

# ALIMENTATION DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 ORIGINAIRES D'AFRIQUE DE L'OUEST



## LEXIQUE

ETP : Education thérapeutique du patient

ASALEE: Activité de santé libérale en équipe

IDSP : Infirmière de santé publique

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

CMS : Centre municipal de santé

MHD : Mesures hygiéno diététique

ECG : Electrocardiogramme

RCVA: Risques cardio vasculaires associés

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction .....	4
L'association et le dispositif Asalee .....	5
Méthode .....	6
1. Organisation des repas au pays .....	7
1/ Le petit déjeuner	
2/ Le déjeuner et le dîner	
2. L'alimentation des Africains à Pantin .....	8
3. Les freins à une alimentation contrôlée .....	8
1/ Au travail	
2/ Dans les foyers	
3/ La grande précarité	
4/ Les interdits alimentaires	
4. Comment aider le patient à modifier ses habitudes alimentaires ....	9
1/ La répartition des repas	
2/ Le contenu	
3/ Les quantités	
4/ La façon de manger	
5. Les séances d'ETP .....	11
1/ La première séance = première rencontre	
2/ Les séances suivantes	
6. Résultats de l'étude .....	14
7. Conclusion.....	16
Bibliographie .....	17
Annexes .....	20

## INTRODUCTION

Je travaille dans deux centres de santé municipaux à Pantin (93 Seine St Denis) où nous recevons des patients de différentes nationalités pour des consultations de médecine générale, quelques spécialités et des soins infirmiers.

En tant qu'infirmière Asalee, je reçois des patients diabétiques qui me sont orientés par leur médecin traitant, pour des séances d'ETP.

Les 2 centres de santé sont fréquentés par une population d'origines très diverses mais assez précaires dans l'ensemble, surtout dans le quartier des quatre chemins.

J'ai souvent remarqué chez les soignants, une méconnaissance de la nourriture africaine et des habitudes alimentaires . De ce fait, les conseils alimentaires peuvent se révéler inadaptés.. J'ai choisi de traiter de la population d'Afrique de l'ouest car c'est une population fortement représentée dans mes patients.

De plus, je connais bien ce continent par mon expérience professionnelle, mes voyages et par mes relations amicales et familiales .

Cela ne signifie pas qu'il faut connaître les plats de tous les pays pour accompagner les patients diabétiques quels que soient leurs origines

Le 2e élément important dans la démarche est la méthode employée : l'ETP qui laisse libre cours à l'expression du patient.

La littérature en matière de diabète et alimentation pour les populations d'Afrique de l'ouest reste très rare. Je n'ai trouvé qu'une thèse datant de 2010, d'Alice Couque, "Alimentation des africains de l'ouest diabétiques en France". Cette thèse est " une étude descriptive de l'alimentation de patients diabétiques originaires d'Afrique de l'ouest vivant en France". Elle est rédigée d'une façon très paternaliste et ne renseigne quasiment pas sur les aliments utilisés par les africains.

On trouve par contre de la littérature et des articles sur l'ETP en France (1) (2), en Afrique (3) (4) , la coopération MG infirmière Asalee (5), l'alimentation des patients diabétiques en Afrique de l'Ouest (17) mais très peu sur les patients diabétiques d'Afrique de l'Ouest en France .

Je me propose donc, dans un premier temps de présenter les habitudes alimentaires de ces populations, avec certains petits détails à connaître que les patients ne vous expliqueront peut-être pas spontanément . En annexe, on trouvera quelques aliments et plats consommés par les populations d'Afrique de l'ouest qui sont cités dans ce mémoire .

Dans un deuxième temps , je décrirai les méthodes utilisées, avec une évaluation des résultats obtenus, les difficultés rencontrées et l'enseignement à en tirer pour en apporter des solutions .

## **L'ASSOCIATION ET LE DISPOSITIF ASALEE**

Le dispositif Asalee, qui signifie Action de Santé Libérale En Equipe est né dans les deux Sèvres en 2004 avec son premier protocole, le protocole diabète .

Il a pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques par une coopération entre infirmiers et médecins généralistes.

L'association est maintenant devenue nationale, DOM TOM compris . Elle est aujourd'hui financée par la CNAM.

Recrutée avec un minimum de 5 ans d'expérience auprès du patient, l'infirmière bénéficie des formations assurées par l'association pour la former à la santé publique.. Son champ d'exercice pourra être dans les MSP, CMS, centre de santé associatifs, mais aussi des missions hors les murs.

L'association délivre la formation d'entretien motivationnel, la formation ETP de 40h et les formations relatives aux protocoles traités (RCVA, sevrage tabac, obésité de l'enfant, dépistage BPCO et asthme, dépistage des troubles cognitifs ). Toutes les infirmières bénéficient de toutes ces formations sur un modèle d'ETP. L'infirmière Asalee peut par dérogation prescrire la biologie, la rétinographie, faire le bilan podologique et l'ECG dans le cadre du suivi du patient diabétique.

L'orientation se fait par le médecin généraliste qui découvre un problème, chez son patient lors de sa consultation. Dans le cas de ce mémoire, l'orientation sera la découverte d'un diabète ou une élévation de l'HbA1c.

Il lui propose alors de rencontrer l'infirmière Asalee. Il lui explique ce qu'il va faire avec elle . La manière de présenter cette option est très importante car en fonction de la façon dont sera proposée la rencontre avec l'infirmière Asalee, le patient sera plus ou moins motivé pour revenir la voir, sachant qu'il est libre d'accepter comme de refuser, il n'y a aucune obligation .

Les consultations avec le MG sont de 15 minutes. Il est donc difficile de pouvoir tout traiter dans ce laps de temps sachant que pour beaucoup de patients, la barrière de la langue est un gros frein à ce que le médecin a le temps de lui expliquer. La consultation avec l'IDSP Asalee permettra de reprendre certaines paroles

prononcées par le médecin, incomprises par le patient et inversement des renseignements pouvant aider le médecin à mieux comprendre son patient .

## MÉTHODE

Ce mémoire se propose d'être une évaluation de l'ETP suivant le protocole Asalee auprès des patients diabétiques d'Afrique de l'Ouest consultant dans deux centres de santé de Pantin

- le centre de santé Ste Marguerite, 28 rue Ste Marguerite (quartier des 4 chemins)
- le centre de santé Tenine, 2 avenue Aimé Césaire (quartier fort d'Aubervilliers -cité des Courtilières )

Toutes mes consultations sont enregistrées sur un logiciel appelé PSA réservé aux IDE Asalee.

Y figurent les comptes rendus des entretiens mais aussi tous les résultats bio et autres surveillances annuelles du diabétique pour chaque patient (fond d'œil, ECG, examen des pieds , monofilament...)

Pour réaliser ce mémoire j'ai donc extrait du logiciel PSA tous les patients diabétiques vus de janvier 2022 à Avril 2023 sur les deux centres de santé. Le logiciel PSA enregistrant les patients d'une manière anonyme avec leur numéro de dossier Maidis (logiciel médical des CMS), j'ai recherché avec les numéros de dossier les patients d'origine subsaharienne .

Toutes les données recueillies proviennent des différents entretiens d'ETP que j'ai eu avec les patients sur une durée d'un peu plus d'un an .

L'étude a été réalisée avec 10 patients

Parmi eux, 3 femmes et 7 hommes

Les pays de l'Afrique de l'ouest représentés sont

- le Mali : 3 personnes
- le Sénégal: 2 personnes
- la Gambie : 2 personnes
- la Guinée Conakry: 1 personne
- la Côte d'Ivoire : 2 personnes

## 1 . ORGANISATION DES REPAS AU PAYS

L'organisation des repas est différente pour les personnes vivant en ville et ceux vivant dans les villages . Au village les repas se prennent à la maison ou si besoin emmenés sur le lieu de travail .

L'alimentation en zone urbaine va associer des aliments occidentaux à l'alimentation traditionnelle . Le repas du midi pourra être acheté auprès des petits vendeurs des rues , ou pris dans des petits restaurants .

Les repas peuvent être répartis dans la journée suivant des horaires très variables: un repas le matin , un en milieu de journée et un le soir . Il n'y a pas d'heure fixe pour les repas .

Suivant les familles, les plats se prennent le plus souvent autour d'un plat commun ou chacun avec son assiette individuelle .

### 1/ Le petit déjeuner

Cela peut être du pain beurré avec de la margarine ou....de mayonnaise !!! avec du café ou thé, généralement très sucré. De la tisane de kinkeliba (annexe 2) +/- sucré+ des beignets .

Cela peut être un reste du dîner (avec une base de riz)

Cela peut être une bouillie à base de mil, sorgho +lait et/ou eau +/- sucre

Le lait consommé est la plupart du temps du lait en poudre (NIDO). Le problème de ces laits en poudre est qu'ils sont souvent re- engraisés en huiles végétales et sucrés.(6)

Le lait concentré sucré est aussi utilisé (conservé "bonnet rouge ").(annexe 2)

Il y a aussi le lait caillé plus ou moins sucré

### 2/ Le déjeuner et dîner

Il sont faits d'un plat unique avec une base de céréales ou féculents (riz, sorgho, mil, maïs, fonio, ignames , bananes plantain, taro, patates douces, manioc) suivant les pays (annexe 1), les régions et aussi parfois les ethnies (7).(8)

Ce féculent, en assez grande quantité, est complété d'une sauce à base de viande ou poisson avec généralement tomates oignons, plus ou moins d'autres légumes ou feuilles .

Les poissons et les viandes sont grillés, farcis, sur des braises, au four, agrémentés de sauce .

Les feuilles fraîches ou séchées : feuilles de manioc, de baobab, d'igname, de patate douce ... (annexe 1) Les légumes consommés sont essentiellement les carottes, le chou, les gombos, la salade, les poivrons, les tomates.

## **2. L' ALIMENTATION DES AFRICAINS À PANTIN**

Les produits utilisés en Afrique de l'ouest sont faciles à trouver à Pantin, dans toute la Seine St Denis et à Paris .

On peut retrouver les mêmes marques que celles citées en exemple dans le paragraphe précédent et les annexes.

Il est donc possible de reproduire les mêmes plats traditionnels mais la cuisine africaine demande du temps et c'est parfois la raison pour laquelle il y a recours à une alimentation mixte. Dans le cas d'un couple où les deux travaillent, les plats traditionnels seront plutôt consommés le week end .

Parfois ce sont les enfants qui font découvrir la cuisine française, ils sont nés ici et ne partagent pas toujours les goûts de leurs parents pour l'alimentation traditionnelle (9)

Certains hommes seuls vont manger une alimentation mixte car il est possible de faire un plat français simple en peu de temps , ou manger à la cantine du travail.

## **3. LES FREINS À UNE ALIMENTATION CONTRÔLÉE**

Il existe cependant des modifications du rythme et des habitudes alimentaires involontaires dues le plus souvent.

1/ Au travail.

Les africains que je reçois en consultation ont souvent des métiers astreignants, avec des horaires très tôt le matin. Dans ce cas, le petit déjeuner est souvent absent à part certains qui pourront s'octroyer une petite pause dans la matinée .

Pour d'autres le temps de pause déjeuner n'est pas prévu par l'employeur dans le temps de travail; pas de possibilité de faire chauffer son plat (salle de repos, micro onde )

Certains ont une cantine à disposition mais ne désirent pas manger de la cuisine française et ne mangeront qu'une fois rentrés chez eux . Une autre possibilité est d'acheter un sac de brioche avec une boisson...



## 2/ Dans les foyers

De plus en plus de cuisines intégrées dans les foyers et permettant de se restaurer sur place ou à emporter pour moins de 5€ disparaissent au prétexte de travaux . Quand les cuisines sont inexistantes, certains locataires se regroupent pour partager le repas du soir ensemble, cuisinent à tour de rôle . Dans ce cas, il n'est pas possible de choisir sa nourriture ni d'imposer ses restrictions aux autres résidents avec qui la personne partage ses repas.

### **4. COMMENT AIDER LE PATIENT À MODIFIER SES HABITUDES**

Pour commencer il faut savoir comment il mange?

- la répartition des repas
- le contenu
- les quantités
- la façon de manger

#### 1/ La répartition des repas

Voir en fonction de son travail, son trajet , comment il peut faire pour répartir son alimentation en 2 ou 3 repas .

Déjà laisser le patient proposer quelque chose de réalisable . S'il ne trouve pas je vais l'aider . Peut être n'a t il pas faim le matin à 5h quand il part mais vers 9h ou 10h il lui sera peut être possible d'avoir quelque chose de pratique à transporter qu'il pourra prendre à ce moment là.

Pour les personnes déjeunant à leur retour du travail il s'agit en général d'une grosse portion aux alentours de 16h . Ils n'ont souvent pas pris de petit déjeuner et parfois ne prennent pas de dîner ou une bouillie .

Conseiller de prendre quelque chose le matin et d'essayer de manger un peu moins à 16h et un peu le soir . Tout est à négocier en insistant sur le" possible à réaliser " .

#### 2/ Le contenu :

En Afrique de l'ouest les légumes ne sont pas très présents dans l'alimentation sinon dans les sauces . Et pourtant en énumérant tous les légumes il y en aura bien quelques uns qui conviendront à votre patient, crus ou cuits . Demandez-lui s'il y a des légumes qu'il connaît qui n'ont pas été cités .

Les plats les plus connus contenant des légumes et qui sont consommés dans les différents pays d'Afrique de l'ouest sont le thieb (carottes, choux, gombos, aubergine) le saka saka (avec des épinards ou des feuilles de brocolis, les feuilles de manioc sont chères en France), le soupou kandja à base de gombos. Parmi les féculents , le riz est aujourd'hui souvent le plus utilisé (10), proposer d'alterner avec

d'autres céréales moins riches en glucides que le patient connaît et utilisait dans son pays . Cela peut être le mil , le fonio....(annexe 1)

Il faudra limiter la consommation des fritures (poissons, bananes). Limiter aussi les quantités d'huile, doser à la cuillère à soupe.

Conseiller de changer d'huile après deux utilisations maximum, bien égoutter puis déposer sur un sopalin. Ces conseils sont de la réduction des risques!!

Les graisses sont malgré tout dans la chair et je propose donc une autre alternative de cuisson pour le poisson qui est le four s'il y a possibilité. Il est peu probable que le patient passe durablement du poisson frit au poisson bouilli !!

Pour ce qui est de l'huile de palme (souvent utilisée avec les épinards et les gombos), le goût est très fort et ne nécessite pas une grosse quantité. Conseiller d'essayer en dosant avec une cuillère à soupe.(annexe 1)

### 3/ Les quantités

Quelle que soit la culture, de nos jours le problème majeur se situe dans les quantités de nourriture trop importantes.

Le fait de ne pas répartir son alimentation sur la journée fait qu'au moment du repas la quantité ingérée sera souvent compensatrice des repas manqués.

La quantité appréciée par le patient est peu fiable car chacun a une notion différente du "beaucoup" . J'ai un outil présentant les différentes portions alimentaires.\*. Je lui demande à quelles photos ressemblent ses portions alimentaires . Je peux lui demander aussi de me prendre quelques plats en photo pour le prochain rendez vous .

Très souvent le plat est constitué d'une grosse quantité de riz avec de la sauce et viande ou poisson . Si la quantité de riz conseillée est de 4 cuillères à soupe, il serait illusoire de croire que le patient africain va se contenter de ces 4 cuillères. Je lui propose donc de réduire tout doucement, 2 cuillères à soupe à la fois en compensant avec des légumes . Le but étant surtout de l'amener à prendre l'habitude de consommer des légumes à tous les repas .

### 4/ La façon de manger

La faim mais aussi la pression au travail peuvent donner l'habitude de manger trop vite . Dans ce cas, le ressenti de satiété ne se fait pas et la personne continue de manger jusqu'à être vraiment "remplie" ! Le fait de manger vite fait manger plus que nécessaire .

Essayer de manger plus lentement en mâchant bien les aliments .

Les repas partagés dans le plat commun présentent une difficulté par rapport à la quantité ingérée: bien délimiter sa part dans le plat ou se servir dans une assiette individuelle (si difficulté à respecter sa part ) et manger devant soi .

\* " Portions alimentaires" Manuel photo pour l'estimation des quantités tiré de l'étude .

## LES SÉANCES D'ETP

### 1/ La première séance où première rencontre

Le premier rendez-vous doit permettre une mise en confiance .

Dans la plupart des programmes d'ETP , la première séance consiste en un Bilan d'Education Personnalisé ou BEP. Pour moi ce bilan se fera au fil des rencontres et des conversations sans avoir à poser des questions directes concernant ses besoins.

Quelque soit la raison pour laquelle le patient est orienté, il faut réussir à faire passer un maximum d'informations essentielles lors de cette première rencontre, en sachant que la moitié des patients ne reviennent pas. Il ne faut pas non plus trop le surcharger d'informations .

Je commence en général par demander qui est le médecin qui l'envoie me voir et s'il sait pourquoi ? La réponse me donne déjà une indication s'il a bien compris la raison de notre rencontre. Il peut y avoir un déni du diabète ou juste une incompréhension . Le patient ne ressent rien, ne voit pas de modifications physiques et ne comprend pas toujours qu'il est malade. De plus, il peut aussi y avoir un certain refus d'être malade car il est le soutien de famille, en France et au pays .

Si c'est une découverte de diabète , je demande toujours quelle a été la réaction à l'annonce de la maladie, quel ressenti .

Dans les dix cas étudiés, il n'y a pas eu de choc à proprement parler mais plutôt une incompréhension : pourquoi ? "je ne mange pas de choses sucrées", comment ? "je me sens bien, je ne me sens pas malade ". (14)

J'entends aussi "le diabète va partir", " il n'y a pas cette maladie chez nous" (entendu en Afrique ou dans la famille)

Je commence donc en général par expliquer la maladie chronique en la comparant à une bronchite, maladie aiguë traitée avec des médicaments pendant une durée limitée marquée par la guérison (11).

Dans le cas du diabète, c'est grâce aux médicaments ou aux mesures hygiéno diététique ainsi qu'à l'activité physique que la maladie va bien mais à la différence de la bronchite on n'est pas guéri. Pour d'autres, cette explication n'est pas nécessaire soit parce qu'on leur a déjà expliqué et qu'ils ont bien compris, soit parce qu'ils ont eu des diabétiques dans leur entourage .

Pour aborder ensuite la question de l'alimentation, je commence par le rassurer : il ne s'agit pas d'un "régime " mais d'une alimentation équilibrée comme tout le monde devrait avoir . Je précise bien qu'il n'y a pas d'alimentation "modèle" et que je ne vais

pas lui demander d'abandonner sa nourriture traditionnelle et d'adopter des aliments ou des plats qu'il ne connaît pas . Je vais l'aider à adapter son alimentation de façon à ce qu'elle soit mieux équilibrée .

Il est important de valoriser chaque culture .Les africains ont des habitudes alimentaires différentes des habitudes alimentaires des français . La nourriture reste souvent une des rares choses que la personne en migration peut conserver (12) (13) Proposer une alimentation différente, avec des aliments nouveaux ou cuisinés d'une façon différente n'aurait aucun intérêt car le changement, s'il est opéré, n'aurait probablement qu'une durée limitée . Ne ressentant pas les conseils appropriés, le patient risquerait de ne pas revenir, ne se sentant pas concerné par le discours du soignant et oublier les conseils diététiques donnés . J'explique au patient que c'est moi qui vais m'adapter à son alimentation, je ne vais pas modifier ses aliments mais voir avec lui les modifications que l'on peut apporter sur les quantités, la cuisson , la répartition ...

Il n'est pas nécessaire de connaître toute la cuisine africaine pour travailler sur l'alimentation avec des africains de même qu'il vous faudrait connaître l'alimentation de toutes les populations migrantes dont vous vous occupez .

Certes si vous connaissez les plats de son pays il sera content, mais il/elle sera aussi très heureux de vous faire connaître et de vous expliquer les ingrédients et la préparation . Ce sera alors l'occasion de modifier avec lui ce qui ne paraît pas adapté. Pour l'emploi des produits manufacturés, demandez lui de se rappeler de l'alimentation de ses parents ou grands-parents au pays. Certaines méthodes d'autrefois ne sont plus réalisables faute de temps mais ce petit rappel prouve qu'il est possible de manger la nourriture qu'ils connaissent avec quelques modifications pour qu'elle soit plus saine et éviter les produits manufacturés.(annexe 1)Le fonio et le mil ont beaucoup moins de glucides, ils étaient plus utilisés en Afrique avant l'importation du riz. (15) (16) (18)

Le patient pourra alors vous dire si ce que vous avez convenu ensemble lui paraît réalisable . Toujours rappeler que je suis là pour l'aider . S'il pense que cela va être difficile, pourquoi?

Suivant sa réponse, on essaye ensemble d'y trouver une solution. Cela peut être la peur de devoir imposer ses règles à toute la famille, à la communauté ou il vit. Je lui explique encore qu'il s'agit d'un équilibre alimentaire que chacun devrait utiliser avant d'être malade, donc bénéfique pour tous, mais cela reste souvent un frein, notamment pour les graisses .

Cela peut être l'inquiétude de faire un repas dans un plat individuel alors que tout le monde mange ensemble dans le plat commun . Il peut rester avec les autres convives en délimitant bien sa part dans le plat commun , ou prendre son assiette et rester au milieu du cercle .

Dans d'autres cas, lors de cette première rencontre un élément non médical va surgir et prendre le pas sur la maladie. Il s'agit la plupart du temps d'un problème d'ordre administratif ou social . Dans ce cas, je vais essayer d'aider le patient en

l'orientant vers un service approprié, soit de la mairie soit d'associations pouvant l'aider dans sa demande . Si besoin, (par exemple s'il y a un problème d'expression en français pour expliquer la demande )j'appelle pour le patient . Si nécessité et si mon planning le permet je peux l'accompagner .

Je donne un nouveau rendez- vous à cette personne qui reviendra probablement, le lien étant fait . Si le problème a été traité alors mon patient sera plus à l'écoute pour ce que j'ai à lui expliquer au sujet du diabète.

En dehors de la barrière de la langue, que je n'ai pas rencontré avec ces patients , il peut aussi y avoir un problème de littératie .

## 2/ Les séances suivantes :

S'il ne revient pas, soit le rendez vous n'a pas été donné lors de la première séance faute de planning disponible, soit le patient n'a pas manifesté de désir de revenir, soit il a une indisponibilité, soit il avait pris un rendez vous (peut être sans avoir l'intention de revenir mais n'a pas osé le dire ) et ne vient pas en prévenant ou pas .

Pour certains patients, à la fin de la première séance, je demande qu'ils remplissent pour la fois suivante un carnet alimentaire .

Je ne le donne qu'à ceux que cela ne va pas mettre en difficulté donc ceux qui maîtrisent l'écriture. Je demande aussi au patient de prendre des photos de ses repas, cela permet de voir les quantités, les différents aliments utilisés .

Je demande si depuis notre dernière rencontre il a réussi à faire des modifications ? Lesquelles ? Est-ce que ces modifications lui ont paru difficiles ? Si oui pourquoi ? A t il maintenant trouvé une solution pour parer à ces difficultés , sinon nous pouvons y réfléchir ensemble .

Je regarde les photos et les carnets alimentaires, s'il y a, et nous voyons ensemble s'il y a encore des choses à modifier et comment .

Quand le patient ramène des résultats d'HbA1c nous regardons ensemble s'il y a eu une modification favorable ou pas et nous en discutons .Je ne manque pas de le féliciter pour ce qu'il a déjà fait et l'encourager à continuer dans ce sens ou à faire un peu plus si les résultats ne sont pas significatifs de changement . Dans tous les cas, il ne doit pas se sentir dévalorisé.

S'il n'a pas bien compris ce qu'est l'HbA1c par rapport à la GAJ, j'en profite pour lui expliquer la différence et les normes.

Certaines personnes vont se contenter d'une seule séance . D'autres viendront deux ou trois fois . Certains seront orientés de nouveau par le médecin traitant après quelques mois ou parfois années .Certains vont continuer à venir régulièrement, sans réelle nécessité mais la personne cessera de venir d'elle-même quand elle n'en ressentira pas le besoin. Si elle prend des rendez vous c'est qu'elle en a encore besoin, il n'y a pas de limitation du nombre de rendez vous avec l'infirmière Asalee. Un patient pourra toujours revenir après plusieurs mois , plusieurs années .

## RESULTATS DE L'ETUDE

Etude faite sur 10 patients d'origine d'Afrique de l'ouest diabétiques de type 2 ayant bénéficié de séances d'ETP au CMS de Pantin sur l'année 2022.

Il y a 3 femmes et 7 hommes

Age: 4 personnes ont entre 40 et 50 ans  
4 entre 51 et 60 ans  
2 plus de 60 ans

Temps de séjour en France :  
9 personnes ont plus de 10 ans en France  
1 personne a moins de 5 ans en France

Maîtrise du français:  
5 personnes maîtrisent le français  
3 personnes comprennent bien  
2 ont du mal à s'exprimer et/ou à comprendre

Mode de vie :  
3 hommes vivent seuls  
1 femme est veuve avec enfants  
5 personnes vivent en famille

Travail :  
5 personnes ont un emploi  
2 sont à la retraite  
3 sont en invalidité  
1 est au chômage

Repas :  
4 personnes ont une alimentation mixte  
6 ont une alimentation exclusivement africaine  
  
7 personnes prennent 3 repas par jour  
2 prennent 2 repas par jour

Raison de l'orientation du MG :

- 7 personnes pour une augmentation de l'HbA1c
- 3 personnes suite à la découverte du diabète

Ancienneté du diabète :

- 2 personnes ont un diabète depuis plus de 10 ans
- 5 depuis 5 ans ou moins
- 3 depuis moins d'un an

Connaissance d'antécédents familiaux :

- 3 personnes connaissent des antécédents de diabète dans la famille
- 1 a fait un diabète gestationnel
- 6 ne savent pas

ETP antérieur :

- 3 personnes avaient déjà eu 1 ou plusieurs séances ETP avant 2022  
(dont 1 pour pré diabète 5 ans plus tôt )
- 7 sont des nouveaux patients

Nombre de séances ETP en 2022 :

- 3 personnes ont eu 3 consultations en 2022
  - dont 1 continue à venir malgré une amélioration
  - 1 ne vient plus suite à ses bons résultats
  - 1 vient depuis 5 ans , date de découverte du diabète avec des résultats variables
- 1 personne est venue 2 fois et continue de venir
- 5 sont venues une fois

Suivis hospitaliers :

- 3 personnes seulement ont un suivi avec un endocrinologue
- 7 sont suivies par leur MT

Traitements :

- 9 personnes sont sous traitement
- 1 est sous MHD seulement

Régularité suivi MG/Asalee :

- 2 personnes n'ont pas un suivi régulier ni avec le MT ni avec l'Asalee
- 5 ont un suivi régulier de leur diabète au CMS
- 3 sont suivies par un endocrinologue et ne consultent pas tous les 3 mois leur médecin traitant et pas toujours de retour de l'HbA1c.

Bénéfice de l'ETP constaté :

5 personnes ont une amélioration de leur HbA1c

3 ne sont pas revenues voir ni le médecin ni Asalee après 1re séance ETP

2 n'ont pas montré d'amélioration de leur HbA1c

Parmi les 5 personnes qui ont eu une amélioration de leur HbA1c

3 sont venues à trois séances d'ETP

2 sont venues à une seule séance

dont 3 qui vivent en couple/famille

2 qui vivent seuls

## CONCLUSION

Le nombre de patients concernés par le sujet sur une seule année est peu élevé et ne permet pas de donner une appréciation générale de la pratique de l'ETP auprès des patients diabétique de type 2 consultant sur une ville ou un département .

Ce mémoire m'a par contre permis d'évaluer mon travail sur une année .

L'analyse des résultats nous permet néanmoins de voir les résultats suivants :

le maximum de séances suivies par les patients est de 3.

Cela ne signifie pas que les conseils n'ont pas été pris en compte et que l'amélioration des résultats biologiques dépendrait du nombre de séances .

On note une baisse de l'HbA1c dans 50% des cas minimum sachant qu'il n'y a pas eu de résultats communiqués pour 3 des patients .

Un patient, illettré, qui venait depuis 5 ans, a été beaucoup aidé et accompagné pour différents problèmes sociaux . Les différents évènements de sa vie ont fait qu'il a mis du temps avant de pouvoir prendre sa santé en main. Ses résultats restent instables, mais il sait maintenant analyser pourquoi et quoi faire pour améliorer ses résultats .

Pour une autre personne illettrée, avec des difficultés à s'exprimer en français, il paraît toujours impossible , après plusieurs séances d'ETP d'avoir un suivi régulier, et une meilleure observance. Il a été décidé avec son médecin traitant de l'orienter sur une consultation avec un endocrinologue à l'hôpital Avicenne pour pouvoir bénéficier d'un traducteur . Nous espérons qu'elle puisse mieux se saisir des informations sur sa maladie dans sa langue maternelle.

Mais malheureusement, malgré une très forte population aux origines diverses, la ville de Pantin ne désire pas adhérer aux services d'Inter Service Migrants en raison du coût .



# BIBLIOGRAPHIE

## EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

### En France

(1) Fournier, C. (2015). – 6 – Un projet d'éducation thérapeutique en tension entre normes publiques, comportements privés et diversité culturelle. Dans : Anastasia Meidani éd., *La santé : du public à l'intime* (pp. 105-121). Rennes: Presses de l'EHESP.

<https://doi.org/10.3917/ehesp.meida.2015.01.0105>

(2) DUCOS J, « L'offre d'éducation thérapeutique pour diabétiques adultes en Île-de-France : un défi à l'équité », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2012/1 (Vol. 43), p. 1-7. DOI : 10.3917/pos.431.0001. URL :

<https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2012-1-page-1.htm>

(11) JOURDAIN Patrick, « L'éducation thérapeutique du patient dans les maladies chroniques. Facteur de performance pour le système de santé ? », dans : Béatrice Fermon éd., *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Paris, Dunod, « Guides Santé Social », 2015, p. 433-452. DOI : 10.3917/dunod.fermo.2015.01.0433. URL :

<https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-les-etablissements--9782100710973-page-433.htm>

(5) Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y. & Mousquès, J. (2019). Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Revue d'économie politique*, 129, 489-524.

<https://doi.org/10.3917/redp.294.0489>

### En Afrique

(3) Konan, Y., Kivits, J., Tanguy, M., Guillemin, F. & Bénie Bi Vroh, J. (2019). Pratique de l'éducation thérapeutique du patient en Côte d'Ivoire : enquête auprès des professionnels de santé. *Santé Publique*, 31, 459-467. <https://doi.org/10.3917/spub.193.0459>

(4) Garanet, F., Baguiya, A., Sawadogo, N., Besancon, S., Traoré, A., Drabo, J .. & Delisle, H. (2018). Pratiques éducatives et diabète : étude auprès des professionnels de santé au Burkina Faso et au Mali. *Santé Publique*, 30, 713-723. <https://doi.org/10.3917/spub.186.0713>

## INTERCULTURALITÉ

(13) CARDON Philippe, DEPECKER Thomas, PLESSZ Marie, « Chapitre 2. Les cultures alimentaires », dans : , *Sociologie de l'alimentation*. sous la direction de CARDON Philippe, DEPECKER Thomas, PLESSZ Marie. Paris, Armand Colin, « Collection U », 2019, p. 43-69. URL :

<https://www.cairn.info/sociologie-de-l-alimentation--9782200621049-page-43.htm>

(8) GUILHEM Dorothée, « Pratiques alimentaires et corps féminin : l'esthétique chez les Peuls Djeneri du Mali », *Corps*, 2008/1 (n° 4), p. 33-40. DOI : 10.3917/corp.004.0033. URL :

<https://www.cairn.info/revue-corps-dilecta-2008-1-page-33.htm>

(14) Tijou-Traoré, A. (2010). L'expérience dans la production de savoirs profanes sur le diabète chez des patients diabétiques à Bamako (Mali). *Sciences sociales et santé*, 28, 41-76.

<https://doi.org/10.1684/sss.2010.0403>

## ALIMENTATION AFRICAINE

(15) Intérêt du fonio dans l'alimentation du diabétique :

<https://beep.ird.fr/collect/uouaga/index/assoc/M07148.dir/M07148.pdf>

(18) Évaluation des valeurs nutritives et sanitaires d'attiéké issu de différentes pâtes de manioc importées ou produites localement à partir de différents ferments .

Mémoire de Guira Flibert . Université de Ouagadougou. Janvier 2013

<https://www.ethno-terroirs.cnrs.fr/gestion/applis/apetit/fichiers/MemoireDEAattieke.pdf>

(9) Lioré, J. (2010). Les mères, les filles et la cuisine "africaine" en situation de migration (Marseille): Analyse comparative (1998-2010). *Hommes & Migrations*, 1286-1287, 178-188.

<https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.1746>

(16) Juhé-Beaulaton, D. (2002). 4. Alimentation des hommes, des *vodoun* et des ancêtres : une histoire de céréales dans le golfe de Guinée. Dans : Monique Chastanet éd., *Cuisine et société en Afrique: Histoire, saveurs, savoir-faire* (pp. 53-66). Paris: Karthala.

<https://doi.org/10.3917/kart.chas.2002.01.0053>

(7) Hincker, C. (2005). Le sec et l'humide: Appréciations touarègues des consistances alimentaires au mali. *Études rurales*, 175-176, 183-194.

<https://doi.org/10.4000/etudesrurales.8216>

(10) EZEMBE Ferdinand, « 4. Ce que manger veut dire », dans : , *L'enfant africain et ses univers*. sous la direction de EZEMBE Ferdinand. Paris, Karthala, « Questions d'Enfances », 2009, p. 85-91. URL :

<https://www.cairn.info/l-enfant-africain-et-ses-univers--9782811101725-page-85.htm>

(12) Briand, K. (2011). Quand les identités cuisinent.... Dans : Olivier Lazzarotti éd., *L'identité entre ineffable et effroyable* (pp. 204-209). Paris: Armand Colin.

<https://doi.org/10.3917/arco.lazza.2011.01.0204>

(17) Purifine Ake-Tano, S., Ekou, F., Konan, Y., Tetchi, E., Kpebo, D., Sable, S., Aka, F. & Dagnan, N. (2017). Pratiques alimentaires des diabétiques de type 2 suivis au Centre Antidiabétique d'Abidjan. *Santé Publique*, 29, 423-430.

<https://doi.org/10.3917/spub.173.0423>

(6) Commerce de lait en poudre

<https://agritrop.cirad.fr/590607/>

## LES CÉRÉALES ET ALIMENTS DE CUISINE AFRICAINE

### LE MIL



LA PLANTE



FARINE DE MIL



LE TÔ (pâte à base de farine de mil)



SEMOULE DE MIL



LE DEGUE OU THIACRY

Le degue (ou thiacyr) est un mélange de lait caillé, et de semoule de mil + sucre vanillé  
Le lait est parfois remplacé par de la crème fraîche, beaucoup plus gras!

## ANNEXE 1

### LE FONIO



FONIO



FONIO LÉGUMES ET CREVETTES



BOUILLIE DE FONIO

### Composition du fonio comparé à d'autres céréales

Constituants	Fonio décortiqué	Riz cargo	Sorgho	Mil	Maïs	Blé
Glucides	85 %	86 %	84 %	83 %	83 %	82 %
Protides	10 %	10 %	11 %	12 %	11 %	14 %
Lipides	3,5 %	2,5 %	3,5 %	4 %	4,5 %	2 %
Cendres	1 %	1,4 %	1,2 %	1,2 %	1,3 %	2 %

Après blanchiment, sa composition est comparable à celle du riz blanc mais il reste plus riche en soufre que les autres grains. Le fonio est en effet réputé pour ses fortes teneurs en acides aminés soufrés : méthionine et cystine.

Aujourd'hui le fonio connaît un regain d'intérêt, notamment en zone urbaine, en raison des qualités gustatives et nutritionnelles que lui reconnaissent les consommateurs

\*sources : <https://fonio.cirad.fr>

ANNEXE 1

**LE MANIOC**



MANIOC BOUILLI



MANIOC ENTIER



L'ATTIÉKÉ

**LE TARO**



TARO ENTIER



FOUTOU DE TARO

ANNEXE 1

**L'IGNAME**

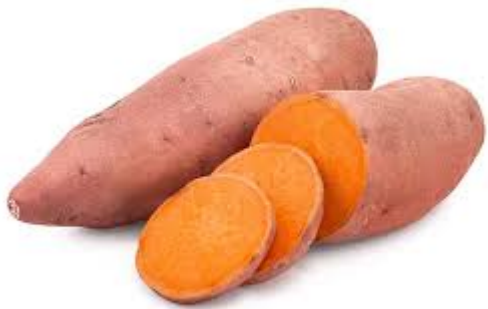


IGNAME ENTIER



IGNAME BOUILLI

**LA PATATE DOUCE**



PATATE DOUCE BLANCHE

ANNEXE 1

**LA BANANE PLANTAIN FRITE**



**LA BANANE PLANTAIN BOUILLIE**



Pour 100g cuit	RIZ BLANC	MIL	SEMOULE BLE	MANIOC
GLUCIDES	31,8	22,4	24	32
PROTÉINES	3,06	3,75	3,75	0,69
LIPIDES	0,41	1	0,84	0,04

	IGNAME	PATATE DOUCE	POMME DE TERRE	TARO	BANANE PLANTAIN
GLUCIDES	23,6	12,2	17,2	29,5	28,9
PROTÉINES	1,49	1,69	2,01	0,52	0,7
LIPIDES	0,14	0,15	1,37	0,11	0,18

\*sources : <https://ciqual.anses.fr>



ANNEXE 1

**LE GOMBO**



**GOMBO ENTIER**

Le gombo est souvent associé à l'huile de palme.



**POUDRE DE GOMBO**



**POISSON SAUCE GOMBO**

**SAKA SAKA**



< SAKA SAKA AUX ÉPINARDS



**FEUILLES DE MANIOC**



< SAKA SAKA DÉJÀ PRÉPARÉ

ANNEXE 1

**LA PÂTE D'ARACHIDE**



**LE MAFÉ**

(plat à base de pâte d'arachide dit "DAKATINE")



**HUILE DE PALME**



SOUS FORME D'HUILE ÉPAISSE



GRAINES DE PALME



SAUCE GRAINE  
(sauce graine de palme)

ANNEXE 1

**LE THIEBOUDIENNE**

L'occasion d'augmenter les légumes !



THIEB ROUGE (base tomate) & THIEB BLANC (base hibiscus blanc)

**LE FOUTOU ou FUFU BANANE ET LA SAUCE GRAINE**

(Sauce avec graines de palme)



## LES BOISSONS

### LE THÉ

Attention quand un patient vous dit qu'il boit du thé.



Demandez bien s'il s'agit de Lipton ou de ce thé en granulés très très sucré. Certains rajoutent du sucre en plus !!

### LE KINKELIBA



LA PLANTE



L'INFUSION

## LE JUS DE BISSAP



FLEURS D'HIBISCUS



BISSAP

## LE JUS DE GINGEMBRE



## LE JUS DE BOUYE



FRUIT DU BAOBAB



LE JUS

## LAIT



LAIT CONCENTRÉ CRÉMEUX



LAIT ENTIER INSTANTANÉ EN POUDRE

ALIMENTATION DES PATIENTS  
DIABÉTIQUES DE TYPE 2  
ORIGINAIRES D'AFRIQUE DE L'OUEST

DIU SANTÉ DES MIGRANTS - MAI 2023  
MURIEL NAPO