

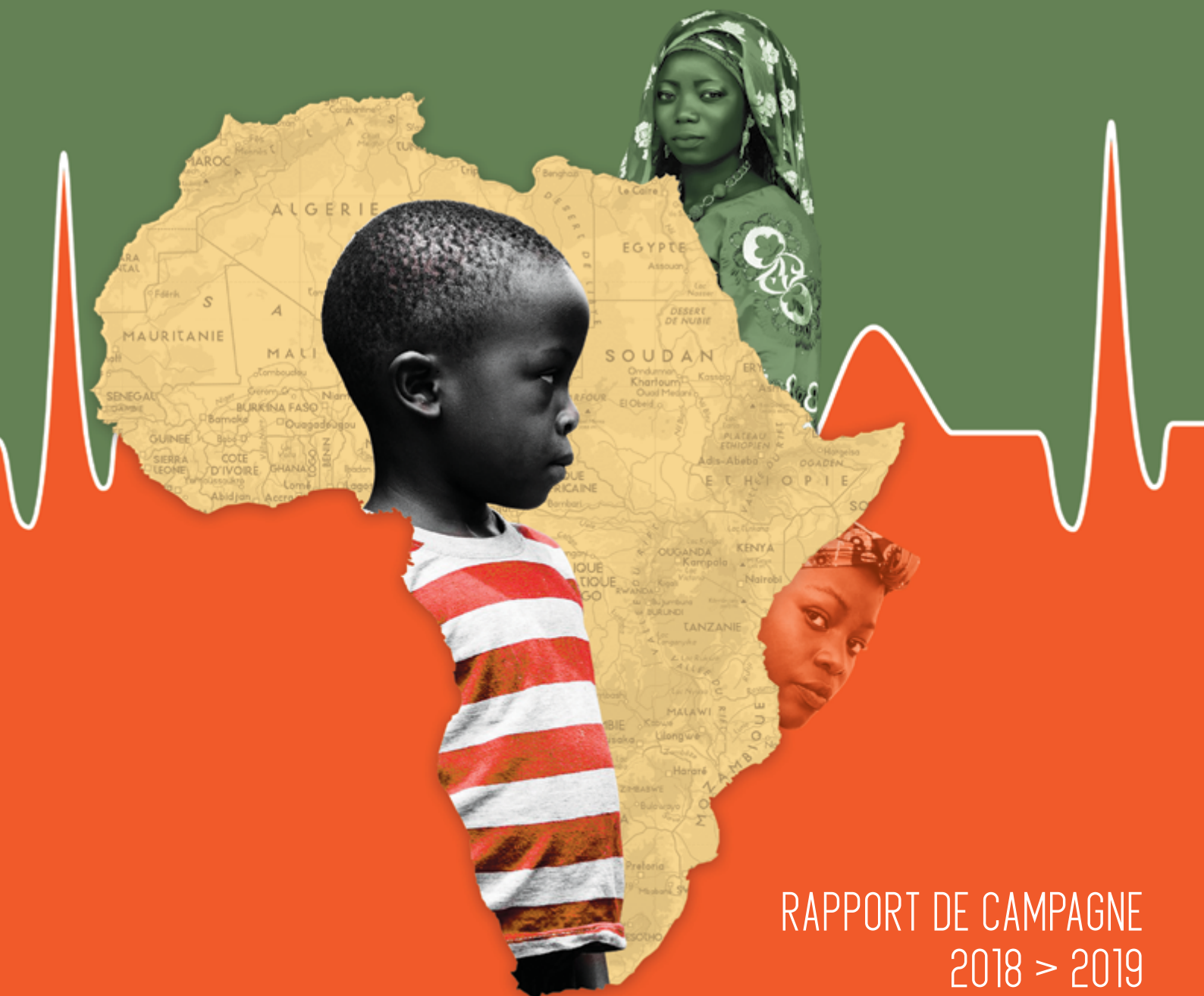
ASSOCIATION MEDICALE

ESPOIR[®] SANTÉ AFRIQUE



« AUCUN DE NOUS, EN AGISSANT SEUL, NE PEUT ATTEINDRE LE SUCCÈS... »

Nelson MANDELA 1918-2013



RAPPORT DE CAMPAGNE
2018 > 2019



LE MOT DU PRÉSIDENT

Depuis longtemps, le continent africain est confronté à la faiblesse des systèmes de santé, à un manque de ressources humaines, à des difficultés d'accès aux soins, à une gouvernance et à un leadership en santé publique peu performants ; ajouté à cela une absence d'approche globale, intégrée et inclusive dans les processus de résolution des problèmes de santé.

Pourtant, de nombreux programmes d'aide au développement ont été mis en place et des soutiens financiers visant l'amélioration de l'offre des soins et des services de santé à travers divers programmes nationaux et internationaux ont été réalisés ; on constate, hélas, qu'ils restent insuffisants.

« L'ignorance constitue souvent la première cause de décès »

Nous croyons que l'Afrique d'aujourd'hui doit se préoccuper d'elle-même et s'engager dans la résolution de ses problèmes de santé et de développement avec son potentiel humain (société civile locale et diaspora).

Pour l'heure, le secteur privé n'est que timidement sollicité dans le cadre du développement sanitaire en général et des soins de santé primaires alors qu'il pourrait efficacement participer au renforcement des systèmes de santé et contribuer encore au développement général des pays.

Pour l'engagement des diasporas

La diaspora quant à elle compte de nombreux talents avec des compétences diverses et des volontés de plus en plus affirmées de soutien au pays natal. On le sait, les atouts ne manquent pas, l'Afrique est un continent « jeune » et la croissance économique est là.

Fort de ces constats, notre Association « Espoir Santé Afrique » est née en 2018. Elle est constituée de médecins, de pharmaciens, d'experts en santé publique, d'universitaires ainsi que de membres de la diaspora issus de la société civile, tous bénévoles et engagés dans ce projet d'amélioration de la prise en charge et de l'accès aux soins des malades.

Elle souhaite faire naître une prise de conscience au sein de l'intelligentsia africaine en général, y compris sa diaspora souvent peu ou pas sollicitée, en vue d'une mobilisation étendue pour la réalisation des objectifs de développement à partir des actions liées à la santé.

« La pauvreté est un frein à la fréquentation des formations sanitaires »

Pour se faire, nous sommes partis du constat selon lequel les maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle et le diabète - qui ont aussi fait leur apparition dans les pays en développement - sont à l'origine de nombreuses complications aux conséquences souvent néfastes.

Nous avons donc décidé de nous focaliser sur cette problématique en intervenant à différents niveaux.

Pour l'heure, nous avons développé, en étroite collaboration avec les confrères locaux, un programme basé sur des actions de prévention et de dépistage (à travers des campagnes d'information et de sensibilisation grand public en milieu rural et semi-urbain).

La Maison Médicalisée et le Dispensaire Mère/Enfant

Dans un deuxième temps, nous devons maintenant permettre une optimisation de la prise en charge médicale des malades afin d'améliorer les conditions d'accès aux soins grâce :

A la création d'une maison médicalisée pluridisciplinaire et d'un dispensaire dédié mère/enfant pour des soins de santé primaire.

Elles seront situées à Douala au Cameroun pour ce projet pilote qui se veut inclusif et amené à s'étendre sur le continent.

La maison médicalisée pluridisciplinaire regroupera divers spécialistes locaux et internationaux. Elle permettra en outre aux médecins ne résidant pas au Cameroun (mais qui souhaiteraient s'impliquer dans ce projet) d'apporter leur expertise dans des conditions d'exercice adaptées (cabinets de consultations et plateau techniques mis à disposition). Elle se verra un lieu d'échanges et de partages professionnels.

Le dispensaire mère/enfant permettra :

- aux personnes ayant des difficultés d'accès aux soins de bénéficier d'une prise en charge de qualité pour les soins de santé primaire (consultations, soins, vaccinations etc.)
- au public de bénéficier de campagne de sensibilisation et de dépistages ciblés.

Le Dispensaire Mobile : Une innovation majeure

Il sera accompagné d'un camion mobile permettant de déployer ces missions dans des zones plus éloignées.

Il faut préciser que les consultations seront réalisées à un coût moindre au regard des réalités économiques du pays.

Enfin, nous avons besoin de vous, de votre soutien et de toute participation visant à soutenir cet ambitieux projet de « Santé solidaire ».

Nous comptons sur vous pour nous accompagner dans cette aventure humaine.

« Aucun de nous, en agissant seul ne peut atteindre le succès. » Nelson Mandela

GUY WELADJI

Cardiologue, diplômé de médecine tropicale et santé internationale (Xavier Bichat)
Initiateur du projet, Président de l'association Espoir Santé Afrique

FOREWORD BY THE PRESIDENT

It's been a long time that the African continent has been confronted with weak health systems, a lack of human resources, difficult access to care, poor governance and public health leadership. Added to this, the solving of health issues is lacking comprehensive and integrated approach, despite the setting up of numerous development programs and of national and international financial support for improving the health care system. Unfortunately, they remain insufficient.

« Ignorance is often the number one cause of death »

Africa faces global issues, but also specific problems related to its environment (physical, social, economic, political) and its history. These must not be mixed up with globalization-related issues and solving them must not be delegated to others.

In other words, we believe that in these days Africa must take care of itself and engage itself in solving the health and development problems with its own human potential (local civil society and diaspora).

Currently, few private sector actors are called upon to engage in development of an overall health system and primary health care, while it could effectively contribute to strengthen a health care system and even further contribute to the overall development of the country.

For the engagement of diasporas

Talented members of the diaspora could provide the continent with diverse skills and they are showing more and more will to support their native country.

It's a fact that Africa is a « young » continent with many assets and a tangible economic growth.

This is on the basis of the above, that our association "Espoir Santé Afrique" was born in 2018.

It is composed of doctors, pharmacists, public health experts, and academics, as well as members of the diaspora from civil society, all volunteers and others involved in this project of the improvement of care and support and the access to patient care in Cameroon.

The Association's purpose is to raise awareness among the African doctors/intelligentsia in general, including its diaspora which is often hardly, if at all solicited, for a broad mobilization for the achievement of the objectives for a better development related to health.

« Poverty is an impediment to attendance at health facilities »

To do so, we started from the observation that chronic diseases such as high blood pressure and diabetes - which have also appeared in developing countries - are at the root of many complications with often harmful consequences.

So we decided to focus on this issue by intervening at different levels.

For now, we have developed, in close collaboration with local colleagues, a program based on prevention and screening actions (through information and public awareness campaigns in rural and semi-urban areas).

The Medical Home and the Mother / Child Dispensary

In a second step, we are seeking to allow an optimization of the medical care of patients to improve the parameters surrounding access to care in Cameroon, considering the creation of a multidisciplinary medical home and a dedicated mother-child clinic for primary health care.

They will be located in Douala, Cameroon for this pilot project which aims to be inclusive and will extend to the continent.

The multidisciplinary medical home will bring various local and international specialists together. It will also allow doctors that are not residing in Cameroon (but who would like to get involved in this project) to provide their expertise in appropriate practical conditions (consultancies/surgery/doctor's office and technical platform made available). It will be a place for exchange and professional sharing and participation:

- primary and quality first aid and health care (consultations, care, vaccinations, etc.) for people who have difficulties accessing health care
- the public benefit of awareness campaigns and special screenings.

The Mobile Medical truck: A major innovation

It will be supported by a mobile medical truck to deploy these services in the most remote areas as well.

It should be noted that doctors' consultations will be carried out at a lower cost given the current economic situation of the continent.

This why we need your support and any kind of contribution to support this ambitious project of « Solidarity for Health ».

We count on you to accompany us in this human adventure.

« None of us, acting alone, can achieve success »

Nelson Mandela

GUY WELADJI

Cardiologist, graduate of Tropical Medicine and International Health (Xavier Bichat). Founder of the project,
President of the association "Espoir Santé Afrique"

RAPPORT STATISTIQUE DE LA CAMPAGNE DE SANTE
DE BANGANGTE

Dans le cadre de la poursuite de ses actions humanitaires au Cameroun, notre association ESPOIR SANTE AFRIQUE, en partenariat avec MEDCAM France (médecins camerounais de France) a organisé sa première campagne de santé dans la ville de Bangangté. Elle s'est déroulée du lundi 13 au mardi 14 août 2018 et portait sur le dépistage du diabète et de l'hypertension artérielle.

Au total nous avons reçu 111 personnes au campus universitaire de Mfetum. (site gracieusement mis à notre disposition par le Professeur Lazare KAPTUE, Président de l'Université des Montagnes, à qui nous avons exprimé notre profonde gratitude.)

Médecins ayant participé à la campagne de consultations :

Drs Danielle TOKO, Cyrielle NANA, Marlyse KAMGANG, Christian NTOUTOUM, Serge TCHOUKOUA, Guy WELADJI

I - PROCÉDURE DU DÉPISTAGE

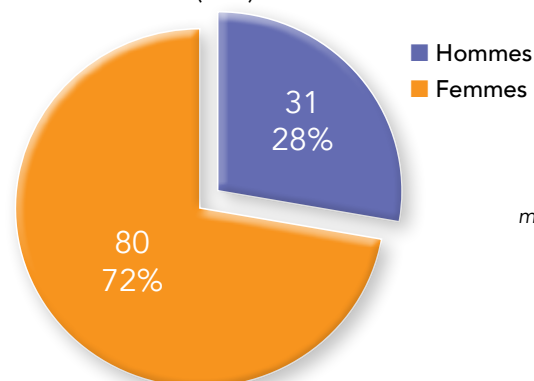
Le dépistage s'est déroulé le 21 août 2018 à partir de 8h00 selon la procédure suivante :

- Etape 01 : Accueil des patients
 - Installation des patients
 - Distribution des numéros d'ordre et des coupons d'identification
- Etape 02 : Dépistage proprement dit
 - Prise des paramètres vitaux (pression artérielle, pouls)
 - Prise de la glycémie à jeun
 - Prise des paramètres anthropométriques (poids, taille, tour de taille) et calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC)
- Etape 03 : Consultation et enregistrement
 - Enregistrement et orientation des patients
 - Les patients ayant des paramètres normaux bénéficiaient d'un counseling et pouvaient rentrer
 - Les patients ayant des anomalies étaient orientés vers une consultation spécialiste (cardiologue et diabétologue) et ils bénéficiaient des examens complémentaires gratuits (ECG)
 - Les patients nécessitant un traitement disponible bénéficiaient des médicaments gratuits
- Etape 04 : Référence
 - Les patients diagnostiqués avec une pathologie chronique étaient référés vers les médecins en service au Centre Universitaire des Montagnes (CUM) pour le suivi.

II - CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PATIENTS

1 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE

Figure 1 : Parmi les 111 personnes reçues, 80 (72%) étaient des femmes et 31 (28%) étaient des hommes.



Dr ESAME Ndivé
Cardiologue,
membre de la coordination Cameroun



2 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ÂGE

Tableau 1 :

Répartition des employés en fonction des tranches d'âge
La tranche d'âge la plus représentée était celle de [50 à 60 ans] : 29 personnes soit 26.2%.
L'âge minimum était de 15 ans et le maximum était de 80 ans.

Tranches d'âges (ans)	Effectif (%)
< 20	03 (2.7)
[20 – 30 [	06 (5.4)
[30 – 40 [	13 (11.7)
[40 – 50 [	23 (20.7)
[50 – 60 [	29 (26.2)
[60 – 70 [	22 (19.8)
[70 – 80 [	14 (12.6)
>= 80	01 (0.9)
TOTAL	111 (100)

3 - RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS

Parmi les patients reçus, 27 personnes soit 24.3 % avaient un antécédent d'hypertension artérielle et/ou de diabète.

Tableau 2 : Répartition des employés en fonction des tranches d'âge

Antécédents	Effectif (%)
Hypertension artérielle	24 (88.9)
Diabète	04 (14.8)

4 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA TENSION ARTÉRIELLE (TA)

La tension artérielle a été prise chez les 111 personnes reçues. Parmi ces patients, 68 (61.3%) avaient une pression artérielle normale (< 140/90 mmHg) et 43 (38.7%) avaient une pression artérielle élevée (≥ 140/90 mmHg).

Tableau 3 : Les anomalies de la Pression Artérielle retrouvées

Anomalies de la TA	Effectif (%)
HTA Grade I PAS : [140 – 159 mmHg] et/ou PAD : [90 – 99 mmHg]	20 (46.5)
HTA Grade II PAS : [160 – 179 mmHg] et/ou PAD : [100 – 109 mmHg]	13 (30.2)
HTA Grade III PAS : ≥ 180 mmHg et/ou PAD : ≥ 110 mmHg	10 (23.3)
TOTAL	43 (100)

HTA = Hypertension Artérielle
PAS = Pression Artérielle Systolique
PAD = Pression Artérielle Diastolique

Le tableau ci-contre nous montre que l'HTA Grade I était le grade le plus représenté, retrouvée chez 20 personnes soit 46.5%.

5 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

L'Indice de Masse Corporelle est le rapport du poids (en Kg) sur la taille² (en mètre).

Il a pu être calculé chez 72 personnes, les autres 39 personnes ne connaissaient pas leur taille rendant le calcul impossible. Parmi les 72 IMC calculés, 49 étaient anormaux.

Tableau 4 : Répartition des anomalies de l'IMC

Classification	Effectif (%)
Maigre (< 18 kg/m ²)	01 (2.0)
Surpoids (25 ≤ IMC ≤ 29.9 kg/m ²)	17 (34.7)
Obésité stade I (30 ≤ IMC ≤ 34.9 kg/m ²)	17 (34.7)
Obésité stade II (35 ≤ IMC ≤ 39.9 kg/m ²)	07 (14.3)
Obésité Morbide (IMC ≥ 40 kg/m ²)	07 (14.3)
TOTAL	49 (100)

Le surpoids et l'obésité stade I étaient les plus représentés (34 patients soit 69.4%).

6 - RÉPARTITION SELON LE TOUR DE TAILLE

Le tour de taille normale est < 88 cm chez la femme et < 102 cm chez les hommes.

Parmi les 111 patients reçus, 39 avaient un tour de taille normale et 72 avaient un tour de taille anormale (élevée).

7 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA GLYCÉMIE

Les chiffres glycémiques étaient normaux (0.6 à 1.1 g/l) chez 80 personnes soit 72 %. La glycémie était anormale chez 31 patients soit 28 %. La répartition des 31 (28%) ayant une glycémie anormale figure sur le tableau ci-dessous :

Tableau 05 : Répartition des patients en fonction des anomalies de la glycémie

Anomalies de la glycémie	Effectif
Hypoglycémie < 0.6 g/l	03
Hyperglycémie modérée à jeun] 1.10 – 1.25] g/l	08
Hyperglycémie à jeun ≥ 1.26 g/l	20
TOTAL	31

Parmi les 31 personnes présentant une anomalie de la glycémie, l'hyperglycémie vraie à jeun était la plus rencontrée chez 20 personnes (64.5%).

III - CONSULTATIONS SPÉCIALISTES

Les patients ayant une hyperglycémie vraie à jeun bénéficiaient de la consultation du diabétologue. C'était pour la plupart des cas des patients diabétiques connus chez qui le contrôle glycémique n'était pas optimal.

Les patients ayant des chiffres tensionnels élevés bénéficiaient de la consultation du cardiologue. La majorité était des patients hypertendus connus non observants/compliants au traitement. Tous les patients hypertendus ou non ayant consulté le cardiologue bénéficiaient d'un électrocardiogramme.

Après la consultation du spécialiste, les patients diagnostiqués avec une pathologie chronique (Diabète et hypertension artérielle) étaient référés vers les médecins en service au Centre Universitaire des Montagnes pour le suivi.

RAPPORT DE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE GRAND PUBLIC DE KRIBI

DU 25 AU 26 JANVIER 2019



Dr Christian NTOUTOUM
Endocrinologue,
coordinateur de l'association Cameroun



I - INTRODUCTION

A - CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Dans le cadre de ses actions humanitaires au Cameroun, notre Association médicale **ESPOIR SANTÉ AFRIQUE** a choisi la ville de Kribi, dans le sud du Cameroun, pour sa deuxième campagne d'information publique et de prévention.

Ville balnéaire située dans la région du Sud, à 160 km de Douala, capital économique du Cameroun et à 270 km de Yaoundé sa capitale politique. La ville de Kribi compte 50 000 à 60 000 habitants, selon les estimations. Sa réputation lui a valu le surnom de riviéra camerounaise due à la présence de superbes plages de sable fin qui bordent l'océan sans discontinuer sur des kilomètres et rappellent les plages des Caraïbes.

Les chutes de la lobé situées à 7km de Kribi ont la particularité rare au monde du fait que le fleuve lobé se jette directement dans l'océan Atlantique. Elles constituent l'attraction majeure de Kribi.

Il s'agit d'une ville cosmopolite qui brasse des populations d'origines diverses ; Et avec l'ouverture récente d'un port en eau profonde en mars 2018, voit sa population grandir rapidement.

B - OBJECTIFS :

Les objectifs de cette campagne étaient :

- De mobiliser un plus grand nombre de personnes en vue d'une sensibilisation de masse, sur les maladies métaboliques et cardiovasculaires.
- De réaliser un dépistage de masse sur le diabète, l'hypertension et l'obésité.

II - MÉTHODOLOGIE

A - PROCÉDURE DE SENSIBILISATION ET PRÉVENTION

Les populations ont été informées de la campagne 2 semaines à l'avance par communiqué radio, en français et à ngoumba (dialecte local) ; Communiqué dans les églises et places publiques.

Après une première phase de dépistage la matinée du 25 janvier, la conférence débat a eu lieu dans l'après-midi, de manière interactive avec les participants, à l'aide de diapositives simples, illustrées pour une meilleure compréhension de tous.

Le modérateur des communications était le **Dr Guy WELADJI (Cardiologue)**. Les thèmes abordés étaient :

- le diabète et ses complications, animé par le **Dr Christian NTOUTOUM (Endocrinologue)**, - l'hypertension artérielle chez le sujet noir, animé par le **Dr Patrice ESAME (Cardiologue)**.
- La nutrition et les maladies métaboliques. **Mme CRISTA (Diététicienne)**.

B - PROCÉDURE DU DÉPISTAGE

Soixante-trois personnes au total ont été reçues. Le dépistage s'est déroulé les 25 et 26 selon la procédure suivante :

- Etape 01 : Accueil des patients
 - Installation des patients
 - Distribution des numéros d'ordre et des coupons d'identification
- Etape 02 : Dépistage proprement dit
 - Prise des paramètres vitaux (pression artérielle, pouls)
 - Prise de la glycémie à jeun
 - Prise des paramètres anthropométriques (poids, taille, tour de taille) et calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC)
- Etape 03 : Consultation et enregistrement
 - Enregistrement et orientation des patients
 - Les patients ayant des paramètres normaux bénéficiaient d'un counseling et pouvaient rentrer
 - Les patients ayant des anomalies étaient orientés vers une consultation spécialiste (cardiologue et diabétologue) et ils bénéficiaient des examens complémentaires gratuits (ECG)
 - Les patients nécessitant un traitement disponible bénéficiaient des médicaments gratuits
- Etape 04 : Référence
 - Les patients diagnostiqués avec une pathologie chronique étaient référés vers les médecins en service à l'Hôpital de district de Kribi pour le suivi.



III - RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PATIENTS

1 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE

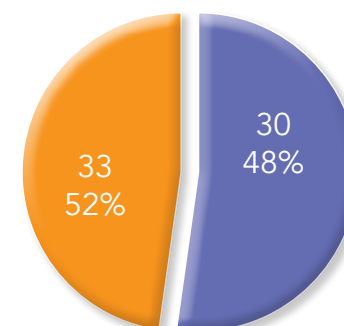


Figure 1 : Parmi les 63 personnes reçues, 33 (52%) étaient des femmes et 30 (48%) étaient des hommes.

2 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ÂGE

Tableau 1 : Répartition des employés en fonction des tranches d'âge

La tranche d'âge la plus représentée était celle de [50 à 60 ans [16 personnes soit 25.4%. L'âge minimum était de 19 ans et le maximum était de 88 ans.

3 - RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS

Tableau 2 : Répartition des antécédents présents chez les patients

Parmi les patients reçus, 21 personnes soit 33.3 % avaient un antécédent d'hypertension artérielle et/ou de diabète.

4 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA TENSION ARTÉRIELLE (TA)

La tension artérielle a été prise chez les 63 personnes reçues. Parmi ces patients, 36 (57.1%) avaient une pression artérielle normale (< 140/90 mmHg) et 27 (42.9%) avaient une pression artérielle élevée (≥ 140/90 mmHg).

Tableau 3 : Les anomalies de la Pression Artérielle retrouvées

Anomalies de la TA	Effectif (%)
HTA Grade I PAS : [140 – 159 mmHg] et/ou PAD : [90 – 99 mmHg]	14 (51.8)
HTA Grade II PAS : [160 – 179 mmHg] et/ou PAD : [100 – 109 mmHg]	06 (22.3)
HTA Grade III PAS : ≥ 180 mmHg et/ou PAD : ≥ 110 mmHg	07 (25.9)
TOTAL	27 (100)

Tranches d'âges (ans)	Effectif (%)
< 20	01 (1.6)
[20 – 30 [	05 (7.9)
[30 – 40 [	06 (9.5)
[40 – 50 [	10 (15.8)
[50 – 60 [	16 (25.4)
[60 – 70 [	15 (23.8)
[70 – 80 [	09 (14.3)
>= 80	01 (1.6)
TOTAL	63 (100)

Tranches d'âges (ans)	Effectif (%)
< 20	01 (1.6)
[20 – 30 [	05 (7.9)
[30 – 40 [	06 (9.5)
[40 – 50 [	10 (15.8)
[50 – 60 [	16 (25.4)
[60 – 70 [	15 (23.8)
[70 – 80 [	09 (14.3)
>= 80	01 (1.6)
TOTAL	63 (100)

3
HTA = Hypertension Artérielle ;
PAS = Pression Artérielle Systolique ;
PAD = Pression Artérielle Diastolique

Le tableau ci-contre, nous montre que l'HTA Grade I était le grade le plus représenté, retrouvée chez 14 personnes soit 51.8%.

5 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

L'Indice de Masse Corporelle est le rapport du poids (en Kg) sur la taille² (en mètre). Il a pu être calculé chez 61 personnes, les autres 2 personnes ne connaissaient pas leur taille rendant le calcul impossible. Parmi les 61 IMC calculés, 26 étaient anormaux.

Tableau 4 : Répartition des anomalies de l'IMC

Classifications	Effectif (%)
Maigre	(< 18 kg/m ²) 02 (7.7)
Surpoids	(25 ≤ IMC ≤ 29.9 kg/m ²) 14 (53.8)
Obésité stade I	(30 ≤ IMC ≤ 34.9 kg/m ²) 07 (26.9)
Obésité stade II	(35 ≤ IMC ≤ 39.9 kg/m ²) 01 (3.9)
Obésité Morbide	(IMC ≥ 40 kg/m ²) 02 (7.7)
TOTAL	26 (100)

4
Le surpoids était l'anomalie pondérale la plus représentée (14 patients soit 53.8%).

6 - RÉPARTITION SELON LE TOUR DE TAILLE

Le tour de taille normale est < 88 cm chez la femme et < 102 cm chez les hommes.
 Parmi les 63 patients reçus, 41 avaient un tour de taille normale et 22 avaient un tour de taille anormale (élevée).

7 - RÉPARTITION SELON LA GLYCÉMIE

Les chiffres glycémiques étaient normaux (0.6 à 1.1 g/l) chez 39 personnes soit 61.9 %. La glycémie était anormale chez 24 patients soit 38.1 %. La répartition des 24 ayant une glycémie anormale figure sur le tableau ci-dessous :

Tableau 5 : Répartition des patients en fonction des anomalies de la glycémie

Anomalies de la glycémie		Effectif (%)
Hypoglycémie	< 0.6 g/l	01
Hyperglycémie modérée à jeun	] 1.10 – 1.25] g/l	09
Hyperglycémie à jeun	≥ 1.26 g/l	14
TOTAL		24

5

Parmi les 24 personnes présentant une anomalie de la glycémie, l'hyperglycémie vraie à jeun était la plus rencontrée chez 14 personnes (58.3%).



IV - AUTO ÉVALUATION ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La campagne s'est déroulée globalement sans incident et dans la bonne ambiance. Les patients ayant une hyperglycémie vraie à jeun bénéficiaient de la consultation du diabétologue. C'était pour la plupart des cas des patients diabétiques connus chez qui le contrôle glycémique n'était pas optimal.

Les patients ayant des chiffres tensionnels élevés bénéficiaient de la consultation du cardiologue. La majorité était des patients hypertendus connus non observants/compliants au traitement. Tous les patients hypertendus ou non ayant consulté le cardiologue bénéficiaient d'un électrocardiogramme.

Après la consultation du spécialiste, les patients diagnostiqués avec une pathologie chronique (Diabète et hypertension artérielle) étaient référés vers les médecins en service à l'Hôpital de district de Kribi pour le suivi.

La principale difficulté rencontrée était la sensibilisation d'un plus grand nombre dans les villages qui sont périphériques de la ville de Kribi. Ce qui nécessite un réel travail de porte à porte et donc une communication bien des mois à l'avance, du fait de la pauvreté des moyens de communication de ces zones.

V - RECOMMANDATIONS

Remerciements :

Les autorités locales (Sous-préfet, Maire), le Chef District de Santé, qui nous ont données les autorisations nécessaires et ont mises à notre disposition les locaux de la Mairie pour la réalisation de cette campagne.

Le personnel Médical et Paramédical de l'hôpital de District de Kribi qui nous ont aidés dans le déroulement des activités. Les populations de Kribi pour leur sympathie envers nous.

Participants à la campagne :

Dr Guy WELADJI	Cardiologue
Dr André NTOUTOUM	Endocrinologue
Dr Ndivé ESAME	Cardiologue
Mme Crista ARREY	Nutritionniste
Dr Marlyse KAMGANG	Médecin Généraliste
Yves NOUMBISSI	Technicien médical supérieur
Personnel paramédical de l'hôpital de District de Kribi	



CAMPAGNE DE SENSIBILISATION DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE GRAND PUBLIC DOUALA, DANS LE CADRE DES ACTIVITÉS DE L'ASSOCIATION DEIDO LIFE

9 MARS 2019



Réalisée avec la participation
 des Laboratoires Géochim

I - INTRODUCTION

A | CONTEXTE & JUSTIFICATION

Dans le cadre de ses actions humanitaires au Cameroun, notre Association médicale **ESPOIR SANTÉ AFRIQUE** a choisi la ville de Douala, dans le Littoral Cameroun, pour sa troisième campagne d'information publique et de prévention.

Capitale économique du Cameroun, Douala est la ville la plus peuplée du Cameroun, avec plus de 4 millions de personnes. Site portuaire situé en bordure de l'océan Atlantique, au fond du golfe de Guinée, à l'embouchure du fleuve Wouri, Douala a le plus grand port du pays, et l'un des plus importants d'Afrique centrale. La ville s'étend sur les deux rives du fleuve.

Deido est l'un des quartiers historique et populaire de Douala. Véritable rond point de la ville ; Siège de l'association humanitaire Deido Life.

Dans le cadre des activités de ladite association, une campagne de dépistage du diabète, l'hypertension et l'obésité a été menée chez les personnes du 3^e âge en partenariat avec notre association.

B | OBJECTIFS :

Les objectifs de cette campagne étaient :

- Sensibiliser sur les maladies métaboliques et cardiovasculaires.
- De réaliser un dépistage de masse sur le diabète, l'hypertension et l'obésité.

II - MÉTHODOLOGIE

A | PROCÉDURE DE SENSIBILISATION ET PRÉVENTION.

Les populations ont été informées à l'avance par l'association Deido Life et installée au lieu dit Chefferie Deido le 09 mars, jour de la campagne.

Une communication de masse sur les maladies cardiovasculaires et métaboliques a été réalisée lors du déroulement du dépistage.

B | PROCÉDURE DU DÉPISTAGE

Le dépistage s'est déroulé selon la procédure suivante :

- Etape 01 : Accueil des patients
 - Installation des patients
 - Distribution des numéros d'ordre et des coupons d'identification
- Etape 02 : Dépistage proprement dit
 - Prise des paramètres vitaux (pression artérielle, pouls)
 - Prise de la glycémie à jeun
 - Prise des paramètres anthropométriques (poids, taille, tour de taille) et calcul de l'Indice de Masse Corporel (IMC)
- Etape 03 : Consultation et enregistrement
 - Enregistrement et orientation des patients
 - Les patients ayant des paramètres normaux bénéficiaient d'un counseling et pouvaient rentrer
 - Les patients nécessitant un traitement disponible bénéficiaient des médicaments gratuits
- Etape 04 : Référence
 - Les patients diagnostiqués avec une pathologie chronique étaient référés vers les médecins en service dans la ville pour le suivi.

III - CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PATIENTS

1 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE

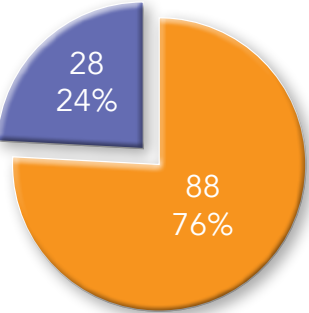


Figure 1 : Répartition selon le sexe
Parmi les 116 personnes reçues, 88 (76%) étaient des femmes et 28 (24%) étaient des hommes.

2 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ÂGE

Tableau 1 : Répartition des employés en fonction des tranches d'âge
La tranche d'âge la plus représentée était celle de [70 à 80 ans [48 personnes soit 41.4%. L'âge minimum était de 39 ans et le maximum était de 92 ans.

3 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA TENSION ARTÉRIELLE (TA)

La tension artérielle a été prise chez les 116 personnes reçues.
Parmi ces patients, 67 (57.8%) avaient une pression artérielle normale (< 140/90 mmHg) et 49 (42.2%) avaient une pression artérielle élevée (≥ 140/90 mmHg).

Tableau 2 : Les anomalies de la Pression Artérielle retrouvées

Anomalies de la TA		Effectif (%)
HTA Grade I	PAS : [140 – 159 mmHg] et/ou PAD : [90 – 99 mmHg]	16 (32.7)
HTA Grade II	PAS : [160 – 179 mmHg] et/ou PAD : [100 – 109 mmHg]	14 (28.6)
HTA Grade III	PAS : ≥ 180 mmHg et/ou PAD : ≥ 110 mmHg	19 (38.7)
TOTAL		49 (100)

HTA = Hypertension Artérielle ;
PAS = Pression Artérielle Systolique ;
PAD = Pression Artérielle Diastolique
Le tableau ci-contre nous montre que l'HTA Grade III était le grade le plus représenté, retrouvée chez 19 personnes soit 38.7%.

4 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

L'Indice de Masse Corporelle est le rapport du poids (en Kg) sur la taille² (en mètre). Il a pu être calculé chez 84 personnes, les autres 32 personnes ne connaissaient pas leur taille rendant le calcul impossible. Parmi les 84 IMC calculés, 52 étaient anormales.

Tableau 3 : Répartition des anomalies de l'IMC

Classification		Effectif
Maigre	< 18 kg/m²	03 (5.8)
Surpoids	(25 ≤ IMC ≤ 29.9 kg/m²)	17 (32.7)
Obésité stade I	(30 ≤ IMC ≤ 34.9 kg/m²)	19 (36.5)
Obésité stade II	(35 ≤ IMC ≤ 39.9 kg/m²)	07 (13.5)
Obésité Morbide	(IMC ≥ 40 kg/m²)	06 (11.5)
TOTAL		52 (100)

L'obésité stade I était l'anomalie pondérale la plus représentée (19 patients soit 36.5%).

5 - RÉPARTITION SELON LE TOUR DE TAILLE

Le tour de taille normale est < 88 cm chez la femme et < 102 cm chez les hommes. Parmi les 116 patients reçus, 42 avaient un tour de taille normale et 74 avaient un tour de taille anormale (élevée).

6 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA GLYCÉMIE

Les chiffres glycémiques étaient normaux (0.6 à 1.1 g/l) chez 94 personnes soit 81.1%. La glycémie était anormale chez 22 patients soit 18.9%. La répartition des 22 ayant une glycémie anormale figure sur le tableau ci-dessous :

Tableau 05 : Répartition des patients en fonction des anomalies de la glycémie

Antécédents		Effectif (%)
Hyperglycémie modérée à jeun	] 1.10 – 1.25] g/l	05
Hyperglycémie à jeun	≥ 1.26 g/l	17
TOTAL		22

Parmi les 22 personnes présentant une anomalie de la glycémie, l'hyperglycémie vraie à jeun était la plus rencontrée chez 17 personnes (77.3%).

IV - AUTO ÉVALUATION ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La campagne s'est déroulée globalement sans incident et dans la bonne ambiance. Les patients ayant une hyperglycémie vraie à jeun bénéficiaient de la consultation du diabétologue. C'était pour la plupart des cas des patients diabétiques connus chez qui le contrôle glycémique n'était pas optimal.

Les patients ayant des chiffres tensionnels élevés bénéficiaient de la consultation du cardiologue. La majorité était des patients hypertendus connus non observants/compliants au traitement.

Après la consultation du spécialiste, les patients diagnostiqués avec une pathologie chronique (Diabète et hypertension artérielle) étaient référés vers les médecins en service dans les Hôpitaux de la ville pour le suivi.

V - REMERCIEMENTS :

Remercions :

L'association Deido Life

Les populations de Deido pour leur sympathie

Participants à la campagne :

Dr Cyrielle NANA	Médecin généraliste
Dr André NTOUTOUM	Endocrinologue
Dr Ndivé ESAME	Cardiologue
Yves NOUMBISSI	Technicien médical supérieur
M Blaise BÉDANG	Infirmier
Les médecins volontaires de la ville de Douala	



EQUIPE DE COORDINATION DU CAMEROUN

Dr Marlyse KAMGANG	Médecin Généraliste, secrétaire de l'association Cameroun
Dr Nana CYRIELLE	Médecin généraliste, trésorière d l'association Cameroun
Dr André NTOUTOUM	Endocrinologue
Dr Ndivé ESAME	Cardiologue
M Blaise BÉDANG	Infirmier
Yves NOUMBISSI	Technicien médical supérieur

RAPPORT STATISTIQUE DE LA CAMPAGNE DE SANTE DE NANGA-EBOKO



Dr. Eugène SANDOMO
Vice Président de l'association

Dans le cadre de la poursuite de ses actions humanitaires au Cameroun, notre association ESPOIR SANTÉ AFRIQUE a organisé sa quatrième campagne de santé dans la ville de Nanga-Eboko. Elle s'est déroulée du 25 au 26 Octobre 2019 à l'Hôpital de District de Nanga-Eboko et portait sur le dépistage du diabète et de l'hypertension artérielle.

Au total nous avons reçu 307 personnes.

I - PROCÉDURE DU DÉPISTAGE

Le dépistage s'est déroulé les 25 (de 09h à 17h) et 26 (de 08h à 14h) octobre 2019 selon la procédure suivante :

- Etape 01 : Accueil des patients
 - Installation des patients
 - Distribution des numéros d'ordre et des coupons d'identification
- Etape 02 : Dépistage proprement dit
 - Prise des paramètres vitaux (pression artérielle, pouls)
 - Prise de la glycémie à jeun ou post-prandiale
 - Prise des paramètres anthropométriques (poids, taille, tour de taille) et calcul de l'Indice de Masse Corporel (IMC)
- Etape 03 : Consultation et enregistrement
 - Enregistrement et orientation des patients
 - Les patients ayant des paramètres normaux bénéficiaient d'un counseling et pouvaient rentrer
 - Les patients ayant des anomalies étaient orientés vers une consultation spécialiste (cardiologue et diabétologue) et ils bénéficiaient des examens complémentaires gratuits (ECG et ECHOCOEUR en fonction des cas)
 - Les patients nécessitant un traitement disponible bénéficiaient des médicaments gratuits
- Etape 04 : Référence
 - Les patients diagnostiqués avec une pathologie chronique étaient référés vers les médecins en service à l'Hôpital de District de Nanga-Eboko pour le suivi.

II - CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PATIENTS

1 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE

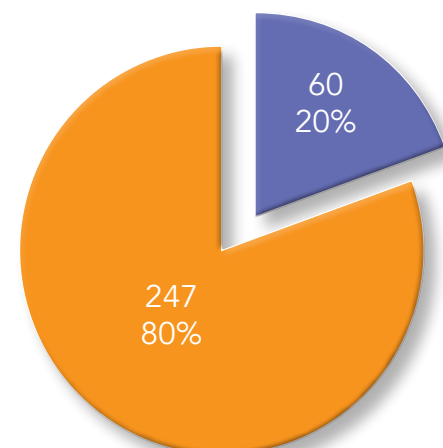


Figure 1 : Répartition selon le sexe
Parmi les 307 personnes reçues, 247 (80%) étaient des femmes et 60 (20%) étaient des hommes.



2 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ÂGE

Tableau 1 : Répartition des employés en fonction des tranches d'âge

La tranche d'âge la plus représentée était celle de [60 à 70 ans [92 personnes soit 30.0%.

L'âge minimum était de 17 ans et le maximum était de 90 ans.

Tranches d'âges (ans)	Effectif (%)
< 20	02 (0.6)
[20 – 30 [	15 (4.8)
[30 – 40 [	23 (7.5)
[40 – 50 [	42 (13.6)
[50 – 60 [	71 (23.1)
[60 – 70 [	92 (30.0)
[70 – 80 [	39 (12.7)
>= 80	23 (7.5)
TOTAL	307 (100)

3 - RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS

Parmi les patients reçus, 102 personnes soit 33.2 % avaient un antécédent d'hypertension artérielle et/ou de diabète.

Tableau 2 : Répartition des antécédents présents chez les patients

Antécédents	Effectif (%)
Hypertension artérielle	76 (74.5)
Diabète	26 (25.5)
TOTAL	102 (100)

4 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA TENSION ARTÉRIELLE (TA)

La tension artérielle a été prise chez les 307 personnes reçues mais 236 mesures de TA ont été enregistrées. Parmi les 236 personnes dont la pression artérielle a été enregistrée, 150 (63.5%) avaient une pression artérielle normale (< 140/90 mmHg) et 86 (36.5%) avaient une pression artérielle anormale (≥ 140/90 mmHg ou < 90/60 mmHg).

Tableau 3 : Les anomalies de la Pression Artérielle retrouvées

Anomalies de la TA	Effectif (%)
Hypotension	PAS : < 90 mmHg 03 (3.5)
HTA Grade I	PAS : [140 – 159 mmHg] et/ou PAD : [90 – 99 mmHg] 19 (22.1)
HTA Grade II	PAS : [160 – 179 mmHg] et/ou PAD : [100 – 109 mmHg] 34 (39.5)
HTA Grade III	PAS : ≥ 180 mmHg et/ou PAD : ≥ 110 mmHg 30 (34.9)
TOTAL	86 (100)

HTA = Hypertension Artérielle ;
PAS = Pression Artérielle Systolique ;
PAD = Pression Artérielle Diastolique

Le tableau ci-contre nous montre que l'HTA Grade II était le grade le plus représenté, retrouvée chez 34 personnes soit 39.5%.

5 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

L'Indice de Masse Corporelle est le rapport du poids (en Kg) sur la taille² (en mètre). Il a pu être calculé chez 104 personnes, les autres 203 personnes ne connaissaient pas leur taille rendant le calcul impossible. Parmi les 104 IMC calculés, 46 étaient anormaux.

Tableau 4 : Répartition des anomalies de l'IMC

Classification	Effectif (%)
Maigreux (< 18 kg/m ²)	05 (10.8)
Surpoids (25 ≤ IMC ≤ 29.9 kg/m ²)	21 (45.6)
Obésité stade I (30 ≤ IMC ≤ 34.9 kg/m ²)	18 (39.1)
Obésité stade II (35 ≤ IMC ≤ 39.9 kg/m ²)	01 (2.2)
Obésité Morbide (IMC ≥ 40 kg/m ²)	01 (2.2)
TOTAL	46 (100)

Le surpoids était la surcharge pondérale la plus représentée (21 patients soit 45.6%).



6 - RÉPARTITION SELON LE TOUR DE TAILLE

Le tour de taille normale est < 88 cm chez la femme et < 102 cm chez les hommes. Parmi les 307 patients reçus, 189 avaient un tour de taille normale et 118 avaient un tour de taille anormale.

7 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA GLYCÉMIE

La glycémie a été mesurée chez les 307 personnes reçues, c'était une glycémie à jeun chez 278 personnes et une glycémie post-prandiale chez 29 personnes.

Les chiffres glycémiques étaient normaux (0.6 et 1.1 g/l pour la glycémie à jeun et inférieure à 1.4 g/l pour la glycémie post-prandiale) chez 245 personnes soit 79.8%. La glycémie était anormale chez 62 patients soit 20.2 %.

La répartition des 62 (20.2%) ayant une glycémie anormale figure sur le tableau ci-dessous :

Tableau 05 : Répartition des patients en fonction des anomalies de la glycémie

Anomalies de la glycémie			Effectif (%)
Glycémie à jeun	Hypoglycémie	< 0.6 g/l	03
	Hyperglycémie modérée à jeun	] 1.10 – 1.25] g/l	23
	Hyperglycémie à jeun	≥ 1.26 g/l	34
Glycémie post-prandiale	Intolérance au glucose	] 1.40 – 1.99] g/l	02
	Hyperglycémie post-prandiale	≥ 2.0 g/l	00
TOTAL			62

Parmi les 62 personnes présentant une anomalie de la glycémie, l'hyperglycémie vraie à jeun était la plus rencontrée chez 34 personnes (54.8%).

III - CONSULTATIONS SPÉCIALISTES

Les patients ayant une hyperglycémie vraie à jeun bénéficiaient de la consultation du diabétologue. C'était pour la plupart des cas des patients diabétiques connus chez qui le contrôle glycémique n'était pas optimal.

Les patients ayant des chiffres tensionnels élevés bénéficiaient de la consultation du cardiologue. La majorité était des patients hypertendus connus non observants/compliants au traitement. Tous les patients hypertendus ou non ayant consulté le cardiologue bénéficiaient d'un électrocardiogramme. Par la suite ceux ayant des anomalies majeures à l'électrocardiogramme bénéficiaient de l'Echocœur. Au total l'Echocœur a été effectué chez 40 personnes.

Après la consultation du spécialiste, les patients diagnostiqués avec une pathologie chronique (Diabète et hypertension artérielle) étaient référés vers les médecins en service à l'Hôpital de District de Nanga-Eboko pour le suivi.

OBJET :

RAPPORT DES ACTIVITÉS DE LA CAMPAGNE DE DÉPISTAGE ET DE CONSULTATION GRAND PUBLIC ORGANISÉE À NANGA EBOKO LES VENDREDI 25 ET SAMEDI 26 OCTOBRE 2019.

Dans le cadre de la poursuite de ses actions humanitaires au Cameroun, notre Association médicale **ESPOIR SANTÉ AFRIQUE** en partenariat avec **MEDCAM France** (Médecins camerounais de France) a choisi la ville de Nanga-Eboko, dans le département de la Haute Sanaga, plus précisément dans l'arrondissement qui porte son nom, pour sa quatrième campagne d'information publique .

Nanga-Eboko, commune du Cameroun située dans la région du Centre et le département de la Haute-Sanaga, dont elle est le chef-lieu. Ville de transit dans la région du Centre, Nanga-Eboko est situé sur la route nationale n°1 à 166 km de la capitale du pays, Yaoundé, et à 172 km de Bertoua, la capitale de la région de l'Est .

Le Climat de type équatorial offre un cadre idéal pour s'épanouir. La fertilité du sol a permis ici aux populations de se lancer dans les cultures de rentes (cacao, café, palmiers à huile...) et les cultures vivrières (bassin producteur de pastèques). Les guerres tribales et les migrations des peuples ont fait de Nanga-Eboko une ville cosmopolite arrosée par la Sanaga, le plus long fleuve du Cameroun. Nanga-Eboko était une ville très importante sous la colonisation allemande, son chef NANGA EBOKO germanophone dont la statue trône au centre de la ville est mort en exil à Bata en Guinée Equatoriale sous l'occupation française.

UNE CONFÉRENCE/DÉBAT « grand public » a eu lieu vendredi 25 octobre 2019 à 17 h à la maison de la femme (Salle gracieusement mise à notre disposition par Monsieur le Maire de la ville de Nanga-Eboko). Les thèmes abordés furent les suivants :

- **DIABÈTE ET COMPLICATIONS** : animé par le Dr Christian NTOUTOUM (Endocrinologue à l'Hôpital de District de la Cité verte à Yaoundé)
- **HYPERTENSION ARTÉRIELLE CHEZ LE SUJET NOIR** : animé par le Dr Ndivé ESSAM (Cardiologue à Garoua)
- **PREVENTION DES MALADIES DU DOS** : animé par le Dr Eugène SANDOMO

Elle fut riche en échanges avec le public, (environ une vingtaine de personnes) et très désireux de s'informer sur l'hypertension artérielle, le diabète et ses complications cardiovasculaires. Beaucoup de questions concernant le dépistage, la prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle furent abordées avec un intérêt très marqué par le public sur la question du Diabète.

VENDREDI 25 OCTOBRE de 9H A 16 H et SAMEDI 26 OCTOBRE de 8H30 A 16H, une CAMPAGNE de CONSULTATIONS, de DÉPISTAGE de l'HYPERTENSION ARTÉRIELLE et du DIABÈTE a été menée dans l'enceinte de l'hôpital de district au centre de prévention et de dépistage de Nanga-Eboko .

Campagne menée à bien par le soutien logistique du laboratoire Tabrad et du personnel soignant de l'Hôpital de district de Nanga Eboko.

On a établi un registre où ont été enregistrées environ 70 et 124 personnes pour les journées du vendredi 25 et samedi 26 octobre 2019. on a réalisé une cinquantaine d'échographie Cardiaque.

Selon le registre des patients consultés, la médiane des personnes consultées se trouvait autour de 65 ans, pour une fourchette d'âge allant de 10 à 85 ans pour la doyenne

Les personnes dépistées hypertendues et diabétiques prises en charge par notre équipe ont été sensibilisées pour un suivi auprès des médecins de l'hôpital de district de Nanga-Eboko.

(SUITE)
RAPPORT STATISTIQUE DE LA CAMPAGNE DE SANTE DE NANGA-EBOKO

MÉDECINS AYANT PARTICIPÉ À LA CAMPAGNE DE CONSULTATIONS :

Dr WELADJI Guy	Cardiologue
Dr NTOUTOUM André	Endocrinologue
Dr ESAME Ndivé	Cardiologue
Dr SANDOMO Eugène	Médecin de Santé Publique
Dr NANA Cyrielle	Médecin Généraliste
Dr KAMGANG Marlyse	Médecin Généraliste
Dr DOUMBE ADJELLE Emilie	Médecin Généraliste Référénte hypertension et diabète à Nanga Eboko
Dr KENGNE Olivier	Pharmacien
Dr ELONO	Médecin Généraliste Conseiller médical de l'hôpital de Nanga-Eboko
Dr HOURI BOUKAR	Médecin Généraliste De l'hôpital de district de Nanga-Eboko

Un dîner de convivialité a été organisé conjointement par l'Association et le laboratoire Tabrad le vendredi 25 octobre.
Fin de la Campagne le samedi 26 octobre à 16H.
L'appui logistique du laboratoire TABRAD s'est manifesté par :
La mise à disposition des échantillons médicamenteux (notamment des hypotenseurs et antidiabétiques oraux)



BUREAU DU COMITÉ EXÉCUTIF & MEMBRES FONDATEURS DE L'ASSOCIATION ESPOIR SANTÉ AFRIQUE
(de gauche à droite)

Eugène SANDOMO, Médecin, Vice-Président
Sylvie MOUTOU, Directrice d'établissement de Santé, Secrétaire Générale
Guy WELADJI, Cardiologue, Président
Jacob DESVARIEUX, Parrain du Projet
Olivier KENGNE, Pharmacien, Vice-Président
Claude LAVILLE, Directrice des Affaires Financières, Trésorière
Mathurin TABUE, Universitaire, Médecin, membre du bureau exécutif

RAPPORT

CAMPAGNE DE SENSIBILISATION DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE
GRAND PUBLIC DE BIPINDI

DU 12 AU 14 DÉCEMBRE 2019



I - INTRODUCTION

A - CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Dans le cadre de la poursuite de ses actions humanitaires au Cameroun, notre association ESPOIR SANTE AFRIQUE en a partenariat avec le RES AFFIHB (réseau de près de 51 associations des femmes, filles et hommes des villages situés de part et d'autre de Bipindi entre Lolodorf et Kribi) a organisé une campagne de santé multidisciplinaire avec dépistage de masse dans la ville de Bipindi.

Bipindi-Lolodorf est localisée dans partie Méridionale du Cameroun. Sur le plan administratif, la ville est le chef-lieu de l'arrondissement portant le même nom, lui-même appartenant au département de l'Océan dans la région du sud. Lolodorf est une petite ville de la région du Sud au Cameroun, près de la côte occidentale de l'Afrique. Elle est située entre Eseka (56 km au nord), Mvengue (34 km à l'est) Bipindi (44 km au sud-ouest), dans une zone de forêt équatoriale. Le marché le plus proche est à la ville côtière de Kribi, et une piste relie les deux villes distantes d'environ 110km. Lors du recensement de 2005, la commune comptait 14 326 habitants, dont 4 450 pour la ville de Bipindi-Lolodorf.

B - OBJECTIFS :

Les objectifs de cette campagne étaient :

- De réaliser un dépistage de masse en vue d'une sensibilisation de masse, sur les maladies métaboliques et cardiovasculaires.
- De réaliser faire des consultations multidisciplinaires (pédiatrie, chirurgie et médecine interne) afin de dépister diverses pathologies et les prendre en charge.

II - MÉTHODOLOGIE

A - PROCÉDURE DE SENSIBILISATION ET PRÉVENTION

Les populations ont été informées de la campagne 2 semaines à l'avance par communiqué à la radio, dans les églises et les places publiques.

B - PROCÉDURE DU DÉPISTAGE

Au total 638 personnes ont été reçues.

III - RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PATIENTS

1 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE

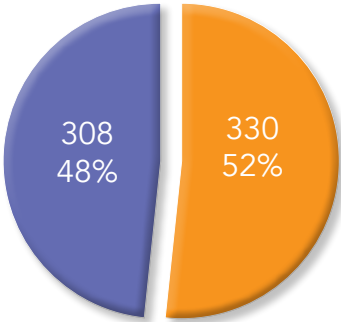


Figure 1 : Parmi les 638 personnes reçus, 330 (52%) étaient des femmes et 308 (48%) des hommes.

■ Hommes
■ Femmes

2 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ÂGE

Tableau 1 : Répartition des employés en fonction des tranches d'âge
La tranche d'âge la plus représentée était celle des moins de 20 ans 142 personnes soit 22.3%.
L'âge minimum était de 16 mois et le maximum était de 90 ans.

Tranches d'âges (ans)	Effectif (%)
< 20	142 (22.3)
[20 – 30 [	58 (9.1)
[30 – 40 [	64 (10.0)
[40 – 50 [	77 (12.1)
[50 – 60 [	118 (18.5)
[60 – 70 [	105 (16.5)
[70 – 80 [	62 (9.8)
> = 80	11 (1.7)
TOTAL	638 (100)

3 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA TENSION ARTÉRIELLE (TA)

La tension artérielle a été prise chez 508 personnes. Parmi ces 508 personnes, 415 (81.7%) avaient une pression artérielle normale (< 140/90 mmHg) et 93 (18.3%) avaient une pression artérielle élevée (≥ 140/90 mmHg).

Tableau 2 : Les anomalies de la Pression Artérielle retrouvées

Anomalies de la TA		Effectif (%)
HTA Grade I	PAS : [140 - 159] et/ou PAD : [90 - 99] mmHg	36 (38.7)
HTA Grade II	PAS : [160 - 179] et/ou PAD : [100 - 109] mmHg	30 (32.3)
HTA Grade III	PAS : ≥ 180 mmHg et/ou PAD : ≥ 110 mmHg	27 (29.0)
TOTAL		93 (100)

HTA = Hypertension Artérielle ;
PAS = Pression Artérielle Systolique ;
PAD = Pression Artérielle Diastolique
Le tableau ci-dessus nous montre que l'HTA Grade I était le grade le plus représenté, retrouvée chez 36 personnes soit 38.7%.

4 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

L'Indice de Masse Corporelle est le rapport du poids (en Kg) sur la taille² (en mètre). Il a pu être calculé chez 339 personnes, les autres 299 personnes ne connaissaient pas leur taille rendant le calcul impossible. Parmi les 339 IMC calculés, 187 étaient anormale.

Tableau 3 : Répartition des anomalies de l'IMC

Classification		Effectif (%)
Maigreur	(< 18 kg/m²)	03 (1.6)
Surpoids (	25 ≤ IMC ≤ 29.9 kg/m²)	113 (60.4)
Obésité stade I	(30 ≤ IMC ≤ 34.9 kg/m²)	49 (26.2)
Obésité stade II	(35 ≤ IMC ≤ 39.9 kg/m²)	11 (5.9)
Obésité Morbide	(IMC ≥ 40 kg/m²)	11 (5.9)
TOTAL		187 (100)

Le surpoids était la surcharge pondérale la plus représentée (113 patients soit 60.4%).

5 - RÉPARTITION SELON LE TOUR DE TAILLE

Le tour de taille normale est < 88 cm chez la femme et < 102 cm chez les hommes. Parmi les 638 patients reçus, 555 avaient un tour de taille normale et 83 avaient un tour de taille anormale.

6 - RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA GLYCÉMIE

La glycémie a été mesurée chez 195 personnes. Les chiffres glycémiques étaient normaux (0.6 et 1.1 g/l pour la glycémie à jeun) chez 155 personnes soit 79.5%. La glycémie était anormale chez 41 patients soit 20.5 %.

La répartition des 41 (20.5%) ayant une glycémie anormale figure sur le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Répartition des patients en fonction des anomalies de la glycémie

Anomalies de la glycémie		Effectif (%)
Glycémie à jeun	Hyperglycémie modérée à jeun] 1.10 – 1.25] g/l	23
Hyperglycémie à jeun	≥ 1.26 g/l	18
TOTAL		41

Parmi les 41 personnes présentant une anomalie de la glycémie, l'hyperglycémie modérée à jeun était la plus rencontrée chez 23 personnes (56.1%).

IV - AUTO ÉVALUATION ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La campagne s'est déroulée globalement sans incident et dans la bonne ambiance. Après la prise des paramètres, les patients étaient orientés vers les différents spécialistes en fonction de leurs plaintes. Ils bénéficiaient ensuite des consultations médicales et des prises en charge gratuites.

Les difficultés rencontrées étaient :

- La non-réalisation de la conférence débat et des ateliers d'éducation car l'organisation générale des populations dans les pôles de consultations reposait sur l'équipe d'Espoir Santé Afrique.
- La rupture précoce des stocks de bandelettes à glycémie le premier jour.

V - REMERCIEMENTS

Nous remercions :

- L'association des femmes, filles et hommes de Bipindi (AFFFIHB) de nous avoir sollicité pour cette campagne.
- Le personnel médical et paramédical du Centre médical d'arrondissement de Bipindi pour le soutien apporté contribuant au bon déroulement des activités.
- Les populations de Bipindi pour leur accueil, leur sympathie et leur participation à cette campagne.
- Les membres de l'association Espoir Santé Afrique ayant participé à savoir :

Dr André NTOUTOUM	Endocrinologue
Dr Ndivé ESAME	Cardiologue
Mr Yves NOUMBISSI	Technicien médical supérieur
Mr Blaise BEDANG	Infirmier

Dr Christian NTOUTOUM
Coordinateur national,
www.espoirsanteafrique.com

NOTES

ASSOCIATION MEDICALE



Email : espoirsanteafrique@gmail.com - Site : www.espoirsanteafrique.com

Fax : 0590 473 956

Porte de Sonis 1/Bat A - 97139 Pointe-à-Pitre - Guadeloupe