

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1994

N°

EVOLUTION SOCIALE ET LONGEVITE AU MALI

T H E S E

Présentée et Soutenue publiquement le.....devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

PAR

Mama COUMARE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT :

Prof. Aly GUINDO

MEMBRES :

Prof. Moussa Adama MAIGA

Prof. Amadou DOLO

Monsieur Gaoussou TRAORE

DIRECTEUR DE THESE :

Prof. Moussa TRAORE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1993-1994

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCE AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aiiou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

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

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mme SY Aida SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIANE F.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr A.K.TRAORE DIT DIOP
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie

5. ASSISTANTS

Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Anatomie & Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO

Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Immunologie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Eric PICHARD	Médecine Interne

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
-------------------	-----------

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Ali DIALLO	Hémato-Médec.Interne
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

3. ASSISTANTS

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Bouikassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P.DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I.CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur P.BOBIN	I.MARCHOUX
Docteur A.DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr G. GRAS	HYDROLOGIE
Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr I.LO	LEGISLATION
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

Je dédie la présente thèse :

- à mon père Fatoma KOUMARE et à ma mère Astan YARRE pour leurs immenses sacrifices consentis tant matériels que spirituels ;
- à mon frère Bekaye KOUMARE et sa femme Singo KONE pour leur soutien matériels et leurs conseils et pour s'être également substitués à mes parents ;
- à ma fiancée Maïmouna COULIBALY,
- à mon amie Maïmouna SACKO,
- à Djénéba BAGAYOKO,
- à Ramata COULIBALY,
- à mon logeur Mama KINTA et Famille au Point G,
- à tous mes amis et camarades Etudiants, pour les années de joies et de souffrances passées ensemble

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout particulièrement à adresser nos vifs remerciements à nos parents pour leurs sacrifices consentis à notre éducation.

Nous exprimons également, de tout coeur nos profonds remerciements à mes amis Ousmane DOUMBIA, Youssouf COULIBALY, Ladjji NIARE, Mansour SY, Fanta SY, Hamadoun KAREMBE, Seydou DIAKITE, Moussa Ba DOUCOURE, Brema SACKO, Samakoun KEITA, Mamadou KAREMBE, Siona TRAORE, Zié SANOGO, Salia COULIBALY, Fatoumata DAIRRA pour leur contribution tant moral que matériel.

Qu'il nous soit aussi permis d'adresser toute notre profonde gratitude aux parents des personnes enquêtées pour leur grande marque de sagesse et de disponibilité manifestées à notre égard.

Enfin, aux personnes qui ont bien voulu se mettre à notre disposition pour la bonne marche de notre travail.

Que tous ceux qui ne trouveront pas ici leurs noms soient assurés de notre profonde reconnaissance en leur foi.

REMERCIEMENTS

Je rends hommage à Dieu de m'avoir donné la vie et le courage de réaliser ce modeste travail.

Mes remerciements s'adressent :

- A tout le corps professoral de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali (ENMP), tout en donnant le meilleur de nous-même, vous avez fait de nous ce que nous sommes. Soyez en remerciés ;

- A tout le personnel de l'ENMP pour son entière disponibilité ;

- A tous mes promotionnaires pour la franche collaboration ;

- A Madame TRAORE Jannette et Famille, pour l'accueil chaleureux dont j'ai fait l'objet ; ceci est le reflet des qualités morales de votre mari, notre professeur. Que vos enfants aussi en soient remerciés ;

- Au Docteur Cheick Oumar Guindo, votre soutien moral et votre franche collaboration ne m'ont jamais fait défaut ;

- A tout le personnel du service de Neurologie de l'Hôpital National du Point G pour la franche collaboration, le respect et les énormes sacrifices consentis durant mon long séjour, plus particulièrement Madame Sissoko Dossou, Broulaye Yossi ;

- A tout le personnel du Service du Contagieux de l'Hôpital National du Point G et plus particulièrement au Docteur Ursel Diawara et à Bakary Niaré ;

- A Monsieur Thierno Diarra, en reconnaissance de vos nombreux conseils ;

- A tout le personnel du Cabinet Médical les "OLIVIERS".

REMERCIEMENTS

Au membres du Jury :

- Professeur Moussa Traoré, Directeur de thèse, Professeur agrégé de Neurologie, Diplômé de'Electro-encephalographie et de Neurophysiologie, Chef du Service de Neurologie de l'Hôpital du Point G, Président du Rotary Club de Bamako, chargé de cours à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali ;

Les qualités d'excellent clinicien, d'homme juste, courageux et humain sont vos qualificatifs pour les malades et les étudiants, votre esprit didactique, tant à l'école qu'à l'hôpital et votre générosité et disponibilité tout au long de ce travail nous ont comblé.

Par ailleurs, vous avez toujours "cassé" ce rapport Maître-Elève pour ne conserver que les rapports père-fils en m'exhortant au travail bien fait.

Tout cela relève les éminentes qualités humaines que j'ai découvert en vous.

Sachez que votre souci constant du malade est aussi le nôtre.

En espérant que vous me comprendrez, je formule le voeu que tous ceci me reste à l'esprit pour la vie.

- A notre maître, le Professeur Aly Guindo, agrégé d'Hepato-gastro-entérologie, Maître de conférence agrégé, Chef de Service de Médecine I, II, III de l'Hôpital G TOURE, Médecin Chef du Service de Gastro-enterologie, professeur de l'ENMP, chargé de cours de gastro-enterologie et d'hepatologie ;

Vous nous faites l'honneur en acceptant de présider la soutenance de cette thèse et cela en dépit de vos multiples occupations au long de nos études médicales, nous avons pu bénéficier de vos hautes qualités humaines, morales et intellectuelle, ainsi que votre enseignement clair et précis.

Veillez recevoir ici le témoignage de notre reconnaissance.

- Au Professeur Moussa A. MAIGA ;

En acceptant de juger cette thèse, vous nous faites un grand honneur, vos préoccupations ne vous ont pas empêché de faire partie du jury. Votre souci du travail bien fait et votre rigueur scientifique sont connus de tous ceux qui vous approchent. Soyez amené de notre profonde gratitude.

- Au Professeur Amadou DOLO, agrégé en gynécologie-obstétrique, Chef de Service de Gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Point G, deuxième Assesseur de l'ENMP ;

Nous sommes fiers et heureux de vous compter parmi nos juges. Votre rigueur dans le travail, votre entière disponibilité, la clarté de votre enseignement ont suscité notre admiration permettez-moi de vous exprimer toute notre gratitude et notre profond attachement.

- A Monsieur Gaoussou TRAORE, Directeur National Adjoint de la Direction Nationale des Affaires Sociales ;

Nous ne pourrions manquer de souligner ici, la facilité et la spontanéité avec lesquelles vous avez accepté de siéger dans ce jury. Cela témoigne de l'intérêt tout particulier que vous accorder à la cause des personnes âgées. Soyez en remercié.

**"VIVRE C'EST VIEILLIR
C'EST-A-DIRE CHANGER"**

(MALIK HADDAD)

SOMMAIRE

	PAGE
INTRODUCTION.....	8
GENERALITE.....	12
1 - Aspects Historiques.....	13
2 - Aspects Demographiques.....	13
3 - Aspects Biologiques.....	17
4 - Déficience immunitaire.....	19
5 - Aspects sociologiques et culturels.....	20
6 - Hauts lieux de la longévité.....	21
METODOLOGIE.....	23
1 - Critères d'inclusion et d'exclusion.....	24
2 - Matériel utilisé.....	25
3 - Sites d'enquête.....	26
RESULTATS.....	30
1 - Répartition selon l'âge.....	31
2 - Répartition selon le lieu de recrutement.....	33
3 - Statut matrimonial.....	33
4 - Fréquence des visites.....	34
5 - Sentiments d'être isolé.....	34
6 - Aptitudes quotidiennes.....	34
7 - Aide à la vie quotidienne.....	35
8 - Modalités de prise en charge.....	35
9 - Habitat et mode de vie.....	35
10 - Mobilité et placement.....	36
11 - Bilan somatique.....	37
12 - Bilan sensoriel et neurologique.....	38
13 - Signes cliniques.....	38
14 - Bilan psychologique et mental.....	38
15 - Bilan fonctionnel.....	39
16 - Répartition par rapport à la réponse des questions.....	39
17 - Habitude de vie.....	40
18 - Répartition selon les antécédents.....	40
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	41
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	47
1 - Au plan administratif.....	48
2 - Au plan médical.....	49
3 - Au plan social.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	50
ANNEXES.....	58

I N T R O D U C T I O N

Le vieillissement est un processus biologique complexe dont les mécanismes ne sont pas entièrement élucidés.

Chaque espèce, végétale ou animale a une durée maximale de vie intrinsèquement liée à ses caractéristiques biologiques.

L'être humain a une durée de vie potentielle de l'ordre du centenaire.

Cette longévité est d'une certaine façon tributaire des facteurs exogènes liés à l'environnement, aux caractéristiques culturelles et socio-économiques de chaque contrée et de chaque communauté. Les progrès accomplis dans les domaines des soins médicaux ont contribué à augmenter de façon significative l'espérance de vie qui est actuellement de 43 ans pour notre pays (23-24).

L'accroissement de la population de plus de 60 ans est évidente. D'ici l'an 2000, on s'attend à une progression de l'ordre de 2,4 % pour une population actuelle de 8 289 212 habitants (). La poussée démographique qui s'opère au sein de cette catégorie de la population a un impact au plan individuel familial et sur le groupe social :

- la baisse de la fécondité, disproportion statistiquement significative entre sujets âgés et jeunes au sein de la collectivité.

- la réduction des capacités de production, impliquant conséquemment une faiblesse des revenus.

Le déséquilibre démographique induit sur le long terme des effets négatifs au plan macro-économique.

La prise en compte au plan politique de cette catégorie de la population est clairement affichée par les autorités politiques par l'adjonction en juin 1992 des personnes âgées en tant que groupe spécifique relevant des attributs du département de la santé.

Dans ce travail nous nous sommes intéressés aux sujets âgés de 85 ans et plus dans le but d'appréhender ce que pourrait recouvrir le concept de longévité dans notre pays.

Les objectifs suivants ont été identifiés :

- décrire les caractéristiques de cette population ;
- décrire la représentation du vieillissement par rapport au vécu individuel, à l'entourage et à la collectivité ;
- décrire les différences à l'intérieur du groupe ;
- décrire les modalités, de prise en charge ;
- évaluer l'organisation sociale traditionnelle au regard des progrès de la science et de la technologie en cette fin de siècle ;
- décrire les symptômes cliniques les plus fréquemment rencontrés ;
- proposer des pistes de réflexion par rapport aux déterminants du vieillissement.

Nous présenterons dans une première partie le résumé des connaissances actuelles sur le vieillissement du point de vue historique, démographique, biologique et sociologique.

Nous terminerons ce premier chapitre en faisant un rappel sur les hauts lieux de la longévité.

Dans la deuxième partie de ce travail nous décrirons notre approche méthodologique. Nous présenterons quelques portraits de sujets "centenaires". Nous présenterons ensuite nos résultats.

Dans la partie commentaire nous nous intéresserons plus particulièrement aux modes de vie, aux caractéristiques culturelles et aux données cliniques observées à travers le prisme du temps.

GENERALITES

L'intérêt suscité par la longévité à travers les âges, de l'antiquité à nos jours apparaît de façon nette.

1 - ASPECTS HISTORIQUES :

La lecture de la bible, de la littérature gréco-romaine, fait ressortir des personnages légendaires tels : Mathusalem, Sibylle, Fullonius, Corvinus, Nestor Roi de Pylos qui a laissé son nom à la postérité pour singulariser la sagesse et l'expérience du vieillard.

Dans l'histoire contemporaine l'allongement de la durée de vie est un des phénomènes démographiques le plus important et a fait l'objet de nombreuses études approfondies. La plus récente est celle de la Fondation IPSEN de France sous la Direction du Docteur Michel Allard. Il s'est attaché particulièrement à l'étude des sujets centenairophiles.

L'auteur à travers des portraits de personnages illustres s'est attaché à élaborer un modèle de gérontologie positive se fondant sur une vieillesse réussie (1).

Nous citerons l'exemple de : Thomas Parr (1483-1635) âgé de 152 ans, Luigi Cornaro (1462-1566) âgé de 104 ans, Fontanelle (1657-1757) âgée de 100 ans, Michel Eugène Cheuvreuil (1786-1899) âgé de 102 ans, Alexandra David Neel (1868-1969) = âgé de 101 ans, Rose Kenedy ancêtre du clan des Kenedy aux USA, Adolph Zukor (1873-1976) âgé de 103 ans, le Docteur Galo Leoz plus vieux Médecin du Monde jusqu'en 1990 âgé de 110 ans (1-21-33-59).

2. ASPECTS DEMOGRAPHIQUES :

"De tous les phénomènes et de tous les événements, le rythme du vieillissement des populations est des plus imprévisibles donc le plus difficile à prédire..."

Quatre variables entrent en jeu = l'espérance de vie, la mortalité, la fécondité et les migrations (30).

2.1. ESPERANCE DE VIE :

En un siècle d'histoire, l'espérance de vie moyenne à la naissance a augmenté de 25 ans dans les pays industrialisés et près de 10 ans en moyenne pour les pays en voie de développement (1). Le Mali a connu un accroissement de 8,3 ans de 1967 à 1987 (25-26).

L'accroissement de ce paramètre a été constaté à travers les âges. L'espérance de vie des pays développés est passée de 50 ans en 1900 à 75 ans en 1990 = pour la France par exemple l'espérance de vie à la naissance en 1989 était de l'ordre de 72 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes (6-11).

Les facteurs exogènes, les progrès réalisés dans le domaine de la santé ont contribué à modifier de façon très sensible l'espérance de vie à la naissance ; exemple : une fille née en 1986 avait une espérance de vie prévisible de 43 ans ; sa soeur cadette née 5 ans plus tard c'est à dire en 1991 peut espérer atteindre l'âge de 48 ans. L'espérance de vie semble être plus grande chez les sujets féminins que chez les hommes. Cette différence serait de l'ordre de 10 % pour certains auteurs (1).

2.2. MORTALITE :

La grande variation de la pyramide des âges est liée à la baisse, parfois spectaculaire de la mortalité infantile et juvénile : survenant surtout à la première semaine de vie. Elle est en régression constante.

Dans les pays développés, la mortalité qui frappe les enfants de moins de 12 mois est passée de 150 ‰ à 10 ‰ en moins d'un siècle (12-27).

Le fléchissement est moins remarquable pour les pays en voie de développement. Dans le cas du Mali on note une baisse de 40 %. La mortalité est passée de 121,620 ‰ en 1976 à 71,300 ‰ en 1992 (25-26).

Ce résultat a été obtenu grâce à une surveillance plus rigoureuse des femmes depuis la grossesse jusqu'à l'accouchement. Des efforts considérables ont été accomplis dans le domaine de la vaccination, de la surveillance des maladies transmissibles. Le relèvement du niveau d'alphabétisation des femmes, les progrès réalisés dans le domaine de l'assainissement de l'hygiène et des soins à fournir aux enfants ont été de nature à renforcer cette baisse de la mortalité.

Le recul de la mortalité ne touche pas les enfants de façon exclusive. Tous les âges de la vie sont concernés par la baisse de la mortalité ; ce qui a incité des auteurs comme le Docteur Catteau, gérontologue renommé à proposer le taux de sujets centenaires comme indicateur de santé publique (13).

2.3. FECONDITE :

La baisse continue de la fécondité apparaît au regard de l'analyse historique et démographique comme étant l'agent le plus efficace du vieillissement d'une population donnée. Si cette baisse est lente, le vieillissement l'est aussi.

Ainsi il a fallu un siècle pour que la proportion des français âgés de 60 ans et plus passent de 8,9 % à 12,7 %, puis un demi siècle pour atteindre 16,2 % (11).

Les pays développés ont été plus rapides, mais ce sont surtout les japonais qui donnent de nos jours l'exemple le plus satisfaisant.

Partis en 1950 d'une structure jeune, comparable à celle des pays en voie de développement (c'est à dire 7,7 % d'habitats âgés de 60 ans et plus), ils verront cette proportion doubler en moins de 50 ans, après avoir réduit leur natalité (6).

Schématiquement, comme l'a démontré l'Etude Fondamentale des Nations Unies en 1956, la baisse de la fécondité, rétrécie

d'année en année la base de la pyramide représentant la structure par âge et par sexe (13).

Chaque classe d'âge est moins étoffée que la précédente, de sorte que mécaniquement la proportion des groupes d'âge plus anciens augmente et notamment celle des personnes âgées. Tout se passe comme s'il y a un transfert des plus jeunes aux plus vieux.

Toute population dont la fécondité baisse pendant une longue période vieillit. Les pays en voie de développement qui appliquent une politique de limitation des naissances, observeront ces phénomènes à plus ou moins long terme (12).

2.4. MIGRATIONS :

Les flux migratoires modifient l'équilibre interne au sein d'une communauté.

A la faveur de la crise économique, les adultes jeunes quittent leur territoire à la recherche d'un emploi. Ceci a des conséquences sur le renouvellement de la population, étant donné la prépondérance des personnes âgées qui elles, en règle générale, ne migrent pas. Le Mali est un pays de migration interne et externe. Sa situation géographique en fait un lieu privilégié de passage du Nord au Sud, d'Ouest en Est (entre le Maghreb au Nord et les pays de la Côte à l'Est).

Le nomadisme et la transhumance constituent des comportements qui sont enracinés dans le mode de vie des communautés Maures, Touaregs et Peuhls.

Les activités de pêche et les cultures saisonnières sont des éléments à prendre en compte dans l'analyse du déséquilibre démographique de la migration interne.

Les longues années de sécheresse, la crise financière, ont entraîné des ruptures au sein des communautés par l'accentuation et le renforcement de la migration externe. Les jeunes abandonnent le foyer, la communauté, le pays à la recherche des

"lendemains" meilleurs dans d'autres contrées et d'autres pays lointains.

3. ASPECTS BIOLOGIQUES :

L'espèce humaine a une durée de vie biologique maximale définie. Celle-ci est relativement stable, elle est de l'ordre du centenaire. Le processus qui serait à l'origine de cette longévité est complexe et multifactoriel. Plusieurs théories se proposent d'en préciser le mécanisme.

3.1 THEORIES GENETIQUES :

Deux approches sont possibles l'une active, l'autre passive :

- La première consiste à considérer le vieillissement comme un phénomène actif faisant parti de la séquence de développement de l'individu comme la croissance, la puberté ou la ménopause. Ces événements biologiques surviennent à des périodes déterminées de la vie. Le vieillissement comme phénomène actif inscrit dans le programme chronobiologique est réglé par le patrimoine génétique. La disparition progressive de l'individu, son décès seraient génétiquement prédéterminés. L'argument qui soutend cette théorie, c'est l'existence d'enfants atteints de progéria, c'est-à-dire de vieillissement prématuré = à l'âge de 10 ans seulement ils ont parcouru toutes les étapes, tout le cours du vieillissement et ont déjà l'aspect de petits vieux fripés. Pour chaque individu la vitesse de l'horloge biologique peut s'accélérer ou se ralentir ; dans de tel cas la maturation est retardée et le vieillissement différé (1-2-4-12).

- La seconde approche est relative à l'usure comme phénomène passif et pathologique du vieillissement.

L'usure est le résultat d'un ensemble de troubles, de dysfonctionnements au niveau cellulaire affectant les capacités de réponse de l'organisme. La plupart des cellules de l'organisme hormis les neurones et les cellules reproductives de la femme ont une durée de vie limitée.

Les cellules se multiplient donnant naissance à des cellules filles toutes semblables à la première. Au cours de ce processus il y a une transcription du message génétique contenu dans les chromosomes. Chaque cellule utilise spécifiquement le codage génétique qui est le sien.

Le code génétique est transcrit des milliers de fois, quelque fois des erreurs peuvent survenir lors de cette transcription. Ces altérations ont des conséquences au niveau du fonctionnement cellulaire. Au delà d'un certain seuil les protéines anormales qui résultent de cette erreur de transcription peuvent être à l'origine de la mort cellulaire. La perte de la capacité de la cellule à réparer les altérations chromosomiques intervient dans le mécanisme du vieillissement (1).

3.2. LIMITE DE HAYFLICK :

Il s'agit de la limite de réplication des cellules. Le Professeur A. CARREL disait que la division de la cellule était un processus illimité ; Hay FLICK a démontré le contraire.

Les fibroblastes par exemple ne se multiplient qu'une cinquantaine de fois au delà desquels les chromosomes présentent des mutations incompatibles avec la transmission du message génétique (1-13).

La vitesse de multiplication cellulaire n'est pas indéfiniment stable ; elle diminue avec l'âge. Ainsi les cellules prélevées sur un sujet jeune se multiplient plus vite que celle d'un sujet âgé ; un enfant cicatrise plus facilement ses lésions qu'un vieillard (1).

3.3. RADICAUX LIBRES :

Les radicaux libres proviennent de la transformation de l'oxygène. Ce sont des formes hyperactives de l'oxygène. Ces molécules sont très toxiques et très instables. Leur durée de vie

est cependant très courte. Le code génétique des chromosomes est particulièrement vulnérable à ces molécules. Ce-ci est susceptible d'entraîner des conséquences importantes au plan fonctionnel chez l'individu.

On peut quelquefois identifier par des méthodes cliniques les perturbations que ces radicaux libres provoquent au niveau de l'organisme. L'examen du Fond de l'oeil permet en effet de déceler des dépôts de lipofuchsine sur la rétine (1-4).

L'organisme au plan cellulaire possède des moyens de destruction de ces radicaux libres dès leur apparition. Ce sont surtout des mécanismes enzymatiques dont la capacité de réaction peut être dépassée par des facteurs exogènes tels que l'exposition excessive aux radiations solaires, les irradiations et les brûlures.

La qualité de ce système de défense joue un rôle certain dans la durée de vie de l'individu. Ce-ci a été prouvé au plan expérimentale par des techniques de clonage. Lorsqu'on rajoute dans le milieu de culture cellulaire une substance anti-oxydante, on constate un doublement de la durée de vie cellulaire.

Ces substances protectrices se trouvent dans l'alimentation, en particulier dans les végétaux et dans certaines vitamines. L'influence des radicaux libres sur la durée de vie explique d'une certaine façon la longévité des individus vivants dans les montagnes. Il est bien connu qu'en altitude la quantité d'oxygène diminue d'où une réduction de la production des radicaux libres et par conséquent une meilleure protection cellulaire (1).

4. DEFICIENCE IMMUNITAIRE :

Tous les organismes vivants mettent en jeu des processus de défense qui sont des antigènes dès qu'ils sont l'objet d'une agression de nature bactérienne ou virale. C'est au système immunitaire de l'individu qu'est dévolu ce rôle de défense en fabriquant des substances appropriées tels que les anticorps.

Avec le vieillissement on constate une altération de la qualité de ce système ; le système immunitaire devient moins efficace, l'organisme plus vulnérable aux infections et au développement de certains cancers (2-14-21-33).

+ +
+

L'approche biologique permet de constater que le vieillissement met en jeu plusieurs systèmes fonctionnels = le système immunitaire les réactions physico-chimiques, la biochimie moléculaire, et la chronobiologie.

5. ASPECTS SOCIOLOGIQUES ET CULTURELS :

L'urbanisation, l'industrialisation, le développement des moyens de communication ainsi que la crise économique ont provoqué des modifications dans le caractère et le fonctionnement de la famille élargie et altéré le système social traditionnel. A la faveur de la crise économique l'autorité du sujet âgé se trouve de plus en plus rétréci avec son cortège de frustration et de ressentiment dont les conséquences négatives au plan psychologique sont certaines.

6. HAUTS LIEUX DE LA LONGEVITE :

Historiquement l'homme a toujours recherché à vivre dans les contrées où les habitants jouiraient d'une durée de vie exceptionnelle. Trois aires géographiques, véritables hauts lieux de la longévité humaine ont particulièrement retenu l'attention des auteurs contemporains. Il s'agit du Caucase principalement de l'Abkasia, des Andes (Vilcabamba) et de la région des Hunzas (Himalaya). Tous ces lieux présentent la caractéristique commune d'être des zones montagneuses.

6.1. CAUCASE :

Célèbre pour les illustres vieillards qu'il a abrité, le Caucase recouvre tous les pays de l'ancienne civilisation de l'Ouratou dont l'apogée remonte au IX^e siècle avant J.C.

Les populations qui habitent cette région se nourrissaient principalement de petit lait, du yaourt ou kéfir.

Le mode de vie du type endogénique rendait possible la préservation du capital génétique et des gènes de la longévité de cette population.

6.2. VILCABAMBA :

Région du Sud de l'équateur, Vilcabamba est située à 1500 m d'altitude. Elle a été appelée la vallée sacrée (13).

Cette vallée offre de nombreuses particularités présentant plusieurs aspects extraordinaires : le climat, les variétés d'arbres et de cultures qui y prospèrent, la richesse minérale, ces montagnes spectaculaires et l'étonnante régularité de la température qui oscille aux environs de 19° C à midi. Toute l'année les précipitations ont une moyenne de 678,9 mm de pluie.

Sur le plan biologique, les habitants avaient des taux de cholestérol très bas. Au plan clinique on a noté une faible incidence des maladies cardio-vasculaires et des cancers.

6.3. REGION DES HUNZAS :

C'est une région montagneuse du Pakistan (les montagnes de l'Himalaya). Les montagnes abruptes se dressent verticalement depuis le fond de la vallée. Existe ici le troisième pic le plus élevé du monde : le mont Rakaposki. Moins d'animaux y vivent.

La population compte environ 30 000 habitants ; elle a été étudiée par Taylor qui visite la zone en 1960. De nombreux individus de cette population atteignent 120 à 140 ans. La

légende soutient qu'il s'agit des descendants des soldats d'Alexandre et de leurs épouses paysannes. Ils ne cessent jamais de travailler tout comme les Abkazes et les Equatoriens. Ils ignorent les maladies de l'enfance telles que rougeole, oreillons, varicelle. Ils se nourrissent de légumineuses et de céréales, (fromage frais, fruit, principalement abricot sauvage et mûrs, moins de viande et de vin). Il pensent que l'eau qui contient 1 % (relativement élevée) de fer, de cuivre, de calcium et de fluor est à la base de leur excellente santé.

On peut également recenser quelques "petits coins" pas trop connus :

- le Nord du Vietnam,
- les Iles Palau dans les carolines au milieu de l'Océan Pacifique,
- en Afrique, le Sud de la Lybie et les régions montagneuses de l'Ethiopie.

METHODOLOGIE

Ce travail s'est déroulé de décembre 1991 à mai 1993. L'identification s'est faite à partir des registres d'état civil disponibles dans les mairies, des registres de la Fédération Nationale des Retraités et sur les orientations fournies par les informateurs clés. Dans certains cas c'est la personne âgée elle-même qui parle de ses camarades en suggérant de les rechercher. C'est ce que nous appelons l'identification en "tâche d'huile".

1. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION :

1.1. Critères d'inclusion :

Toute personne dont l'âge était supérieur ou égale à 85 ans a été retenue. Toutefois, la décision d'adhésion à l'enquête a été prise avec l'accord des ayant-droits (enfants, frères, petits enfants).

1.2. Critères d'exclusion :

Il s'agit :

- d'individus n'ayant pas coopérés pour l'enquête,
- d'individus dont l'environnement familial a été hostile à l'enquête,
- d'individus dont les capacités intellectuelles et physiques ne permettent l'enquête sur le plan de l'éthique.

Ces critères ont permis d'éliminer un nombre non négligeable de personnes.

Parmi les 100 personnes qui ont été interrogées, 50 ont été recrutées. La procédure d'enquête a été la suivante :

- une visite de courtoisie inaugure le processus de l'enquête. Elle a pour but de fournir toutes les explications concernant le travail en cours et de prendre connaissance de l'environnement dans lequel l'enquête devra se dérouler ;

- l'enquête proprement dite a consisté à vérifier l'identité de l'enquêté(e) par la présentation d'une pièce d'état civil ou tout autre document ou acte pouvant justifier de la date de naissance de l'intéressé(e) ;

- l'interview de l'enquêté(e) était effectuée sur la base d'un questionnaire (voir annexe) en présence d'au moins un représentant de la famille.

Selon les cas, l'entretien pouvait nécessiter plusieurs séances. Le rythme de l'administration du questionnaire était flexible. La contribution de la famille était souvent recherchée pour la mise en confiance de l'enquêté(e) et quelques fois pour faciliter le dialogue (traduction des questions dans un dialecte approprié).

La durée maximum d'un entretien quotidien n'a pas dépassé 2 heures.

Les secteurs qui ont été couverts par l'enquête ont été les suivants :

- le District de Bamako,
- la Commune de Ségou,
- les villages de Koulebougou et de N'Golocouna (Macina).

Ces sites ont été choisis pour des raisons d'accès facile, le travail n'ayant pas bénéficié de financement.

2. MATERIEL UTILISE :

- Un sphygmomanomètre (appareil à tension)
- Un stéthoscope
- Une pèse-personne
- Un marteau à réflexe
- Une épingle de couturier
- Un mètre ruban
- Un appareil photographique.

3. SITES D'ENQUETE :

3.1. DISTRICT DE BAMAKO :

Le District de Bamako a été créé par l'Ordonnance n° 744/CMLN du 12 juillet 1977 portant réorganisation territoriale de la République du Mali. Il a une superficie de 267 km et est limité :

- au Nord par la Commune de Kati et le Secteur de Safo,
- au Sud par Senou
- à l'Est par l'arrondissement de Baguinda
- à l'Ouest par Siby.

Le District compte une population de 691 366 habitants (recensement de 1990) répartie entre les 6 Communes.

La population de moins de 30 ans est de 56,7 % ; le sexe ratio favorable aux hommes 110/100. La population migrante est très importante. Elle contribue à grossir la main-d'oeuvre disponible déjà plethorique pour un secteur industriel peu développé.

La plupart des groupes ethniques se retrouve dans le District. Il s'agit des bambaras en proportion plus importante ; mais on retrouve aussi des Peuhls, Sarakolés, Malinké, Senoufo, Sourhaï, Minianka, Bobos, Maures, Tamacheick, etc.

L'islam est la religion dominante. Les musulmans, les chrétiens et les protestants se côtoient dans le respect mutuel.

Les secteurs sanitaires de références sont situées dans le territoire du District. Il s'agit de l'hôpital Gabriel Touré, de l'hôpital du Point G, du Centre d'odontostomatologie, l'Institut Marchoux ; l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (I.O.T.A.), l'Institut de National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre de Rééducation pour Handicapés Physiques.

A l'échelon périphérique il existe 6 centres de Santé de Commune, des dispensaires, des Centres de Santé Communautaire. Il n'existe pas dans le district d'infrastructures actuelles de Service de Gériatrie ; qui prendrait en charge de façon sélective les sujets âgés.

3.2. COMMUNE URBAINE DE SEGOU :

Dénommée cité des "balazans, la ville de Ségou est le Chef lieu de la 4ème région. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger sur environ une quinzaine de kilomètres. Elle est limitée :

- au Nord par le fleuve Niger,
- au Sud par Konobougou,
- à l'Est par N'Gala,
- à l'Ouest par Ségoubougou.

Fondée par les bambaras, la ville de Ségou compte environ 54 000 habitants.

C'est la seconde ville du pays. On y trouve la principale industrie textile du pays : la COMATEX et la première Université textile du Mali (ESITEX).

L'ethnie bambara y est prédominante. On retrouve toutefois des bozos, somonos, peuhls, etc.

Restée longtemps animiste, Ségou est devenue musulmane à la suite des conquêtes effectuées par El Hadj Omar. Actuellement, l'islam et le christianisme y sont les religions dominantes.

3.3. VILLAGES DE KOULEBOUGOU ET DE N'GOLOCOUNA :

Situés dans le cercle de Macina (Région de Ségou) à 310 km de Bamako. On y accède par la route.

QUELQUES PORTRAITS DES PERSONNES AGEES

1. Monsieur M.D. né en août 1908 à Kayes, âgé de 85 ans, domicilié à Médinacoura (Bamako) Profession : Enseignant en retraite. Il était marié ; père de 9 enfants vivants. Sa conjointe actuelle a 67 ans.

Dans l'accomplissement de ses besoins quotidiens il est aidé par ses enfants et un domestique.

Il vit dans un local électrifié, fourniture d'eau : robinet, WC à effet. Il passe la plupart de son temps sous sa véranda, couché ou assis dans un fauteuil.

Pays visités : Sénégal, la France, l'Espagne

Examen physique :

Assez bon état général - Taille : 158 cm - Poids : 51,8 kg - Tension Arterielle : 17/10. Il est gaucher - Sa chevelure est mal fournie - Les yeux sont marrons. Il a 21 dents, pas de prothèse - Ancien tabagique - Ancien alcoolique.

Dans les antécédents on note : fracture du bras gauche avec ankylose du coude, fracture du bassin et de la clavicule gauche en 1982

- Hernie étranglée en 1979
- Accident vasculaire cérébrale en 1992
- Cataracte opérée en 1980

Les plaintes actuelles : douleur du bras gauche, trouble du sommeil; troubles locomoteurs.

Actuellement, il est sous chibrocadron collyre, profenid gel, pervancamine comprimé, nivaquine forte comprimé, quelques médicaments traditionnels.

Sur le plan psychique : léger trouble de la mémoire, patient calme s'intéressant moins à l'entourage.

2. Mme M.T née vers 1904 à Bamako, âgée de 91 ans ménagère domiciliée au Point G village. Elle était mariée et mère d'un

enfant. Ce sont son enfant et petits fils qui s'occupent de ses besoins quotidiens. Elle vit dans un local non électrifié et passe tous son temps dans sa chambre.

Examen physique : mauvais état général, taille : 153 cm, poids : 40 kg, tension artérielle : 12/6, pas de dents.

Antécédents : paludisme, ulcère gastro-duodenal.

Plaintes actuelles : vertige, douleur des membres inférieurs, prurit généralisée.

Sur le plan psychique : logorrhées, insomnie, patiente toujours tendue.

RESULTATS

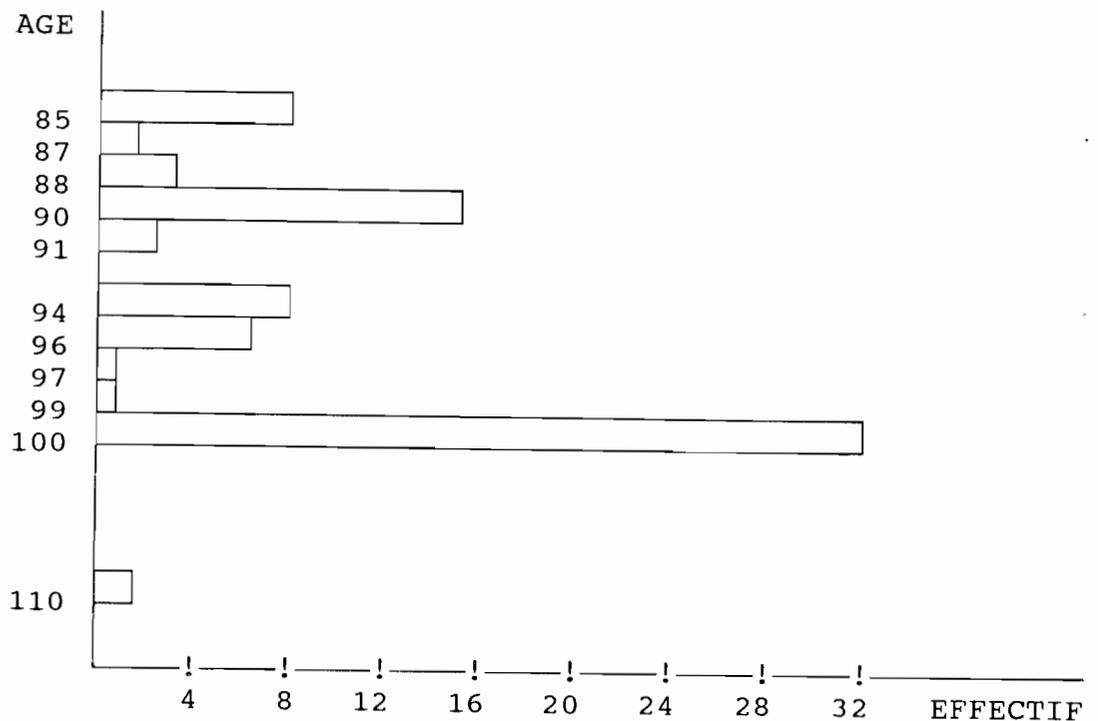
Ce travail porte sur une population de 50 sujets âgés de 85 ans à 110 ans. L'âge moyenne est de 95 ans dont :

- 40 % sont du sexe masculin,
- 60 % sont du sexe féminin.

1. REPARTITION SELON L'AGE :

1.1. AGE SELON L'ENTOURAGE :

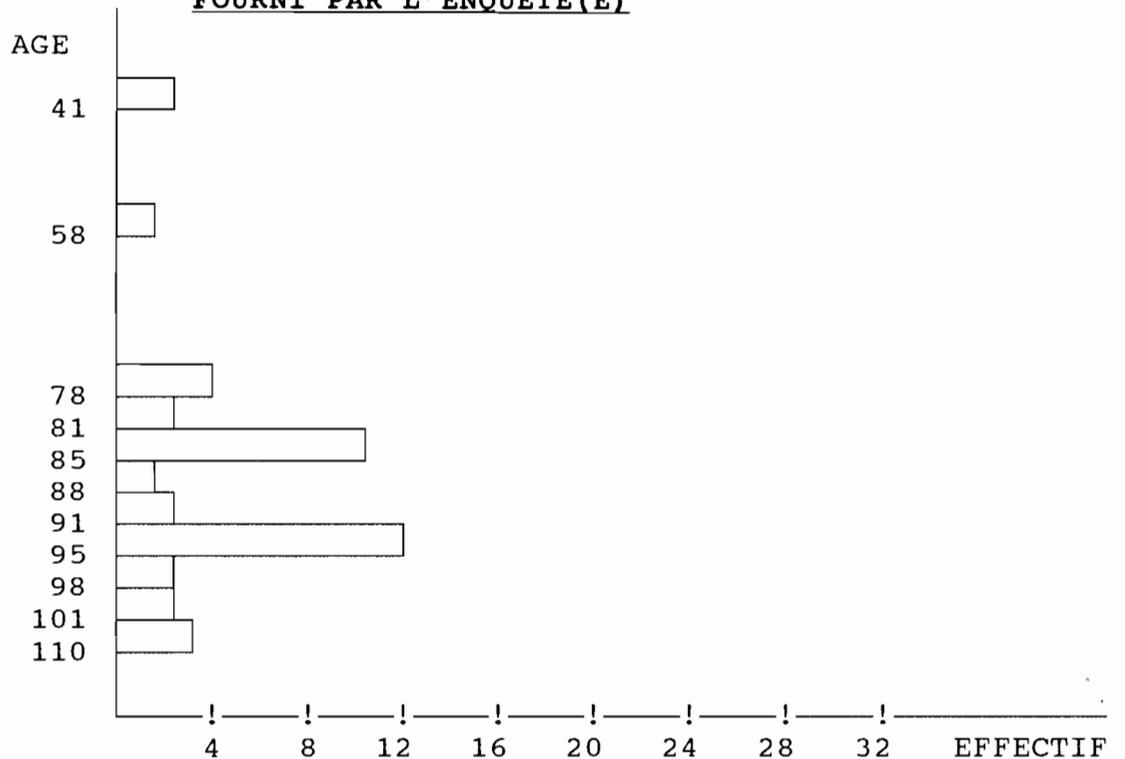
GRAPHIQUE 1 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON L'AGE FOURNI PAR L'ENTOURAGE



D'après le graphique 1 l'âge maximum, selon l'entourage, est de 110 ans et l'âge minimum 85 ans. Parmi cette population, 2 individus ont 110 ans et 3 ont 85 ans ce qui représente respectivement 4 % et 6 %. Les centenaires dominent les autres tranches d'âge avec plus de 50 % de la population.

1.2. AGE SELON L'ENQUETE(E) :

GRAPHIQUE 2 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON L'AGE FOURNI PAR L'ENQUETE(E)



Selon le graphique 2, l'âge avancé par l'enquêté(e) varie de 110 ans pour le maximum à 41 ans pour le minimum. L'effectif d'individus de 110 est 9, soit 17 %, celui de 41 est de 3, soit 5 %. Les individus de 95 ans sont majoritaires avec plus de 40 % de la population. Certains s'estiment très jeunes ; ceci peut être dû à un déficit intellectuel lié à la senescence.

1.3. AGE DE DECES DES PARENTS :

Parmi la population étudiée, certains individus ont des parents qui ont vécu longtemps.

L'âge minimum de décès des parents est de 50 ans pour les deux sexes et l'âge maximum est de 80 ans pour le père et 100 ans pour la mère.

Il y avait d'autres personnes très âgées dans la fratrie ou parmi les cousins germains de quelques individus. La notion familiale de la longévité semble se dégager chez certains individus : 13 % des cas.

2. REPARTITION SUIVANT LE LIEU DE RECRUTEMENT :

Ce dénombrement a permis de dégager un grand contraste entre les zones :

- 46 personnes ont été recrutées en milieu urbain dont 32 personnes dans le district de Bamako soit 64 % et 14 personnes dans la Commune de Ségou représentant 28 %.

- 4 personnes viennent du milieu rural dans le cercle de Macina (village de Koulébougou et de N'Golocouna) ces individus représentent 8 %.

Cette inégalité manifeste entre les différentes zones est liée à notre échantillonnage et au temps de séjour dans les différentes localités.

3. STATUT MATRIMONIAL :

Selon le tableau 1, tous les individus étaient mariés ce qui représente 100 %.

En ce qui concerne le mariage, tous les individus étaient mariés, ce qui représente 100 %. Le mariage étant obligatoire de notre société pour tout individu ayant atteint 14 à 15 ans pour les filles et 18 à 19 ans pour les garçons.

Actuellement, 93,33 % des femmes sont veuves contre 10 % des hommes.

Pour toute la population étudiée on constate que 58 % sont veufs. On note un nombre important d'hommes mariés soit 34 % contre 4 % de femmes.

Certains vivent avec leur conjoint(e). L'âge du conjoint varie entre 60 ans (17 %) et 92 ans (6 %).

Il y a 79 % de monogamie et 21 % de polygamie ; ce paramètre ne s'applique qu'aux hommes.

Parmi ce groupe étudié, 14 % n'ont pas eu d'enfants dont plus 3/4 sont des femmes. Le nombre des enfants peut aller jusqu'à 14.

4. FREQUENCE DES VISITES :

Selon le tableau 2, les personnes âgées reçoivent des visites selon différent rythme.

Le tableau 2 indique :

- 72 % reçoivent des visites quotidiennes,
- 24 % de façon hebdomadaire,
- 2 % à un rythme mensuel,
- 2 % ont moins d'une visite par mois.

5. SENTIMENT D'ETRE ISOLE :

Tous les individus vivent soit avec leurs fils, petits fils, frères ou voisins.

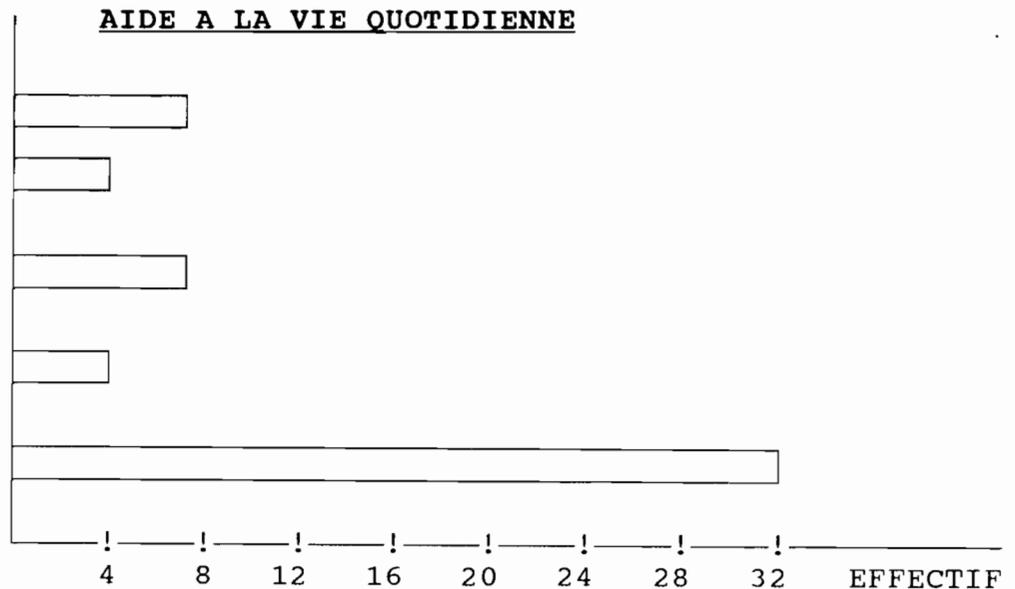
Cependant, le tableau indique que 77,1 % de la population ont le sentiment d'être isolés c'est-à-dire de vivre seul leur quotidien.

6. APTITUDES QUOTIDIENNES :

D'après le tableau 4, ils se déclarent tous incapable des tâches instrumentales ; personnes d'entre eux ne vivant seul, leurs proches s'occupant de leurs quotidiens.

7. AIDE A LA VIE QUOTIDIENNE :

GRAPHIQUE 3 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON LEUR



En effet, le graphique 3 indique que 1/4 d'entre eux ont besoins d'aide contre 3/4 s'estimant autonomes.

8. MODALITES DE PRISE EN CHARGE :

8.1. SOINS :

Le tableau 5 nous indique que ce sont surtout les petits enfants et les enfants qui s'occupent régulièrement des personnes âgées.

8.2. SUR LE PLAN FINANCIER :

En ce qui concerne les besoins lucratifs c'est le chef de famille qui subvient au besoin de la personne âgée (fils, petits fils).

9. HABITAT ET MODE DE VIE :

Les personnes âgées vivent dans des habitations acceptables. D'après le tableau 6 : 68 % des maisons sont électrifiées ; on trouve des latrines dans 82 % des maisons.

Pour la fourniture d'eau, on trouve :

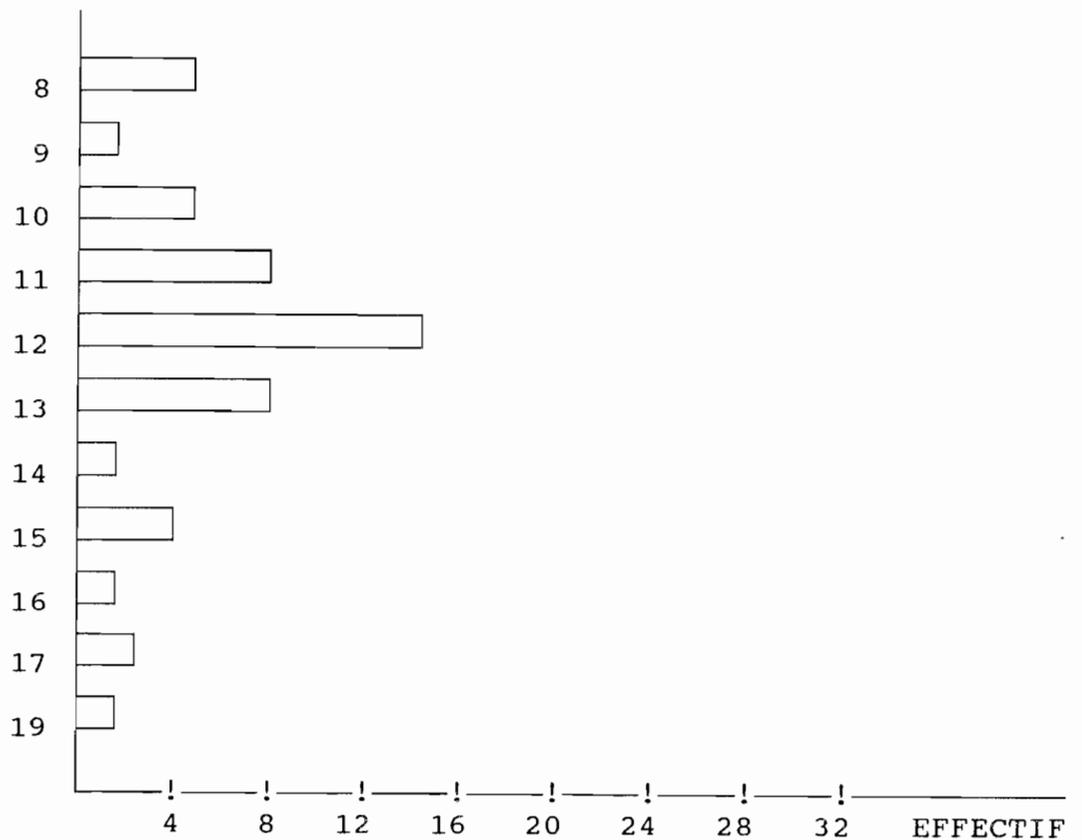
- un puit dans plus 70 % des maisons,
- puit + fontaine publique dans 24 % des maisons,
- robinet + adduction d'eau + puits : 14 % des maisons.

En ce qui concerne la durée d'habitation, on retrouve :

- 74 % des personnes occupent les lieux depuis plus de 30 ans,
- 30 % occupent leur habitat il y a moins de 10 ans,
- les hommes habitent chez eux et les femmes chez leurs enfants.

10. MOBILITE ET PLACEMENT :

GRAPHIQUE 4 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON LEUR MOBILITE ET PLACEMENT



Les personnes âgées, selon le graphique 4, sont moins mobiles et se déplacent peu. D'après le graphique 4, la répartition s'effectue autour d'un score de mobilité de 12.

A l'intérieur du groupe, le score de mobilité est identique pour les hommes et les femmes. Durant leur vie, environ 34 % des hommes et 24 % des femmes ont fait un séjour dans un pays étranger.

11. BILAN SOMATIQUE :

L'état général analogique a une moyenne sensiblement égale à 33. Par rapport au sexe nous retrouvons la même chose mais les médianes diffèrent : 30 pour les hommes et 40 pour les femmes.

Nous avons noté une fraction non négligeable de personnes âgées encore et toujours en forme. Presque 20 % de la population ont un bon état général, cependant 8 % des hommes et 16 % des femmes sont grabataires.

- La taille : elle varie de 160 cm à 146 cm avec une moyenne de 155,6 cm. Ce sont les hommes qui sont significativement plus grands avec un maximum de 168 cm ; les femmes sont plus petites avec un minimum de 146 cm.

- Le poids : varie de 65 kg à 37,5 kg ; la moyenne est 51,8 kg.

- La tension artérielle :

* la T.A.S. maximum est de 200 mm de Hg alors que le chiffre minimum est de 100 mm de Hg. Sa moyenne est de 16 mm de Hg.

* La T.A.D. est de 130 mm de Hg maximum et de 60 mm de Hg minimum. Sa moyenne est 91,2 mm de Hg.

Presque tous les individus ont des cheveux blancs et plus de la moitié de la population ont des dents naturelles.

12. BILAN SENSORIEL ET NEUROLOGIQUE :

Le vieillissement s'accompagne d'une atteinte des fonctions sensorielles et de l'équilibre. L'étude nous donne des résultats suivants (tableau 7 et 8) :

- 40,8 % ont une mauvaise vision, nous avons un pourcentage non négligeable d'individus ayant une bonne vision, et 8,2 % sont frappés par une cécité.
- 35,4 des individus ont une bonne audition. Il y a un nombre de surdité (12,5 %).
- 70 % de la population ont des troubles de la coordination.
- 50 % ont une rigidité.
- 10 % connaissent une paralysie et paresie.

13. SIGNES CLINIQUES :

Selon le tableau 9, l'examen clinique des individus de cette population a donné :

- 48 % des symptômes ostro-articulaires,
- 32 % ont des symptômes cardio-vasculaires,
- 40 % présentent des symptômes liés à des troubles de la ventilation,
- 24 % des symptomatologies digestives,
- 14 % représentent autres symptômes.

14. BILAN PSYCHOLOGIQUE ET MENTAL :

Le bilan psychologique comporte de multiples aspects :

- 30 % sont anxieux, tendus,
- 40 % sont renfermés,

- 60 % sont communicatifs,
- 52 % sont gaies,
- 50 % sont optimistes,
- 78 % sont tolérants.

En ce qui concerne le mental :

- 21 personnes ont des troubles de la mémoire soit 42 %,
- 17 personnes n'ont pas de difficulté de mémoire soit 34 %.

Pour le volet humeur et secret, dans les 6 derniers mois l'humeur des 3/4 de la population ont changé (dans le sens négatif) ce qui représente 37,5 % de la population ; par contre 33 personnes pensent que la longévité n'a pas de secret (66 %), 10 attestent le contraire (20 %).

15. BILAN FONCTIONNEL :

La senilité s'accompagne d'altérations multifocales :

- Dépendance urinaire :

- * 9 personnes sont incontinentes soit 18 %
- * 27 personnes sont totalement continentes soit 51 %

- Dépendance selles :

- * 7 personnes sont dépendantes soit 14 %
- * 29 personnes sont indépendantes soit 58 %

- Trouble du sommeil :

- * 15 personnes ont des troubles du sommeil soit 30 % ; 70 % dorment et restent au lit pendant au moins 6 heures.

16. REPARTITION PAR RAPPORT A LA REPOSE DES QUESTIONS :

- 23 sujets ont répondu principalement aux questions (46 %)
- 03 sujets ont répondu uniquement aux questions (9 %)
- 15 sujets et leurs entourages ont répondu ensemble aux questions (30 %)

- 06 réponses ont été fournies principalement par le proche (12 %)
- 09 hommes ont répondu principalement (18 %)

17. HABITUDE DE VIE :

Il a été difficile de se prononcer sur la consommation de boissons alcoolisées ; toutefois, 20 % déclarent avoir fumés de tabac dans le temps (ces individus sont tous des hommes. Il est signalé à cet âge qu'aucune personne ne fume actuellement.

Près de 90 % de la population n'ont jamais consommé le tabac tandis que 85 % ont croqué ou continuent à croquer la cola à des degrés divers.

18. REPARTITION SELON LES ANTECEDENTS :

Le tableau 10 nous montre une absence de maladies graves dans le passé. Cependant, il apparaît les pourcentages suivants :

- 78 % de paludisme,
- 28 % de fièvre non spécifique,
- 15 % d'HTA et d'UGD,
- 7 % d'appendicectomie.

COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

Un travail sur la longévité ayant pour perspective d'identifier des centenaires nous paraissait fort intéressant par son caractère original, par les implications sociales et économiques induites par un tel processus.

D'ores et déjà, nous devons aussi reconnaître les insuffisances et les limites de notre Etude corrélativement aux moyens disponibles pour élaborer un outil méthodologique pouvant rendre de la nature exacte du phénomène à l'échelle nationale.

Notre intention ici, au demeurant fort modeste est de poser le problème et d'esquisser des portraits.

Les 50 sujets qui ont fait l'objet de cette étude se répartissent comme suite : femmes 60 , hommes 40 %.

La nette prédominance féminine a été retrouvée par d'autres auteurs (1-10).

La prédominance des femmes dans ce groupe n'est cependant pas absolue ; dans l'étude réalisée par (25) les hommes représentent 89,90 % et les femmes 9,10 %.

La répartition selon le lieu de résidence fait ressortir l'importance des citadins 82 % par rapport aux ruraux 18 %. Cette distorsion serait liée probablement au mode de recrutement et au phénomène d'accessibilité. L'âge maximum est de 110 ans (%).

L'âge peut être ressenti de façon paradoxale par certain sujets qui tout en fournissant des indications correctes sur leur âge présumé, s'estiment être quadragénaires tout en reconnaissant leur incapacité de se comporter au plan physique comme tels.

S'agissant du statut matrimonial, les 50 sujets interrogés étaient tous mariés. Le célibat a été retrouvé dans la proportion de 10 % pour d'autres auteurs (1).

La polygamie a été retrouvée dans 21 % des cas. Ce paramètre est applicable uniquement aux hommes.

Par rapport au décès des conjoints : on note 60 % de veufs et 52 % de veuves.

Le nombre d'enfant par ménage est variable ; il peut atteindre 14 dans certains cas.

La stérilité n'est cependant pas négligeable ; elle est retrouvée dans 14 % des cas ; dont 12 % des femmes.

Les personnes âgées ne semblent pas vivre dans l'isolement, 72 % reçoivent des visites quotidiennes. 48 % des hommes habitent dans leur domicile habituel tandis que 25 % des femmes vivent chez leur enfants ou petits enfants.

Le pouvoir effectif lié culturellement et sociologiquement à l'âge, garde de ce point de vue un caractère symbolique en terme de "jeu", entre le grand père et le petit fils ou la petite fille.

Les personnes âgées n'ont pas de rôle économique précis, leur statut réel au sein de la communauté se limite au chef de concession (base gérontocratique de la société) anciens du village ou du quartier ils sont des conseillers et sont consultés pour la prise de décision, médiateurs dans les conflits sociaux et apprennent aux enfants les normes et les valeurs culturelles et sociales léguées par les ancêtres, traditherapeutes, autant que leurs capacités cognitives leur permettent.

Ils sont tous estimés incapables des tâches instrumentales. Les modalités de prise en charge sont : 62 % à la charge des fils ou petits fils ; 1/4 d'entre eux à la charge d'autres personnes (voisins). Le score de mobilité à 12 prouvent que les personnes âgées se déplacent.

La taille moyenne est de 155,60 cm pour 51,6 kg de poids. Les hommes sont plus grands et les femmes plus grosses. Cette tendance apparaît chez (1) : 57,5 kg pour 1,60 m et (25) 1,58 m pour 55 kg. L'excès de poids est un facteur abrégant la vie. La petite taille peut s'expliquer par le fait qu'au cours du vieillissement il y a un tassement de la colonne vertébrale dû à une décalcification osseuse.

Les personnes âgées ont leur système vasculaire atteint d'artériosclérose influant en faveur d'une élévation de la pression artérielle.

L'état général est satisfaisant dans 40 % des cas. 90 % des individus ont exprimés des plaintes. Les symptômes ostéo-articulaires prédominent avec 96 % suivi des symptômes liés à la ventilation, symptômes CARDIO-VASCULAIRE 32 %, symptômes digestives 48 %.

(1) trouve symptômes cardio-vasculaires 39,5 % suivis des symptômes digestives 21 %. Les symptômes ostéo-articulaires sont dominés par des déformations, des douleurs articulaires. Ceci peuvent être liés à la sédentarité et à l'immobilité.

Il y a un nombre important d'individus ayant une mauvaise vision 40,8 % ; par contre ils entendent le plus souvent bien 35,4 %.

8,2 % ont une cécité et 12,5 % ont une surdité.

La cécité est liée le plus souvent aux cataractes et taie ; les surdités méritent une exploration plus poussée pour en comprendre le mécanisme.

Il y a un nombre important d'individus anxieux 70 % ceci peut être lié à la peur de la mort des proches.

42 % des individus ont des troubles de la mémoire. 56 % sont totalement continents et 66 % ont de troubles du sommeil ; donc ce qui prouve qu'on ne devient pas forcément incontinent en vieillissant.

En ce qui concerne l'humeur et le secret : 48 % ont changé d'humeur ces derniers temps lié aux facteurs suivants : mort du conjoint, départ des enfants, changement d'habitat.

Le manque de symptômes graves dans les antécédents caractérisent les personnes âgées. Cependant 98 % parlent de paludisme (le Mali est un pays tropical où le paludisme sévit de façon endémique), 14 % d'antécédents chirurgicaux.

66 % des individus pensent que la longévité n'a pas de secret. Cependant, ils préconisent une vie saine, le travail surtout physique, une bonne alimentation.

D'autres réponses sont données : recherche d'une hygiène de vie, une alimentation équilibrée (ni excès, ni manque), une vie calme, l'abstinence des stupéfiants. Certains se remettent à Dieu ; la longévité serait un fait de hasard, déterminé par le Tout Puissant. Plus de 50 % sont favorables à l'hypothèse divine de la longévité cela se comprend aisément puisque notre population est fondamentalement croyante.

Le clivage milieux urbain et rural ne relève pas nettement un bouleversement du socle socio-culturel. Le "vieux" ou la "vieille" conserve leur place pleine et entière.

L'insuffisance des moyens au plan structurel n'a permis de répertorier de façon exhaustive et rigoureuse les déterminants du vieillissement qui apparaissent dans cette étude.

"Une vie calme et équilibrée, une alimentation saine" constituent des gages d'espoir de longévité.

L'étude du vieillissement est un champ ouvert. Il commence à être défriché, nous espérons les récoltes abondantes pour une meilleure connaissance du phénomène.

+ +
+

Les caractéristiques physiques du relief au Mali sont de nature à envisager l'existence des zones de longévité.

Au Sud-Ouest, ce sont les monts Manding, prolongement des massifs du Fouta-Djallon formés de chaînons orientés du Sud-Ouest au Nord-Est. Ils s'allongent sur 150 Km du Nord au Sud sur une centaine de kilomètres de l'Est à l'Ouest. Le point culminant est le pic de Fitako (plus de 600 m d'altitude).

Au Nord-Est, dans la région comprise entre Bafoulabé et Yélémané s'étend un autre petit massif, de même dimension que les monts Manding. Son altitude est supérieure à 4000 m d'altitude par endroit. Sur la frontière algéro-malienne s'étend d'Adrar des Iforas sur 350 km.

Au Sud-Est, massif du Kéné Dougou, haut de 780 m au Tiekélékourou domine Sikasso au Sud et se trouve à cheval sur la frontière du Mali et le Burkina-Faso.

A l'Est, se trouvent les plus hauts sommets du Mali : le plateau gréseux de Bandiagara, recouvertes de latérite et la montagne de Honbori (1153 m d'altitude ; 700 m de dénivellation). Là sont réfugiés les dogons repoussés depuis des siècles. Les formes curieuses de paysage, les genres de vie, le folklore et les traditions qui s'y sont conservés font du pays dogon un véritable musée qui mérite d'être bien exploré.

CONCLUSIONS & RECOMMENDATIONS

Le vieillissement de la population est le phénomène le plus important de cette XXème siècle. Notre étude nous a permis de constater que cette tranche de la population croit de façon exponentielle. Cette croissance engendrera des problèmes sociaux et sanitaires.

Le bilan de santé global de cette population est négatif. Les affections les plus souvent rencontrées sont :

- symptômes ostéoarticulaires : 96 %
- symptômes pulmonaires : 80 %
- symptômes cardio-vasculaires: 32 %
- symptômes digestives : 48 %
- demanse sénile : 22 %

Les symptômes ophtalmiques sont sous estimées en l'absence d'examen ophtalmologique. Ils sont les plus souvent à la charge de leurs fils ou petits fils.

En l'absence d'une politique cohérente en faveur du 3ème âge ; pour réduire les inégalités et les injustices à l'égard de cette couche nous recommandons :

1. AU PLAN ADMINISTRATIF :

- définir une politique clair sur le 3ème âge au Mali ;
- définir les tâches assignées à la division qui s'occupe des personnes âgées à la DNAS entre autres : l'élaboration d'une politique socio-sanitaire orientée vers le 3ème âge ;
- élaborer avec l'INPS une politique sociale cohérente prenant en compte les problèmes réels des fonctionnaires retraités ;
- favoriser les associations des fonctionnaires retraités ;
- élaborer une politique médicale avec la DNSP afin de résoudre les problèmes médicaux.

Cette politique comprendra : la formation de médecins gériatres, médecins en gériatrie sociale, formation des fonctionnaires sociaux en gérontologie sociale ; renforcement des structures régionales et des cercles capables d'opérer les cataractes. Renforcer la formation en faveur des médecins sur les pathologies ostéo-articulaires. Promouvoir le rapprochement des personnes âgées et des enfants.

2. AU PLAN MEDICAL :

- Inclure dans les programmes de l'ENMP, de l'ESS et de l'EIPC des cours plus spécifiques de rhumatologie et de gériatrie.
- Formation de gériatres et de rhumatologues.
- Renforcement des structures socio-sanitaires afin de mieux suivre les problèmes ophtalmologiques, cardio-vasculaires, ostéoarticulaires de 3ème âgé.

3. AU PLAN SOCIAL :

Garantir, conserver nos coutumes et les besoins du 3ème âge par la création d'un comité de coordination composé de :

- DNAS
- Institut des Sciences Humaines
- Musée Nationale
- Direction Nationale des Arts et de la Culture
- INRSP
- Elaboration des programmes de recherche sur les problèmes sanitaires du 3ème âge.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALLARD (M.)**
A la Recherche du Secret des Centenaires ; No 211 ; Paris ;
ISBN ; 1991 ; 273 P

- 2 - ARMAL (J.), GARGARB (S.), MOREAU (P.)**
Le Troisième âge : Pathologie médicale et sociale ; Paris ;
INSERM ; 1975 ; 205 P

- 3 - ARNAUDO (J.P.), COLNOT (F.), CORNAMAT (M.C.) ; DESAMLISY**
Chutte de la Personne âgée de plus de 65 ans et Médicament ;
Semaine des Hôpitaux ; Paris ; No 15-16 ; 1994 ; PP 421-424

- 4 - BEAUVOIR (S.)**
La Vieillesse ; Paris ; éd. Guallimard ; 1970 ; 640 P

- 5 - CENTRE INTERNATIONAL DE GERONTOLOGIE SOCIALE**
Ecologie et Vieillissement ; Paris ; 1978 ; 447 P

- 6 - CENTRE INTERNATIONAL DE GERONTOLOGIE SOCIALE**
Gérontologie Africaine ; No 1 ; Paris ; Centre International de
Gérontologie Sociale ; 1984 ; 23 P

- 7 - CENTRE INTERNATIONAL DE GERONTOLOGIE SOCIALE**
Hospitalisation des personnes âgées ; Paris ; 1979 ; 254 P

- 8 - CENTRE INTERNATIONAL DE GERONTOLOGIE SOCIALE**
Le stress dans le processus du vieillissement ; Paris ; 1979 ;
128 P

- 9 - CENTRE INTERNATIONAL DE GERONTOLOGIE SOCIALE**
Vieillissement en Afrique ; Versailles ; 1989 ; 24 P

- 10 - DAVIES (D.)**
Les Centenaires des Andes ; Paris ; éd. Flammarion ; 1976 ; 239P

11 - DESTREM (H.)

A la conquête du troisième âge ; 3ème éd. ; Paris ;
Guallimard ; 1958 ; 162 P

12 - GAUTRAT (L.M.), FONTAINE (A.)

Gerontologie sociale ; Paris ; Presses Universitaires de France
; 1987 ; 127 P

13 - GUERRE (J.)

Pathologie du Colon, du Rectum et du Grêle chez le sujet âgé ;
Semaine des Hôpitaux ; Paris ; No 13 ; 1993 ; PP 385-391

14 - GUILLERME (J.)

La Longévitité ; Paris ; Presses Universitaires de France ;
1ère éd. ; 1957 ; 227 P

15 - IPSEN

Memoire et Oubli ; 1988 Paris, 92 P

16 - KOUAME (A.)

Le vieillissement de la population en Afrique ; IDRC ; Ottawa ;
1990 ; 49 P

17 - LABORATOIRE DAUSSE

Le cerveau âgé ; 1981 ; Paris ; éd. Agence MK ; 261 P

18 - LABORATOIRE DIAMAT

Psychiatrie en médecine générale : Pathologie psychique des
personnes âgées ; P 22

19 - LABROZO (J)

Prendre en charge et traiter une personne âgée ; Paris ;
éd. MEDSI ; 22 p

20 - LEBLOMDOMD (J.B.)

Hypertension artérielle en gériatrie et son traitement ; Semaine des Hôpitaux ; Paris ; No 6 ; 1992 ; PP 146-153

21 - MARTIN (E.), JUNOP (J..P.)

Abrégé de gérontologie ; 3ème éd. ; Paris ; Masson ; 1983 ;
613 P

**22 - MINISTERE DU PLAN ; DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE
ET DE L'INFORMATIQUE**

Recensement de la Ppulation et de l'Habitat de 1987 ; Résultats
Provisoires ; 1989 ; Bamako ; 17 p

23 - Analyse tome 1 (etat de la population)1990 ; bamako ; 126p

**24 - Distribution de la population de huit ans et plus selon
l'occupation ;**

Annuaire Statistique du Mali ; 1990 ; Bamako ; 204 p

25 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

Etude comparative de l'état sanitaire et de la situation socio-
économique des personnes âgées en milieu urbain et milieu
rural ; 1989 ; Bamako ; 98 P

**26 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, DE L'ACTION SOCIALE ET DE
LA PROMOTION FEMININE**

Séminaire National sur le troisième âge au Mali ; 1992 ;
Bamako ; 35 P

27 - MINISTERE DE LA SANTE

Santé publique et vieillissement ; Paris ; INSERM ; 1982

28 - MONTPLAISIR (L.M.)

La gériatrie : une médecine d'avenir ; Union Médicale du
Canada ; Montréal ; Vol 118 ; No 6 ; 1989 ; PP 220-224

29 - NATIONS UNIES

Guide des organisations s'occupant de la question du vieillissement ; 1983 ; New-York ; 144 P

30 - NATIONS UNIES

Principaux documents de l'Assemblée Mondiale sur le vieillissement ; Paris ; Centre International de Gérontologie Sociale ; 1984 ; 210 P

31 - OKRA-PDRABINEK (M.), BERR (C.), VENTURIMI (G.), ROGER (M.)

Longévité et dermatophytes ; Semaine des Hôpitaux ; Paris ; No 29 ; 1992 ; PP 805-808

32 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (RAPPORT TECHNIQUE)

Le vieillissement des neurone et ses implications en neuropathologie humaine ; No 665 ; Genève ; 1981 ; 92 P

33 - PAILLAT (P.)

Vieillissement et Vieillesse ; No 31 ; Paris ; Presses Universitaires de France ; 1986 ; 127 P

PRATICIENS ET 3EME AGE

Geriatric contemporaine ; Paris ; Tome X ; 9 No

34 - No 101 ; 1-2 ; 1991 ; 25 P

35 - No 102 ; 2-3 ; 1991 ; 25 P

36 - No 103 ; 3-4 ; 1991 ; 25 P

37 - No 104 ; 4-5 ; 1991 ; 25 P

38 - No 105 ; 6-7 ; 1991 ; 25 P

39 - No 106 ; 8-9 ; 1991 ; 25 P

40 - No 107 ; 10 ; 1991 ; 25 P

41 - No 108 ; 11 ; 1991 ; 25 P

42 - No 109 ; 12 ; 1991 ; 25 P

PRATICIENS ET 3EME AGE

Geriatric contemporaine ; Paris ; Tome XI ; 9 No

43 - No 110 ; 1-2 ; 1992 ; 25 P

44 - No 111 ; 3 ; 1992 ; 25 P

45 - No 112 ; 4 ; 1992 ; 25 P

46 - No 113 ; 5 ; 1992 ; 25 P

47 - No 114 ; 6-7 ; 1992 ; 25 P

48 - No 115 ; 8-9 ; 1992 ; 25 P

49 - No 116 ; 10 ; 1992 ; 25 P

50 - No 117 ; 11 ; 1992 ; 25 P

51 - No 118 ; 12 ; 1992 ; 25 P

PRATICIENS ET 3EME AGE

Geriatric contemporaine ; Paris ; Tome XII ; 3 No

52 - No 119 ; 1-2 ; 1993 ; 25 P

53 - No 120 ; 3 ; 1993 ; 25 P

54 - No 121 ; 4 ; 1993 ; 25 P

55 - PSY-AUTREMENT

Depression chez le sujet âgé ; Paris ; Vol 1 ; No 5 ; 1990 ; 48P

56 - REVUE DU VIEILLISSEMENT

New-York ; Vol 2 ; No 1 ; 1985

57 - ROGER (M.)

Les céphalées des personnes âgées ; Union Médicale du Canada ; Montréal ; Vol 116 ; No 4 ; 1987 ; PP 6-12

58 - SCHEILIENGER (M.), SCHEILIENGER (J.L.)

Prescription médicamenteuse chez la personne âgée ; Semaine des Hôpitaux ; Paris ; No 10 ; 1992 ; PP 261-266

59 - SEGOND (L.)

La Sainte Bible ; Koréa ; Alliance biblique Universelle ; 1991 ; 1277 P

60 - SIMONOFF (G)

"Bientôt l'Homme vivra jusqu'à 120 ans" ; Paris Match ; No 56195
Paris ; p 86-88

61 - STRASSER (T.)

Soins cardio-vasculaire aux personnes âgées ; Genève ; OMS ;
1990 ; 167 P

62 - THE LACER

Conduite automobile et Sénilité ; Medical Digest ; Paris ;
Vol 8 ; No 2 ; 1992 ; P 9

63 - UNITED NATIONS

The World Aging situation : strategies and policies ; 1985 ;
New-York ; 301 P

NOM : : COUMARE

PRENOM : Mama

TITRE DE LA THESE : EVOLUTION SOCIALE ET LONGEVITE AU MALI

A N N E E : 1993-1994

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

**LIEU DE DEPOT : B I B L I O T H E Q U E Ecole Nationale de
Médecine et de Pharmacie**

SECTEUR D'INTERET : Santé Publique

RESUME : Ce travail sur la longévité a porté sur 50 individus âgés de 85 ans ou plus, réalisé à Bamako, Ségou, Koulébougou (Macina) et N'Golo (Macina).

Il a été constaté une nette prédominance des femmes avec 60 % alors que les hommes représentent 40 % de la population étudiée. Selon la résidence 82 % sont citadins contre 10 % de ruraux. Concernant le statut matrimonial, tous les individus de la population étudiée étaient mariés ; près de 60 % sont veufs. Le nombre d'enfants peut atteindre 14. Les personnes âgées ne semblent pas vivre dans l'isolement. Ils sont pris en charge soit par leurs enfants, soit leurs petits fils et reçoivent des visites à différent rythme.

Ils n'ont pas de rôle économique précis ; leur statut au sein de la communauté se limite au chef de concession.

Ils sont tous incapables des tâches instrumentales.

Leur taille moyenne est de 155,60 cm pour 51,61 Kg de poids. L'état général est satisfaisant dans 40 % des cas. 90 % ont exprimé des plaintes se répartissant : symptômes ostéoarticulaire (96 %), symptômes cardiovasculaire (32 %), symptômes digestifs (48 %), ...

(6) MOTS-CLES : LONGEVITE, GERIATRIE, CODE GENETIQUE, RADICAUX LIBRES, AGE, IMMUNITAIRE

A N N E X E S

TABLEAU 1 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON LEUR STATUT MATRIMONIAL

STATUT MATRIMONIAL ACTUEL	HOMMES	FEMMES	TOTAL %
MARIES	17	2	19 (38 %)
VEUFS	2	28	30 (60 %)
SEPARES	1	0	1 (2 %)

TABLEAU 2 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON LA FREQUENCE DES VISITES

FREQUENCES VISITES	HOMMES	FEMMES	TOTAL %
QUOTIDIEN	18	18	36 (72 %)
HEBDOMADAIRE	2	10	12 (24 %)
MENSUEL	0	1	1 (2 %)
MOINS 1 FOIS/MOIS	0	1	1 (2 %)

TABLEAU 3 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON LEUR IMPRESSION SUR LEUR RAPPORT AVEC LES AUTRES

SENTIMENT ETRE SEUL	HOMMES	FEMMES	TOTAL %
OUI	18	19	37 (77,1 %)
NON	1	10	11 (12,9 %)
TOTAL	19	29	48 (100 %)

TABLEAU 4 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON LEURS APTITUDES QUOTIDIENNES

APTITUDE QUOTIDIENNE	HOMMES	FEMMES	TOTAL %
INCAPABLES	20 (40 %)	30 (60 %)	50 (100%)

TABLEAU 5 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON LA PRISE EN CHARGE

PRISE EN CHARGE (IDENTITE)	HOMMES	FEMMES	TOTAL %
FILS OU FILLE	8	7	15 (30 %)
FRERE OU SOEUR	2	6	8 (16 %)
PETIT(ES) FILS(LS)	6	10	16 (32 %)
DOMESTIQUES	3	5	8 (16 %)
AUTRES	1	2	3 (6 %)
TOTAL	20 (40 %)	30 (60 %)	50 (100 %)

TABLEAU 6 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON L'HABITAT ET LE MODE DE VIE

HABITAT	ELECTRICITE MAISON	TOILETTES	
		WC A EFFET	LATRINES
OUI	34 (68 %)	9 (18 %)	41 (82 %)
NON	16 (32 %)	0	0

TABLEAU 7 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON LES FONCTIONS SENSORIELLES

ORGANE SENSORIEL	V I S I O N			A U D I T I O N		
	H	F	TOTAL %	H	F	TOTAL %
BON	2	1	3 (6 %)	0	1	1 (2,1 %)
MOYEN	6	6	15 (30,5 %)	5	12	17 (35,4 %)
MAUVAIS	8	12	20 (40,8 %)	5	6	11 (22,9 %)
TRES MAUVAIS	3	4	7 (14,3 %)	6	7	13 (27,1 %)
CECITE/SURDITE	1	3	4 (8,2 %)	3	3	6 (12,6 %)

TABLEAU 8 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON L'EXISTENCE DES TROUBLES DE L'EQUILIBRE

TROUBLES DE L'EQUILIBRE	TROUBLES COORDINATION	RIGIDITE	PARALYSIE PARESIE
OUI	35 (70 %)	25 (50 %)	5 (10 %)
NON	15 (30 %)	25 (50 %)	45 (90 %)

TABLEAU 9 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON LES SYMPTOMES CLINIQUES

APPAREILS	SIGNES CLINIQUES	TOTAL %	TOTAL %
CARDIO-VASCULAIRE	TROUBLES RYTHMES	4 (8 %)	16 (32%)
	OEDEMES	5 (10 %)	
	SOUFFLES	7 (14 %)	
DIGESTIF	HEPATO-SPLENOMEGALI	1 (2 %)	24 (48%)
	TROUBLES TRANSIT	9 (18 %)	
	VOMISSEMENT	2 (4 %)	
PULMONAIRE	TOUX	12 (24 %)	40 (80%)
	BRUIT SURAJOUTE	3 (6 %)	
	DYSPNEES	5 (10 %)	
OSTEOARTICULAIRE	DEFORMATION	22 (44 %)	48 (96%)
	DOULEUR ARTICULAIRE	16 (32 %)	
AUTRES	ADENOPATHIES	4 (8 %)	14 (28%)
	AUTRES	3 (6 %)	

A LA RECHERCHE DU GRAND AGE EN AFRIQUE

QUESTIONNAIRE

PLAN

A. Identifications	2
B. Evaluation de l'âge - justification de dates	3-4
C. Famille et entourage	5-6
D. Lieux de vie	7-8-9
E. Bilan de santé global	10
F. Bilan somatique	11
G. Bilan sensoriel et neurologique	12
H. Mental Status	13
I. Satisfaction de vie	14
J. Personnalité	15
K. Bilan fonctionnel	16-17-18
L. Affections et traitements	19
M. Humeur et secret	20
N. Conditions de l'examen	21
O. Conclusion - Appréciation	22
P. Données biologiques	23

A) IDENTIFICATIONS

Nom du superviseur :

Nom du chercheur :

NOM DE NAISSANCE DE LA PERSONNE INTERROGEE :

Prénom :

Nom de mari :

Prénom :

Nom de la mère :

Nom d'un des fils :

Ethnie :

Langue maternelle :

Sexe : femme homme

Trois
premières
lettres
seulement

Localisation - lieu de résidence :

Préfecture ou région :

Sous-préfecture :

Ville ou village :

Quartier :

Secteur sanitaire :

Profession (s) :

Titre (s) - (grade, fonction ...) :

Qui est son "proche", celui qui le prend en charge, qui lui fait à manger :

Quelles sont les autres personnes qui le rencontrent tous les jours :

.....

DATE DE L'ENTRETIEN : / /

Lieu de l'entretien :

A LA RECHERCHE DU GRAND AGE EN AFRIQUE

QUESTIONNAIRE

PLAN

A. Identifications	2
B. Evaluation de l'âge - justification de dates	3-4
C. Famille et entourage	5-6
D. Lieux de vie	7-8-9
E. Bilan de santé global	10
F. Bilan somatique	11
G. Bilan sensoriel et neurologique	12
H. Mental Status	13
I. Satisfaction de vie	14
J. Personnalité	15
K. Bilan fonctionnel	16-17-18
L. Affections et traitements	19
M. Humeur et secret	20
N. Conditions de l'examen	21
O. Conclusion - Appréciation	22
P. Données biologiques	23

3. Repères chronologiques

Y a-t-il d'autres éléments permettant d'établir l'âge de la personne avec une relative précision. Relever de préférence des événements très anciens quand la personne était très jeune.

Année présumée	Age probable à l'époque	Événement
-------------------	----------------------------	-----------

• Quel âge avait-elle lors d'un événement historique national ou international marquant (changement de régime, guerres, manifestations, visite d'une personnalité,..) :

*		
*		
*		

• Quel âge avait-elle lors d'un événement personnel marquant (remise de médaille, célébration,..)

*		
*		
*		

• Quel âge avait-elle lors d'un événement climatique marquant que l'on peut dater (sécheresse, inondations, famine, épidémie dans le bétail)

*		
*		
*		

• Quel âge avait-elle lors des responsabilités d'une autorité locale marquante (chef traditionnel, chef de zone ou de secteur...)

*		
*		

• Quel âge avait-elle lors d'autre(s) repère(s) non cités ci-dessus [de quel type, préciser.....]

*		
*		

4. Votre conclusion sur l'âge du sujet : ans

C) FAMILLE et ENTOURAGE

Parents

A quel âge est décédé votre père ? _____ ans
A défaut, a-t-il vécu très vieux ? OUI NON
 sans information, ne sait pas.

A quel âge est décédée votre mère ? _____ ans
A défaut, a-t-elle vécu très vieille ? OUI NON
 sans information, ne sait pas.

Y a-t-il ou y avait-il d'autres personnes très âgées parmi vos frères et sœurs et vos cousin(e)s germain(e)s ? OUI NON
Précisez

MARIAGE

Vous êtes-vous marié (e)? OUI NON

Statut marital actuel : actuellement êtes-vous ?

- célibataire
- marié, préciser l'âge du conjoint :
- veuf
- séparé, divorcé

Si homme, nombre d'épouses : - actuellement vivante : ...
- en tout : âge :

Descendance : combien avez-vous eu d'enfants :
combien sont encore vivants :
combien de descendants en tout :

Cochez une seule case

Habituellement, voyez-vous des parents et des amis ?

- Tous les jours
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Jamais

Est-ce que vous vous sentez seul(e) ? OUI NON

(gnile 1ADE)

Répondre avec le proche si nécessaire

APTITUDES QUOTIDIENNES

Même si vous n'avez pas à les faire en ce moment, êtes-vous capable d'accomplir seul les tâches suivantes :

Faire le ménage

- Oui
- Non, j'en suis incapable

Faire la lessive

- Oui
- Non, j'en suis incapable

Faire les courses

- Oui
- Non, j'en suis incapable

Faire la cuisine

- Oui
- Non, j'en suis incapable

Prendre les transports en commun (ou conduire une voiture)

- Oui,
- Non, j'en suis incapable

AIDE A LA VIE QUOTIDIENNE

Cochez une case par ligne

• Avez-vous besoin d'aide pour :

Faire votre toilette : OUI NON

Manger : OUI NON

Vous habiller : OUI NON

Aller au WC : OUI NON

Reporter le prénom ou les initiales permet de débrouiller le discours du centenaire. Exemple : fille (Isabelle), aide ménagère (Mme A.U.), petit fils (Jean)

• Qui vous aide dans votre vie de tous les jours ?
(par ordre d'importance en services rendus)

Lien de parenté ou qualité

.....

.....

.....

.....

.....

ENTOURAGE

Cochez une seule case.

• Habituellement, voyez-vous vos enfants ou petits-enfants ?

- Tous les jours
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Jamais
- Je n'ai pas d'enfants ou de petits enfants

MOBILITE ET ET PLACEMENTS

• Cette semaine avez-vous passé toutes vos journées au lit ou assis ?

- Oui, toutes mes journées au lit
- Oui, toutes mes journées au lit ou au fauteuil
- Non

• Cette semaine avez-vous eu besoin d'aide pour entrer ou sortir de votre lit ?

- Oui, j'ai eu besoin de l'aide de quelqu'un
- Non

• Cette semaine avez-vous eu besoin d'aide pour vous déplacer dans votre chambre ?

- Oui, j'ai eu besoin de l'aide de quelqu'un
- Non

Si pour se déplacer ou monter un escalier la personne n'a recours qu'à des appareils (canes, déambulateur, ...) cochez la case «Oui, sans avoir besoin de l'aide de quelqu'un».

• Cette semaine vous êtes-vous déplacé dans la maison, à l'extérieur de votre chambre ?

- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider à marcher
- Oui, sans avoir besoin de l'aide de quelqu'un
- Non

• Cette semaine êtes-vous allé dans le jardin ou la cour de votre maison ?

- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
- Oui, sans avoir besoin de l'aide de quelqu'un
- Non
- Sans objet, pas de jardin, pas de cour.

Précisez au sujet à l'extérieur du jardin (du parc) s'il y en a un.

• Cette semaine êtes-vous sorti de chez vous, de la concession ou de l'enclos ?

- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
- Oui, sans avoir besoin de l'aide de quelqu'un
- Non

Si demande de précision sur «ces derniers temps», répondez «au cours du dernier mois».

• Ces derniers temps vous êtes-vous éloigné de votre domicile à plus de 500 mètres (c'est-à-dire hors du quartier ou à l'autre bout du village, aux champs) ?

- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
- Oui, sans avoir besoin de l'aide de quelqu'un
- Non

Si demande de précision sur «ces derniers temps», répondez «au cours des 3 derniers mois».

• Ces derniers temps avez-vous pris des transports en commun ?

- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
- Oui, sans avoir besoin de l'aide de quelqu'un
- Non

Si demande de précision sur «ces derniers temps», répondez «au cours des 3 derniers mois».

• Ces derniers temps êtes-vous allé dans une autre village ?

- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
- Oui, sans avoir besoin de l'aide de quelqu'un
- Non, je ne me déplace plus

• Quel a été le plus grand voyage que vous ayez effectué dans votre vie ?

.....
.....

A quelle date : / / (année)

E) BILAN DE SANTE GLOBAL

Etat général selon vous : très mauvais _____ très bon

Possibilité d'examen :

	Non	Oui
• Le sujet vous voit-il ?	_____	_____
• Le sujet vous entend-il ?	_____	_____
• Le sujet vous comprend-il ?	_____	_____
• Le sujet vous répond-il ?	_____	_____

Taille mesurée au mètre ruban : _____ cm

Envergure mesurée au mètre ruban : _____ cm

Poids à la balance : _____ Kg

Tension artérielle :
 maxima _____ mm Hg
 minima _____ mm Hg

Le sujet est-il ?

- Droitier
- Gaucher
- Gaucher contrarié
- Ambidextre

Couleur actuelle des yeux : _____ Couleur naturelle des cheveux : _____

Combien la personne a-t-elle encore de dents :

Prothèses - la personne bénéficie-t-elle d'une ou de plusieurs prothèses :

lunettes :	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
dentier :	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
canne :	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
appareil auditif :	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
autre(s) :		_____		_____

Eventuellement, bilan biométrique à l'âge de 20 ans (d'après le sujet ou service militaire):

Taille : _____ cm Poids : _____ Kg Couleur des yeux : _____ des cheveux : _____

Habitudes de vie :

• Tabac : êtes-vous ? fumeur ancien fumeur non fumeur
 pour fumeur actuel, préciser la quantité/jour : .. _____

• Alcool : - buvez-vous habituellement du vin, de la bière ou d'autres alcools ?
 OUI NON
 - sinon, en buviez-vous jadis ? : OUI NON

F) BILAN SOMATIQUE

- Appareil cardiovasculaire

- Souffle
- Troubles du rythme
- Oedeme

- Appareil digestif :

- Hépatomégalie

- Appareil pulmonaire

- Auscultation

- Divers :
 - Splénomégalie :
 - Adénopathies :
 - Autres :

• App ostéo-articulaire

SENSORIEL ET NEUROLOGIQUE

• VISION :

L'audition du sujet est-elle ? :

sans correction :

très bonne bonne moyenne mauvaise très mauvaise cécité

avec correction :

très bonne bonne moyenne mauvaise très mauvaise

l'ophtalmologue :

taie (s) :

cataracte :

énucléation :

autres :

trachome

glaucome

ptérygien

Le sujet peut-il :	facilement	difficilement	pas du tout	sans objet
- lire (le journal, la Bible le Coran)				
- reconnaître la personne qui arrive				
- regarder la télé.				
- suivre une conversation avec 1 personne				
- suivre une conversation avec 2 personnes ou plus				

• AUDITION :

L'audition du sujet est-elle ? :

sans correction :

très bonne bonne moyenne mauvaise très mauvaise sourd

• EQUILIBRE :

- Romberg (3s) les yeux ouverts :

- Romberg (3s) les yeux fermés :

- Peut-il s'accroupir et se relever seul : OUI NON

- Syndrome parkinsonien :

- Syndrome cerebelleux :

- Syndrome vestibulaire :

- Paralysies :

- ROT :

(SPMS)

H) Questionnaire "Short Portable Mental Status" de PFEIFFER

Posez les questions une à une. Cochez "BON" si la réponse est bonne ou "MAUVAIS" si elle ne l'est pas.

(20, 17, 14, 11 ...)
ou
(20, 19, 18, 17...)

		BON	MAUVAIS
1.	Quelle est la date d'aujourd'hui? (à défaut mois, saison, lune ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Quelle jour de la semaine sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Comment s'appelle l'endroit où nous nous trouvons ? (cour, maison, place dispensaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Quelle est votre adresse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Quel âge avez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Quand êtes-vous né(e) ? - date (ou à défaut, à quand situez-vous votre naissance) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Qui est le Chef d'Etat actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Qui était le Chef d'Etat juste avant lui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Quel était le nom de jeune fille de votre mère ? (ou son prénom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Comptez à l'envers de trois en trois à partir de 20 (ou de 1 en 1 si trop difficile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La passation du questionnaire SPMS de Pfeiffer est impossible, préciser pourquoi :

Si ne sait ni lire, ni écrire, ne cochez aucune case

Niveau d'étude du sujet :

- écrit : français arabe
 lit : français arabe

I) SATISFACTION DE VIE

Echelle abrégée de NEUGARTEN

(NHT)

Voici quelques constatations sur la vie en général qui sont différemment ressenties par les gens. Voulez-vous lire chaque constatation au centenaire. Si il est d'accord, cochez "VRAI", Si il n'est pas d'accord, cochez "FAUX", Si il ne peut pas se décider dans un sens ou dans l'autre, cochez "JE NE SAIS PAS".

En vieillissant, les choses me semblent mieux que je ne pensais qu'elles seraient.

J'ai eu plus de bon temps dans la vie que la plupart des gens que je connais.

C'est la période la plus triste de ma vie.

Je suis tout aussi heureux que lorsque j'étais plus jeune.

Ce sont les meilleures années de ma vie.

La plupart des choses que je fais sont ennuyeuses ou monotones.

Les choses que je fais me semblent aussi intéressantes qu'elles l'ont toujours été.

Lorsque je considère ma vie passée, je me sens satisfait.

J'ai fait des projets pour des choses que je ferai dans un mois ou dans un an.

Quand je me penche sur mon passé, je me dis que je n'ai pas obtenu la plupart des choses importantes que je désirais.

Par rapport aux autres, j'ai trop souvent le cafard.

J'ai obtenu une bonne partie de ce que j'attendais de la vie.

En dépit de ce que les gens disent, le sort de l'homme moyen devient pire et non meilleur.

VRAI

JE NE SAIS PAS

FAUX

La passation de l'échelle est impossible, préciser pourquoi :

.....

J) PERSONNALITÉ

Aux extrémités de ces lignes, sont indiqués deux traits de caractère opposés. Veuillez demander au proche de tracer une croix sur chaque ligne à l'endroit qui lui semble le mieux correspondre au caractère de la personne.

Exemple : "entre calme et anxieux, veuillez tracer une croix à l'endroit qui correspond le mieux au caractère de la personne".

Répétez pour chaque trait de personnalité.

Appréciation sur la personnalité actuelle de la personne vue par son entourage :

Calme, détendu

Anxieux, tendu

Renfermé

Communicatif

Triste

Gai

Optimiste

Pessimiste

Tolérant

Intolérant

K) BILAN FONCTIONNEL

(Questionnaire ECA)

Si vous avez besoin de renseignements pour remplir ce questionnaire, demandez au proche - pas au centenaire.

Cochez une seule case

Continence - Urine

- Indépendant - n'a jamais d'accidents
- Indépendant - n'a jamais d'accidents pendant la journée
- Indépendant - a des accidents de temps à autre
- Indique ses besoins d'aller aux toilettes à son aide
- N'a pas d'accidents mais doit être emmené aux toilettes souvent
- A parfois des accidents dans la journée - le fait savoir
- A parfois des accidents dans la journée - ne le fait pas savoir
- A souvent des accidents dans la journée
- Est complètement incontinent

Cochez une seule case

Continence - selles

- Indépendant - n'a jamais d'accidents
- Indépendant - n'a jamais d'accidents pendant la journée
- Indépendant - a des accidents de temps à autre
- Indique qu'il veut aller aux toilettes à son aide - pas d'accident
- A des accidents une fois par semaine ou moins - le fait savoir
- A des accidents une fois par semaine ou moins - ne le fait pas savoir
- A des accidents plus d'une fois par semaine
- Complètement incontinent

Cochez une seule case

Sommeil

- Dort/reste au lit calmement pendant six heures ou davantage la nuit
- Dort/reste au lit calmement pendant 2-6 heures
- Dort avec des intervalles bruyants ou agités
- Dort moins de deux heures la nuit en tout

Cochez autant de case que nécessaire

Comportement à problème de jour

- Demande qu'on fasse attention à lui
- Dit des gros mots
- Grossier avec les visiteurs
- A un comportement vulgaire et obscène
- Physiquement agressif
- Gêne la vie sociale de son entourage
- Crises de colère
- Crie, fait du bruit
- Crée des problèmes entre les autres
- Pose des questions sans arrêt

Cochez autant de case c
nécessaire

Comportement nocturne

- Se promène dans la maison la nuit
- Parle ou marmonne la nuit
- Crie sans raison la nuit
- S'habille pendant la nuit
- Etale ses selles pendant la nuit
- Voit ou entend des choses qui ne sont pas réelles la nuit

Aptitude physique

Le sujet est-il grabataire ?

- oui non

Si oui, présence d'escarre(s) ? préciser

si non, préciser l'aptitude à la marche :

Cochez une seule case

- Monte et descend les escaliers seul, en alternant les pas (peut utiliser une rampe)
- Monte et descend les escaliers seul ou un raidillon
- Marche seul, ne peut emprunter les escaliers
- Marche seul en s'appuyant sur un mur ou une rampe
- Marche avec une canne
- Marche avec une aide (enfant)
- Marche avec une canne mais a besoin d'aide pour se lever
- Ne peut marcher seul

(Echelle de NAGI)

A votre avis :

Cochez une case par ligne

Le sujet peut-il ?	Facilement	Difficilement	Pas du tout
. Faire 500 mètres à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Se baisser, s'accroupir, s'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Monter 10 marches d'échelle ou d'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Porter une charge de 5 Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Q 100, FIRT-INSERM)

Remplir avec le proche si nécessaire

Exemple : fractures

(Questionnaire E.C.A.)

Si vous avez besoin de renseignements pour remplir le questionnaire demandez le à votre proche - pas directement au sujet.

Cocher autant de cases que nécessaire

Cocher autant de cases que nécessaire

(Q 100, FIRT-INSERM)

Exemples : plaintes, observation objective

Chute

Depuis un an, le sujet a-t-il fait une ou plusieurs chutes ?

oui non

si oui, ces chutes sont-elles fréquentes ?

oui non

précisez

ces chutes sont-elles préoccupantes ?

oui non

ces chutes ont-elles modifié la vie du sujet ?

oui non

précisez

Le sujet a-t-il ?

peur de tomber oui non

des "vertiges" oui non

des troubles de l'équilibre oui non

Posture

- La bouche est ouverte
- La tête reste baissée
- L'abdomen est en avant à cause de la posture
- Les épaules tombent en avant et le dos est courbé
- Marche avec les pieds en dedans ou en dehors
- Marche avec les pieds écartés
- Traîne ou tape des pieds en marchant

Contrôle des mains

- Ramasse les objets d'une main
- Tient les objets dans les deux mains
- Attrape les objets entre le pouce et les autres doigts
- Met les objets dans des récipients
- Enlève les couvercles des boîtes
- Tourne les pages
- Verse les liquides dans les récipients
- Ouvre/ferme les robinets
- Utilise une clef pour fermer/ouvrir

Le sujet a-t-il des troubles de la mémoire ? oui non

si oui, préciser

.....

.....

.....

L) AFFECTIONS ET TRAITEMENTS

Liste des affections connues et de leurs éventuels traitements en cours.

Antécédents notables	Pathologies actuelles : maladies, symptômes, plaintes ...	Médicaments	Traitements traditionnels
Commentaires : _____			

M) HUMEUR ET SECRET

(Q 100, FIRT-INSEEM)

Remplir avec le proche si nécessaire

- L'humeur du sujet a-t-elle changé ces derniers temps ? OUI NON
- Le sujet est-il plutôt triste ? OUI NON
- Le sujet a-t-il de l'intérêt pour la vie sociale et familiale ? OUI NON
- Le sujet est-il replié sur lui-même ? OUI NON
- Le sujet a-t-il une inquiétude et une fatigue persistante ? OUI NON
- Le sujet a-t-il un sommeil réparateur ? OUI NON

Pour clore cet examen, posez s'il vous plaît ces 3 questions ouvertes, les unes après les autres, au centenaire et résumez ses réponses.

Questions	Réponse du sujet	Réponse du proche ou de l'entourage
Alors comment faire pour vivre vieux ?		
Y a-t-il un secret ?		
Avez-vous des conseils ou des recettes à donner ?		

N) CONDITIONS DE L'EXAMEN

Qui a répondu aux questions ?

- Le sujet uniquement
- Principalement le sujet
- Le sujet autant que le proche/ou l'entourage
- Principalement le proche
- Le proche uniquement

Vos impressions sur le déroulement de l'examen ?

.....

.....

.....

.....

Si vous interrogez la personne ou le proche, ne pas citer ou souffler ces exemple

Ya-t-il eu des modifications importantes dans les 6 mois qui ont précédé cet examen (santé, habitat, deuil, moral, mémoire, mode de vie, etc...).

- OUI **1** NON **2**

Si oui, précisez

Physique :

.....

.....

Psychique :

.....

.....

CONCLUSION ET APPRECIATION

Votre synthèse clinique à propos de la personne

Qu'est-ce qui selon vous, parmi les antécédents médico-chirurgicaux ou le bilan de santé actuel, permet d'expliquer le mieux l'état de cette personne à ce jour et sa longévité ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Et finalement, votre estimation de son état général à la suite de ce bilan.

ETAT DE SANTE GENERAL

- Très bon
- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais

**TABLEAU 10 : REPARTITION DE LA POPULATION ETUDIEE SELON
LES ANTECEDENTS**

ANTECEDENTS PERSONNELS		TOTAL %
MEDICAUX	Paludisme	49 (98 %)
	HTA + UGD	15 (30 %)
	Céphalées	13 (26 %)
	Fièvres non spécifiques	28 (52 %)
CHIRURGICAUX	Appendicite	7 (14 %)
	Hernie + Hydrocèle	6 (12 %)
	Traumatismes physiques	2 (04 %)
	Pelvis	8 (16 %)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie 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.