquement des causes, signes, complications et du traitement et également un savoir-faire au niveau de leur alimentation. Il est important que la population adopte un changement de style de vie avec arrêt du tabac, un régime alimentaire équilibré, une activité physique régulière, un contrôle fréquent de la glycémie ainsi qu'un bon suivi du traitement pour retarder les complications (pour ceux qui sont connus déjà diabétiques).

III.8.2. L'éducation thérapeutique (17)

III.8.2.1 Principe du traitement

Le régime et l'activité physique sont les piliers du traitement non pharmacologique du diabète ; l'éducation du diabétique en est le fer de lance.

III.8.2.1.1. Diabète de type 1

La cause du diabète de type 1 étant un manque d'insuline endogène, son traitement repose sur le régime et l'administration d'insuline qui est indispensable à la vie du patient.

III.8.2.1.2. Diabète de type 2

Le traitement du diabète de type 2 varie selon que le diabétique soit obèse ou de poids normal. Trois thérapies sont à privilégier : le régime, l'exercice physique et les antidiabétiques oraux. L'insuline est indiquée chez le diabétique de type 2 en cas de complications aiguës, dégénératives, de grossesse ou de contre-indication aux antidiabétiques oraux.

III.8.2.2 Les mesures hygiéno-diététiques (17)

La prescription diététique chez un patient diabétique ne peut s'envisager qu'après un diagnostic étiologique précis, c'est-à-dire en ayant une idée certaine du type de diabète ; elle ne peut se concevoir que dans le cadre d'une bonne connaissance du rapport aliment-nutriments. L'apport calorique est respecté chez le patient diabétique de type 1 et est réduit chez le patient diabétique de type 2 en surcharge pondérale. L'apport glucidique représente 45 à 50 % de la ration calorique prescrite ; la bonne connaissance des équivalences glucidiques assure au patient diabétique de type 1 une bonne gestion de son insulinothérapie ; le respect d'une ration glucidique suffisante chez le patient diabétique de type 2 est un bon moyen de lutter contre

l'insulinorésistance. L'apport lipidique est ce qui doit être restreint le plus en luttant contre les graisses saturées ; il ne doit pas dépasser 35 % de la ration calorique, quel que soit le type de diabète. Enfin, un bon contrôle de l'apport protidique au-dessous de 1 g/kg/j est un excellent moyen de préserver une fonction rénale. Toutes ces notions ne peuvent se concevoir que dans le cadre d'une bonne pédagogie diététique où on évite de confondre protides et viande, glucides et pain, lipides et beurre, mais où on a une bonne connaissance de la composition exacte des aliments ; il s'agit d'un acte médical à part entière, relevant d'une bonne connaissance diététique.

L'exercice physique

Il faut considérer l'activité physique comme une thérapeutique supplémentaire capable de prévenir et de soigner les maladies cardio-vasculaires et métaboliques. De plus, cette activité contribue à la réinsertion sociale et psychologique de tous et augmente l'autonomie des personnes âgées. Bien entendu, l'activité physique doit être adaptée dans son type, sa quantité et son intensité. Harmonieusement répartis, les efforts se transforment rapidement en plaisir et doivent s'inscrire dans la durée. Ces caractéristiques, malgré leurs difficultés pratiques d'application dans le monde moderne et les quelques dangers potentiels (hypoglycémies, soucis cardio-vasculaires en cas d'exercice violent chez l'adulte peu entraîné) ne peuvent en aucun cas contre balancer l'absolue nécessité d'une telle stratégie (13)

III.8.2.3 Principaux antidiabétiques

III.8.2.3.1 Les antidiabétiques oraux (18)

Les antidiabétiques oraux ont pour cible les anomalies métaboliques qui sont à l'origine du diabète. Les deux grandes familles (constituées de classes) d'antidiabétiques oraux sont les insulinosensibilisateurs et les insulinosécrétagogues (peuvent être associées entre elles). Les insulinosensibilisateurs : la metformine et les thiazolidinediones ou glitazones. Les insulinosécrétagogues : les sulfonylurées et les glinides. Les différentes classes thérapeutiques des médicaments du diabète (19).

Il existe plusieurs classes thérapeutiques reposant sur des mécanismes d'action différents, administrées seules ou associées entre elles.

Classe 1 : les biguanides

Les biguanides comme la metformine ont une action anti-hyperglycémiant mais ne donnent pas d'hypoglycémie. Ils réduisent la glycémie en dehors et après les repas en :

- Diminuant la production du glucose par le foie ;
- Diminuant l'insulino-résistance ;
- Retardant l'absorption intestinale du glucose ;

Effets secondaires :

- Troubles digestifs (surtout diarrhée)
- Acidose lactique (rare mais grave)

Contre-indications :

- Insuffisances rénales
- Acidocétose
- Insuffisance hépatique grave

Interactions médicamenteuses :

Certains médicaments peuvent faire varier le taux de sucre dans le sang et déséquilibrer la glycémie. L'association de ce médicament avec les corticoïdes, les antiasthmatiques bronchodilatateurs, les diurétiques ou les inhibiteurs de l'enzyme de conversion peut nécessiter un contrôle plus fréquent de la glycémie, voire une modification de la posologie de la metformine. L'alcool peut entraîner une potentialisation de l'effet de la metformine sur le métabolisme du lactate, il est donc déconseillé d'en avoir une consommation excessive lorsque l'on est traité par de la metformine.

Classe 2 : les sulfamides hypoglycémiant

Les sulfamides hypoglycémiant stimulent la sécrétion d'insuline. Leur efficacité dépend de la capacité résiduelle du pancréas à sécréter de l'insuline. Ils améliorent la glycémie avant et après les repas et peuvent occasionner des hypoglycémies.

Effets secondaires :

- Risque d'hypoglycémie en particulier chez la personne âgée ou dans les situations de jeûne, d'exercice physique important, d'interaction médicamenteuse ou d'association à un autre hypoglycémiant
- Prise de poids de 2 à 5 kg en moyenne, troubles digestifs
- Toxicité hépatique, cytopénies, manifestations cutanées allergiques.

Contre- indication :

Contre-indication en cas d'insuffisances hépatique ou rénale terminales, et en cas d'hypersensibilité.

Interactions médicamenteuses :

Ils interagissent avec de nombreux médicaments. Les interactions peuvent être de plusieurs types :

- Même mécanisme d'action : les sulfamides antibactériens conservent une activité hypoglycémiant même s'ils sont utilisés pour leurs propriétés antibactériennes,

- Potentialisation de l'action hypoglycémiant des sulfamides par modification de leurs métabolismes,
- Diminution de leur élimination urinaire : médicaments susceptibles d'entraîner une insuffisance rénale aiguë.

Classe 3 : Les meglitinides (glinides)

Les glinides, tout comme les sulfamides hypoglycémiant stimulent la sécrétion d'insuline par le pancréas. Pour cela, ils agissent directement sur la cellule beta pancréatique en se fixant sur la protéine localisée sur les canaux potassiques ATP- dépendants, induisant la fermeture de ces canaux, elle-même à l'origine d'une dépolarisation de la cellule et donc d'une entrée d'ions calciques dans la cellule.

Effets secondaires :

- Hypoglycémie
- Troubles digestifs

Contre-indication

- Insuffisance hépatique sévère
- Insuffisance rénale sévère
- Diabète insulino—dépendant
- Grossesse / allaitement

Interactions médicamenteuses

Nombreuses car métabolisation par le cytochrome P450

- Fibrates Lippue
- Sulfamides hypoglycémiant
- AINS, Béta-bloquants, claritromycine
- Carbamazépine

Classe 4 : Les inhibiteurs des alpha-glucosidases

Les inhibiteurs des alpha-glucosidases retardent l'absorption des glucides après les repas. Ils agissent donc en diminuant la glycémie après un repas. Ils ne donnent pas d'hypoglycémie.

Effets secondaires :

- Problèmes digestifs (météorisme, flatulence, inconfort intestinal, diarrhée, ballonnement...)
- Eruptions cutanées

Contre- indication :

- Trouble de la digestion et de l'absorption.
- Maladie inflammatoire du côlon.
- Hernie intestinale.

Interactions médicamenteuses :

Il est préférable de respecter un délai entre la prise de ce médicament et celle des médicaments contenant du charbon ou des enzymes digestives (amylase, pancréatine). Ils peuvent être associés aux sulfamides hypoglycémiants et/ou aux biguanides.

Classe 5 : Thiazolidines (Glitazones)

Agonistes de synthèse des récepteurs nucléaires PPAR γ , avec diminution de l'insulinorésistance et améliore les métabolismes glucidiques et lipidiques dans le diabète de type 2. Ces récepteurs γ sont des modulateurs de transcription de gènes, plus spécifiques du tissu adipeux. Action du PPAR γ est pléiotropique

Effets secondaires

- Rétention hydro sodée avec risque d'insuffisance cardiaque
- Insuffisance hépatique

Contre -indication

- Insuffisance cardiaque

Interactions médicamenteuses

Elles sont efficaces en monothérapie, leur utilisation en traitement avec la metformine ou une sulfonylurée est une approche prometteuse.

Nouveaux antidiabétiques oraux

1. Les incrétines

Les incrétines dont le GLP1 sont des substances libérées par le corps au début des repas, pour stimuler la sécrétion d'insuline. On les utilise en pharmacologie soit en injectant du GLP1 soit en diminuant sa dégradation par l'organisme grâce aux gliptines (IDPP4).

Ces médicaments ont pour effets de :

- Réduire la sécrétion de glucagon, qui contrôle la fabrication du glucose par le foie ;
- Diminuer l'appétit ;
- Ralentir la vidange gastrique ce qui augmente la sensation de satiété.

Effets secondaires :

- Analogues du récepteur au GLP-1 (glucagon-like peptide- 1) : troubles digestifs (principalement en début de traitement), Pancréatites (rare mais grave),
- Réactions d'hypersensibilité et majoration du risque d'hypoglycémie en cas d'association avec d'autres antidiabétiques oraux insulinosécréteurs (sulfamides hypoglycémiants et glinides).

Inhibiteur de DPP4 (Di peptidyl- peptidase- 4) : troubles digestifs (principalement en début de traitement) Infections respiratoires hautes,

- Troubles hépatiques,

- Pancréatites,
- Vertiges,
- Majoration du risque d'hypoglycémie en cas d'association avec d'autres antidiabétiques oraux insulinosécréteurs (sulfamides hypoglycémiants et glinides).

Contre-indications :

- Insuffisance rénale sévère : clairance créatinine < 30 ml/ nm
- Gastro parésie
- Patients < 18 ans
- Interactions médicamenteuses :
 - Elles s'observent notamment avec les ATB, les IPP (qu'on administrera au moins 1h avant les injections, les AVK (surveiller INR)

Les cibles des ADO utilisé en thérapeutique

L'action anti-hyperglycémiant des antidiabétiques peut être obtenue par :

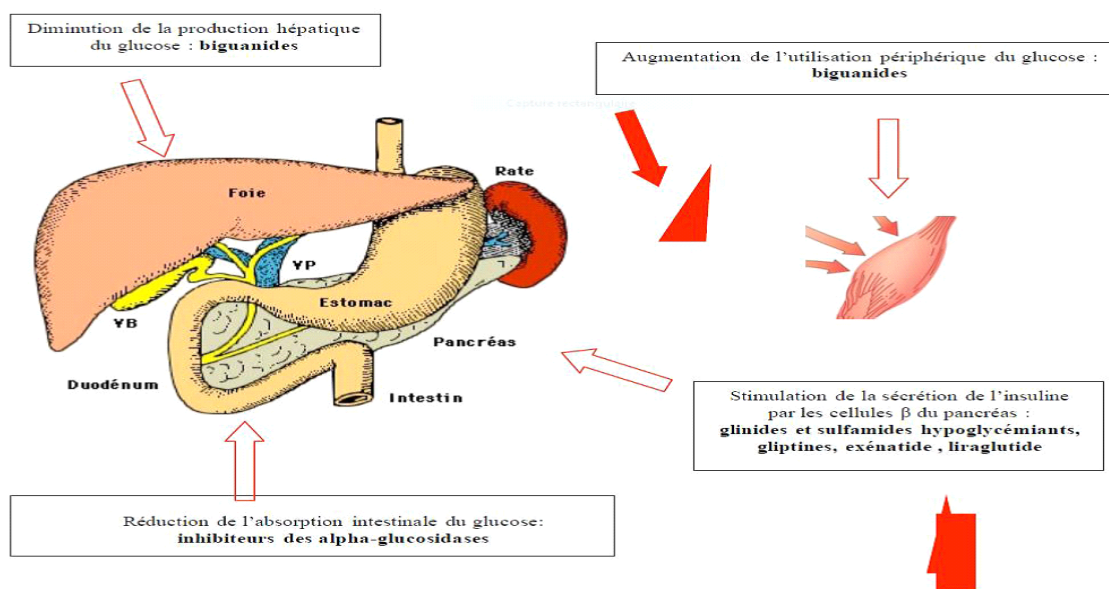


Figure 1: Traitements Antidiabétiques du diabète de type 2 ; Janvier 2013

2. Les inhibiteurs du SGLT2

Les inhibiteurs du SGLT2 (Inhibiteur du Co transporteur Sodium- Glucose de type 2) augmentent l'élimination du glucose dans les urines. Le rein joue un rôle dans la régulation de la glycémie, notamment en éliminant du glucose quand la glycémie est trop élevée. Les inhibiteurs de SGLT2 augmentent la fuite de glucose dans les urines ce qui permet d'abaisser la glycémie.

Effets secondaires :

- Infection des voies uro-génitales

- Hypotension
- Déshydratation

Contre-indications :

- Infections des voies urinaires et mycoses génitales (la glycosurie induite favorisant la pullulation microbienne)
- Acidocétose
- Arrêter le traitement avant une intervention chirurgicale

III.8.2.3.2. INSULINOTHERAPIE (20)

Le traitement de référence du diabète de type 1 est l'injection d'insuline. En cas d'insulinopénie, il devient nécessaire pour le diabète de type 2 également. L'insuline injectable se substitue à l'insuline qui devrait être fabriquée par le corps. Le médecin propose un schéma d'insuline adapté au profil glycémique du patient :

- Une insuline lente, si la glycémie est haute le matin et baisse dans la journée ;
- Une insuline rapide, si la glycémie monte après les repas ;
- Une association d'insuline lente et rapide, si la glycémie est haute à plusieurs moments de la journée.

L'insuline humaine (obtenue par génie génétique) peut être préparée en association avec du zinc à faible concentration (insuline ordinaire ou rapide) ou à forte concentration (insuline Zinc), ou avec une protéine, la protamine (insuline NPH). Ceci explique les différences de cinétique de résorption après injection sous-cutanée.

Il existe aussi des insulines modifiées (quelques acides aminés différents), élaborées pour être actives soit très rapidement, soit très lentement.

La classe cinétique d'une insuline est sa principale caractéristique pratique pour le traitement. Elle dépend de sa vitesse de résorption après injection sous-cutanée. Elle va déterminer si l'insuline est plutôt rapide (propre à aider l'organisme à assimiler un repas) ou plutôt lente (pour constituer un plateau d'insulinémie à faible concentration tout au long du nycthémère).

Les médicaments existants, classe cinétique, les délais et durée d'action correspondant :

Classe cinétique rapide : insuline humaine

- DCI : insuline ordinaire
- Voie administration : SC, IV, IM
- Délais d'action : 30min
- Pic d'activité : 1-2h
- Durée d'action : 4-6h

Classe cinétique rapide optimisée : Insulines monomériques (rapides optimisées)

- DCI : lispro et aspart
- Voie administration : SC exclusivement
- Délais d'action : environ 15min
- Pic d'activité : 30 -90 min
- Durée d'action :3 - 4h

Classe cinétique intermédiaire : Insuline intermédiaire

- DCI : NPH et Zinc
- Voie administration : SC
- Délais d'action : 1 à 2h et 2 à 3h
- Pic d'activité :3 à 6h et 4 à 6h
- Durée d'action :10 à 16h et 16 à 24h

Classe cinétique lente optimisée : Analogue retard (lente optimisée)

- DCI : glairine
- Voie administration : SC
- Délais d'action : 2 à 5h
- Pic d'activité : 1à 24h
- Durée d'action : 24 à 36h

Sites et techniques d'injections :

Les sites d'injections doivent être variés :

Abdomen : résorption très rapide

Bras, épaules : résorption rapide

Cuisses, fesses : résorption plus lente

Faites par une aiguille courte de 5 à 8 mm chez les patients à peau fine et de 12 mm chez les sujets obèses ou lorsque l'injection est effectuée dans la fesse, en piquant perpendiculairement au sommet d'un large pli.

Situations à risque ou déconseillées :

Il n'y a pas de contre-indication au traitement par insuline. Chez l'insuffisant rénal, il est conseillé de débiter par de faibles doses (la dégradation rénale est altérée et il n'y a pas de mécanisme d'adaptation, notamment la dégradation hépatique n'est pas majorée). Chez l'insuffisant cardiaque, des cas de surcharges volémiques sont rapportés lors de l'instauration d'une insulinothérapie et d'équilibration rapide d'une hyperglycémie marquée.

IV. MATERIEL ET METHODES

IV. 1. Méthodes

IV. 1.1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée au centre de santé communautaire d'ASACOLA 2, à Lafiabougou.

IV. 1.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale.

IV. 1.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 2 juin au 31 Août 2022.

IV. 1.4. Population d'étude

L'étude concernait les personnes âgées de 18 ans et plus, confirmées diabétiques venues en consultation dans le centre de santé communautaire de Lafiabougou 2.

IV. 1.4.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude les personnes âgées d'au moins 18 ans et plus, déjà diagnostiqué d'un diabète de type 2 et résidants dans l'aire de santé de Lafiabougou 2, venues pour une consultation ou pour toute autre raison au CSCOM ASACOLA2 et qui ont accepté de participer.

IV. 1.4.2. Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude, les personnes souffrant des complications du diabète de type 2 ou d'autres formes de diabète

IV. 1.5. Echantillonnage

Détermination de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est calculée à partir de la formule de Schwartz :

$$n = Z^2 \cdot p \cdot q / i^2$$

n = taille de l'échantillon ;

$$Z = 1,96$$

P = Probabilité des facteurs de risques de diabète élevée est de 9,3% selon l'enquête STEPS de 2013 (25)

$$q = 1 - p = 1 - 0,093 = 0,907$$

i = précision; $i = 5\% = 0,05$

Pour notre étude, $p = 0,093$ $q = 0,907$

$$n = (1,96)^2 \times 0,093 \times 0,907 / (0,05)^2 = 0,32404 / 0,0025 = 129,6 \approx 130$$

Définitions des termes

Hypertension artérielle : Pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmhg et/ou Pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmhg de façon permanente.

Diabète : glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l ou glycémie aléatoire ≥ 2 g/l

Obésité :

- IMC ≥ 30 Kg/m²
- Périmètre abdominal : ≥ 102 cm pour l'homme et 88 cm pour la femme

Surpoids :

- IMC ≥ 25 et < 30 Kg/m²
- Périmètre abdominal : ≥ 90 et < 102 cm pour l'homme et ≥ 80 et < 88 cm pour la femme

Sédentaire : tout sujet effectuant moins de 30 min d'exercice physique par jour.

Tabagique : tout sujet fumeur actif quelle que soit la quantité.

IV.1.6. Collecte et analyse des données

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête élaborée à cet effet puis insérées dans une base de données Access.

- Les mesures de la pression artérielle ont été faites selon les recommandations de l'OMS pour éviter les risques d'erreur : sujet au repos pendant au moins 3 à 5mn à distance d'une prise alimentaire et de tabac, assis ou allongé, la prise a été faite aux deux bras à la recherche d'une asymétrie par la méthode auscultatoire avec un sphygmomanomètre manuel qui avait une largeur de 13 à 15 cm chez l'adulte et une longueur suffisante pour entourer les 2/3 de la circonférence du bras. La pression systolique correspond à la phase I de Korotkov (début de l'auscultation des premiers bruits) et la pression diastolique à la phase V Korotkov (disparition complète des bruits). La prise de la tension a été toujours contrôlée par un 2^{ème} examinateur.
- La pesée a été effectuée grâce à un pèse-personne SCALE bien placé sur une surface stable et plane les participants ont été légèrement vêtue, non chaussée et le résultat exprimé en kilogrammes (kg).
- La mesure de la taille en centimètre (cm), a été effectuée à l'aide d'une toise portable, les participants ont été déchaussés et ne portaient pas de chapeau.
- La mesure du périmètre abdominal en (cm) a été faite à l'aide d'un mètre ruban souple neuf standard, appliqué directement sur la peau. Cette mesure a été réalisée suivant la ligne axillaire moyenne, à mi-distance entre la base inférieure de la dernière côte et le bord supérieur de la crête iliaque de chaque côté.
- L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé par le rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en m²).
- L'examen complémentaire systématique étaient le dosage sanguin de la glycémie capillaire à jeun.

L'analyse des données a été faite sur le logiciel SPSS (25 .0) avec présentation des données catégorielles sous forme de proportions et les quantitatives sous formes de moyennes avec écart-type.

IV.1.7. Aspects éthiques

L'étude a été réalisée dans l'anonymat. Le consentement éclairé des personnes enquêtées a été obtenu avant l'administration du questionnaire. Aucune information permettant d'identifier les personnes enquêtées n'a été collectée.

IV.2. Matériels

- Appareil à tension et stéthoscope pour mesurer la pression artérielle des participants
- Toise et mètre ruban pour prendre la taille et le périmètre abdominal des participants
- Pèse personne pour prendre le poids des participants
- Glucomètre pour contrôler la glycémie à jeun ou aléatoire des participants.

V. RESULTATS

Il s'agit d'une étude descriptive transversale allant du 2 juin au 31 Aout 2022. Au cours de l'étude, nous avons enregistré 200 patients diabétiques sur 966 consultations soit une prévalence de 20,7%.

Tableau I: Répartition des participants selon les caractéristiques sociodémographiques

Tranche d'âge(ans)	Effectif	Pourcentage
20-40	8	4
40-60	142	71
60-80	47	23,5
80 et plus	3	1,5
Total	200	100
Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	59	29
Féminin	141	71
Total	200	100
Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	99	49,5
Commerçant	43	21,5
Fonctionnaire	33	16,5
Cultivateur	7	3,5
Autre	18	9
Total	200	100
Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Scolarisé	125	62,5
Non Scolarisé	75	37,5
Total	200	100

Dans notre étude, la tranche d'âge de 40-60 ans représentait 71%. Le sexe féminin représentait 71% de notre échantillon soit un sex-ratio de 2,48. Les ménagères représentaient 49% de notre échantillon. Dans notre échantillon 125 participants étaient scolarisés soit 62,5%.

Tableau II : Répartition des participants selon les antécédents familiaux

ANTCD Familiaux	Effectif n=200	Pourcentage
Diabète familial	116	58
HTA familial	81	40,5
AVC familial	26	13

Cinquante-huit pour cent (58%) de notre échantillon avaient un antécédent familial de Diabète

Tableau II: Répartition des participants selon les Antécédents personnels

ANTCD personnel	Effectif n=200	Pourcentage
Sans antécédent	166	83
AVC	21	10,5
HTA	13	6,5

Dans notre échantillon 83% de nos participants n'avaient pas d'antécédent personnel

Tableau IV : Répartition des participants selon la pratique de l'activité physique

Activité physique	Effectif n=200	Pourcentage
Oui	126	63
Non	74	37
Total	200	100

Dans notre étude 126 participants pratiquaient l'activité physique avec un taux de 63%.

Tableau V : Répartition des participants selon la fréquence de l'activité physique

Nombre de fois par semaine	Effectif n=200	Pourcentage
0-4	74	37
5-8	93	46,5
9 et plus	33	16,5
Total	200	100,0

L'intervalle de 5-8 fois par semaine représentait 46,5%.

Tableau VI : Répartition des participants selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Tabagisme	30	15
Obésité selon l'IMC	40	20
Obésité abdominale pour les deux sexes	123	61,5
Sédentarité	50	25

Dans notre échantillon l'obésité abdominale pour les deux sexes représentaient 61,5% de notre échantillon.

Tableau VII : Répartition des participants selon l'IMC

IMC en Kg/m ²	Effectif	Pourcentage
< 18	9	1,0
18-25	108	54,0
26-30	43	0,3
> 30	40	22,3
Total	200	100,0

L'IMC était normal chez 108 participants soit une fréquence de 54%.

Tableau VIII : Répartition de la sédentarité en fonction de l'obésité.

		Obésité selon l'IMC			
		OUI	Pourcentage	NON	Pourcentage
Sédentarité	OUI	16	8	34	17
	NON	28	14	122	61

$X^2= 3,88$ **p-value= 0,049**

Dans notre étude Huit pour cent (8%) de nos patients présentaient à la fois sédentarité et obésité.

Tableau IX : Relation entre la sédentarité et l'obésité abdominale

		Obésité abdominale			
		OUI	Pourcentage	NON	Pourcentage
Sédentarité	OUI	26	13	24	12
	NON	97	48,5	53	26,5

$X^2= 2,54$ **p-value = 0,153**

Dans notre échantillon 13% présentaient à la fois obésité abdominale et sédentarité

Tableau X : Répartition des participants selon le périmètre abdominal chez l'homme

Périmètre abdominal(cm)	Effectif	Pourcentage
≤ 90	25	42
91-101	25	42
102 et plus	9	16
Total	59	100,0

Sur un effectif de 59 participants de sexe masculin 9 étaient obèse soit un pourcentage de 16.

Tableau III : Répartition des participants selon le périmètre abdominal chez la femme

Périmètre abdominal(cm)	Effectif	Pourcentage
≤ 80	9	6
81-87	18	13
88 et plus	114	81
Total	141	100,0

Sur un effectif de 141 participants de sexe féminin 114 étaient obèses soit un pourcentage de 81.

Tableau IV: Répartition des participants selon la glycémie à jeun

Glycémie à jeun en g/dl	Effectif	Pourcentage
< 1,26	36	18,0
1,26-2	36	18,0
2 et plus	128	64,0
Total	200	100,0

La majorité de nos patients avait une glycémie à jeun > 2 g/dl soit 64%.

Tableau XIII : Répartition des participants selon la connaissance du diabète

Connaissance	Effectif n=200	Pourcentage
Oui	181	90,5
Non	19	9,5
Total	200	100

Dans notre échantillon 181 participants avaient entendu parler du diabète avec un pourcentage de 90,5.

Tableau V: Répartition des participants selon la définition du diabète pour les malades

Définition	Effectif n=200	Pourcentage
Maladie du sucre	100	50,0
Maladie de l'huile	50	25,0
Maladie du sport	20	10,0
Maladie héréditaire	30	15,0
Maladie de Dieu	20	10,0
Ne sait pas	10	5,0

Dans notre étude 100 participants définissaient le diabète comme maladie du sucre soit un pourcentage de 50.

Tableau XV: Répartition des participants selon les signes du diabète pour les malades

Signe du diabète	Effectif n=200	Pourcentage
Uriner beaucoup	154	77,0
Mange beaucoup	52	26,0
Amaigrissement	42	21,0
Ne sait pas	21	10,5
Autres	20	10,0

Autres: nausée, Diarrhée, douleur abdominale, asthénie

Le signe le plus représenté était : uriner beaucoup avec un pourcentage de 77.

Tableau XVI : Répartition des participants selon la source d'information sur le diabète

Source d'information	Effectif n=200	Pourcentage
CSCOM	79	39,5
CSREF	63	31,5
CHU	49	24,5
Famille	8	4,0
Autres	10	5,0

Autres : Radio, Télévision

Les CSCom étaient les plus représentés avec un pourcentage de 39,5.

VI. COMMENTAIRES / DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée du 2 juin au 31 Août 2022 au centre de santé communautaire ASACOLA 2.

L'étude concernait les personnes âgées de 18 ans et plus, diabétique résidant dans l'aire de santé de Lafiabougou, venus en consultation ou pour toute autre raison au CSCOM ASACOLA 2. Au total nous avons collecté 200 cas répondant à nos critères. La seule difficulté rencontrée dans la réalisation de cette étude est la disponibilité du médecin chargé du suivi des patients diabétiques dans le centre.

• PREVALENCE :

Pendant notre période d'étude nous avons recensé 200 patients diabétiques sur 966 consultations soit une prévalence de 20,7%.

Cette fréquence est inférieure à celle de Nemi (21) 33.87% mais supérieure à celle de Raherison (22) et Traoré D (23) qui ont rapporté respectivement 17.8% et 8.16%.

Cette augmentation de prévalence pourrait s'expliquer par les facteurs suivants :

- La faible participation aux activités physiques et sportives.
- La non suivie des régimes alimentaires et nutritionnelles.
- Le dépistage tardif de diabète.

• Facteurs de risque liés au diabète dans l'aire de santé de Lafiabougou 2 :

Age

L'âge moyen de nos patients était de 55,41 ans avec des extrêmes allant de 20 à 87 ans.

Ces chiffres sont en concordance avec l'âge de survenue du diabète de type 2 (45 ans) et se rapprochent de ceux de Nemi (21) avec 51.27 ans

Représentation selon le sexe

Le sexe féminin était le plus représenté avec un pourcentage de 85% et un sex - Ratio de 2,48 en faveur des femmes. Ce résultat est supérieur à celui de Diao A (24) qui a retrouvé 73% de sexe féminin. Cette augmentation pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont plus vues en consultation que les hommes.

Répartition selon le niveau d'instruction

Presque la moitié de nos patients était scolarisée soit un taux de 62,5%.

Ce résultat est différent de celui rapporté par Sangala M (25) et Coulibaly D (26) avec respectivement 78% et 73% de patients instruits.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que le CSCOM est abrité dans une zone péri-urbaine ou le taux de fréquentation scolaire reste inférieure par rapport à celle de la zone urbaine.

Répartition selon la profession

Les Ménagères étaient les plus représentées avec 49,5 %. Ce résultat est supérieur à celui de Diao A (24) qui a rapporté 43.5% de retraités. Ce qui pourrait s'expliquer par la prédominance de sexe féminin dans notre étude.

Répartition selon les antécédents familiaux

Le diabète familial était le plus représenté comme antécédent familial avec 58%.

Ce résultat est différent de celui d'Akre et al (27) qui ont retrouvé dans leur étude réalisée en 2021 au centre hospitalier régional de Daloa (Côte d'ivoire) 33% antécédent de diabète familial.

Répartition selon les facteurs de risque

L'excès pondéral étant un facteur de risque de diabète identifié par l'ensemble des modèles d'analyses multivariées. La sédentarité et l'obésité étaient les principaux facteurs de risque dans notre étude avec 25% et 20%. Ce taux est largement inférieur à celui de Kamissoko K.F (28) et Kyelem et al (29) qui ont rapporté respectivement 48,7% et 37,6% de cas d'obésité. De façon générale une personne sédentaire a beaucoup plus de chance de prendre du poids.

Répartition selon la glycémie à jeun

La majorité de nos patients avait une glycémie à jeun > 2 g/dl soit un taux de 64%. Ce résultat est inférieur à celui de Akre et al (27) qui ont trouvé une hyperglycémie à jeun comprise entre 1,2 et 6 g/dl chez 89% des sujets. Cela pourrait s'expliquer par : la non prise régulière des médicaments.

Répartition selon l'hypertension Artérielle et le Tabagisme

Hypertension Artérielle et le tabagisme représentaient respectivement 6.5% et 15%. De manière générale l'hypertension artérielle et le Diabète partagent des causes Communes liées à l'augmentation de l'obésité et de la sédentarité. Ces deux maladies s'entretiennent également entre elles, une personne hypertendue présente en effet plus de risques de développer un diabète de type 2, une personne diabétique quant à elle a un risque augmenté d'hypertension artérielle. Le tabagisme, qu'il soit actif ou passif a des effets nocifs avérés sur le système cardiovasculaire et métabolisme. Le tabac augmente considérablement le risque des complications du diabète,

de maladies cardiovasculaires et le syndrome métabolique. Ces résultats sont similaires à celui de kamissoko K. F (28) qui sont 40% et 6.2%.

- **Répartition selon la connaissance du diabète et ses signes pour les malades.**

Le signe le plus représenté dans notre étude était la polyurie soit un taux de 72%. Sangaré S (30) et Drago A (31) ont rapporté des résultats inférieurs avec respectivement 59,5% et 50% avec comme principal signe le syndrome Polyuro-polydipsique.

La majorité de nos patients connaissait le diabète avec 90,5% et les CSCOM étaient la principale source d'information chez 39,5%. Cette connaissance de Diabète pourrait s'expliquer par la multiplication des débats sur le Diabète, ses signes et ses complications organisés par le CSCOM animés par les relais communautaires.

VII. CONCLUSION

Le diabète est un problème majeur de Santé publique par sa forte fréquence avec une prédominance de sexe féminin. Les facteurs de risque modifiables ont été les plus retrouvés que les facteurs de risque non modifiables de ce fait la plupart des Diabètes sont causés par nos habitudes de vie.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, les recommandations ont été les suivantes :

➤ AUX AUTORITES SANITAIRES

- Sensibiliser et mobiliser la population à faire un dépistage systématique dans les différentes structures de santé.
- Renforcer le système formation continue des médecins généralistes et les infirmiers pour la prise en charge du diabète.
- Former une association des patients diabétiques au sein du centre en fin de les introduire une éducation physique, sportive et la bonne pratique de la consommation alimentaire.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Diabète | OPS/OMS | Organisation panaméricaine de la santé [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.paho.org/fr/sujets/diabete>
2. Fédération Internationale de Diabète (FID) Atlas 2017 (huitième édition) [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/public/content/1/doc/idf-atlas-8e-fr.pdf>
3. Fédération Internationale du diabète Atlas du diabète 2019(neuvième édition) - [Internet]. Diabète Québec. [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/ressources/documents-utiles/atlas/>
4. Hossain P, Kawar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world--a growing challenge. *N Engl J Med.* 2007;356(3):213-5.
5. AfriqueRenouveau [Internet]. [cité 8 août 2023]. Le fardeau de plus en plus lourd du diabète en Afrique. 2021. Disponible sur: <https://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/d%C3%A9cembre-2021/le-fardeau-de-plus-en-plus-lourd-du-diab%C3%A8te-en-afrique>
6. Organisation mondiale de la santé | Bureau régional pour l'Afrique [Internet]. 2023 [cité 18 juill 2023]. Journée mondiale du diabète 2021. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/regional-director/speeches-messages/journee-mondiale-du-diabete-2021>
7. Santé Diabète, notre action au Mali [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://santediabete.org/wp-content/uploads/2021/03/Web-Factsheet-SD-Mali-finaledéf.pdf>
8. Organisation mondiale de la santé. Diabète [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
9. Drouin P, Blicke J P, Charbonnel B, Eschwege E, Guillausseau P G, Plouin P F, et al Diagnostic et classification du diabète sucré les nouveaux critères. *Diabetes & Metabolism (Paris)* 1999 ;25 ; 72-83
10. Paul S, Jonatan S, Shirley M, Richard S. L'épidémie de diabète en plein envol : les préventions pour le futur. *Diabete Voice*, 2003(48) :12-6.
11. King H, Aubert R.E, Herman W.H. Global burden of diabetes, 1998-2025: prevalence, numerical estimates and Projections. *Diabetes Care*, 1998 ; 21 : (9)
12. Drouin P, Blicke J P, Chabonnel B, Eschwege E, Guillausseau P G, Plouin P F, et al Diagnostic et classification du diabète sucré, les nouveaux critères. *Diag class diab* 1999; 3 (25):72- 83
13. Monnier L, Avignon A. Nutrition et diététique du diabète non insulino-dépendant : *Médecine thérapeutique.* 1997 ; 3 : 87- 96

14. Fattorusso V, Ritter O. *Vadémécum clinique, Du diagnostic au traitement*. 18eme édition. Paris : Masson ; 2006
15. Doroz PH. *Guide pratique des médicaments* .257ème édition. Paris : Doroz maloine ; 2005
16. Perlemuter L, Perlemuter G. *Guide thérapeutique* 6eme édition Paris : Elsevier – Masson,Issy-les-Moulineaux 2010; 360-389
17. Garnier M, Delamare V, Delamare J, Delamare T. *Dictionnaire des termes de médecine*.29ème édition. Paris: Maloine; 2006.
18. Tielmans A ; Laloi-michelin M ; Coupaye M ; Virally M ; Meas T ; Guillausseau P J et al. *Traitement médicamenteux du diabète de type 2* La Presse Médicale : première partie 2007 ; 36 ; (2) : 269-278
19. Fédération française des diabétiques. *Les médicaments du diabète de type2* Disponibles sur : <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/traitement-diabete/medicaments-type2>
20. Pharmacomedicale. org insulines Disponibles sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/insulines>
21. Nemi KD, Djalogue L, Djagadou KA, Tchamdja T, Tsevi YM, Balaka A. *Les modes de révélation du diabète sucré au CHU Sylvanus Olympio de Lomé*. Pan Afr Med J. 2019;34:99.
22. Raheison RE, Ramilitiana B, Raharinaivalona SA, Rakotomalala DP. *Les nouveaux diabétiques observés à l'Hôpital Joseph Raseta Befelatanana d'Antananarivo (2002-2003)* *Rev Méd Madag*. 2015 ; 5 (1):526–30.
23. Traore D, Sow D S, N'Djim F, Konate M, Doumbia N H, Mariko M, et al. (2017) *The Diabetic Foot in the Hospital of Mali*. Medical B Burkina, 21, 212-226.
24. Diao a. *contrôle de l'équilibre glycémique par hémoglobine glyquée chez les diabétiques de type 2 suivis dans l'unité de diabétologie du centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako*. Thèse Med Bamako 2020, 100p. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4493>
25. Sangala M. *Observance thérapeutique chez les patients diabétiques au CSréf de la Commune III du District Sanitaire de Bamako*. Thèse Med Bamako 2020, 80p. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4470>.
26. Coulibaly MD. *Identification du risque podologique chez les patients diabétiques dans le service de Médecine et Endocrinologie de l'hôpital du Mali*. Thèse Med Bamako 2019. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/2108>.

27. Akre DST, Obouayeba AP, Koffi AE, Kouakou KE, Konan D, Kouassi EK, et al. Évaluation des facteurs de risques du diabète chez les patients diabétiques au centre hospitalier régional de Daloa, Côte d'Ivoire. *J Appl Biosci*. 31 déc 2021;168(1):17436-46.
28. Kamissoko K-F. Aspects thérapeutiques du diabète de type 2 dans le service de médecine interne et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali [Internet] [Thèse Med]. [Bamako]: Université de Bamako; 2017 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.keneya.net/fmpos/theses/2017/med/pdf/17M152.pdf>
29. Kyelem CG, Yaméogo TM, Ouédraogo MS, Rouamba N, Sombié I, Lankoandé D, et al. Caractéristiques thérapeutiques des diabétiques suivis au CHU de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Health Sci Dis* [Internet]. 25 avr 2014 [cité 13 déc 2022];15(2):1-5. Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/367>
30. Sangare MS. Aspects épidémiologiques et cliniques de l'AVC chez les patients diabétiques type 2 dans le service de médecine interne du CHU du Point G, Thèse Med Bamako 2018, 87p. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4059>
31. Drago Amadou. Identification du risque podologique chez les patients diabétiques du centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako, Thèse Med Bamako 2011, [Internet]. [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2011/med/pdf/11M42.pdf>

FICHE D'ENQUETE

- **Date:**
- **N° de Tel :**
- **Numéro de la fiche :**
- **I)Données sociodémographiques**
- **Age :** **Sexe :** **Résidence :**
- **II)Situation matrimoniale :**
- **1: Célibataire 2: Marié(e) 3:Divorcé(e) 4:Veuf(ve)**
- **III) Profession :**
- **1: Ménagère 2: Cultivateur 3: Commerçant 4: Fonctionnaire**
- **5: Autres à préciser.....**
- **IV)Niveau d'instruction :**
- **1: Non scolarisé 2: 1 an à 9 ans 3: 10 ans à 12 ans 4: 13 ans et plus**
- **V)Antécédents :**
- **Familiaux :**
- **1:Diabète 2: HTA 3: AVC 4: Autres.....**
- **5:NSP (Ne sait pas).....**
- **Personnels :**
- **1:Diabète 2: AVC 3: Autres problèmes cardiaques.....**
- **VI)Facteurs de risque:**
- **1.Est-ce que vous pratiquez des exercices physiques? Oui /_/ Non /_/**
- **Si oui combien de fois par semaine /_____/**
- **2: Sédentaire? Oui /_/ Non /_/**
- **3: Tabagique? Oui /_/ Non /_/**
- **4:Diabétique? Oui /_/ Non /_/**
- **5:Obésité? Oui /_/ Non /_/**
- **6:L'alcool? Oui /_/ Non /_/**
- **VII)Examen général:**
- **1:Poids:.....kg 2:Taille:.....cm 3:TA :...../.....mmHg**
- **4:Fréquence cardiaque:.....bpm/min 4:IMC:.....kg/m² 5:Périmètre abdominal:.....cm**
- **VIII)Donnée biologique:**

- **Glycémie à jeun:.....mg/dl**
- **IX)Connaissances sur Diabète**
- **1:Avez-vous entendu parler Diabète? Oui /_/ Non /_/**
- **2:Une personne dans votre famille est-elle Diabétique? Oui /_/ Non /_/**
- **3:Selon vous qu'est ce que le Diabète?**
-
- **NSP (Ne sais pas):.....**
- **4 : Avez-vous des connaissances sur les signe de Diabète? Oui /_/ Non /_/**
- **5:Si oui, pouvez-vous me citer les signes que vous connaissez**
- **a) Uriner beaucoup (.....)**
- **b) Boir beaucoup (.....)**
- **c) Manger beaucoup (.....)**
- **d) Amaigrissement (.....)**
- **e) NSP (Ne sait pas):(.....)**
- **6:D'où est-ce que vous avez obtenu vos informations sur le Diabète ?**
- **a) CHU (centre hospitalier universitaire)**
- **b) Csref (centre de santé de référence)**
- **c) Cscm (centre de santé communautaire)**
- **d)PPD-Mal i(programme de prévention de Diabète)**
- **e) Famille:**

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !