

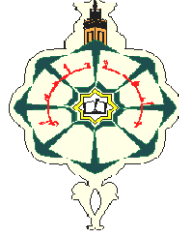
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère d'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD-TLEMCEM



Faculté des sciences de la nature et de la vie et sciences de la terre et de l'univers

Département de biologie

MEMOIRE

Présenté par :

RAMDANI Djazia

Diplôme de Master en Biologie et Santé

Option: Physiopathologie Cellulaire

Thème :

Etat de santé d'une population estudiantine

Soutenu le, devant le jury composé de:

Président: Professeur H.Merzouk

Promotrice: Dr M. Dali Sahi

Examinatrice: Dr B. Loukidi

Année universitaire 2013-2014

REMERCIEMENTS

Qu'il me soit permis d'exprimer mes sentiments d'estime et de considération pour ma promotrice Docteur **M. Dali Sahi**, maître assistante chargée de cours au département de Biologie de la faculté des sciences de l'Université Abou-Bekr Belkaïd de Tlemcen, qui m'a

honoré en acceptant la direction de ce mémoire. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils très précieux.

Je vous exprime mes admirations pour votre qualité pédagogique.

Je remercie également Professeur **Hafida MERZUK** Professeur au département de biologie, pour l'honneur qu'elle nous a fait en acceptant de présider le jury de ma soutenance.

Je remercie Docteur **B. Loukidi** d'avoir voulu accepter de faire partie du jury.

Merci à tous les enseignants **du département de BIOLOGIE**, artisans de notre formation universitaire. Je vous remercie infiniment pour toutes ces précieuses années d'études.

Aux médecins, infirmier(ère)s du centre de santé de la faculté des sciences de la nature et de l'univers Tlemcen, je vous remercie pour votre précieuse aide et pour votre disponibilité.

Aux étudiant(e)s de la faculté Abou Bekr Belkaid, je vous remercie pour votre précieuse aide, votre intimité et votre disponibilité.

DEDICACES

*Merci à mes chers parents, Merci de m'avoir
soutenu tout au long de
mes études, de m'encourager dans les moments
difficiles et de vous réjouir à
chaque étape franchie avec succès.*

*Merci à mes chères sœurs Ghizléne, Fatima, et
la petite Maha ; sans vous la vie ne serait pas
aussi
belle.*

*Merci à mon cher frère Amine , Pour tous les
moments de
joie avec vous.*

Merci à mes chères amies Soumia, Asma, et Amina

Sommaire

Remerciement

Liste des tableaux et des figures

Liste des abréviations

Introduction :.....01

la synthèse Bibliographique.....02

Matériels et méthodes

I. Zone d'étude :.....09

I.1. Données géographiques :.....09

I.2. Données démographiques :.....09

I.2.1. les sources de donnés:.....10

I.2.2. Echantionnage:.....11

II. Description de la population :.....12

II.1.Les prélèvements:.....12

III.étude anthropométrique:.....12

IV .Mesures biologiques:.....13

IV.1.LA methode..... 13

V.Analyses statistiques:.....13

Résultats :

I. Données anthropométriques 14

I.1. Description de la population selon le sexe et l'âge 16

I.2. Les habitudes de la population 16

II. Les caractéristiques biochimiques de la population d'étude	19
Discussion :.....	20
Conclusion :.....	22
Références bibliographiques :.....	23
Annexe	
Résumé	

Liste des tableaux

Tableau 1. Répartition de la population cible par région d'étude	10
Tableau2. Les différentes tranches d'âge de la population étudiée	11
Tableau3. Données cliniques de la population totale	12
Tableau4 : Répartition de la population d'étude selon les paramètres anthropométriques et sociodémographiques :.....	15
Tableau5 : La répartition de la population d'étude selon les tranches d'âges et le sexe ratio.....	16
Tableau 6: Répartition de la population selon le tabagisme, la nature de l'alimentation.	17
Tableau7 : Répartition de tour de taille de la population totale selon le sexe ratio.....	17
Tableau8 : Répartition de la taille de la population totale selon le sexe ratio.....	17
Tableau9 : Répartition du poids de la population totale selon le sexe ratio.....	18
Tableau10: La répartition des catégories d'IMC en fonction du sexe ratio.....	18
Tableau 11 : paramètres biochimiques de la population totale en fonction du sexe	19
Tableau 12: mesures de la pression artérielle dans la population totale en fonction du sexe	19

Liste des abréviations :

CHU: centre hospitalier universitaire.

HDL: high density lipoprotein.

LDL: low density lipoprotein.

IMC : indice de masse corporelle.

Kg: kilogramme.

OMS: Organisation mondiale de la Santé.

HTA : Hypertension artérielle .

MCV : Maladies cardiovasculaires.

TT : Tour de taille.

PSA : Pression artérielle systolique

PAD : Pression artérielle diastolique

Introduction

This page was created using **BCL ALLPDF Converter** trial software.

To purchase, go to <http://store.bcltechnologies.com/productcart/pc/instPrd.asp?idproduct=1>

La plus part du temps on ne pense a la santé que l'orsqu'elle est altérée. " L'état de santé c'est l'inconscience du corps" disait R. Leriche, "le silence des organes".

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité." (Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946).

"La santé est aussi la capacité de s'investir, d'entreprendre ce que l'on a envie de réaliser" (François Henri Bergson 1932).

Ces définitions reposant sur la notion de santé positive sont souvent peu opérationnelles, car trop générales et trop vagues, aussi la plupart des mesures de santé sont des mesures négatives : les maladies ou leurs conséquences sont mesurées plutôt que la santé elle-même (Bergner,1985).

La santé est un concept complexe, C'est d'abord l'absence de maladie. La santé est donc un concept à forte composante culturelle. Aujourd'hui ce concept est influencé par le modèle médical et biologique.

Le modèle biologique est omniprésent dans la vie de tous les jours (il ne faut pas manquer de telle ou telle vitamine, il faut surveiller son cholestérol, sa tension artérielle, son poids,...).

Cette démarche scientifique dont l'objet est l'étude de la fréquence des problèmes de santé au sein d'une population vise à déterminer de quelle manière les conditions sociales, les déterminants biologiques et les antécédents familiaux ont une incidence sur la maladie.

D'autre par cette étude reste descriptive, elle vise à vérifier le niveau de santé des de nos étudiants

- Du fait d'amélioration des conditions de vie et de l'hygiène publique
- Du fait des progrès de la médecine curative et préventive
- Elle se veut de contribué à la réduction des comportements à risque chez les jeunes.

Synthèse

Bibliographique

la majorité des jeunes sont en bonne santé, et les tendances observées entre le milieu des années 80 et le milieu des années 90 laissent penser que la situation devrait encore s'améliorer dans l'avenir, mais il est extrêmement difficile de mesurer et de rendre compte de la santé de l'ensemble des jeunes, telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé "la santé n'est pas seulement l'absence de maladies, mais un état de bien-être physique, psychologique et social complet", car on dispose de peu d'informations comparables sur les aspects positifs et fonctionnels de la santé des jeunes (**Horst Hackauf et al, 2000**).

Toutefois, certaines affections chroniques comme l'asthme, les troubles allergiques, le diabète et l'obésité sont en augmentation et l'absence de soutien social et de défis éducatifs ou professionnels, ou encore d'une alimentation de mauvaise qualité, autant de facteurs qui risquent d'empêcher une croissance et un développement sains. (**Horst Hackauf et al, 2000**).

Représentant 13% de la population française, les jeunes âgés de 15 à 24 ans se déclarent pour une grande majorité d'entre eux en « bonne » ou « très bonne » santé. Leur perception de la santé, proche de la notion de bien-être, reflète en partie leurs modes de vie, qui passent parfois par l'adoption de comportements à risque. (**Muriel Moisy ; 2010**).

Le concept des déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé (**Marguerite Moleux et al., 2011**).

Les principaux déterminants sont la famille, l'éducation et l'environnement. À l'instar des autres groupes de population, les déterminants de la santé des jeunes sont fonction d'influences économiques sous-jacentes, Les inégalités socio-économiques sont à la base de certains modèles de comportement qui débouchent sur l'exclusion sociale.(OMS ;2011) . il a été démontré que plus le niveau d'instruction est élevé, plus une personne jouit d'une bonne santé, plus elle perçoit son état de santé de façon positif est plus acquiert un meilleure contrôle sur sa vie. (**Michel Clair ; 2000**).

Il convient de prêter attention non seulement aux modes de vies ayant une incidence sur la santé (consommation de tabac, alcoolisme, toxicomanie, alimentation, activité physique), mais aussi à la santé mentale des jeunes (**Horst Hackauf et al, 2000**)

Selon l'OMS l'aggravation de l'épidémie de maladies chroniques telle que le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle, la dépression.....etc. se mettent en place à un jeune âge. Sont dues au tabagisme, à l'alimentation malsaine, à la sédentarité et à d'autres facteurs de risque. La prévalence de plusieurs de ces facteurs de risque n'est pas la même chez les hommes et les femmes. Les femmes sont généralement plus sédentaires et plus affectées par l'hypertension artérielle par exemple.

Dès le jeune âge, le jeune adulte est prédisposé à plusieurs pathologies telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires (HTA), la dépression, qui peuvent être favorisées par le mode de vie, l'hérédité, et les habitudes quotidiennement suivies.

Selon les données anthropométriques collectées dans l'enquête Obépi en 2009, la part des jeunes de 15-24 ans obèses est passée de 1,8% en 1997 à 4% en 2009. La part des jeunes de cette tranche d'âge en surpoids avoisine, quant à elle, 8,5% en 2009, après avoir surtout augmenté chez les jeunes femmes (de 7,3% en 1997 à 8,3% en 2009).

La prévalence de l'obésité selon les références OMS 2007 retrouve un taux 5,3% de surpoids obèses dont 4,9% chez les filles et 5,8% chez les garçons.

Les pays à forte prévalence de l'obésité comme les États-Unis connaissent une augmentation régulière (**Basdevant A et al 2002**), respectivement de 10% sur la période de 1979 à 1989 et de 20% pour la période de 1989 à 1996 dans la population masculine aux États-Unis. (**Molarius A et al ; 2000**). Dans cette même étude, des prévalences élevées en Europe sont également notées : 15% dans la population masculine en Grande-Bretagne, 14% dans cette même population en Finlande, 17% en Allemagne..(**Molarius A et al ; 2000**).

L'IMC est le moyen le plus utilisé par les médecins afin d'évaluer l'importance de la masse grasse (**Delphine Stablo;2008**).

D'après l'Université Médicale Virtuelle Francophone certains troubles du comportement alimentaire sont fréquents dans l'obésité (environ 50 % des cas), mais ni obligatoires ni spécifiques.

Selon les types d'études, la part héréditaire de l'obésité varie entre 20 % et 80 % soulignant leur imprécision méthodologique. (**Hala YOUSSEF ;2008**)

Si des changements d'ordre environnemental (alimentation déséquilibrée, sédentarité) sont essentiellement en cause dans l'augmentation de la corpulence de la population générale, l'explosion des formes extrêmes d'obésité suggère l'existence d'une prédisposition génétique. Les études familiales confirment d'ailleurs que l'héritabilité de l'obésité se situe autour de 80 %.(**Stunkard AJ et al.; 1986**)

Les causes de l'obésité sont complexes et intriquées, les facteurs génétiques ont un rôle indéniable mais ne sont pas les seuls responsables. les enfants en surpoids âgés d'une dizaine d'années ayant au moins un parent obèse ont un risque de 80% de devenir obèses a l'âge adulte contre 10% de risque si les deux parents sont maigres. .(**Dr SAIS Z ;2011**)

L'obésité est identifiée comme facteur de risque de maladies chroniques graves et invalidantes tell que l'hypertension artérielle le diabète de type2, maladies cardiaques résultant d'un excès en cholestérol, triglicérides.....etc. (**Dr SAIS Z ; 2011**)

L'HTA est une des pathologies touchant la population jeune :

l'HTA est désormais devenue l'un des principaux problèmes de santé publique pour les pays d'Afrique subsaharienne après le sida, selon les termes de l'Union Africaine il a été démontré qu'il existe une différence entre les hommes (26,9%) et les femmes (28,3%), liée à une interaction entre l'âge et le sexe.(**L. FOURCADE,2007**)

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant bien connu, avec une prévalence chez la population adulte en Suisse estimée à environ 30%. Chez les individus hypertendus l'HTA est probablement le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux. Parmi les facteurs environnementaux, on compte l'activité physique, l'exposition aux substances toxiques comme le tabac et l'alcool, le stress, ainsi que l'alimentation. L'influence de l'alimentation sur la pression artérielle est d'actualité puisque certaines données ont montré qu'un changement de régime alimentaire pouvait ralentir le développement de l'HTA et améliorer le contrôle de la pression artérielle chez les personnes hypertendus. Les individus souffrant de préhypertension artérielle, qui ont également un risque cardiovasculaire plus élevé (**Hugues Milon, 2005**)

La génétique ne représente qu'environ 30% dans la genèse de l'HTA ; les autres 70% sont représentés par les facteurs environnementaux (-le niveau socio-économique bas, la sédentarité, le stress mental aigu). (**Aimé Arsène Yaméogo, 1997**).

Le rôle de l'alimentation sur la pression artérielle ne se limite pas aux apports sodés. De multiples aliments sont capables d'influencer la pression artérielle, Un changement de comportement alimentaire, au niveau individuel et au niveau de la population, est une mesure potentiellement efficace dans la prévention et dans le traitement de l'hypertension artérielle (**Menno Pruijm, 2010**)

L'hypotension primaire (essentielle) est la forme la plus fréquente d'hypotension et elle n'a pas été classifiée comme une maladie. Elle est souvent héréditaire. (**Paul Hartmann, 2011**)

L'hypotension orthostatique constitue indiscutablement un facteur de risque cardiovasculaire, sa prévalence est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. (**Nathalie Faucher et al. ; 2008**) sa prévalence augmente avec l'âge : 5 à 10 % dans la population générale.

Le diabète type 1 est une autre maladie chronique qui affecte le jeune adulte:

Le diabète 1 est caractérisée par une hyperglycémie chronique à l'origine de complications micro- et macro vasculaires (D Chevenne et al ; 2001), c'est une maladie auto-immune survenant chez des sujets génétiquement prédisposés .Seuls 5 a15% des patients diabétiques sont affectés par le diabète de type 1 Les autres souffrant du diabète de type 2. (**D. Maugendre et al ; 1993**)

Actuellement, le taux d'incidence du diabète de type 1 augmente globalement de 3.0 % chaque année, Logiquement, en 2010, ce taux devrait. Être 40 % plus élevé qu'en 1998. (**Viswanathan Mohan ; 2002**)

la prévalence est variable selon les pays la plus grande est retrouvée dans la population indienne, suivie des populations noire et caucasienne (**LEVITT NS et al .; 1993**)

L'hypothèse la plus courante est que la maladie est déclenchée par des facteurs d'environnement ;, c'est-à-dire l'obésité, le manque d'activité physique, l'alimentation, le

statut socio-économique, chez les individus qui y sont génétiquement prédisposés. D'autres facteurs sont évoqués comme certains médicaments, le stress et la modernisation, l'occidentalisation ou la mondialisation. **(Besson Rachel et al ; 2009)**

Les cas familiaux ne sont pas rares : le risque de développer la maladie pour un germain de sujet atteint un diabète de type 1 est de l'ordre de 6 à 10%, 15 à 20 fois supérieur à celui de la population générale

L'environnement joue un rôle important dans l'expression de cette susceptibilité comme le montrent les données obtenues dans les modèles animaux. **(Guy Gorochov et al.,2000).**

Des études chez des Sardes migrants (qui ont la plus forte incidence de diabète de type 1 dans le monde) ont montré que la forte incidence du diabète de type 1 chez ces sujets est la conséquence de leur constitution génétique plus que d'influences du milieu. Cela ne signifie pas que les facteurs environnementaux n'ont pas de rôle dans l'étiologie du diabète de type 1, mais plutôt que les éléments déclenchant de l'environnement peuvent avoir un impact majeur sur des sujets génétiquement prédisposés. **(Michèle Dalla Vestra)**

Le stress peut potentiellement participer au développement d'une hyperglycémie. **(S Friedman ; 1999).** Nous savons que le stress s'accompagne d'une libération de facteurs hormonaux, c'est-à-dire des catécholamines, des glucocorticoïdes, de l'hormone de croissance, et du glucagon qui viennent s'opposer aux effets hypoglycémisants de l'insuline **(Sapolsky et al., 2000).**

De mauvaises habitudes alimentaires, conjugués à de nombreux autres facteurs, contribuent à l'augmentation des taux de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et d'obésité. **(Katzmarzyk PT et al, 2001).**

Le jeune adulte subit des transformations psychiques qui peuvent mener à des troubles mentaux graves tels que la dépression :

La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues. Selon une enquête réalisée en 2005 par l'Inpes 19 % des Français de 15 à 75 ans (soit près de **8 millions** de personnes) ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie.

La dépression est une maladie qui semble toucher davantage les femmes : environ deux fois plus de femmes sont diagnostiquées comme souffrant de dépression. (**DR Xavier BRIFFAULT et al 2007**)

La dépression est plus fréquente chez les femmes 5-10% (prédominance féminine), les troubles de l'humeur touchent 50%-80% des jeunes adultes (**Anne Gramond et al 2013**)

L'approche développementale et épidémiologique des pathologies anxieuses et dépressives a conduit à la mise en évidence de nombreux facteurs de risque, individuels ou environnementaux, Certains troubles émotionnels du sujet jeune peuvent persister ou s'associer à d'autres formes de troubles mentaux ou à divers dysfonctionnements sociaux et affectifs (**Conférence de consensus, Fédération française de psychiatrie, 1995**)

La dépression peut survenir sur n'importe quel type de personnalité, aucune étude scientifique ayant pu fournir la preuve du contraire. (**Anne Leclancher**)

Le jeune adulte peut suivre des habitudes quotidiennes nuisibles à sa santé provoquant de multiples maladies :

L'usage du tabac compte parmi les principaux facteurs de risque pour la maladie chronique, il est la cause majeure de la maladie cardiovasculaire, du diabète. (**conseille Canadian pour le contrôle de tabac, 2011**) .

Selon l'OMS 150 millions de jeunes consomment du tabac. Ce nombre croît au niveau mondial.

En Algérie la consommation du tabac a triplé en 20ans, sa prévalence est de 39,1%. En 2004 il a été noté que 26,6% des étudiantes en médecine d'Alger fument, dans la même étude en 2008 cette fois chez les étudiants de Annaba il a été retrouvé une prévalence de 23,6 % (**Hamdi Cherif, 2009**).

L'abus d'alcool constitue un facteur de risque très important sur le plan sanitaire, social et économique, la consommation d'alcool à risque ponctuel ou chronique touche surtout les hommes de 25 (**Laure Com-Ruelle et al, 2008**).

Les enquêtes les plus récentes montrent que la consommation d'alcool est donc très répandue chez les jeunes de 17 ans (77% au cours des 30 derniers jours). L'ivresse régulière

(au moins 10 fois au cours de l'année) concerne 9% des 17 ans et 6% des 18-25 ans(*Yaëlle
Amsellem-Mainguy ;2011*)

This page was created using **BCL ALLPDF Converter** trial software.

To purchase, go to <http://store.bcltechnologies.com/productcart/pc/instPrd.asp?idproduct=1>

Matériel et Méthodes

This page was created using **BCL ALLPDF Converter** trial software.

To purchase, go to <http://store.bcltechnologies.com/productcart/pc/instPrd.asp?idproduct=1>

I. La zone d'étude :

I.1. Données géographiques :

La wilaya de Tlemcen est limitée géographiquement au nord par la mer Méditerranée, à l'ouest par le royaume du Maroc, au nord-est et à l'est par les wilayas de Ain-Temouchent et de Sidi Bel-Abbés, et au sud par la wilaya de Naâma.

La Wilaya de Tlemcen (Nord ouest Algérien) se caractérise par quatre(04) grands ensembles naturels bien distincts qui peuvent être identifiés comme suit : un ensemble littoral, la plain sublittoral, des ensembles montagneux (Monts de Tlemcen et Monts de traras) et un ensemble des hautes plaines steppiques.

Les enquêtes ont été menées sur la population des étudiants de 6 agglomérations de la Wilaya de Tlemcen réparties comme suit :

- la ville de Tlemcen (Monts de Tlemcen),
- la ville de Maghnia (plaine sublittoral),
- la ville de Ghazaouet (zone littorale),

I.2. données démographiques :

Le recensement de la population de la zone d'étude a été estimé à 155 étudiants en Mai 2013 au niveau du centre de santé de la faculté des sciences de la nature et de l'univers de Tlemcen

Tableau 1. Répartition de la population cible par région d'étude :

Zones d'études	Population masculine	Population féminine	Population totale
Ville de Tlemcen	47	68	115
Ville de Maghnia	6	9	15
Ville de Sebdou	0	1	1
Ville de Ghazaouet	13	4	17
Ville de Nedroma	0	3	3
Ville de Temouchent	0	1	1
Ville de Beni saf	0	1	1
Ville de Bechar	1	0	1
Ville Adrar	1	0	1

1.2.1. Les sources de données :

Numérateur :

Trois procédés de collecte des données ont été utiles pour constituer notre population d'étude.

Le registre du diabète

Un registre du diabète est ouvert, y sont inscrit tous les diabétiques dès leur première Visite .Les renseignements optimum y figurent.

-Nom et Prénom

-date de naissance

-le poids et la taille

Le questionnaire (en annexe) :

Pour chaque sujet et cas témoin ont été notés : son identification, son âge, sa connaissance du diabète, son ancienneté connue dans le diabète, son poids, sa taille, ses antécédents familiaux par rapport au diabète l'HTA et MCV, son groupe sanguin, sa pression artérielle ,et les taux respectifs de la glycémie, du cholestérol (total, HDL, LDL) des triglycérides. Le degré de consanguinité des parents de chaque sujet diabétique et témoin ainsi que le niveau d'instruction, la situation socioprofessionnelle et le type d'habitat (maison collective ou individuelle)du sujet et son type d'alimentation(équilibré ou non).

-La recherche expérimentale c'est déroulée au centre de sant é de l'université de Tlemcen a l'aide du medecin responsable.

Tableau2. Les différentes tranches d'âge de la population étudiée :

GROUPE D'AGES	Population Tlemcen	Autres	TOTAL
17-21	54	20	74
22-24	44	17	61
25-27	11	2	13

I.2.2. Echantillonnage :

Il s'agit d'une étude ouverte prospective, observationnelle. On a évalué l'état de santé d'une population de jeunes adultes et les maladies chroniques qui touchent cette population en rapport avec leurs facteurs de risques associés.

Critères diagnostiques :

Le diagnostic a été effectué selon les critères de l'OMS de 1985 : diabète a partir de 1.26g/l hyperglycémie modères a jeun entre 1.10 et 1.25g/l.L'indice de masse corporelle a été estimé par poids(Kg) divisé par le carré de la taille(m).la prise de la tension artérielle veineuse a été mesurée a l'aide d'un tensiomètre.

II. Description de la population échantillonnée :

Le tableau 3 donne une description de la population échantillonnée (ayant des maladies chroniques et témoins). Ce dernier rapporte les particularités anthropométriques et les données concernant les antécédents familiaux liés aux maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, maladies cardiovasculaires)

II.1. Les prélèvements :

Le sang veineux est prélevé après un jeun d'au moins 8 heures. Nous avons recueilli 5ml de sang dans des tubes contenant l'EDTA comme anticoagulant et a été conservé à -80°C. Par ponction veineuse à l'aide d'une seringue stérile pour le bilan biochimique : la glycémie, cholestérol (totale, HDL, LDL), triglycérides, selon l'état de santé de l'individu.

Tableau3 : Données cliniques de la population totale :

Données cliniques	Témoins
Age ($X \pm \sigma$; ans)	21.64 \pm 1.76
Homme (%)	43.79%
Femme (%)	56.20%
IMC ($m \pm ET$; kg/m ²)	21.87 \pm 3.05
Antécédents familiaux Diabète : HTA MCV :	29(18.95%) 1(0.65%) 2(1.30%)
Consanguinité	18.95%

III. Etude anthropométrique :

Pour cette partie de l'étude la taille et du poids sont mesurés à l'aide des méthodes standard. L'IMC (Indice de Masse Corporelle) est calculé comme le poids en Kilogramme (soustrait un Kilogramme pour les habiles). Divisé par la taille mesurée en mètre au carré). L'IMC du poids idéal est compris entre 18,5 et 24,9.

IV. Mesures biologique :

La concentration plasmatique de la glycémie, cholestérol (total, HDL, LDL), et du triglycéride, ont été déterminées à partir d'échantillon sanguin de l'individu. Ces différents paramètres biologiques ont été mesurés en utilisant la technique enzymatique du robot.

IV.1. la méthode :

Le sang est conservé par congélation à -80°C dans des tubes contenant de l'EDTA

Le sang a été décongelé à 37°C

Les échantillons sont centrifugés pendant 5 min à 5000 tour/min, le sérum est resuspendu avec une micropipette de 10 µl. Le surnageant est éliminé.

Nous avons pris 10 µl de sérum, et on ajoute au sérum 1 cc de R3 (R1+R2)

Incuber à 37 °C pendant 10 min

La vérification du degré de pureté et le dosage de la glycémie, le cholestérol (totale, HDL, LDL), et le triglycéride ont été mesurés des DO à 530 nm au spectrophotomètre

La concentration de la glycémie est calculée comme suite :

Concentration = (DO échantillon / DO étalon) x 100

V. Analyses statistiques :

Toutes les analyses ont été réalisées grâce au MINITAB/version Les résultats sont présentés en valeur absolues et en pourcentage pour les variables qualitatives et par moyennes +/- écart types pour les variables quantitatives. Les comparaisons entre les variables qualitatives ont été réalisées à l'aide du chi-deux et. Les comparaisons entre les variables quantitatives ont été réalisées à l'aide du test de Student. Le seuil de significativité étant fixé à P= 0.05.

Résultats

This page was created using **BCL ALLPDF Converter** trial software.

To purchase, go to <http://store.bcltechnologies.com/productcart/pc/instPrd.asp?idproduct=1>

I. Données anthropométriques :

Il s'agit des étudiants de la faculté Abou Bekr Belkaid de Tlemcen Nous avons inclus pour ce travail 155 étudiants de manière prospective et consécutive. Le tableau(4) ci-dessus représente la répartition de la population étudiée 87 comprend sujets féminins (56.12%) et 68 sujets masculins (43.22%).

Avec une moyenne d'âge de 21.64 ± 1.76 pour la population totale, le sexe ratio (H/F) de la population d'étude est de 0.78.

La majorité des étudiants accueillis vivent dans la région de Tlemcen, Maghnia, Nedroma, et Sebdou(monts) avec un pourcentage de 87.08%, et le pourcentage des étudiants qui vivent dans la région du littoral est de 5.16% et le Sahara est de 1.29%.

La plupart des individus de la population sont issus d'un mariage non Consanguin 79.08%.

Les antécédents familiaux pour les maladies cardiovasculaire(HTA) sont pris en considération donc pour le diabète 18.95%, et les maladies cardiovasculaire(HTA) avec un pourcentage de 1.93%.

Il est clair que la plus part des individus de notre échantillon 54.90% vivent dans des maisons individuelles et 45.09% vivent en mode collectif.

Tableau4 : Répartition de la population d'étude selon les paramètres anthropométriques et sociodémographiques :

Données	Population d'étude
Age	21.64±1.76
Le sexe :	
Femme	87 (56.12%)
Homme	68 (43.87%)
IMC:	
Femme	21.22±2.42
Homme	22.70±3.59
Consanguinité :	
NON :	79.08%
OUI :	18.94%
Antécédents familiaux	
Diabète :	31 (20%)
MCV(HTA) :	3(1.93%)
Type d'habitat :	
Individuel	86(55.48 %)
collectif	69(45.09%)
Tranche d'âge :	
17-21ans	35(22.58%)
Hommes : 22-24ans	25(16.12%)
25-30ans	7(4.5%)
17-21ans	43(27.74%)
Femmes : 22-24ans	36(23.22%)
25-30ans	5(3.22%)

Régions :	
Monts :	135(87.08%)
Littorales :	18(5.16%)
Sahara :	2(1.29%)

I.1. Description de la population selon le sexe et l'âge :

Dans la population étudiée nous retrouvons 87 femmes et 69 hommes .la moyenne d'âge globale est de 21.64±1.76.Cette moyenne est sensiblement proche dans les deux populations féminine (21.61±1.71) et masculine (21.67±1.84).

Tableau5 : La répartition de la population d'étude selon les tranches d'âges et le sexe ratio.

	Hommes N(%)	Femmes N(%)
17-21ans	35(22.58%)	43(27.74%)
22-24ans	25(16.12%)	36(23.22%)
25-27	7(4.5%)	5(3.22%)

I.2. Les habitudes de la population :

Le tableau ci-dessus représente les habitudes de la population étudiée ; le pourcentage des non fumeurs est plus élevé il est de 32.90%, et pour les fumeurs il est de 10.96%, pour les femmes il ne se trouve pas de fumeuses.et la plus part des femmes suivent un mode alimentaire équilibré il est de 54.19% et les hommes il est de 36.12%, ainsi que le mode alimentaire non équilibré est de 7.09% chez les hommes et de 1.93% chez les femmes

Tableau 6: Répartition de la population selon le tabagisme, la nature de l'alimentation.

	Hommes	Femmes	P
Alimentation EQ	56(36.12%)	84(54.19%)	
NEQ	11(7.09%)	3(1.93%)	
Tabagisme :			
Oui	17(10.96%)	0%	
non	51(32.90%)	100%	

Tableau 7 : La répartition des catégories de tour de taille en fonction du sexe ratio

La moyenne de tour de taille chez les femmes est de $83,87 \pm 8,95$, chez les hommes elle est de $88,84 \pm 7,73$. Cette mesure nous permet d'estimer la contribution de l'obésité abdominale dans l'apparition des complications telle que l'HTA et les MCV.

	Femmes	Hommes
TT	$83,87 \pm 8,95$	$88,84 \pm 7,73$
TT<88	58(37,41%)	33(21,29%)
TT>102	3(1,93%)	3(1,93%)
TT>88	24(15,48%)	28(18,06%)

Tableau8 : Répartition de la taille de la population totale selon le sexe ratio.

La moyenne de la taille est plus importante chez les hommes elle est de 1.76 ± 0.06 , et chez les femmes est de 1.63 ± 0.04 .

	Taille(m)
Femmes	1.63 ± 0.04
Hommes	1.76 ± 0.06

Tableau9 : Répartition du poids de la population totale selon le sexe ratio.

La moyenne du poids est de 69.46 ± 9.78 chez les hommes elle est plus importante que chez les femmes.

	Poids(Kg)
Femmes	58.17 ± 7.30
Hommes	69.46 ± 9.78

Tableau 10 : La répartition des catégories d'IMC en fonction du sexe ratio

Le tableau 3 résume les moyennes d'IMC de l'échantillon ; la moyenne globale est égale a $21,87 \pm 3,05$. elle est de $22,70 \pm 3,59$ chez les hommes et de $21,22 \pm 2,42$ chez les femmes. la surcharge pondérale n'est pas associée au diabète type 1, par contre l'HTA et les MCV peuvent être induites par la surcharge pondérale ; 10.96% des femmes et 7.74% des hommes présentent une maigreur < 20 .

Ainsi que 27.09% des hommes et 10.96% des femmes sont à l'intervalle de $20 < \text{IMC} < 25$, et 4.51% des hommes et 5.16% d'entre elles présentent une surcharge pondérale à l'intervalle de $25 < \text{IMC} < 30$ enfin l'obésité vient en dernier avec un pourcentage de 1.29% pour les hommes et 0.64% concernant les femmes.

	Hommes	Femmes	TOTAL
IMC	$22,70 \pm 3,59$	$21,22 \pm 2,42$	$21,87 \pm 3,05$
<20	12(7.74%)	17(10.96%)	29(18.70%)
20-25	42(27.09%)	56(36.12%)	98(63.22%)
25-30	7(4.51%)	8(5.16%)	15(9.67%)
>30	2(1.29%)	1(0.64%)	3(1.93%)

-

II. Les caractéristiques biochimiques de la population d'étude :

Tableau 11 : paramètres biochimiques de la population totale en fonction du sexe .

	Hommes	Femmes	Totale
Glycémie	0.85±0.13	0.87±0.13	0.68±0.13
Chol Totale	1.75±0.61	1.69±0.56	1.72±0.58
LDL Chol	1.21±0.28	1.33±1.43	1.28±1.08
HDL Chol	0.41±0.06	0.42±0.08	0.42±0.08
Triglycérides	1.24±0.65	1.33±0.62	1.29±0.63

La moyenne de la glycémie est plus importante chez les femmes que chez les hommes elle est de 0.87±0.13.

Le cholestérol total est plus élevé chez les hommes d'une moyenne de 1.75±0.61.

Le LDL cholestérol est marqué plus élevé chez les femmes d'une moyenne de 1.33±1.43.

Le HDL cholestérol est plus important d'une moyenne de 0.42±0.08

La moyenne des triglycérides est de 1.33±0.62 chez les femmes

Tableau 12:mesures de la pression artérielle dans la population totale en fonction du sexe

	Hommes	Femmes	Totale
PSA	11.11±1.09	10.33±1.08	10.67±1.08
PAD	7.40±1.09	7.34±0.96	7.36±1.02

La moyenne de la PSA dans la population totale est de 10.67±1.08 ;elle est plus importante chez hommes d'une moyenne de 11.11±1.09 que chez les femmes.

La moyenne de la PAD dans la population totale est de 7.36±1.02 ;elle est plus élevé chez hommes d'une moyenne de 7.40±1.09.

Discussion

This page was created using **BCL ALLPDF Converter** trial software.

To purchase, go to <http://store.bcltechnologies.com/productcart/pc/instPrd.asp?idproduct=1>

Cette étude est la première de ce genre dans l'université de Tlemcen .elle consiste a évaluer l'état de santé des étudiants de la faculté Abou Bekr Belkaid Tlemcen .

L'importance des facteurs génétiques et des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires précoce est prise en compte dans l'établissement du risque. On a mis l'accent sur l'importance de l'obésité (particulièrement de l'obésité abdominale) en tant qu'un des principaux facteurs de risque modifiables de maladies cardiovasculaires. (**Jacques Genest et al. ;**)

Notre étude a montré que la fréquence de 20% des individus ont des antécédents familiaux pour le diabète et que la population générale se prédispose d'un risque de maladies cardiovasculaire(HTA) il est de 1.93% (chez les deux sexes).

Dans le groupe d'âge le plus jeune (20-44 ans), la prévalence de l'HTA est légèrement plus élevée chez les hommes. En 2006-2007 l'incidence de l'hypertension est plus grande chez les hommes que chez les femmes, et ce, pour tous les groupes d'âge,elle est souvent héréditaire (**Claudia Blais et. ; al 2010**),et c'est ce qui est relatif a nos résultats ;l'hypertension artérielle est retrouvée chez les sujets masculins d'une prévalence de 1,29% .

L'hypotension orthostatique constitue indiscutablement un facteur de risque cardiovasculaire,elle est héréditaire, sa prévalence est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. sa prévalence est de 5 à 10 %. (**Nathalie Faucher et al. ; 2008**), sa prévalence a été retrouvé de 10.32% dans notre échantillon ;la plus part des hypotendues était de sexe féminin .

Au de-là de 18ans, le diabète de type1 représentait un peu plus de 5.6% des cas de diabète traité pharmacologiquement selon l'étude Entred 2007-2010.(**Anne Fagot-Campagna et al.,2010**) .Notre étude démontre qu'il se trouve 1.29% de jeunes adultes affecté par le diabète de type 1.

Selon une étude menée par **P. ZABSONRE** et ses collègues(2000) la plupart des complications métaboliques et l'HTA ont été plus fréquemment associées à une obésité de type androïde que gynoïde .notre étude démontre que 3.87% de la population totale présente une obésité androïde.

l'étude Obépi-Roche démontre que la prévalence de l'obésité était plus élevée chez les femmes (15,1 %) que chez les hommes (13,9 %). (**Dr Philippe Zerr et al2011**)

Notre étude révèle que 9.67% des étudiants ont un surpoids dont : 5.16% font partie de la population féminine et 4.51% sont des hommes.

Environ 50 % des cas d'obésité sont dus aux troubles du comportement alimentaire (**Université Médicale Virtuelle Francophone ; 2011**), dans notre modèle il se trouve que 9,03% des individus suivent un mode alimentaire non équilibré .

Dans notre étude la plus part des individus de notre échantillon : 54.90% vivent dans des maisons individuelles et 45.09% vivent en mode collectif.

Plus de 38% des mariages inscrits à l'état civil en Algérie sont consanguins déclare **Souhila HAMMADI** dans notre population il se trouve 79.08% d'individus issues d'un mariage non consanguin.

En 2004 il a été noté que 26,6% des étudiantes en médecine d'Alger fument, dans la même étude en 2008 cette fois chez les étudiants de Annaba il a été retrouvé une prévalence de 23,6 % (**Hamdi Cherif, 2009**). Notre étude révèle qu'il se trouve 10.96% de fumeurs

Selon une enquête réalisée en 2005 par l'Inpes 19 % des Français de 15 à 75 ans (soit près de **8 millions** de personnes) ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie. Dans notre échantillon il se trouve 2,58% des étudiants déprimés .

Concernant le bilan lipidique(cholesterol totale,HDL/ cholesterol,LDL/ cholesterol,triglicérides) des étude on montré que le taux du cholesterol totale est plus bas chez les femmes et qu'il ne se trouve pas une grande différence du taux de HDL/ cholesterol chez les deux sexes(Homme : de 0,4 à 0,5 g/l ,Femme : de 0,5 à 0,6 g/l)lié significativement avec nos résultats ,le taux de triglycérides est plus important chez les hommes (Homme : 0,5-2 mmol/l, ,Femme : 0,40-1,60 mmol)contrairement a nos résultats qui montrent que la moyenne est plus élevé chez les femmes (**M.Arock et al, 2007**) et pour le bilan glucidique il ne se trouve aucune différence significative entre les deux sexes.

Conclusion

This page was created using **BCL ALLPDF Converter** trial software.

To purchase, go to <http://store.bcltechnologies.com/productcart/pc/instPrd.asp?idproduct=1>

La jeunesse est une période de la vie qui peut être considérée comme cruciale pour la santé et le bien-être à un âge ultérieur. Pour concevoir, adopter ou améliorer les politiques de santé publique destinées aux jeunes, il est important d'avoir une idée précise des risques particuliers qui pèsent sur la santé de cette population. Par conséquent, les constatations exposées dans le présent rapport devraient alimenter le travail de conception des actions visant les jeunes dans le cadre de la future politique de santé publique de la Communauté. Les résultats de notre étude peut être considérée comme un point de départ pour mieux évaluer l'état de santé du jeune adulte qui est bon en général.

Références

Bibliographiques

- **Aimé Arsène Yaméogo** .étude du profil épidémiologique ;clinique et évolutif d'HTA au milieu hospitalier de Bobo-Dioulasso février 1997.
- **Anne Gramond, Diane Purper-Ouakil, Pierre Raysse**. Dépression de l'enfant et de l'adolescent 23mai2013.
- **Anne Leclancher**. Dépression et pathologies chroniques
- **Anne Fagot-Campagna, Isabelle Romon, Sandrine Fosse, Candice Roudier**. Institut de veille sanitaire « Prévalence et l'uncidence du diabète et mortalité liée au diabète en France Novembre 2010 p :1.
- **Basdevant A, Laville M, Ziegler O**. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. Diabetes Metab 2002; 28: 146-50.
- **Besson Rachel, Bernard Mirielle, Tijou Traoré Annick, Gobatto Isabelle**. Le diabète une épidémie mondiale :construction et qualification d'un fait épidémiologique 2009
- **conseille Canadian pour le contrôle de tabac 2011** .
- **Claudia Blais, Louis Rochette** .Surveillance de l'hypertension au Québec : incidence prévalence et mortalité 2010.
- **Dr SAIS Zahia**, ETUDE DU SURPOIDS, DE L'OBESITE ET DES FACTEURS ASSOCIES AU SURPOIDS CHEZ LES ELEVES DU CYCLE MOYEN SCOLARISES DANS LES COLLEGES PUBLICS DE L'EPSP BOUZAREAH ,2011.
-
- **D. Maugendre, S. Bardet, V. Rohmer, H. Stetieh, Mb .Marre , JM., Limal, B. Charbonnel, P. Sai, H ; Allanic**. LA revue de la medecine interne 1993 p :25-31.
- **DR Xavier BRIFFAULT , Aude CARIA Claude FINKELSTEIN, DR Alain HERIQUE, DR Philippe NUSS, PR Jean-Louis TERRA, Stéphanie WOOLEY, LA DÉPRESSION EN SAVOIR PLUS POUR EN Sortir** octobre 2007.
- **Dr Philippe Zerr, Levallois-Perret , Mme Fanny Sandalinas , Dr Muriel Dhénain, Saint-Denis La Plaine** . Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours .septembre 2011.

- **FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE. Conférence de consensus** : Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir. Devenir. Sénat, Paris, 1995.
- **Guy Gorochov, Thomas papo.** Immunologie,p.191-192, paris 2000.
- **Hugues Milon,Pierre Lantelme,Dr Marie Odile Rial.**hypertention artérielle de l'adulte 2005.
- **Horst Hackauf et Gerda Winzen.** «*On the State of Young People's Health in the European Union*»1999.
- **Hamdi Cherif,** La Prévention du *Tabac* en Afrique ,2009.
- **Hala YOUSSEF .** L'obésité de l'adolescent Libanais : étude épidémiologique et effets d'un exercice aigu et chronique sur le stress oxydant d'adolescentes en surpoids – 2008.
- **Jacques Genest M.D.1, Ruth McPherson M.D. Ph. D., Jiri Frohlich M.D, Todd Anderson M.D, Norm Campbell M.D, André Carpentier M.D, Patrick Couture M.D, Robert Dufour M.D, George Fodor M.D, Gordon A. Francis M.D, Steven Grover M.D, Milan Gupta M.D, Robert A. Hegele M.D, David C. Lau M.D, Lawrence Leiter M.D, Gary F. Lewis M.D, Eva Lonn M.D, G. B. John Mancini M.D, Dominic Ng M.D. Ph. D, Glen J. Pearson D. Pharm, Allan Sniderman M.D, James A. Stone M.D. Ph. D, Ehud Ur M.D.** Lignes directrices 2009 de la Société canadienne de cardiologie pour diagnostiquer et traiter la dyslipidémie et prévenir la maladie cardiovasculaire chez l'adulte. Recommandations de 2009.
- **Katzmarzyk .PT, Janssen I.** The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Ontario. Submitted to the Leisure Information Network. Kingston, Ontario.2011.
- **L. FOURCADE,P.Paule,B.MAFAl.**hypertention arterielle en Afrique sub saharienne actualité et perspectives,Med Trop2007.

- **LEVITT. NS, KATZENELL .Bogen ,JM. BRADSHAWD, Hoffman. MN, Bonnici. F.** the prevalence and identification risk factors for NIDDM in urban Africans in Cape town, South Africa, diabète care 1993.
- **Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne** Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? Janvier 2008.
- **Muriel Moisy .(DREES)l'état de la population en France, suivi des objectifs annexés a la loi de la santé publique-Rapport-octobre 2010.**
- **Marguerite Moleux., Dr Françoise Schaetzel., Claire Scotton.** Inégalités sociales de santé, Mai 2010.
- **Michel Clair .** L'impact déterminant du loisir sur l'état de santé de la population , Octobre 2000, p:10.
- **Molarius A, Seidell JC, Sans S.** Educational level, relative body weight and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO MONICA Project. Am J Public Health, 2000, 90:1260-1268.
- **Michèle Dalla Vestra, Gaetano Crepaldi.** Le diabète en méditerranée : Mediterranean Group for study of diabète.
- **M. Arock M. Arock, K. Chevet , R. Couderc , A. Del Corso, V. Ducros , R. Garnotel, I. Gatin , P. Gillery , N. Kapel , L. Kramer, A. Legrand , G. Le Moël, C. Morin, N. Queyrel, J.-C. Renversez, N. Schneider, P. Théron, H. Tronel, I. Villena, J.-P. Zarski .** Le guide des examens biologiques .2011.
- **Nathalie Faucher, Paris Verwoert GC, Mattace-Raso F, Hofman A, Heeringa J, Stricker .B, Breteler M, Witteman J.** Orthostatic hypotension and risk of cardiovascular disease in elderly people : the Rotterdam Study 2008.
- **Paul Hartmann.** Hypotension artérielle Conseil Canadien pour le contrôle de tabac, 2011.
- **P. ZABSONRE, B. SEDOGO, D. LANKOANDE, F. X. DYEMKOUA, Ed. BERTRAND.** OBESITE ET MALADIES CHRONIQUES EN AFRIQUE SUB SAHARIENNE Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (1).
- **Stunkard AJ, Foch TT, Hrubec Z.A .** twin study of human obesity Jama 1986.

- **S Friedman.**Diabète insulino-dépendant ,stress et troubles psychiatriques 1999.
- **Souhila HAMMADI** .Le recul ne sera significatif que sur une génération
- **Université Médicale Virtuelle Francophone Item 267** : Obésité de l'adulte Collège des Enseignants de Nutrition2011.
- **Viswanathan Mohan.**étude du diabète chez les jeunes asiatiques :ASDIAB 2002 p :20.
- **Yaëlle Amsellem-Mainguy Mainguy.**Jeunes et alcool Consommation en baisse, ivresses occasionnelles en hausse *Janvier 2011*

Annexes

This page was created using **BCL ALLPDF Converter** trial software.

To purchase, go to <http://store.bcltechnologies.com/productcart/pc/instPrd.asp?idproduct=1>

QUESTIONNAIRE :

1-Nom :

2-Prénom :

3-Age : ans.

4- poids : Kg.

5- taille : cm.

6-sexe : - Féminin

- Masculin

7-Tour de taille : cm.

8-Pression artérielle :

10-Consanguinité :

1^{er} degré 2^{eme} degré 3^{éme} degré absence

11-Malade : oui Non type de maladie :

12-Antécédent familiaux de diabète type1 ou de maladies cardiovasculaires(HTA):

❖ Le diabète de type 1 : ❖ maladie cardiovasculaire(HTA) :

13-Consommation :

Tabac Alcool Drogue Absence

14- Type d'alimentation :

Equilibré Non équilibré

-Paramètre socio-économique :

1-localité :

MI MC

3-nombre d'individus dans la maison :

4-nombre de chambres :

-Les marqueurs biologiques :

❖ Dosage de la glycémie :.....

❖ bilan lipidique:

Cholestérol totale :

LDL/ Cholestérol :

HDL/ Cholestérol :

Triglycérides :

Résumé :

L'étude réalisée sur un échantillon de 155 individus ; dont 87 sujets féminins et 68 sujets masculins ; a permis d'établir et évaluer l'état de santé des étudiants de la faculté Abou Bekr Belkaid Tlemcen suivant leurs consanguinité, antécédants familiaux aux maladies chroniques (diabète, HTA), type d'habitat, leurs habitudes, indice de masse corporelle, tension artérielle, bilan lipidique et glycémique. Le diabète affecte notre population d'une prévalence de 1,29% ; le facteur hérédité joue un rôle important dans l'apparition des maladies chroniques.

Mots clés : consanguinité, antécédent familiaux, IMC, sexe ratio, hérédité, diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension et hypotension artérielle, obésité, dépression

Abstract :

The study conducted on a sample of 155 individuals, including 87 females and 68 males; helped establish and assess the health status of students of the Faculty Abu Bakr Belkaid Tlemcen following their consanguinity, family antecedents of chronic diseases. (diabetes, hypertension), type of habitat, habits, body mass index, attention blood pressure, lipid and glycemic balance diabetes affects our population a prevalence of 1.29%, the hereditary factor plays an important role in the development chronic diseases.

Keywords: consanguinity, family history, IMC, sex ratio, heredity, diabetes, cardiovascular disease, hypertension and hypotension, obesity, depression

الخلاصة

الدراسة التي أجريت على عينة من 155 شخصا، من بينهم 87 امرأة و 68 رجل ساعد إنشاء وتقييم الحالة الصحية للطلاب كلية أبو بكر بلقايد تلمسان تبعا للخصائص، زواج الأقارب، السوابق العائلية للأمراض المزمنة (مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم)، نوع المسكن، والعادات المتبعة، ومؤشر كتلة الجسم، م ضغط الدم، الدهون والسكري. مرض السكري يؤثر على 1.29 بالمائة من الطلاب لدينا، حيث أن الوراثة تلعب دورا هاما في تنمية الأمراض المزمنة

كلمات البحث: القرابة والتاريخ العائلي، مؤشر كتلة الجسم، ونسبة الجنس، والوراثة، والسكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية وارتفاع ضغط الدم وانخفاض ضغط الدم، والسمنة، والاكنتاب