

Année 2010

n° _____

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

NOM : COUQUE Prénom : Alice
Née à Paris le 29/11/1983

Présentée et soutenue publiquement le :6 juillet 2010

Une étude descriptive de l'alimentation des patients originaires d'Afrique de
l'Ouest diabétiques en France

Président : Professeur Gérard Reach

Directeur : Docteur Khiter

DES de médecine générale.

RESUME

Cette thèse a été réalisée à l'hôpital Delafontaine à Saint Denis auprès de 23 patients originaires d'Afrique de l'ouest entre le 1^{er} août et le 30 octobre 2009.

Un entretien ouvert était réalisé avec chaque patient, sur le thème de l'alimentation, selon une grille semi structurée.

Les patients ont majoritairement une alimentation traditionnelle.

Le régime diabétique est peu suivi principalement en raison d'une ignorance des règles diététiques.

Mots clefs

Migrants, diabétiques, Africains de l'ouest, diététique, alimentation

FICHE DE THESE

JUSTIFICATION

Le diabète est une pathologie chronique et fréquente, très représentée dans toutes les ethnies, notamment africaine. Cette pathologie nécessite une éducation précise et une bonne implication du patient, qui doit connaître et comprendre sa maladie. Et méconnaître les différences culturelles notamment en terme d'alimentation peut rendre difficile le dialogue patient-médecin ; le patient qui comprend mal sa pathologie applique moins bien les règles hygièno diététiques et est moins impliqué dans la gestion de sa maladie surtout sur le long terme.

Les patients africains de l'ouest sont une part importante de l'immigration présente sur le sol français. Tous les médecins, notamment généralistes, devront suivre ces patients et savoir quoi leur dire et notamment en matière de diététique.

Ces patients mangent très souvent de façon traditionnelle et les conseils diététiques tels qu'on les apprend dans les livres ou les cours français ne sont pas du tout adaptés à l'alimentation traditionnelle africaine.

Mais d'ailleurs, que mangent exactement ces patients ? Quelles sont les erreurs des patients pour l'équilibre du diabète ? Il n'y a actuellement pas de thèse ou d'étude portant sur ces patients et sur leur alimentation en France, il m'a donc paru intéressant de réaliser une thèse sur ce sujet.

OBJECTIFS

L'analyse des données recueillies permettront de souligner :

1/ l'alimentation réelle de ces patients sur le territoire française : est-elle de type traditionnelle ? Comment pallient-ils au manque de certains ingrédients ? Qu'ont-ils intégré de l'alimentation européenne ?

2/ mettre en avant les problèmes de cette alimentation pour les diabétiques.

3/ mettre en forme une série de conseils diététiques à donner à ces patients adaptés à leur alimentation

HYPOTHESE

Les patients diabétiques africains de l'ouest ne suivent pas les règles hygiéno diététiques, non par désintérêt, mais bien parce que les règles diététiques sont tellement éloignées de leur alimentation qu'elles leur paraissent inapplicables. Si on essaie de comprendre leur alimentation et de leur donner des conseils adaptés le régime sera pour eux beaucoup plus réaliste et ils seront plus à même de l'appliquer.

QUESTION

Quels conseils diététiques donner aux patients diabétiques d'Afrique de l'ouest ?

METHODE PREVUE

Entretien individuel avec des patients diabétiques d'Afrique de l'ouest sur leur alimentation entre septembre et octobre 2009

Les patients choisis sont :

- des patients africains de l'ouest : Sénégal, Congo, Benin, Cote d'Ivoire, Mauritanie, Burkina Faso, Guinée, Cap Vert,
- de 18 à 75 ans (exclusion des mineurs et exclusion des plus de 75 ans en raison des objectifs thérapeutiques différents),
- diabétique de type 1, 2, type 1 lent, diabète de l'africain, diabète gestationnel, en effet les règles diététiques sont communes à tous ces types de diabètes,
- recrutés en HDS diabétologie, hospitalisation classique médecine interne et consultants externes en diabétologie à l'hôpital Delafontaine,
- comprenant le français mais ne le lisant pas nécessairement.

Pour recruter minimum 20 et j'espère environ 40 patients (moins de 20 trop peu de données et plus de 50 données redondantes je pense).

Entretien réalisé par un médecin ou une diététicienne selon une grille d'entretien préétablie comprenant :

- une première partie épidémiologique, âge, pays, origine,
- une deuxième partie nombre des repas, structure des repas et description des repas,
- une troisième partie sur les aliments "bannis" par le patient depuis la découverte de son diabète,

Les entretiens s'arrêteront quand les données seront redondantes.

REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux qui ont rendu cette thèse possible et plus particulièrement :

Le Dr Khiter, ma directrice de thèse, pour avoir accepté mon sujet et m'avoir accordé son temps et apporté ses connaissances.

Le Pr Reach, président du jury, pour sa disponibilité et sa relecture d'expert.

Les membres du jury qui m'ont consacré du temps.

Le Dr Coblenz-Baumann qui m'a aidé à préciser mon sujet.

Le Pr Nougairède et Mme Lepetit qui ont répondu à mes questions administratives.

L'équipe médicale et paramédicale du service de médecine interne-diabétologie de l'hôpital Delafontaine et notamment les diététiciennes et la psychologue qui ont été d'une aide précieuse sur le terrain.

Ma mère pour sa relecture médicale, bien que pneumologique.

Ma grand mère pour sa relecture orthographique, bien mieux que le correcteur Windows !

Mon expert informatique, Gildas, pour les graphiques et la mise en forme.

Mon chat, élégant et utile presse-papier luttant contre la dispersion des articles.

Les études médicales paraissent bien longues à l'étudiant et la thèse marque une sorte d'achèvement qui voit le bout du tunnel alors qu'il reste tant à apprendre

Bref ce super, et stupide, proverbe suédois me paraît circonstancié :

« tout à une fin ... sauf le saucisson qui en a deux ! »

Table des matières

PREAMBULE	9
1. Introduction	11
1.1.État des connaissances actuelles.....	11
1.2.La formation des professionnels de santé.....	13
1.3.Pourquoi ce sujet ?.....	14
2. Immigration Africaine en France	18
2.1.Petite historique de l'immigration Africaine en France	18
2.2.Afrique de l'ouest.....	25
2.3.Quelle population rencontrée en médecine générale ?.....	27
3. Le diabète en Afrique	29
3.1.Épidémiologie du diabète en Afrique	29
3.2.L'accès aux soins, les politiques de santé publique en Afrique	30
3.3.Spécificités du diabète en Afrique : le diabète tropical et le diabète de l'africain.....	32
3.4.Et en France ?	35
4. La cuisine Africaine	36
4.1.Le régime sahélien et forestier	36
4.2.Religion, rite, croyance.....	37
4.3.Le repas quotidien, le repas de fête	39
5. Et les Africains diabétiques en France ? Ils mangent quoi ?.....	42
5.1.Méthode	42
5.2.Population entendue	45
5.3.Les données recueillies.....	52

5.3.1.	Alimentation traditionnelle versus alimentation française	52
5.3.2.	Le petit déjeuner	53
5.3.3.	Le déjeuner	55
5.3.4.	Dîner	59
5.3.5.	Le grignotage et les en cas.....	60
5.3.6.	Alcool.....	61
5.3.7.	Boissons sucrées	62
5.3.8.	Aliments sucrés de types gâteaux viennoiseries bonbons	63
5.3.9.	Les fruits	64
5.3.10.	Les laitages.....	64
5.3.11.	Le repas idéal	65
5.3.12.	Au final	66
6.	Conclusion.....	68
7.	Discussion	71
BIBLIOGRAPHIE.....		77
Annexe A.....		81
Annexe B.....		82
Annexe C.....		84

PREAMBULE

« et les bananes vertes je les compte comme un fruit ? Ou comme un féculent ? »

C'est avec cette question d'une des patientes diabétiques qu'a commencé la réflexion qui m'a amenée à cette thèse.

Car la réponse, je n'en savais rien !

J'avais une petite idée de ce que mangeaient mes patients maghrébins, après tout, le couscous est en passe de devenir, d'après les sondages, le plat national ! Et qui ne connaît pas les appétissantes (et redoutables !) pâtisseries orientales luisantes de miel, les délicieux tajines, mélanges soigneux du sucré salé et de l'épicé... Quand on est gourmand et francilien les occasions sont nombreuses de découvrir ces plats.

La cuisine asiatique également : la sushi-mania envahit Paris. Le sushi supplante la pizza dans la livraison à domicile. La cuisine chinoise et vietnamienne est bien représentée et cela depuis déjà quelques décennies.

Mais la cuisine africaine ? Un rapide sondage m'a permis de réaliser que pratiquement aucun de mes amis n'avait jamais goûté la cuisine africaine. Et qu'ils ne savaient pas mieux que moi ce qui la composait. Il y a quelques rares restaurants à Paris où les gens vont plus pour le décorum que pour le goût, comme dans ce restaurant éthiopien où on mange avec les mains. En fait la cuisine africaine n'est pas du tout ancrée dans nos habitudes lorsqu'il s'agit d'aller au restaurant. Qui n'a pas dit un soir « j'ai la flemme je vais chez le chinois ? » mais qui s'est déjà dit « tiens ce soir je

mangerais bien ivoirien... »

Peu représentée la cuisine africaine nous est une grande inconnue...

Et pourtant, en France, la communauté africaine est nombreuse. Le passé colonial français a marqué de nombreux pays d'Afrique noire sur un plan linguistique et culturel. La France est, pour de très nombreux africains, un pays privilégié pour l'immigration, qu'elle soit légale ou non. La France reste bien souvent un pays « rêvé » et ceux qui rentrent au pays, le moment de la retraite venue, avec leurs anecdotes et leur « France » entretiennent ces rêves et ce mythe.

Et ces migrants sont parfois des patients. Notamment des patients diabétiques. Qui se questionnent et qui nous questionnent sur leur alimentation, sur leur régime, ce qui est « bon » ou moins « bon » pour leur diabète. Et nous soignants, nous ne savons que dire. Car comme tous nos compatriotes nous ignorons ce que ces patients mangent. Et ni nos cours magistraux ni les recommandations de l'HAS ne nous y aident.

Et cela m'a donné matière à réflexion.

Il me semblait intéressant de me pencher sur l'alimentation de mes patients africains ; l'alimentation, ce pan si important de la culture, de l'identité, mais également du soin.

1. Introduction

1.1. État des connaissances actuelles

Avant de proposer cette thèse je me suis penchée sur les publications et les articles déjà existants sur ce sujet, à savoir l'alimentation en Afrique de l'ouest. Et en fait il existe un surprenant vide.

Aucune thèse recensée sur le SUDOC ou la BIUM n'approche de ce sujet. Ni même de la diététique en Afrique, pas plus que de l'alimentation des migrants originaires d'Afrique. Ce sujet n'a été abordé ni par les médecins ni par les ethnologues ou les anthropologues.

Les livres ou articles existants sur le sujet des Arts culinaires en Afrique sont ethnologiques et ne s'intéressent pas aux qualités nutritives et à la diététique mais à l'aspect culturel, sacré, traditionnel et religieux de la nourriture en Afrique.

Il y a des données sur l'alimentation des migrants notamment un article d'E. Calvo « Toujours africains et déjà français ; la socialisation des migrants via leur alimentation » article passionnant mais qui ne donne aucune indication de la composition des repas mais seulement sur l'influence de la migration sur les traditions culinaires.

L'institut français de nutrition a produit un article sur l'alimentation des migrants mais sans apport pour le diabétique

J'ai ensuite cherché s'il existait des guides diététiques à l'usage des soignants ou des patients. Un livret diététique à l'usage des patients africains m'a été fourni par des associations africaines mais c'est en fait un livret très succinct ne s'adressant pas au patient diabétique mais au tout venant curieux de diététique ; les notions de calories et les répartitions journalières conseillées y sont expliquées ainsi que la valeur des principaux plats et ingrédients utilisés en Afrique.

L'association Française des diabétiques, contactée par mail, ne dispose pas actuellement de livret spécifique à l'alimentation africaine. Elle m'a fait savoir par retour de mail qu'il y avait quelques articles de vulgarisation présents sur internet faits par des médecins africains, ces articles sont peu spécifiques et se bornent bien souvent à évoquer une alimentation équilibrée, et sont de plus assez difficiles à trouver.

Les associations de diabétiques du Sénégal, Cameroun, Côte d'Ivoire que j'ai essayé de joindre par mail et téléphone ne m'ont pas répondu.

Il existe un excellent site novodiet.com, dépendant de novo nordisk, spécifique à l'alimentation du diabétique. Sur ce site, les 5 continents sont listés et on peut trouver de pertinentes informations sur l'alimentation dans les différents pays, ainsi que des recettes adaptées pour les diabétiques et l'analyse des principaux aliments. Une table alimentaire est téléchargeable. Ce site est bien structuré et la navigation y est agréable. Un très rapide descriptif de l'alimentation des africains en France y est fait et tient sur une page ce qui est un peu succinct. Mais c'est une très bonne source d'information pour les personnels de santé auxquels il est destiné. Il est un peu difficile d'accès pour le patient car plutôt technique et demande de bonnes connaissances de base en diététique.

Un rapide état des publications et documentations disponibles permet de voir que le sujet a été assez peu exploité et souligne la pertinence de sujet de thèse.

1.2. La formation des professionnels de santé

Je me suis ensuite demandée si ce sujet était familier aux professionnels de santé. Devant le peu de sources d'informations disponibles pour les patients on peut logiquement penser qu'ils se tourneront vers les diététiciennes ou leur médecin pour se renseigner.

J'ai contacté deux écoles formant des diététiciennes à Paris, il n'existe pas de modules ni de cours spécifiques à l'alimentation africaine. Pour les responsables interrogés par téléphone « les principes de diététique s'appliquent à toutes les alimentations et les diététiciennes bien formées peuvent analyser l'alimentation en dehors de toute référence à une ethnie ». Mais les écoles de diététique dispensent l'enseignement qui leur semble judicieux en dehors de tout programme uniformisé et de tels cours existent peut être dans des formations concurrentes. Néanmoins il semblerait que la formation « se fasse sur le tas »

Pour ce qui en est en des cours en faculté de médecine dans le cursus du tronc commun, je n'ai pas trouvé de cours dispensés en faculté sur ce sujet. A Paris aucune faculté ne dispense de cours spécifiques au sujet dispensé entre PCEM 1 et DCEM 4. de toute façon la diététique fait l'objet de rares cours en médecine durant les études communes, elle n'est pas reprise dans le cursus de médecine générale et reste l'apanage des spécialistes : DU de nutrition, DESC de nutrition cours dispensé aux futurs

endocrinologues.

Lors des cours de médecine générale et lors de conférences du réseau paris nord ou périnatale, il semble acquis qu'en cas de difficulté à expliquer un régime, il faut recourir à une diététicienne. C'est formulé à l'oral mais également écrit dans les présentations. Les réseaux de diabétologie disposent de diététiciennes sur lesquelles reposent l'explication du régime. Idem à l'hôpital.

Il semble donc que le médecin généraliste soit reconnu comme incompetent dans ce domaine. Il est vrai qu'en l'absence de formation adéquate dispensée aux étudiants et internes il est difficile d'acquérir ces connaissances. Manque de formation mais également manque de temps : difficile dans les 15 minutes d'une consultation de médecine générale de faire le tour du régime diabétique.

1.3. Pourquoi ce sujet ?

Pas de thèse sur le sujet, peu de livres, peu d'articles, pas de formation spécifique ...

La problématique de l'alimentation africaine en France se pose peu visiblement.

Et pourtant !

La France est une terre d'immigration : pays développé, vu comme un eldorado par les migrants africains, ancien pays colonisateur qui a laissé son empreinte, et sa langue, dans de nombreux pays d'Afrique, la France est souvent choisie comme destination de migration.

La France ne disposant pas de statistique ethnique pour des raisons légales, il est difficile de chiffrer exactement ces flux. Néanmoins force nous est de constater la présence africaine en France.

Et oui nos voisins de palier viennent parfois de loin.

Et en tant que médecins, notre patientèle change et se métisse. Nous sommes confrontés à de nouvelles pathologies appelées « pathologies des migrants ». Mais aussi à nos pathologies classiques mais vues par une toute autre fenêtre.

La différence culturelle, bien que passionnante, rend parfois les choses plus compliquées. Le barrage de la langue est le premier mais aussi le plus dur des obstacles à franchir. Impossible de se faire comprendre d'un pakistanais quand on ne parle pas Ourdou et lui pas français. On biaise, on baragouine en anglais, on fait des gestes, des dessins. Quand on le peut, on a recours à la famille ou comble du luxe à cette catégorie rare et précieuse qu'est l'interprète médicale.

Heureusement la langue n'est pas toujours un souci et une part importante de migrants sont francophones. Mais les différences culturelles, elles sont bien là !

La représentation du corps, de la maladie, les attentes vis-à-vis du médecin ne sont pas celles de nos patients français.

Si ce n'est pas grave pour une grippe ou une entorse, ça l'est beaucoup plus pour le diabète qui est une pathologie chronique. Le diabète, pathologie fréquente, est tout aussi représenté chez nos patients français que chez nos patients étrangers.

Le patient doit comprendre sa maladie, l'accepter et modifier fortement et rapidement son mode de vie. C'est ce que nous lui demandons quand nous lui parlons

de régime, d'exercice physique, d'hygiène de vie... Et nous savons de longue date nous adapter au patient français : nous tolérons le vin au repas dans des proportions raisonnables, nous prévoyons les écarts que représentent les fêtes de Noël, nous avons tous dans nos tiroirs des recettes typiques du patrimoine français et adaptées aux diabétiques, par exemple le pot au feu...

Mais que dire à un patient malien ? Est-ce acceptable pour lui, et même compréhensible de s'entendre dire : « attention au pain le matin pas plus $\frac{1}{4}$ de baguette ! Et pas de confiture ! Et attention aux plats en sauce ; préférez votre viande grillée »

Il en mange de la confiture le matin ? Et est-ce imaginable pour lui de manger sa viande et son riz sans sauce ?

Devant un régime aussi peu adapté, le patient se sent peu concerné et il ne change rien ou alors si peu et pour un laps de temps bien court.

Et même les patients volontaires sont dans l'embarras, ils ne savent pas quoi faire pour bien manger et dompter enfin leur hémoglobine glyquée.

Et nous en sommes en tant que médecins un peu coupables ! En ne sachant pas adapter notre discours à la culture du patient nous le mettons dans une impasse ; renier sa culture pour suivre notre régime et contrôler son diabète ou bien être un patient indocile mais garder son identité.

Est-ce à dire que le médecin est un être foncièrement mauvais voulant l'échec ou la contrainte de ces patients ? Heureusement que non.

Mais en temps que médecin, je n'ai pas été formée à m'adapter aux différences culturelles. Aucun cours ne m'a été donné sur la diététique chez les migrants et j'ai peu de sources disponibles.

Je suis tout aussi ignorante que mes compatriotes de l'alimentation des migrants.

C'est pour cela que j'ai choisi ce sujet de thèse.

C'est un sujet sur lequel peu a été fait, qui est d'actualité et même d'avenir car les flux migratoires ne vont pas se tarir.

C'est un problème courant en médecine générale.

Et c'est un sujet qui a une vraie implication thérapeutique. En effet savoir ce que mangent vraiment nos patients est primordial pour pouvoir les conseiller et les aider dans la gestion de leur quotidien de diabétiques.

La limitation géographique posée dans le titre se justifie de plusieurs façons.

L'Afrique est un vaste continent où le modèle alimentaire n'est pas unique.

L'alimentation d'Afrique de l'ouest est différente de celle du Maghreb ou de l'Afrique centrale comme je le détaillerai par la suite. Et pourquoi l'Afrique de l'ouest et pas une autre ? D'abord l'alimentation du Maghreb a été l'objet de nombreuses études, thèses, articles, colloques et c'est un sujet bien étudié. Ensuite pour ce qui est de l'Afrique noire, l'immigration africaine en France est majoritairement issue de ces pays ; il est alors logique de se centrer sur ce groupe d'états.

2. Immigration Africaine en France

2.1. Petite historique de l'immigration Africaine en France

1/

Les liens particuliers entre la France et l'Afrique trouvent leur racine dans le passé colonial de la France.

L'Afrique est connue des européens depuis la fin du XV^{ème} siècle. La première carte des côtes africaines date de 1417 (1). Le continent noir éveilla d'abord un intérêt scientifique et fut l'objet de nombreuses expéditions scientifiques. Mais, sur un plan commercial, ce continent était perçu comme beaucoup moins riche que les Amériques et son légendaire or Inca. Hélas pour le peuple Africain, ce qui éveilla l'intérêt des marchands européens fut sa population. Le trafic négrier connut un essor florissant jusqu'au XVII^{ème} siècle. En France il est aboli le 4 février 1794. Le traité de Vienne de 1815 le condamne formellement dans toute l'Europe mais le trafic ne cesse réellement qu'au milieu du XIX^{ème}.

Pour la France, outre les expéditions scientifiques et les forçats de la traite, l'œuvre colonisatrice commence réellement au XIX^{ème}.

Louis Léon Faidherbe (1818-1889) polytechnicien et général Français pacifia et unifia le Sénégal : il repoussa les toucouleurs et annexa le pays oulof (2).

Il fut gouverneur du Sénégal de 1854 à 1863.

Il construisit le port de Dakar, une route vers Saint Louis et le chemin de fer du

Dakar Niger.

Il jeta les bases de la future Afrique Occidentale Française.

La guerre de 1870 ralentit la colonisation qui reprit sous Jules Ferry.

En 1895 naît l'AOF (3), Afrique Occidentale Française, ses contours se dessinent en 1905 ; elle regroupe la Mauritanie, le Sénégal, la Guinée, la Côte d'Ivoire, la Haute Volta (actuel Burkina). En 1920 elle s'agrandit avec le Dahomey, le Soudan, le Niger, le cap Dakar.

Les autres territoires français en Afrique Noire sont l'AEF (1908), Afrique Équatoriale Française, qui comprend le Gabon, le Moyen Congo, l'Oubangui-Chari et le Tchad et, à part, Madagascar

Le Cameroun est retiré aux Allemands par le traité de Versailles et devient protectorat français.

Voir carte jointe en annexe.

Chacune de ces colonies est administrée par un gouverneur, soumis à l'autorité du Gouverneur Général qui est à la tête du Sénégal (1).

Le statut de citoyen est accordé aux habitants des quatre communes Sénégalaises : Saint Louis, Rufisque, Gorée, Dakar. Ils élisent un député depuis 1848 qui les représente au parlement en Métropole.

Tous les autres Africains, y compris les métropolitains vivant dans les colonies, n'ont aucun statut ni représentant.

Dans les colonies françaises coexiste une multitude de dialectes et d'ethnies. Les

missionnaires et dirigeants décident d'enseigner et de légiférer en français afin de ne favoriser aucune ethnie, officiellement.

La langue et les valeurs françaises sont enseignées aux africains par les missionnaires mais aussi dispensées aux élites dans de prestigieuses écoles ; école William-Ponty à Gorée qui forme les enseignants mais aussi école de médecine à Dakar.

L'évolution des mentalités en Afrique, où du modèle de l'assimilation on passe à celui de fierté de la négritude, mais aussi en France avec le bouleversement des deux guerres mondiales, ainsi que les événements de l'Algérie et de l'Indochine préparent la décolonisation.

En 1958 le général De Gaulle demande par referendum aux colonies si elles souhaitent rejoindre la communauté Franco Africaine ou si elles souhaitent leur indépendance (3).

La Guinée dit non la première.

L'indépendance est lancée

En 1960 c'est l'année Africaine : le premier janvier le Cameroun proclame son indépendance

puis en août le Togo, le Mali, Madagascar, la Somalie, le Dahomey, le Niger, la haute Volta, la Côte d'Ivoire, le Tchad, le Sénégal, la Mauritanie. Fin 1960 la France n'a plus de colonies en Afrique Noire.

Le 4 juin 1960 une loi est votée en France régissant les échanges entre la France et ses Anciennes colonies. C'est un système de coopération entre états souverains mais

qui maintient une position privilégiée à la France.

2/

La première vague d'immigration Africaine est initiée par la France. En effet lors de la première guerre mondiale, l'Armée Française décide d'aller puiser de nouvelles troupes dans ses colonies (4).

Ce sont les fameux tirailleurs Sénégalais.

200 000 hommes sont incorporés.

Sous ce terme de tirailleurs sénégalais sont regroupés tous les soldats originaires de l'AOF. Le gros des troupes provient du Sénégal, Haut Sénégal et Niger.

Les recruteurs leur promettent un statut de citoyen en échange de leur aide « à la mère patrie »

L'accueil est chaleureux ; ils sont acclamés à Sète par la population. Se crée une image d'Épinal du tirailleur valeureux et souriant. Cette image est immortalisée par la fameuse affiche « Banania » montrant un tirailleur riant.

Mais la réalité est autre ; les pertes sont énormes : 30 000 morts, soit 1/5 de l'effectif et 5% des vivants estropiés ou tuberculeux.

A la fin de la guerre, si des médailles sont largement distribuées, aucune citoyenneté n'est accordée et les tirailleurs sont « invités » à retourner en Afrique. Le centre des Tirailleurs Sénégalais de Paris ferme ses portes.

En 1926, 2580 étrangers originaires d'Afrique noire sont recensés en France.

Ils sont répartis à Paris, Bordeaux, et Marseille (5).

Il existe déjà une immigration illégale qui triplerait cette population.

L'immigration légale, entre la première et la seconde guerre mondiale, était le fait des étudiants et des élites venus compléter en France leur formation intellectuelle.

La seconde guerre mondiale n'est pas l'occasion du même recrutement dans les colonies. Peu de soldat y sont levés.

En 1946 le statut d'indigène des habitants des colonies est aboli. Les Africains des colonies sont désormais citoyens Français. Ils sont libres de se déplacer sur le territoire français et de venir en France. Malgré cette facilité, l'immigration reste très marginale.

Les évènements d'Algérie vont accélérer l'immigration Africaine. Dans ces années d'après guerre la France a besoin de main d'œuvre pour se reconstruire et pour son industrie. Or la main d'œuvre algérienne et maghrébine est l'objet de méfiance. Les autorités françaises cherchent une nouvelle source de main d'œuvre peu qualifiée et bon marché.

Le gouvernement qui a alors des accords avec ses anciennes colonies africaines prend des mesures afin de faciliter l'immigration. Une carte d'identité et un certificat de travail suffisent pour entrer en France. Dans les faits bien des africains entrent au motif du tourisme avec un visa pour trois mois, trouvent un emploi et régularisent la situation par la suite. Les autorités ferment les yeux sur ces irrégularités et les industries les encouragent.

Pareillement, une carte d'identité peut servir pour plusieurs membres d'une même famille et la situation est facilement régularisée quand ils trouvent un

emploi (6).

En 1963 la France compte un peu plus de 20 000 travailleurs Africains.

80% des ces hommes sont originaires de la vallée du fleuve Sénégal : Sonite et Toucouleurs, c'est à dire Malien et Sénégalais.

En 1970 ils sont 50 000.

Mais, à partir de 1974 Valery Giscard D'Estaing décide de geler l'immigration officielle. Il veut limiter les entrées. C'est la fin des allers retours libres entre la France et l'Afrique pour les travailleurs. A partir de 1974 une carte de séjour devient nécessaire pour avoir un emploi. Une prime de 10 000 Francs est proposée au travailleurs acceptant de rentrer définitivement dans leur pays d'origine.

Ces modifications de la loi modifient les populations Africaines sur le sol Français. Les maliens et les sénégalais qui ont perdu leur liberté de circulation sont moins représentés au profit des communautés nigérianes, mauritaniennes, camerounaises.

En 1982 on compte 32 240 sénégalais et 24 340 maliens.

Le décret 76383 du 26 septembre 1976 autorise le regroupement familial pour tous les hommes ayant un travail et résidant en France depuis un an.

Entre 1975 et 1982 le nombre des femmes africaines augmente de 178%. C'est la communauté où les regroupements sont les plus nombreux.

En 1985 on compte 48500 femmes pour 89500 hommes. Cet afflux rapide et massif des épouses modifie considérablement le visage de la communauté Africaine. Les hommes ne sont plus seuls. Ils délaissent les foyers au profit des HLM afin d'y

vivre en famille. Le commerce de produits exotiques se développe afin que les femmes puissent cuisiner les plats traditionnels, des marchés et des lieux de rassemblements se créent.

Et de plus en plus d'enfants naissent de parents africains sur le sol français. Ce sont les migrants de seconde génération, citoyens français et élevés avec les deux cultures.

En 1981, 120 000 migrants africains illégaux sont régularisés.

Mais à partir de 1986 la lutte contre l'immigration illégale se durcit. Le 26 octobre 1986 a lieu la première expulsion. 101 maliens sont renvoyés au Mali en charter (7). La presse (le monde, le figaro) en fait ses gros titres et est scandalisée. Cet évènement marque un tournant. L'immigration n'est plus vue comme un potentiel économique. Les problèmes de chômage et d'insécurité en France rendent impopulaires les migrants et particulièrement les migrants clandestins.

Non seulement l'immigration légale devient difficile mais aussi le rapprochement familial ; il faut désormais que le travail soit stable, légal et cela depuis deux ans avec un salaire égal au moins au SMIC afin qu'une famille puisse en faire la demande.

Et pour les enfants des migrants il faut désormais, pour être citoyen français, non seulement être né sur le sol français mais faire la demande de la citoyenneté française entre 16 et 21 ans.

D'une immigration désirée et facile en 1960 on est passé en 30 ans à une immigration décriée et limitée.

En 1999 en France on compte 277 000 Africains lors du recensement (8).

En 2004 on compte 345 000 migrants originaires d'Afrique sub saharienne en ile de France. Ce qui représente 65% des africains en France (9).

En 2004 les africains représentent 3% de la population totale et habitent majoritairement à Paris et en Seine Saint Denis

Il n'y a pas en France de statistiques ethniques, celles ci étant interdites par la loi. Ces données sont celles du recensement.

Il est de plus difficile de chiffrer l'immigration illégale. Il y aurait 200 à 400 milles migrants illégaux en France dont 10% seraient Africains (10).

2003 le flux de migration africaine est de 105 000 migrants d'origine Africaine.

2.2. Afrique de l'ouest.

L'Afrique se divise en 5 grandes sous unités (11).

- Afrique du nord ou Maghreb
- Afrique de l'Ouest
- Afrique de l'Est
- Afrique Australe
- Afrique Centrale

L'Afrique de l'ouest comprend les pays du Golfe de Guinée jusqu'au Sénégal et les pays de l'arrière pays sahélien.

Elle couvre une surface de 6 140 000 km².

Ce sont en majorité des plaines. La partie septentrionale est occupée par le Sahel.

Elle est composée de 16 pays

- le Bénin
- le Burkina
- la Côte d'Ivoire
- la Gambie
- le Ghana
- la Guinée
- la Guinée Bissau
- le Cap vert
- la Libéria
- le Mali
- la Mauritanie
- le Niger
- le Nigeria
- le Sénégal
- la Sierra Leone

- le Togo

Elle compte 315 millions d'habitants en 2007. La population y est jeune, 60% des habitants ont moins de 25 ans (12).

C'est une région majoritairement urbaine comptant 20 villes de plus d'un million d'habitants.

Dans les zones côtières la pluviométrie est de 2000 à 3000 mm par an. La zone sahélienne est une zone de transition vers le Sahara, le climat est semi-aride (13).

L'économie est fragile PIB par habitant 700 dollars US en 2006.

1200 langues y sont parlées. 4 langues officielles l'anglais, le français, le portugais, l'arabe.

2.3. Quelle population rencontrée en médecine générale ?

Comme nous l'avons vu, les Africains d'Afrique noire représentent 3% de la population française. Et dans ce chiffre seul sont comptés les migrants, il faut y ajouter les migrants de seconde génération.

Cette migration est essentiellement urbaine avec deux bassins préférentiels : Paris et la Seine Saint Denis.

Tout médecin francilien, et à fortiori parisien ou dionisien, compte dans sa patientèle des patients Africains.

Et la migration est un phénomène actif, le flux des migrants Africains est loin d'être nul malgré la politique actuelle tendant à restreindre les migrations. La présence

Africaine en France s'accroît.

Le bon accès au soins est possible en France pour les migrants et les populations défavorisées grâce à l'AME et à la CMU. Ils peuvent consulter un médecin et bénéficier du dépistage et de traitements.

Le médecin généraliste est le premier recours aux soins. C'est lui qui reçoit, examine, dépiste et traite ces patients. Il est l'interlocuteur privilégié et bien souvent unique pour de nombreux patients Africains, qui ont moins que la population française l'habitude, de recourir aux spécialistes.

L'immigration Africaine concerne donc directement le généraliste et ses pratiques.

Si j'ai choisi de me restreindre à l'Afrique de l'Ouest c'est en raison de l'historique de la migration qui fait que la majorité des migrants rencontrés en France, et donc dans nos cabinets, sont sénégalais, maliens, mauritaniens... brefs Africains de l'Ouest.

Ces patients, dont le nombre est amené à grossir, sont pour bien des médecins un aspect quotidien de leur exercice et soulèvent des problèmes liés à nos différences culturelles.

3. Le diabète en Afrique

3.1. Épidémiologie du diabète en Afrique

La prévalence du diabète a pratiquement doublé en Afrique noire au cours des 15 dernières années pour atteindre plus de 7 millions de cas (1).

D'après l'OMS, en 2025, les pays en voie de développement compteront 75% des 380 millions de patients diabétiques du globe (2). Entre 2007 et 2025 la prévalence du diabète augmentera de 3,1 à 3,5% de 10,4 millions à 18,7 millions de personnes (3).

Au Mali, le diabète est la seconde cause d'hospitalisation et représente 40% des consultations.

La prévalence du diabète est variable selon les pays. En Afrique de l'ouest la prévalence est de 19 pour 1000 selon une étude du COMEDE (4). Le Togo est le pays d'Afrique de l'ouest le plus touché avec une prévalence de 100 pour 1000.

Mais des différences de prévalences sont aussi notées selon le mode de vie, ainsi la population rurale avec un mode de vie traditionnelle a une prévalence très faible, inférieure à 1-2% tandis que 1 à 13% selon les séries, des adultes vivant en zone urbaine ont un diabète (5).

La majorité des ces patients présente un diabète de type 2 : 70 à 90% des patients.

Jusqu'à 25% des patients selon les séries présentent un diabète de type 1. Deux

autres types de diabète sont individualisés diabète tropical (1%) ou diabète de type 1B ou diabète de l'africain (10 à 16%).

Cet accroissement du diabète de type 2 s'explique par les importants changements du mode de vie en Afrique. Pour Stéphane Besançon, directeur de Santé Diabète Mali « l'urbanisation, la sédentarisation, l'accès à des moyens de transports motorisé, l'importation de denrées alimentaires et l'industrialisation ont mis à rude épreuve la santé des maliens »

La prévalence du diabète augmente avec le vieillissement de la population et les modifications rapides du mode de vie faisant du diabète un problème de santé publique en Afrique.

3.2. L'accès aux soins, les politiques de santé publique en Afrique

Il existe une très forte disparité dans la prise en charge des patients diabétiques en Afrique.

Comme dans les pays industrialisés, un patient sur deux ignore qu'il est diabétique (6).

L'espérance d'une personne ayant un diabète de type 1 peut être réduite à 7 mois dans certains pays d'Afrique comme le Mali et le Mozambique. Cette espérance de vie est de 11 ans en Zambie (7).

Au Sénégal un centre de diabète a été créé il y a 40 ans et les médecins ont commencé à établir des programmes locaux. L'Afrique du Sud a également des centres adaptés aux besoins traditionnels et culturels locaux.

Mais pour Alieu Gaye, directeur de la FID en Afrique « les maladies chroniques ne sont pas financées, ne reçoivent pas d'attention et sont rarement diagnostiquées ». Les maladies infectieuses monopolisent toute l'attention et les budgets des pays en voie de développement et le diabète ainsi que les autres pathologies chroniques sont perçus comme des préoccupations de « pays riches ».

Le problème du budget est un problème majeur. Les bailleurs de fonds ont alloué depuis 2001, 12 milliards de dollars au fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le sida, le paludisme. Le diabète et les autres maladies chroniques non transmissibles sont rarement favorisés (1).

Mais les mentalités évoluent. La FID en Afrique a développé un ambitieux programme de mise en œuvre des résolutions de l'ONU sur le diabète en Afrique en 2008 qui a réuni 14 pays d'Afrique.

Ce programme a trois objectifs :

- 1 - identifier les pays ayant des programmes sur le diabète et faciliter les activités
- 2 - aider au développement des programmes nationaux là où il n'existe pas
- 3 - développer un cadre de mise en place d'une politique nationale sur le diabète

Une stratégie d'action est proposée par la FID suivant les directives de l'ONU sur plusieurs niveaux. Il est question aussi bien des priorités à définir par les gouvernements, que de la formation des soignants ou des cours sur l'alimentation et l'hygiène de vie dispensés dans les écoles. Le dépistage y tient une place prépondérante aussi bien en médecine du travail dans les dispensaires et les hôpitaux

ou chez les femmes enceintes.

Ce plan voit ses premières actions mises en œuvre en 2009.

3.3. Spécificités du diabète en Afrique : le diabète tropical et le diabète de l'africain

Comme nous l'avons constaté dans les données épidémiologiques en plus du diabète de type 1 et 2 existent en Afrique deux autres types de diabète. Le diabète tropical et le diabète « africain ».

Le diabète tropical a été décrit Hugh Jones P en 1955 chez 13 patients Jamaïcains dans un article paru dans le Lancet, Diabetes in Jamaica. La même présentation est retrouvée chez des patients Indonésiens, ougandais et dans plusieurs autres pays. En 1980 les rapports de l'oms identifient un sous type de diabète ; le diabète tropical.

Les principales caractéristiques de ce diabète sont :

- hyperglycémie sévère >11.1 mmol/l
- début avant 30 ans
- BMI < 19 kg/m²
- Besoin en insuline élevé (>1,5Ui/kg/j)
- Pas de décompensation acido cétosique à l'arrêt de l'insuline
- Niveau socio économique bas ou antécédents de malnutrition dans l'enfance

-
- Calcifications pancréatiques sans alcoolisme ou hyperparathyroïdie ou autres pathologies expliquant ce fait

Les mécanismes étiologiques sont peu clairs. La malnutrition est incriminée. En effet dans le kwashiorkor il existe une diminution de la sécrétion d'insuline et une tolérance au glucose réversibles (8).

Le rôle pathogène des toxines de manioc avait été évoqué mais a été rejeté.

Ce type de diabète concernerait 1% de la population Africaine.

Le diabète « africain » ou diabète atypique à tendance à la cétose est une forme particulière de diabète décrit en 1987 par Winter et al (9) dans une population de 129 jeunes noirs de Floride diabétiques depuis l'enfance. 12 patients présentaient un diabète identique à un diabète de type 1 au début de leur pathologie mais avec une longue période de rémission. En fait cette présentation atypique était déjà connue des médecins africains, notamment nigériens qui en font état depuis 1978.

L'American Association of Diabetology définit ce diabète comme un diabète de type 1 débutant par une hyperglycémie sévère avec une cétose, sans facteur déclenchant évident, notamment infectieux, dont l'évolution se fait vers un sevrage de l'insuline sur une longue durée et qui se distingue du diabète de type 1 par une absence d'auto immunité.

Le profil des patients se caractérise par (10) :

- un âge entre 35 et 46
- une prédominance masculine (sex ratio 1.5 à 3)

- un BMI moyen à 29
- une importante histoire familiale de diabète

La présentation initiale est marquée par une cétose avec parfois acidocétose associée à une hyperglycémie importante et souvent à un syndrome polyuro polydypsique (11) et à une importante perte de poids. L'insulinothérapie et la correction des troubles hydroélectriques permet une résolution rapide. Moins de 24h en général.

Un facteur déclenchant est rarement retrouvé.

L'équilibre glycémique est facilement obtenu grâce à l'insuline mais rapidement le patient est sujet à de nombreuses hypoglycémies motivant la réduction puis l'arrêt de l'insulinothérapie (12). Cette particularité rend essentielle l'éducation du patient qui doit savoir reconnaître les hypoglycémies et savoir quoi faire dans ce cas.

La rémission peut être longue jusque 12 ans (13).

Ces patients répondent bien aux sulfamides hypoglycémiantes qui permettraient une rémission plus longue que la metformine (12).

Sur un plan biologique, les patients présentant un taux de C peptides circulant intermédiaire entre un patient diabétique de type 1 et diabétique de type 2.

De plus, une injection de glucagon intraveineuse engendre une élévation significative du peptide C.

Cette réponse spécifique permet de distinguer le diabète de type 1 vrai du diabète « africain ». En pratique c'est l'évolution et les hypoglycémies qui posent le diagnostic.

3.4. Et en France ?

En France, les patients Africains ont un mode de vie parfaitement occidentalisé avec diminution d'exercice physique et abondance alimentaire. La population immigrée est néanmoins assez jeune. Mais l'occidentalisation du mode de vie résultant de la transplantation fait flamber le diabète (14).

L'accès aux soins est bien meilleur en France qu'en Afrique et le dépistage bien plus précoce.

Ces différents éléments expliquent la très forte prévalence du diabète dans les pays occidentaux. Des Prévalence de 12 à 14% ont été retrouvées dans plusieurs études en Europe et aux Etats Unis d'Amérique.

Pour comparaison la prévalence du diabète en France est de 4%.

Cette différence de prévalence fait du diabète chez les migrants originaires d'Afrique un problème de santé publique et une préoccupation quotidienne pour les médecins.

4. La cuisine Africaine

4.1. Le régime sahélien et forestier

L'Afrique est un vaste continent où coexistent de nombreux modèles alimentaires dépendant du climat et des récoltes mais également des différentes ethnies.

En Afrique de l'ouest deux modèles principaux : le régime sahélien et le régime forestier.

Cette dichotomie est clairement climatique. Les pays sahéliens sont arides tandis que les pays forestiers bénéficient de plus abondantes précipitations. La végétation est radicalement différente : pauvre pour les pays du sahel, elle est luxuriante pour les pays chauds et bien arrosés.

En Afrique de l'ouest, la Mauritanie, le Niger, le Mali, le Sénégal sont de type Sahélien tandis que les pays côtiers du Golfe de Guinée comme la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Togo et le Bénin ont un climat tropical et une alimentation forestière (1).

Voir carte du climat en Afrique en annexe.

Le régime sahélien basé sur une culture aride comprend peu de fruits et légumes et la base alimentaire sont les céréales (2). Traditionnellement le mil et le couscous de mil, le sorgho, le riz ; le plat traditionnel historique, le sanglé, décrit dans les récits des premiers explorateurs européens en Afrique (3) comporte une sauce sur de la bouillie

ou de la semoule de mil. Néanmoins en raison de la mondialisation, de l'accès facile aux produits importés, de l'urbanisation et de la nécessité de repas rapides à préparer, le mil recule au profit de céréales à préparation et cuisson rapides tels que le riz et le blé (4).

Le régime forestier est plus riche en produits frais : gombo, bananes plantains, épinards, mangue, ananas ...

La base alimentaire est bien souvent les féculents : igname, ou le fofou de manioc sorte de bouillie de manioc à l'eau (5), mais plus volontiers agrémenté de sauces aux légumes ou aux feuilles de légumes. En effet les feuilles font partie intégrante de la cuisine forestière, toujours consommées cuites et intégrées à la sauce qu'elles relèvent et diversifient ; sauce aux feuilles de patate douces, aux feuilles d'aubergines, aux n'doles (sorte d'épinards amers...). Les feuilles représentent un apport non négligeable en fibres et vitamines.

Le riz est de plus en plus présent au détriment des autres céréales.

La consommation de fruits est forte du fait de leur accessibilité. Ils sont consommés à toute heure de la journée et pas forcément en dessert.

4.2. Religion, rite, croyance

Sur un plan religieux en Afrique de l'ouest deux systèmes coexistent. Les religions du livre sont implantées. L'islam est largement majoritaire. Les chrétiens sont peu nombreux de 0 à 10% selon les pays (6). Le Judaïsme est absent.

L'islam impose un certain nombre de règles alimentaires. Les principales : pas

de consommation de porc, pas d'alcool, pratique du ramadan. L'actuelle tendance à un islam plus radical se ressent sur l'alimentation particulièrement sur l'alcool (recul de la consommation de bière jusqu'alors très appréciée). Les interdits sont actuellement les mêmes qu'au Maghreb.

Mais en plus des religions monothéistes, l'animisme persiste surtout dans les zones rurales. Et s'il tend à disparaître comme religion il est toujours à la base de croyances bien ancrées ayant des retentissements sur l'alimentation de Africains (7) notamment de « tabous » c'est à dire d'interdictions alimentaires aux caractères sacrés. Par exemple au Sénégal, chez les Serer, selon sa famille et son animal totem il est interdit de manger un aliment bien précis ; l'animal totem qui ne doit pas non plus être touché ou blessé. Au Bénin certains villages ont interdiction de manger du silure.

Les interdits sont encore plus nombreux pour les femmes enceintes : très répandue est l'interdiction de manger des œufs durant la grossesse sinon l'enfant naîtra « en-coquillé ». Ces interdits peuvent être levés par des rites ou par un marabout ou rachetés si la femme a fait une erreur. Respectés en Afrique ces rites ne sont plus, ou peu, pratiqués à l'étranger.

Au delà des religions, il existe des croyances régissant la préparation des aliments. Ainsi un homme qui aide les femmes à la préparation des repas devient stérile. Cette croyance résout le problème occidental de la répartition des tâches ménagères : en Afrique la cuisine est une affaire de femmes !

Après, selon les ethnies ou les villages un homme ne peut pas manger la cuisine d'une autre que son épouse ou que celle des femmes de sa famille.

L'urbanisation et la migration modifient ces comportements. En effet les jeunes hommes partant à la ville ou à l'étranger, sans leur famille ou leur épouse, doivent bien cuisiner. Nécessité fait loi ... Mais dès que les épouses sont présentes le modèle traditionnel reprend le pas.

4.3. Le repas quotidien, le repas de fête

En Afrique le repas principal est le repas du soir. En cas de restriction budgétaire, de récoltes insuffisantes ou de famines les autres repas sont sacrifiés et il est souvent le seul repas quotidien (8) en zone rurale.

C'est un repas pris en famille.

La convivialité et l'accueil sont des valeurs fortes en Afrique. Aussi les plats sont ils cuisinés en grosse quantité pour qu'il y en ait toujours pour l'ami de passage.

De petites portions sont mal vues par les voisins et la famille. C'est signe d'avarice.

Dans les zones rurales le repas est toujours partagé à même le plat. Dans les villes et à l'étranger les assiettes se popularisent.

La sauce est l'aliment clé. Elle permet de diversifier les repas et d'apporter protéines, lipides, fibres, vitamines, oligo éléments. Les recettes sont innombrables, nationales, régionales ou familiales. Igor De Garine, pionner en anthropologie alimentaire, dénonçait en 1987 « la tendance réductrice des opérateurs du développement à se centrer sur le bol sans se préoccuper des sauces qui accompagnent leur nourriture et leur donnent leur relief, une partie de leur valeur symbolique... et

nutritionnelle, accréditant l'idée d'un régime africain plus monotone et grossier qu'il ne l'est en réalité » (9).

Les sauces sont également soumises à la mondialisation de l'alimentation et à l'existence de nouvelles saveurs : le caractère moderne du sucré en Afrique central, le succès côtier du pimenté remplaçant le rance et l'amer.

Dans les villes de nombreux vendeurs ambulants ou restaurants en tôles pour ouvriers et travailleurs permettent un repas rapide et peu onéreux le midi. Aloco, c'est à dire bananes plantains frites à emporter ou riz sauce sur place.

Il faut noter qu'il n'y a aucun Mac Donald en Afrique de l'ouest et plus généralement en Afrique noire sauf Afrique du sud (10).

Les repas de fêtes ne dérogent pas au plat de riz sauce ou fofou sauce mais le mil y est plus présent. Long à préparer il est réservé aux jours de fête mais a tendance à sombrer dans l'oubli.

La vraie différence du repas de fête ce sont tous les « à côtés ». les boissons notamment Dolo bière de mil ou vin de palme pour les alcools, le vin issu du raisin tel que nous le connaissons en France est l'apanage des classes bourgeoises des villes et uniquement pour les fêtes.

Mais bien plus répandu encore est l'usage des « sucreries » c'est à dire des boissons sucrées ; soda ou plus souvent dérivées de fruits : poudres à diluer, jus, oasis, sirop... qui sont très conviviales et festives. A Paris devant les foyers Africains, vous verrez souvent une table où sont vendues par un des membres du foyer ces boissons sucrées en petites ou grandes bouteilles. Elles sont très appréciées et confèrent richesse

et cachet à une fête, d'autant plus si les hôtes ou les invités sont musulmans et respectent l'interdit lié à l'alcool.

Le prix de ces boissons a considérablement chuté et il existe désormais une production locale ce qui tend à répandre leur usage et à faire de celles ci un plaisir quotidien.

Les repas de fêtes sont souvent précédés de petits snacks comme des bananes plantains frites, des arachides, des achards (mélange de légumes conservés dans le sel et les épices) qui permettent de patienter un attendant le plat.

Les desserts ont fait leur apparition. Soit desserts occidentaux pour les repas cuisinés dans les familles urbaines, soit des beignets ou des semoules sucrés.

Le lait est peu consommé ; jamais sous forme de fromage, mais parfois en boisson sucrée à base de lait concentré ou intégré à un dessert semoule au lait, mil au lait et au sucre.

Les fruits ne sont pas un dessert de fête et rarement un dessert du quotidien, plutôt un en cas d'après midi.

Le miel n'est jamais consommé, il a un caractère sacré et est lié au rite.

5. Et les Africains diabétiques en France ? Que mangent ils ?

5.1. Méthode

Le recueil des données exposées dans cette thèse a été réalisé lors d'un entretien individuel avec les patients d' approximativement 30 minutes.

L'entretien n'était pas enregistré, les données ont été consignées par écrit au fur et à mesure de l'entretien.

L'entretien qui avait pour thème unique l' alimentation a été réalisé par un médecin exclusivement, et plus spécifiquement par moi pour la grande majorité des patients (21 des patients sur les 23 entendus).

Avant l'entretien je spécifiais toujours au patient qu'il pouvait refuser sa participation.

L'entretien était structuré selon une grille préétablie (voir copies de la grille) investiguant différents champs :

Première partie à visée épidémiologique. Ce champ regroupe le sexe et l'âge du patient, son pays d'origine, ainsi que sa date d'arrivée en France.

La date d'arrivée en France et l'ancienneté du séjour sur le sol français m'ont paru être des critères pertinents. En effet, il est logique de penser que plus le séjour est long, et plus l'âge d'arrivée jeune, plus le modèle culinaire français dans lequel le

patient baigne a pu s'intégrer à ses codes culinaires et modifier son alimentation.

Deuxième partie : concernant les habitudes alimentaires en général.

A savoir si les repas étaient de type « traditionnel » reproduisant une alimentation comme au pays avec les ingrédients retrouvés en France ou s'ils étaient plutôt « européens » comme les repas pris sur la cantine du lieu de travail. Le patient pouvait également choisir un modèle dit « mixte » mêlant les deux modèles. Dans ce dernier cas le patient devait préciser la proportion de repas de chaque type.

Une autre question était de savoir si le patient cuisinait et pouvait se préparer ses repas ou s'il était tributaire d'une cuisine collective ou familiale. Dans ce deuxième cas, le passage à un régime diabétique est souvent plus délicat car il ne relève pas de la volonté du patient. Il est donc judicieux d'évaluer le nombre de patients dans ce cas et de tenter d'en identifier les raisons.

Puis venait la structure de l'alimentation : nombre de repas quotidiens, collation ou goûter, grignotage, et prise ou non d'alcool. Cette dernière question est fortement influencée par la religion du patient mais également par le sexe et normes sociales.

Troisième partie : avec évaluation qualitative et quantitative des ingestats.

Le patient décrit une journée type ; repas par repas, avec les aliments consommés au quotidien et les proportions.

Le patient est libre de citer tous les aliments, le questionnaire est ouvert.

Néanmoins ces réponses peuvent être complétées ou modulées par des questions. L'expérience a montré que tous les patients décrivent le plat mais beaucoup oublient de

citer les yaourts, desserts ou café. Si dessert non cité je leur demandais systématiquement s'ils prenaient un fruit, un laitage, un café, un sucre avec celui ci ou pas, etc...

Idem pour la composition des sauces que je faisais toujours détailler.

Quatrième partie : Une question unique et ouverte pour savoir quel était pour le patient un repas sain pour un diabétique.

Cette question permet de savoir si le patient a un modèle alimentaire auquel se référer.

Elle permet également de savoir si cet « idéal » est très éloigné de l'alimentation réelle du patient, cet écart pouvant effectivement être un frein. Le modèle est tellement loin qu'il en devient inaccessible, le patient, découragé, retourne à son alimentation ancienne.

Un repas idéal, tel que cité par les médecins, est basé sur une alimentation française et cela peut se montrer très décourageant pour les patients.

Cinquième partie :

Une liste d'aliments est citée au patient qui doit dire s'il a modéré, arrêté ou n'a pas modifié la consommation de ces aliments.

Dans cette liste coexistent des aliments aspécifiques, tels que les gâteaux, les bonbons, les sodas à limiter pour tous les diabétiques mais également des aliments plus ciblés fréquemment cités par les patients dans la structure des repas dont les quantités

sont à surveiller tel que le riz, les bananes, le mouton ...

J'ai également inclus dans cette liste des aliments peu consommés car victimes de fausse croyance alimentaire.

Initialement j'avais réalisé une liste d'aliments fréquemment utilisés dans la cuisine africaine, cités dans des livres de recettes mais en fait ces deux dernières catégories d'aliments ont largement été remaniées au fil des interrogatoires grâce aux remarques des patients qui en écoutant ma liste me demandaient d'eux-mêmes si tel ou tel aliment était bon ou pas pour leur diabète.

Puis je clôturais l'entretien et remerciais les patients pour leur participation.

5.2. Population entendue

1/

Les critères d'inclusion pour qu'un patient puisse avoir un entretien étaient multiples.

Tout d'abord l'origine ethnique : les patients devaient être originaires d'un des pays d'Afrique de l'ouest (liste des pays paragraphe 3b). Ont été inclus les patients nés dans un de ces pays quel que soit leur âge d'arrivée en France, mais également les patients nés en France, mais dont les deux parents et la famille sont originaires d'un de ces pays. En effet, en raison du caractère très familial et environnemental des habitus culinaires, il m'a paru pertinent d'inclure ces patients qui partagent durant toute leur enfance et leur adolescence les repas des migrants de première génération, leurs parents, et qui sont par ce biais imprégnés de la culture alimentaire traditionnelle.

Néanmoins seul un patient était dans cette situation, et de plus, un jeune homme de 19 ans qui prenait tous ses repas avec sa famille.

Ensuite l'âge : Les patients de moins de 18 ans ont été exclus ainsi que les patients de plus de 75 ans.

Les patients mineurs ont été exclus pour plusieurs raisons. D'une part pour des raisons légales ; en effet stricto sensu un mineur n'est pas censé participer à une recherche sans l'accord écrit de ses parents. Il m'a paru contraignant de voir les parents, de leur expliquer cette thèse et de leur faire signer un accord.

Ensuite, sur un plan alimentaire, l'alimentation des enfants est très variable selon leur âge, différente souvent de celle des adultes et de plus les données sont difficiles à recueillir en raison des difficultés d'interrogatoire des enfants mais aussi des adolescents qui ne sont pas les patients les plus compliants.

Les patients de 75 ans ont été exclus car au delà de cet âge les objectifs glycémiques sont moins stricts et un régime strict est déconseillé selon les recommandations actuelles.

Le type de diabète : ont été inclus indifféremment tous les patients diabétiques et ce, que le diabète soit de type 1, type 2, gravidique ou secondaire. En effet, les recommandations diététiques s'appliquent à tous ces types. Il est vrai qu'un diabétique de type 1 qui a une bonne habitude de l'insuline peut gérer un excès mais un régime diabétique s'impose pour lui au quotidien tout autant que pour le diabétique de type 2.

De même pour la femme enceinte, si les objectifs sont différents et la maladie récente les principes diététiques sont les mêmes et de plus de l'avis de nombreux

professionnels les femmes enceintes sont généralement plus motivées et suivent plus volontiers un régime que le patient lambda en raison des enjeux pour la santé du fœtus.

Le mode d'alimentation : tous les schémas alimentaires ont été analysés. Les patients suivant une alimentation européenne et mixte ont été inclus car leur proportion est également un indicateur des habitudes alimentaires des migrants et de fait il ne me semble pas justifié de les exclure.

Une fois définis ces critères, les patients ont été recrutés. Le recrutement a eu lieu exclusivement à l'hôpital Delafontaine à Saint Denis., cela pour des raisons techniques liées à l'impossibilité de gérer seule des entretiens multicentriques.

Les patients ont été recrutés en médecine interne et en hôpital de jour de diabétologie, qui sont les deux services amenés à hospitaliser les patients pour problèmes liés à leur diabète ou pour suivi.

Une patiente a été recrutée via la consultation d'endocrinologie. Mais ce mode de recrutement a été peu fructueux. En effet les médecins en consultation ne disposent pas du temps nécessaire pour faire le questionnaire, nous nous étions donc entendus pour qu'ils me transmettent les coordonnées téléphoniques des patients répondant aux critères d'inclusions. Mais il existait deux obstacles majeurs : le premier qui était que les médecins oubliaient d'inclure les patients, et le second qui était que réaliser un entretien téléphonique de trente minutes était très difficile car il est difficile de trouver un créneau horaire où le patient et l'interrogateur étaient tous deux disponibles et de plus l'entretien a été écourté par la patiente qui l'a trouvé beaucoup trop long. Ce qui explique que seulement une patiente a été incluse et que ce mode d'inclusion n'a pas été poursuivi.

Les entretiens ont eu lieu du 1^{er} aout au 30 octobre 2009 soir trois mois et tous les patients répondant aux critères prédéfinis présents en médecine interne, hôpital de semaine de diabétologie dans cette période ont été inclus.

Soit 22 patients (23 en comptant la patiente incluse via la consultation et avec entretien téléphonique).

Les entretiens sont devenus relativement redondants à partir de 16 à 17 patients inclus. Ils ont néanmoins été poursuivis afin d'avoir plus de sujets (et ainsi de coller aux objectifs de ma fiche de thèse) mais également pour voir si ces entretiens recoupaient les précédents. Ce qui était le cas. Les entretiens auraient donc pu se terminer au patient 17 sans que les données recueillies en soient modifiées.

Je n'avais pas exclu initialement la possibilité de réaliser mon étude sur une cohorte plus nombreuse et une durée d'étude plus longue, par exemple de 6 mois, mais en raison de cette redondance je n'ai pas cru justifier de poursuivre au delà de trois mois et de 23 patients.

2/

La population ainsi recueillie avait les caractéristiques suivantes :

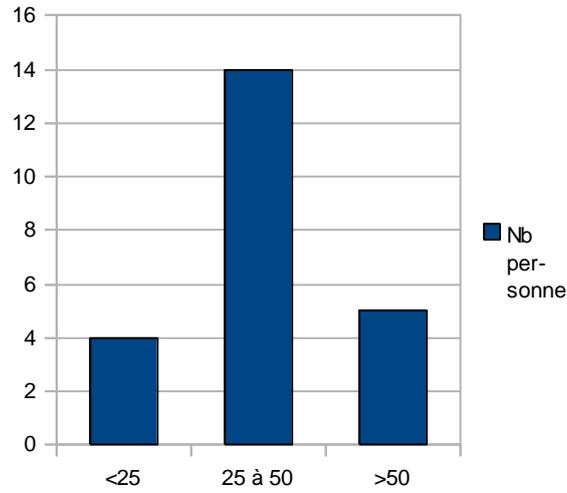
SEXE RATIO à 1. 11 femmes et 12 hommes ont été entendus.

AGE compris entre 18 et 71 ans. Moyenne d'âge à 42,18 ans.

4 sujets avaient moins de 25 ans

14 entre 25 et 50

5 plus de 50 ans



ORIGINAIRE de 11 pays d'Afrique de l'ouest.

- 6 Sénégalais
- 5 Ivoiriens
- 3 Maliens
- 2 Béninois
- 1 Burundais
- 1 Guinéens
- 1 Bissau-Guinéens
- 1 Mauritanien
- 1 Burkinabe
- 1 Togolais
- 1 Libérien



- Sénégalais
- ivoiriens
- malien
- béninois
- burundais
- guinéen
- bissau guinéen
- mauritanien
- burkinabe
- togolais
- libérien

AYANT MIGRE EN FRANCE entre 1 an et 66 ans.

5 ont migré dans l'enfance

3 ont migré après 60 ans

les autres patients ont migré entre 20 et 50 ans.

1 patient est né en France

LA DUREE DE SEJOUR SUR LE SOL FRANCAIS est en moyenne de 13,1 ans.

Seul 1 des patients était un migrant de fraîche date : 7 mois sur le territoire

4 patients étaient en France depuis 5 ans ou moins.

2 patients de puis 5 à 10 ans.

Et les autres patients, soit 17 patients, étaient en France depuis 10 ans et plus.

SUR UN PLAN SOCIAL

8 patients étaient isolés de leur famille dont 3 qui vivaient en foyer.

La proportion des patients travaillant n'a pas été comptabilisée précisément.

Néanmoins tous les hommes en âge de travailler avaient un emploi et seulement 4 des femmes.

SUR UN PLAN LINGUISITQUE

Seuls trois patients n'étaient pas francophones. Un homme originaire du Libéria était anglophone, l'entretien s'est déroulé en anglais sans frein important dû à la langue.

Deux femmes parlaient seulement leur langue maternelle et non le français. Une

arrivée à un âge supérieur à la retraite et vivant seulement dans un milieu africain

n'avait pas l'usage du français et la seconde bien que plus jeune ne travaillant pas,

parlait peu le français, l'entretien s'est déroulé avec l'aide des familles qui ont assuré la

traduction.

On voit que l'échantillon recueilli est une population mixte, jeune et en âge de travailler.

La migration est majoritairement choisie à l'âge adulte, avec semble t il, des raisons professionnelles pour les hommes (les études en France ou le travail en France est la principale raison invoquée par les patients masculins) et pour les femmes une migration souvent due au regroupement familial (1ère raison évoquée), avec une durée de séjour en France longue ayant permis au patient d'observer, et d'essayer, les normes alimentaires françaises.

Sur un plan social la grande majorité des patients est intégrée dans une cellule familiale avec ce que cela comporte de difficultés pour l'alimentation du diabétique (le partage du repas, moment de convivialité, dont il peut être difficile de s'exclure en se préparant un repas à part).

5.3. Les données recueillies

5.3.1. **Alimentation traditionnelle versus alimentation française**

Une des premières questions posées était de savoir si les patients mangeaient des repas majoritairement « traditionnels » c'est à dire avec des recettes et des plats d'Afrique de l'ouest, ou plutôt des repas qualifiés de français.

Cette question a été très bien comprise des patients et aucun d'entre eux ne m'a demandé ce que j'entendais par traditionnel ou par français. Ce qui tend à prouver que pour eux la dichotomie était claire.

Sur l'ensemble des patients interrogés seuls deux patients mangent des repas « français » et quatre patients ont une alimentation mixte, c'est à dire français sur le lieu de travail à la cantine et africains en famille.

17 patients avaient donc une alimentation exclusivement africaine. Soit une majorité des patients. Le modèle alimentaire traditionnel semble bien ancré dans l'esprit des patients et ce malgré leur immigration et leur intégration à la population française. C'est une cuisine très appréciée, décrite comme très différente de la cuisine française, elle est perçue comme plus savoureuse avec plus de sauces, de viande et de goûts. Mais les patients la qualifient spontanément de plus grasse et moins saine.

Les deux patients mangeant français sont deux hommes isolés, ne cuisinant pas et ne vivant pas en foyer. En fait ils disaient manger français car cela était plus simple. Ils mangeaient à la cantine de leur lieu de travail et le soir un plat tout prêt ou un plat unique type steak pâtes ou crudités grillade. Pour eux la cuisine africaine consistait en

des plats à l'élaboration longue et avec des proportions trop importantes pour une personne seule. Ils étaient plutôt nostalgiques de cette cuisine et disaient manger français par facilité

Les deux personnes qui mangeaient mixte était deux hommes vivant un en famille, l'autre en foyer. Ils mangeaient à la cantine le midi et le soir retrouvaient une alimentation traditionnelle soit au sein de leur famille soit au foyer.

En fait, il existe un système permettant, au foyer, de prendre des repas traditionnels sans que les hommes aient à cuisiner. La cuisine est à disposition des familles et membres du foyer. Les personnes qui y résident donnent une cotisation aux femmes responsables de la cuisine. Cette cotisation couvre l'achat des aliments et la cuisine est réalisée par les femmes. Les femmes cuisinent pour leur famille et en plus pour les hommes ayant donné de l'argent. Ce service est rendu contre émoluments, ou non si parenté ou manque de revenu, le plus souvent et permet aux hommes isolés de prendre des repas qu'ils considèrent comme rassasiant. Car en Afrique la cuisine n'est pas une affaire d'hommes. Et les hommes ne savent pas cuisiner et considèrent ça comme peu digne.

Par ailleurs des portions peuvent aussi être achetées par des personnes de l'extérieur. Africains isolés ou français curieux.

5.3.2. Le petit déjeuner

Le petit déjeuner est un repas peu différent du petit déjeuner français.

C'est un repas considéré comme important et majoritairement pris. Peu de patients sautaient le petit déjeuner ; une le prenait sur son lieu de travail de façon

tardive et seul un patient ne prenait pas du tout.

Pour tous les patients interrogés il comporte une boisson chaude. Café au lait pour la majorité. Thé pour deux femmes, café noir pour un homme et chocolat au lait pour deux hommes.

Aucun patient n'a reconnu l'usage de sucre. Tous ont dit utiliser des sucrettes ou boire sans sucre. Il existe probablement une consommation non reconnue de sucre ; les patients interrogés se sont probablement autocensurés afin de donner une bonne réponse à un examinateur médecin.

Il y a également toujours un sucre lent. Le pain est l'aliment très majoritaire. Toujours de pain blanc. Le pain complet ou de seigle est non utilisé ; peu connu et peu apprécié. Pour tous les patients le pain c'est la baguette.

En des proportions plutôt copieuses allant de $\frac{1}{2}$ à 1 baguette ; pour environ un patient sur deux $\frac{1}{2}$ baguette. Pour les hommes travaillant 1 baguette.

Un patient prenait des céréales le matin et un des viennoiseries industrielles.

L'utilisation des biscottes est rare, 8% des personnes interrogées.

Alors que le pain est très répandu l'utilisation de la confiture est marginale : 3 patients.

Le miel n'a jamais été cité.

Le beurre est plus couramment employé.

Le fromage à tartiner (vache qui rit) est employé par 2 patients.

Le Nutella est utilisé sporadiquement par tous les patients de moins de 25 ans.

Plus surprenant une patiente disait mettre de la mayonnaise sur son pain.

Il semble donc que l'usage de la matière grasse soit plus courant que celle des produits sucrés.

Les fruits frais sont peu consommés. Aucun patient ne dit en prendre de façon régulière le matin et 5 en prennent parfois (2 à 3 fois par semaine).

Les jus de fruits n'ont jamais été cités pour le petit déjeuner.

Les yaourts ne sont consommés le matin par aucun des patients interrogés.

Aucun des patients ne mange au petit déjeuner de charcuteries, œufs ou autres produits carnés. Le petit déjeuner à « l'anglaise » est inconnu.

5.3.3. Le déjeuner

Le déjeuner est pris au travail ou en famille.

Pour les personnes qui travaillent deux systèmes cohabitent. Soit la restauration collective, avec des repas standardisés, de collectivité, tels que nous les connaissons tous et qui représentent les mêmes écueils pour le diabétique français ou africain, soit le portage d'un repas du domicile.

La cantine était le mode de restauration de 6 patients, dont 2 en cantine scolaire.

Deux des patients dans ce cas disaient « essayer de faire une repas équilibré », c'est à dire crudités en entrée, puis poisson ou viande accompagnés de légumes, avec un morceau de pain puis un yaourt ou un fruit.

Trois essayaient de reproduire un schéma traditionnel c'est à dire pas d'entrée mais une volumineuse assiette de féculent (riz le plus volontiers) avec de la viande ou

du poisson en sauce, sans pain, avec fruit ou yaourt en dessert. Ils disaient y réussir le plus souvent (environ 3 repas par semaine).

La volonté de reproduire le modèle traditionnel en cantine traduit le profond attachement des patients à leur cuisine.

Le dernier patient, un jeune homme, disait faire moitié cantine moitié fast food de type kebab ou Mac Donald, faisant fi de toute notion de régime au profit d'une intégration forte à son groupe d'amis, ce qui est plutôt fréquent chez les adolescents.

La solution d'apporter du domicile un repas était choisi par 9 patients. Leur « gamelle » se composait alors invariablement de « riz sauce »

En fait, c'est le plat de base de l'alimentation traditionnelle en Afrique de l'ouest. Il s'agit d'une assiette de riz blanc, long grain ou cassé, cuit dans de l'eau bouillante salée, nappé d'une sauce composée de tomates en boîte, oignons, carottes, parfois gombo, et des morceaux de viande (bœuf, mouton ou poulet) ou de poisson blanc cuit avec des matières grasses végétales, huile d'arachide, de palme, ou beurre de cacahuète, et longuement mijoté après ajout de bouillon.

La viande n'est pas considérée comme un aliment mais comme un composant de la sauce. Cette sauce nappe le riz. Le riz est en volume très supérieur à la sauce. En général une assiette bien pleine de riz et une à deux louchées de sauce.

Le riz, aliment peu onéreux et rassasiant, mais peu goûteux, est donc judicieusement accompagné d'une sauce « goût » viande ou poisson, réalisée avec très peu de protéines animales onéreuses. C'est un plat peu cher, très apprécié, avec un nombre infini de variantes sur la même base, dont le traditionnel mafé en passant par

des recettes plus familiales et personnelles.

Il est à noter qu'en cas de revenu inattendu ou exceptionnel ou en cas de fête, le riz n'est pas remplacé par un aliment plus cher, comme l'igname ou le manioc, mais c'est la proportion de viande qui est augmentée. Un plat « cher » est un plat avec plus de viande donc plus de graisse et tout autant de riz. Un aliment plus rare comme des frites de bananes plantains est parfois ajouté mais complète le riz et ne le remplace pas

Les graisses sont panachées afin de donner du goût. Huile d'arachide neutre pour faire revenir la viande ou le poisson puis ajout en fin de cuisson de graisse aromatique, en général huile de palme ou beurre de cacahuète. La quantité de graisse peut être très importante surtout si une viande grasse est utilisée. Un patiente m'a dit utiliser un quart de litre d'huile d'arachide et une demi boîte de beurre de cacahuète lors de la réalisation de son mafé.

Pour le patient diabétique ce plat est problématique ; féculent en quantité importante, graisses abondantes, peu de légumes, peu de viande.

En effet une grosse assiette de riz représente 300g environ de riz cru selon la taille de l'assiette. Le riz comptant 354 calories au 100g selon les tables caloriques et 79 g de glucides au 100g, une assiette de 300g totalise 1062 calories et représente un apport de 237 grammes de glucides, soit plus que la portion journalière conseillé lors des régimes diabétiques élaborés par les diététiciennes, qui est de 220g. Sur le site novodiet.com à la rubrique cuisine africaine, on trouve une recette de sauce allégé en graisse. Cette recette « sauces aux feuilles de patate douce », disponible en ligne, compte 509 kcal par portion dont 5g de glucide et 37g de lipides. Soit pour une assiette de riz et une portion de sauce 1571 kcal soit pratiquement les apports journaliers d'une

femme (1800kcal).

Le traditionnel Mafé totalise 920 kcal par portion avec 78 g de lipides 30g de glucides, avec le riz : 1982 Kcal et 267g de glucides. Les apports journaliers d'un homme sont couverts par une seule assiette.

Sur ce même site, il est estimé que les africains mangent entre 600g et 1kg de riz blanc par jour mais il n'est pas précisé si c'est cru ou cuit. Cette information recoupe mes données personnelles.

Ce plat est mangé sans pain et en plat unique.

Il est rarement suivi de dessert au déjeuner. Jamais de laitage et parfois un fruit de façon erratique (moins de trois fois par semaine) pour seulement 6 patients.

Parmi les patients que j'ai interrogés c'est le repas le plus décrit.

Tous les patients pensent à ce repas quand je leur dis « cuisine traditionnelle »

Un patient m'a dit manger à la place du riz une purée de manioc constituée de farine de manioc cuite avec de l'eau en alternance avec le riz quand du manioc était disponible et cuisiné par les femmes de son foyer, environ deux repas par semaine.

Un patient m'a dit prendre parfois de l'aloco (moins d'une fois par semaine) : banane plantain frites mijotés avec des tomates et du piment. Ce plat était préparé par son épouse pour lui faire plaisir c'était son plat préféré.

C'est également le repas décrit par les patients déjeunant au domicile.

Certains ont dit faire plus attention depuis qu'ils se savent diabétiques. 6 patients m'ont dit manger moins de riz. Mais la quantité demeurait importante : une demi

grosse assiette. Un patient m'a dit consommer du riz jaune depuis son diagnostic, car il avait la réputation d'être meilleur, moins sucré, pour les diabétiques. En fait, après m'être fait apporter le paquet de riz, il s'agissait d'une variété de riz dont la richesse en sucre est la même qu'un riz blanc.

4 femmes m'ont dit mettre moins de graisse depuis le diagnostic, une m'a dit avoir arrêté le mouton et deux patients m'ont dit ne pas aimer le beurre de cacahuète et ne pas en employer.

Aucun patient ne m'a dit mettre plus de légumes, notamment de légumes verts. Cette solution n'a pas été envisagée alors qu'elle permet de garder un gros volume de sauce tout en diminuant notablement les calories. Cela traduit le peu d'habitude des légumes cuits dans la cuisine africaine. Les légumes cuits ne sont jamais consommés tels quels mais plutôt comme des condiments rehaussant la texture ou la saveur de la sauce. L'exemple parfait est la purée de tomate, cet élément est essentiel à la texture et au goût de la sauce, mais aucun des patients n'imaginerait de manger des tomates cuites au four.

5.3.4. Dîner

Le dîner est pris en famille ou au foyer.

Pour ce qui est du dîner, la moitié des patients m'a dit refaire le même repas que le midi.

En général la sauce est préparée en quantité abondante et plusieurs repas sont réalisés avec la même sauce.

L'autre moitié des patients décrivait des repas plus variés.

Pratiquement toutes les femmes déclarent manger des crudités le soir en entrée. Suivi de riz sans sauce pour quatre d'entre elles, et crudités en plat unique pour deux jeunes femmes.

Les mères de jeunes enfants disaient réaliser parfois des repas de type « steak purée » ou « bâtonnet de poisson frites » afin de réaliser un menu pour toute famille.

Les hommes avaient une préférence marquée pour le riz sauce. Ceux qui vivaient en foyer comme ceux qui vivaient en famille.

Les hommes isolés préparaient des plats tout prêts ou des repas « français ».

Certains patients m'ont dit manger de la soupe (3).

Peu m'ont dit manger des yaourts le soir (9). Quelques uns (3) alternent yaourt et crème dessert sans bien faire la distinction. Aucun ne mange de fromage de façon régulière. Un patient boit un mélange de yaourt lait concentré sucré et lait pris en commun avec d'autres hommes de son foyer et considéré comme un laitage traditionnel mais dont je n'ai pas retrouvé trace dans mes entretiens ou dans les livres de cuisine africaine.

Une majorité prend un fruit au dessert (17).

Deux m'ont dit prendre des thés sucrés en sortie de table.

5.3.5. Le grignotage et les en cas

Tous les hommes ont dit ne jamais grignoter, même les adolescents.

6 femmes ont avoué grignoter dans l'après midi. Des produits sucrés systématiquement des biscuits, des céréales ou des fruits, frais ou secs.

Le goûter est peu répandu. Les deux adolescents faisaient un goûter de façon régulière avec des viennoiseries industrielles ou des barres chocolatées ou céréalières. Aucun des hommes n'a dit en faire. 3 femmes prenaient des goûters régulièrement dont une qui grignotait également et une qui était enceinte et goûtait seulement depuis le début de sa grossesse.

Aucun des patients ne prenait d'en cas à onze heures et aucun en post prandial le soir.

5.3.6. Alcool

Seulement 8 patients consommaient de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière.

3 femmes et 5 hommes.

Tous consommaient de la bière.

4 hommes m'ont dit boire parfois des apéritifs ou des alcools forts lors d'occasions types invitation ou soirée entre amis. Le whisky est souvent cité mais également le gin.

A noter que seulement 2 patients m'ont dit consommer du vin régulièrement. C'est une proportion très faible au regard de la consommation de vins en France. Il n'existe pas de tradition viticole en Afrique de l'ouest et les patients n'ont pas d'« éducation » vis à vis du vin.

La bière, qui est produite en Afrique et qui peut être consommée comme un rafraîchissement, est beaucoup plus coutumière aux patients

L'alcool pose le problème de l'interdit religieux pour les patients musulmans. La religion musulmane est implantée dans de nombreux pays d'Afrique de l'ouest elle est la religion majoritaire cf carte

5.3.7. Boissons sucrées

Dans la liste des aliments posant problèmes aux patients diabétiques Africains, des éléments fréquemment cités sont les boissons sucrées, de type soda ou boisson à base de jus de fruits concentrés (oasis ou autres). Ces boissons sont abondamment consommées par les Africains en France. En Afrique elles sont synonymes de fêtes et de convivialité. En raison de leur coût elles sont servies lors de grands événements en apéritifs, en accompagnement du plat et en dessert. Elles sont valorisées.

Dans la cuisine traditionnelle qui a peu de notes sucrés elles apportent un plus.

En France elles sont peu onéreuses et se trouvent dans tous les magasins. Elles sont largement consommées.

Les patients diabétiques interrogés identifient tous les sodas comme problématiques. Plus de la moitié doutent pouvoir consommer des boissons lights aux édulcorants, pour eux le goût étant sucré le produit n'est pas identifié comme un produit de régime. Ces patients disent consommer des sodas de façon occasionnelle pour les fêtes ou le week end.

Par contre, les boissons à base de fruits sont perçues comme moins nocives. Elles bénéficient d'une image santé. Elles sont plus facilement consommées.

Les adolescents et les jeunes femmes avaient très bien intégré la notion de boissons lights et consommaient du cola light ou zéro. Mais les jus de fruits porteurs

d'un message « santé » n'étaient pas pour eux équivalents aux sodas et ils en buvaient parfois avec moins de scrupule qu'une autre boissons sucrée.

Les boissons lactées de type YOP étaient fréquemment bues par les jeunes gens avant le diabète mais tous y avaient renoncé depuis le diagnostic car boissons justement perçues comme trop sucrées et contraires au régime.

5.3.8. Aliments sucrés de types gâteaux viennoiseries bonbons

Ces aliments sont absents de l'alimentation traditionnelle.

Néanmoins en France les Africains les consomment.

Ces aliments sont identifiés par tous les patients comme nocifs pour le diabète.

Néanmoins les deux adolescents disent manger régulièrement des viennoiseries industrielles et des barres chocolatées ou céréales bien qu'ils savent faire là une entorse au régime.

4 femmes disent manger des gâteaux secs dans l'après midi ou des chocolats.

Les hommes disent manger parfois des viennoiseries le week end mais jamais de gâteaux ou confiseries.

Les bonbons ne sont jamais cités comme problématiques, ils sont visiblement très peu consommés.

Les confitures et le miel ne sont qu'exceptionnellement consommés. Peu de patients en prennent au petit déjeuner. C'est un point très différent de l'alimentation française.

Le Nutella est parfois consommé par les plus jeunes mais de façon sporadique.

5.3.9. Les fruits

Les fruits ne sont pas des aliments perçus comme devant faire l'objet d'une limitation pour un diabétique. Ils sont consommés sans restriction par de nombreux patients. Les fruits exotiques sont jugés trop chers et moins bons qu'au pays : les patients mangent principalement des pommes et des oranges. Parfois des bananes. Mais plus volontiers dans un plat que comme fruit.

Les compotes et purées de fruits ne sont pas consommées

5.3.10. Les laitages

Ils sont peu consommés. Les apports de calcium sont insuffisants pour tous les patients.

Le fromage n'est jamais consommé. Quelques patients mangent des fromages fondus type vache qui rit (3 patients en mangent parfois, 1 quotidiennement).

Les yaourts et fromages blancs sont considérés comme mauvais pour un diabétique. Ils sont limités par les patients. En fait ces produits ne sont pas consommés nature dans les habitudes africaines mais toujours aromatisés ou sucrés ou sous forme de crème dessert (assimilée au yaourt).

Ils sont donc logiquement perçus comme des « sucreries » et évités par les patients.

Les quelques patients auxquels j'ai parlé de yaourt mangé sans sucre ont paru réticents.

5.3.11. Le repas idéal

A la question « décrivez moi le repas idéal d'un diabétique » les patients interrogés étaient désemparés.

La question était mal comprise. Elle nécessitait pas mal d'éclaircissements. Souvent les patients comprenaient que je leur demandais leur menu favori ou leur repas de fêtes, pour eux un repas idéal, et pas du tout un repas modèle au niveau diététique.

C'est la question qui a le plus posé problème du questionnaire, ce que je n'imaginai pas du tout.

Une fois la question comprise certains patients (4) ont répondu qu'ils ne savaient pas. Et même aidés avec des exemples d'aliments, ils ne savaient toujours pas.

Les autres m'ont tous répondu : équilibré, pas trop de sucres, sain, etc... bref des généralités. Quand je leur ai demandé de me citer un menu : avec ou sans légume, avec ou sans riz, viande ou poisson... ils ont tous eu besoin d'une assez longue réflexion.

Improductive dans une moitié des cas. Ils se contentaient d'acquiescer à toutes mes propositions.

L'autre moitié a pu citer la nécessité d'avoir toujours un féculent, des légumes, de la viande ou du poisson (plutôt du poisson en général) et un fruit. Pas de laitage cité, ni de proportion, et jamais ils n'ont parlé de la boisson, ils n'ont pas dit s'ils prenaient ou non du pain.

Si je les questionnais de façon ciblée : les proportions étaient toujours aussi floues : aucun ne m'a indiqué de poids ou de nombre de cuillères de féculents, ou de

viande.

Ils ne savaient pas s'ils prenaient ou non du pain.

Et en insistant sur les laitages 1 a dit prendre un yaourt.

Une seule patiente m'a décrit un repas de façon très soignée : « assiette divisée en trois une partie viande ou poisson, une partie riz ou pain et une partie légumes. Une cuillerée à soupe de graisse. Un yaourt nature. Une pomme. De l'eau. » Mais pour me dire tout de suite après qu'elle, elle n'y arrivait jamais car elle aimait trop le riz sauce, les bananes, les cacahuètes... et qu'au final elle ne savait pas quoi faire et continuait à manger comme avant !

5.3.12. Au final

Ce qui frappe c'est l'attachement des patients à leur cuisine traditionnelle. Les patients diabétiques mangent comme les autres africains de l'ouest et adaptent très peu leur alimentation à leur pathologie

C'est une alimentation trop riche en sucre lent et trop calorique.

Les légumes y sont insuffisants.

Le régime est trop riche en graisse ; sauce, huile...

La ration calorique d'un riz sauce est d'environ 1600 à 2000 kcal pour une portion d'une assiette. Dont 280g de glucides en moyenne.

Certains aliments sont victimes de fausses croyances tenaces : les boissons aux fruits sont considérées comme anodines, les laitages sont évités par les diabétiques, les graisses ne sont pas considérées comme à limiter...

Les sucres rapides et l'alcool sont peu consommés par rapport à la population française mais beaucoup plus qu'en Afrique.

Néanmoins les patients ajoutent à leur alimentation typique des produits occidentaux problématiques à type de viennoiseries et boissons industrielles à base de fruits inexistants dans le régime traditionnel Africain. Les jeunes patients sont plus sensibles à l'influence de la cuisine occidentale et du fast food.

Les patients ne savent pas comment équilibrer leur alimentation. Ils ignorent bien souvent les proportions conseillées pour les sucres lents et les graisses.

Les notions de diététique sont inexistantes.

6. Conclusion

Cette thèse a été réalisée à l'hôpital Delafontaine à St Denis sur une durée de trois mois pendant l'été 2009 auprès de 23 patients originaires d'Afrique de l'ouest.

La population interrogée est une population mixte, jeune et active, composée majoritairement de migrants de première génération.

A la lecture des résultats on peut conclure :

1/ A un fort attachement à l'alimentation traditionnelle

En effet c'est le schéma alimentaire de référence de la très grande majorité des patients qui ont peu intégré les normes et goûts français. C'est un modèle fort et très ancré malgré le déracinement. Il est partie intégrante de la culture des migrants.

2/ A une méconnaissance de la diététique

Les Africains n'associent pas aux aliments des qualités nutritionnelles et des calories, mais des valeurs culturelles, de convivialité, et de carburant pour le travail physique. Ils privilégient les goûts marqués et les saveurs riches à l'équilibre alimentaire.

L'équilibre alimentaire est une notion au mieux floue, au pire inexistante.

A la différence de la France, où les calories et les compositions des aliments sont une préoccupation actuelle pour beaucoup de « mangeurs », cette notion désintéresse les Africains.

On peut penser qu'en Afrique, pays de famine plus que de cocagne, il n'y a pas lieu dans le mode de vie traditionnelle, où l'exercice physique est intense et la nourriture peu disponible, de s'inquiéter des calories. Le Kwashioror et la nutrition étant jusqu'ici un problème plus répandu que le diabète ou les maladies cardiovasculaires, même si l'occidentalisation du mode de vie feront, sous peu, des ces pathologies des problèmes de santé publique en Afrique. Souvent il n'y a qu'un repas journalier, il faut qu'il soit riche et consistant.

Et les migrants qui ont un accès facile et abondant à la nourriture, suivent les mêmes recettes et font des repas riches et hypercaloriques à chaque repas.

Le régime diabétique n'est pas suivi non pas par négligence ou désintérêt mais surtout par méconnaissance.

3/ A des difficultés pour suivre un régime diabétique normocalorique

La prégnance du modèle alimentaire africain conjugué à un désintérêt de la diététique rend difficile les changements alimentaires.

Les patients respectent peu le régime diabétique. Ils mangent « comme tout le monde ».

Ils ne savent pas arranger les recettes traditionnelles pour les rendre nutritionnellement acceptables pour un diabétique.

Les repas cités en modèle par les diététiciennes ou les médecins ne sont pas suivis sur le long terme car ne correspondent pas à leurs standards.

De plus, en Afrique le repas se prend en commun et il semble difficile de prendre un repas à part. Il faudrait donc que toute la famille suive des recettes de sauce allégée

: les non diabétiques pourraient prendre plus de riz et les diabétiques surveiller les proportions de riz.

Cela impliquerait que les femmes changent leurs habitudes culinaires lors de la réalisation des plats. C'est parfaitement illusoire en foyer, un peu plus concevable au domicile. Mais on se heurterait peut être à un souci de dynamique familial : en effet les époux de femmes diabétiques refuseraient probablement de manger une nourriture considérée comme de « malades » et les femmes d'hommes diabétiques seraient sûrement réticentes à donner à leurs enfants une nourriture moins riche et adaptée au régime de papa.

La diététique étant méconnue l'intérêt d'équilibrer les plats mis en balance avec les changements des habitudes quotidiennes, le bousculement des croyances traditionnelles et l'accroissement du poste budgétaire alimentaire (diminution du riz, augmentation des légumes et de la viande ont un coût) semble peu favorable.

Si l'intérêt d'équilibrer les plats pour toute la famille, et pas seulement pour les diabétiques, nous paraît clair, c'est loin d'être évident pour les migrants.

Il faudrait évaluer l'intérêt et les modalités d'une campagne de sensibilisation auprès des migrants sur l'alimentation, les catégories d'aliments, les nutriments...

Une telle mesure ne serait pas souhaitable que pour les diabétiques mais bien pour toute la communauté car le risque cardiovasculaire, l'hypertension artérielle, l'obésité sont des problèmes de santé réels dans cette communauté. La prévention via l'hygiène alimentaire serait souhaitable.

7. Discussion

Sur un plan méthodologique plusieurs points me sont apparus comme problématiques.

Tout d'abord le fait que l'interrogateur soit un médecin. Les patients interrogés savaient tous que j'étais interne, soit parce que j'étais l'interne en charge de leur dossier, soit parce que je l'énonçais en me présentant.

Pour les patients le fait de savoir que j'étais médecin peut les conduire à modifier leur réponse ou à omettre certains détails. En effet, en tant que diabétiques, ils savaient tous devoir respecter un certain régime même si les règles de ce régime étaient floues. Lors de l'enquête alimentaire, les réponses étaient parfaitement libres et ils pouvaient donner des réponses qu'ils jugeaient comme plus correctes et plus adéquates.

Lors de la question sur les grignotages, très peu de patients ont reconnu grignoter et même en leur disant que je ne les jugerais pas et qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses, peu ont admis grignoter ou ont largement sous estimé leurs ingestats. Cette limitation touchait les aliments sucrés mais visiblement pas les fruits ni le riz ou le pain.

Le fait que je sois médecin modifiait leur réponse et introduisait un biais.

Un interrogateur neutre aurait en partie reçu des réponses différentes. Se pose le problème d'un interrogateur neutre mais avec quelques bases en diététiques. Une diététicienne n'aurait pas mieux convenu. Une possibilité aurait été de faire faire cet entretien par un médecin ou une diététicienne extérieure au service sans que les

patients sachent la fonction précise de l'interviewer.

Un questionnaire version papier n'était pas réaliste car beaucoup des patients comprenaient et parlaient le française mais une proportion non négligeable était analphabète.

Je pense néanmoins que ce problème a une répercussion limitée sur les données recueillies : le régime étant particulièrement flou pour les patients peu d'aliments étaient censurés et pas toujours à juste titre. De plus les questions du déjeuner et du dîner obtenaient des réponses assez spontanées et seule la question du grignotage ou goûter enclenchait une méfiance et une retenue immédiate. Visiblement goûter ou grignoter était perçu comme « mal » par les patients mais pas manger une assiette de riz ou 1 baguette au petit déjeuner. Je crois donc que à part pour le grignotage (qui a été largement sous évalué) le reste des réponses n'aurait probablement pas été modifié.

Autre biais celui de la population entendue. La population dyonisienne présente certaines spécificités. Le niveau socio économique est bas. Le chômage important. La précarité plus répandue que dans d'autres régions d'ile de France. Pour des raisons de faisabilité, l'entretien était unicentrique mais sélectionnait ainsi un certain type de population. Interroger les africains de l'ouest travaillant comme cadre dans les ambassades aurait peut être modifié les résultats. Néanmoins en l'absence d'autres études de ce type dans d'autres hôpitaux et d'autres populations la comparaison de données n'est pas possible.

Par ailleurs la population interrogée reflète malheureusement une réalité économique, celle de la précarité et des faibles revenus, qui concerne une grande partie des migrants africains.

De plus comme nous l'avons vu dans le chapitre immigration, la Seine Saint Denis est un bassin de migration pour les Africains de l'ouest et l'hôpital Delafontaine, où a eu lieu le recueil de données de ma thèse, est au cœur de ce bassin. En cela on peut penser que la population est assez représentative de la population Africaine en France.

Il serait néanmoins intéressant de disposer de données dans d'autres hôpitaux de Paris intra muros ou marseillais, autre bassin de migration d'Afrique de l'ouest.

Une donnée parcellaire retrouvée dans un article de JF Gauthier « comment je prends en charge un diabète du sujet noir » fait état, en une phrase, que un peu plus de 80 % des patients mangent une cuisine traditionnelle. Les données sont non publiées et le descriptif des plats n'est pas mentionné.

En analysant le recueil de données j'ai réalisé que je n'avais pas demandé leur profession aux patients. Pour être allée consulter les dossiers un patient était cadre, 9 étaient agents de nettoyage, les deux jeunes hommes étaient lycéens. Je ne sais pas quelle proportion de patients était sans emploi ni le nombre de femmes au foyer.

Cet oubli dans mon questionnaire, même s'il n'introduit pas de biais, est un peu dommageable. En effet le niveau socio économique a un retentissement sur l'alimentation et sur la compréhension du régime. Le niveau de revenu conditionne le budget disponible pour le poste alimentation. Les patients faisant un travail physique ont de plus besoin d'une ration calorique différente et perçoivent l'alimentation comme un carburant nécessaire pour leur travail et de ce fait ont plus de mal à suivre un régime perçu comme entravant leur travail et diminuant leur énergie. Les patients n'ayant pas de diplôme et/ou analphabètes n'ont pas accès aux informations sur la

nutrition et le régime.

La connaissance et la compréhension du régime diabétique sont plus aisées pour les patients de classe socio économique moyenne à élevée. Néanmoins la connaissance de ce régime ne veut pas nécessairement dire que celui ci est appliqué. Mais il est probable que la classe socio économique modifie l'adéquation aux règles hygiéno diététiques.

Là encore la population entendue est probablement un bon reflet du niveau socio économique moyen des migrants africains de l'ouest.

Mais cette donnée lacunaire, bien qu'intéressante, ne modifie pas pour moi la teneur des résultats.

Pour ce qui est données alimentaires, en compulsant des articles sur l'alimentation africaine, il est apparu que dans de nombreux pays Afrique, les repas pris en commun le sont dans un plat commun, où chacun se sert. Il n'y a pas d'assiette. C'est surtout vrai dans les zones rurales et dans certains pays notamment en Mauritanie et au Mali. Dans les zones urbaines et au Sénégal et en Cote d'Ivoire, les assiettes sont d'usage très répandu.

Mais dans le questionnaire cet aspect a été totalement omis. La question de savoir si le repas était portionné en assiette, ou si les patients se servaient à la cuillère ou à la main dans un plat commun, a été omis. Non seulement j'ai oublié de demander, mais plus surprenant, les patients ne l'ont pas non plus mentionné. Deux hypothèses :

1/ pour les patients le récipient dans lequel ils mangeaient été évident. Comme pour nous les français il est évident qu'on mange dans une assiette, pour les patients il

est peut être évident qu'ils mangent dans une assiette, ou au contraire, dans un plat.

2/ le récipient n'était pour eux pas un élément important du repas rejoignant le dicton « peu importe le flacon pourvu qu'on ait l'ivresse », seuls comptaient pour eux les aliments composant le repas.

Mais ce problème du plat commun pose un réel problème de proportion. Il est beaucoup plus difficile d'estimer la portion ingérée, et donc les calories ou les grammes d'hydrates de carbones, quand on mange directement dans un plat commun.

La notion de se « resservir » est inexistante avec un plat commun.

Prendre un repas dans un plat commun ne modifie pas le menu mais peut faire varier beaucoup les proportions.

Cette omission ne change pas les données du recueil alimentaire mais beaucoup les proportions et les calories.

Il est intéressant de le savoir mais pas indispensable.

Autre point ; les patients sont visiblement peu formés sur la diététique. Ils ignorent les bases, ils n'ont aucun modèle d'un repas structuré. J'aurais pu leur demander s'ils estimaient avoir été formés, si un médecin leur avait expliqué ce qu'ils devaient manger ou les aliments qu'ils devaient limiter, ou mieux s'ils avaient bénéficié d'une consultation avec une diététicienne.

J'aurais ainsi pu savoir s'ils étaient totalement naïfs en diététique ou si la diététique avait été abordée mais incomprise.

Néanmoins l'objet de mon étude n'était pas d'étudier l'impact des cours de diététique en comparant deux groupes de patients : un groupe naïf et un groupe

éduquée. Donc même s'il aurait été intéressant de savoir si les notions diététiques avaient été abordées, par qui et comment, afin de voir l'impact sur les patients, ce n'est pas un point nécessaire pour cette thèse. Ce point pourrait être l'objet d'une autre étude visant à évaluer l'impact des cours et des consultations de diététiques sur la population Africaine.

BIBLIOGRAPHIE

1 - Immigration

1 : Stamm A, L'Afrique de la colonisation à l'indépendance. 2ème édition. Paris : collection Que Sais Je ? : 2005

2 : Sénat. Ancien Sénateur III ème République, Louis Faidherbe. [en ligne] Disponible sur http://www.senat.fr/sen3Rfic/faidherbe_louis1391r3.html consulté le 11 février 2010

3 : Marc M. Et l'indépendance vient à l'Afrique. L'Histoire n°350. Février 2010.

4 : Mar F, Des Africains noirs en France, des tirailleurs Sénégalais au blacks. 1Ère édition. Paris : l'Harmattan. 1986

5 : Le Moigne G, Lebon A, L'immigration en France. 5^{ième} édition. Paris : collection Que Sais Je ? : 2002

6 : Tardieu M, Les Africains en France, de 1914 à nos jours. 1^{ère} édition. Paris. Edition du Rocher. 2006.

7 : Le Point. 1986 le premier charter d'immigrés clandestins est affrété par la France. [en ligne] Disponible sur <http://www.lepoint.fr/actualites-societe/2009-10-21/repere-1986-le-premier-charter-affrete-par-la-france/920/0/387658> consulté le 11 février 2010

8 : INSEE. Recensement de 1998. [en ligne] Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensements.htm> consulté le 2 février 2010.

9 : INSEE. Recensement de 2004. [en ligne] Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensements.htm> consulté le 2 février 2010.

10 : Sénat. Immigration clandestine : une réalité inacceptable, une réponse ferme juste et humaine. [en ligne] Disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r05-300-1/r05-300-1.html> consulté le 6 février 2010

11 : Wikipédia. Afrique de l'Ouest. [en ligne] Disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Afrique_de_l%27ouest consulté en juin 2009

12 : OECD, Rapport Afrique de l'Ouest 2007 2008 [téléchargeable] disponible sur www.oecd.org consulté en janvier 2010

13 : Atlas de l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest, Les évolutions du milieu : le climat. [en ligne] disponible sur <http://www.atlas-ouestafrique.org/spip.php ?article160> consulté en janvier 2010

2 - Diabète en Afrique

1 : Réseau des journalistes Africains contre le diabète, Afrique le diabète- mortel, peu financé et pas dépisté. [en ligne] Disponible sur <http://rejad.wordpress.com/> consulté en février 2010

2 : OMS, The Challenge of diabetes by 2030. [en ligne] Disponible sur <http://www.afro.who.int/en/media-centre/pressreleases/1950-the-challenge-of-diabetes-by-2030-.html> consulté en février 2010

3 : FID, Atlas du diabète 3ème édition. [en ligne] disponible sur <http://www.afro.who.int/en/media-centre/pressreleases/1950-the-challenge-of-diabetes-by-2030-.html> consulté en février 2010

4 : Diabète et culture, fascicule produit par laboratoire Takeda, données extraites du Comité médicale pour les Exilés observation portant sur 21 742 patients entre 2001 et 2007 étudiant le taux de diabète et maladie cardiovasculaire par pays origine

5 : Sobngwi E., Mauvais-Jarvis F., Vexiau P., Gautier JF, Mbanya J.C. Diabetes in African part 1 epidemiology and clinical specificities. Diabetes Metab 2001, 27, 628-634

6 : Destination Santé, Diabète : Moyen Orient et Afrique dans l'œil de l'épidémie. [en ligne] 2007 disponible sur <http://www.destinationsante.com/Diabete-Moyen-Orient-et-Afrique-dans-l-oeil-de-l-epidemie.html>

7 : Réunion régionale de la Fédération Internationale du Diabète FID Afrique pour la Mise en oeuvre de la Résolution des Nations Unies sur le diabète (61/225) en Afrique. 19 décembre 2008, Nairobi, Kenya. [téléchargeable] www.fidafrique.net

8 et 11: Sobngwi E., Mauvais-Jarvis F., Vexiau P., Gautier JF, Mbanya J.C. Diabetes in African part 2 ketosis-prone atypical diabetes mellitus, Diabetes Metab 2002 [en ligne] www.em-consulte.com

9 : Winter WE, Maclaren NK, Riley WJ et al. Maturity-onset diabetes of youth in black Americans. N Engl J med 1987. 316. 285-291

10 : Belhaldi L, Chadli A, Bennis L, Ghomari H, Farouqui A. Diabète atypique avec tendance à la cétose ou diabète « africain » à propos de deux cas. Annales d'endocrinologie. 2007. 68. 470 474

12 : Gautier JF, Sobngwi E, Vexiau P. Comment je traite et prends en charge un diabète du sujet noir. [en ligne] disponible sur <http://journes.hotel-dieu.com/medias/Chap17.pdf> consulté en février 2010

13 : Gautier JF. les diabètes de type 1 non autos-immuns. Présentation Power Point 2007 [en ligne] disponible sur www.alfediam.org

14 : United Nations Fund Population, State Of World Populations 1999, [en ligne] disponible sur <http://www.unfpa.org/swp/1999/index.htm> consulté en février 2010

15 : FID, Diabetes Atlas 2nd edition. [en ligne] disponible sur <http://www.unfpa.org/swp/1999/index.htm> consulté en février 2010

3 - Alimentation en Afrique

1 : Novodiet, Généralités sur l'Afrique, [en ligne] disponible sur http://www.novodiet.com/af_gen.htm consulté en juillet 2009

2 : Muanza K. L'immigration Africaine en France : ses diversités et ses constances culturelles. Conférence du Casnav de l'académie de Paris avec le soutien du Fasnid, 22 janvier 2004

3 : Chastanet M. Le « sanglé », histoire d'un plat sahélien (Sénégal, Mali, Mauritanie)

In : Chastanet M., Fauvelle-Aymar F.-X., Juhé-Beaulaton D., Cuisine et société en Afrique, Paris, Editions Khartala, 2004, p 173 à 190

4 : Chrétien J.P, Le changement des habitudes alimentaires en Afrique : d'un bilan à l'autre. In : Chastanet M., Fauvelle-Aymar F.-X., Juhé-Beaulaton D., Cuisine et société en Afrique, Paris, Editions Khartala, 2004, p 17 à 23

5 : Novodiet, Recette du Foufou de manioc, [en ligne] disponible sur http://www.novodiet.com/recettes/af_plats_r3.htm consulté en juillet 2009

6 : La documentation Française, Afrique : les religions 2003, [en ligne] disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/cartotheque/religions-afrique-2003.shtml> consulté en mars 2010

7 : Villiers A., Delarozière M.-F., Cuisines d'Afrique, 1ère édition, Aix en Provence, éd Edisud, 1995

8 : Nutritions et endocrinologie, plaquette informative : approche anthropologique et nutritionnelle du diabète de type 2, Laboratoire Takeda, Paris, 2009

9 : Garine I de, Synthèse de la réunion, In Garine I. de, Les changements des habitudes et des politiques alimentaires en Afrique. Aspects des sciences humaines, naturelles et sociales, Paris, Publisud, 1991, p 15 à 54.

10 : hors série du monde, janvier 2010 les grandes civilisations, carte des Mac-Donald

Annexe A

Quels conseils donner à son patient ?

Voici quelques conseils simples pour vos patients diabétiques, Africains, permettant de corriger les plus grosses erreurs alimentaires

1- Pas de boisson sucrées.

Les jus de fruits sont des boissons sucrées ! Il faut boire de l'eau ou des sodas lights

2- Attention aux quantités

Le matin de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{3}$ de baguette

Le riz 6 à 8 cuillères de riz cuit par repas

3- Plus de légumes

Crudités en entrée ou légumes dans la sauce

4- Attention au gras

Vous pouvez manger de la sauce si elle a été cuisinée avec peu de graisse

Une cuillerée à soupe d'huile ou de beurre d'arachide par personne

La cuisinière doit mesurer l'huile de cuisson et pas la verser au juger

5- Pas de grignotage dans l'après midi

Mais si besoin un en-cas composé d'un fruit et d'un yaourt

Annexe B

QUESTIONNAIRE
DIABETE DIETETIQUE AFRICAINS DE L'OUEST

1/ Epidémiologie

âge <25 25/50 50/75 >75

sexe H F

pays origine :

date arrivée en France :

2/ Diététique - généralités

chez vous, qui cuisine ? Vous autres

la majorité des repas sont à base de plats ? Africains ou Européens

nombre de repas par jour :

collation goûter ? :

Grignotage ? :

Alcool ou non ? :

3/ Structure des repas

petit déjeuner

céréales combien type :

produits laitiers combien type :

fruit :

graisse :

sucres :

protides :

déjeuner

entrée :

plat structure protéine féculent légume :

graisse mode de cuisson :

pains ou non :

fromage ou yaourt :

dessert type de dessert :

café thé sucres :

collation

.....

diner

entrée :

plat ; protéines légume féculent :

graisse mode de cuisson :

pain :

fromage yaourt :

collation après diner

.....

4/ Repas idéal pour un diabétique, que prenez vous ?

entrée	<input type="checkbox"/>
plat	<input type="checkbox"/>
fromage laitage	<input type="checkbox"/>
dessert	<input type="checkbox"/>
pain pas pain	<input type="checkbox"/>

5/ Depuis que vous êtes diabétique qu'avez vous arrêté ou diminué ?

	Arrêté	Diminué
coca soda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonbons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fruits secs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
confiture miel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gâteaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beignets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
friture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yaourt nature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yaourt sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manioc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mouton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
porc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cacahouète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sauce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe C



Figure 1 - Carte Afrique de l'ouest

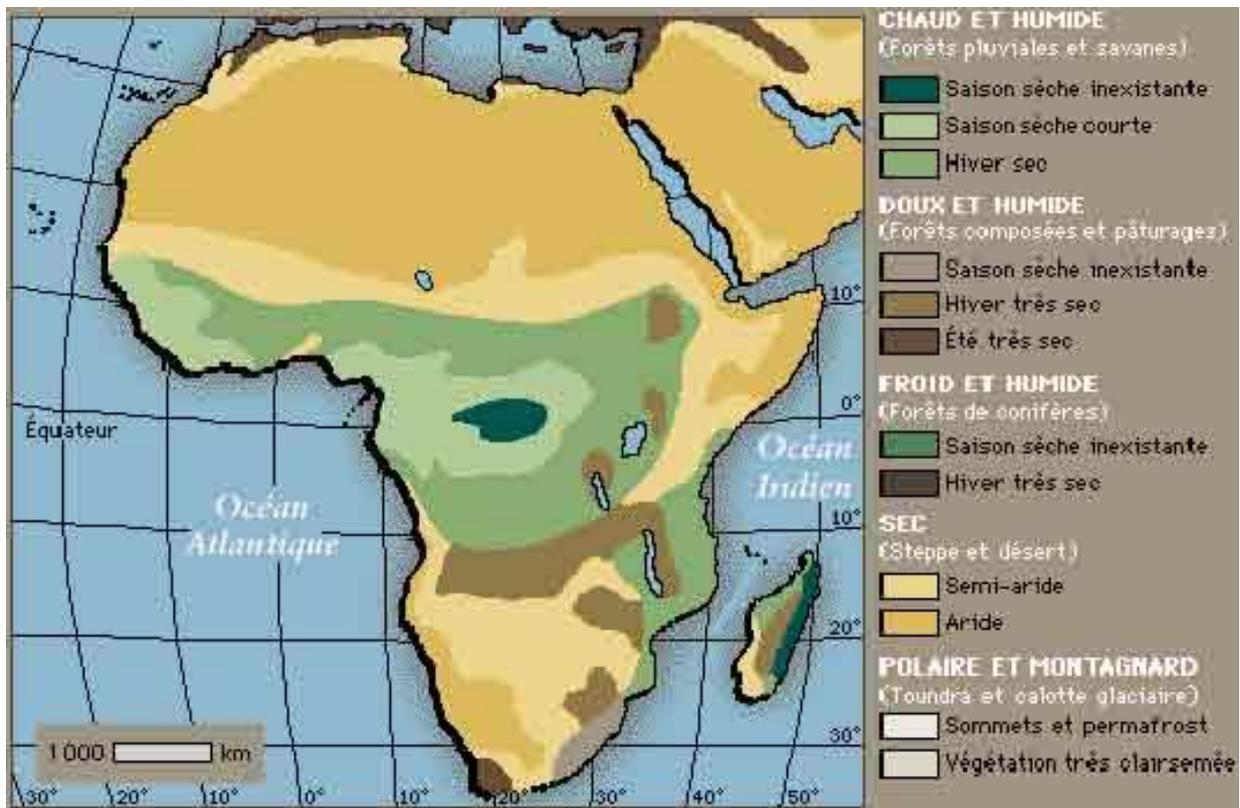


Figure 2 - Carte des climats en Afrique