Plus de 120 000 000 F CFA payés aux retraités de Décembre 2006

Première rencontre Africaine de la Mutualité Africaine
M Babassa DJIKINE président de la MUTEC et de l'UTM a participé à la première rencontre africaine de la la mutualité Africaine à Rabat les 8 - 9 mars 2007.

SDM
Index glycémique des principales céréales consommées au Mali
oins de santé au plus grand nombre de bénéficiaires.

Certes, les mutuelles Maghrébines sont plus anciennes que leurs homologues subsahariennes ; pourtant ces dernières n’ont eu que très peu d’occasions d’échanger leurs jeunes expériences avec celles des pays du Maghreb, se limitant quasi exclusivement à l’apport de la coopération Nord / Sud.

Aujourd’hui, les mutuelles maghrébines sont disposées à combler ce vide de coopération Sud / Sud et envisagent une stratégie d’appui aux mutuelles subsahariennes (expertise, formation et la promotion de la santé en terre africaine etc.).

D’abord, africaines mais proches aussi des mutualités européennes, les mutuelles maghrébines peuvent jouer ce rôle d’interface entre le Nord et le Sud et participer ainsi au développement de la mutualité en Afrique, à la lutte contre les maladies et à la promotion de la santé en terre africaine.

Les travaux de cette rencontre ont permis des échanges féconds et constructifs sur la situation de la mutualité en Afrique. Cette rencontre a constitué un espace de dialogue, de concertation, de partage d’expériences entre les pays africains en matière de protection sociale.

Les participants à cette rencontre ont débattu des modalités et des moyens de développement de la mutualité en Afrique.

Les participants s’engagent à :
un renforcement des échanges de compétences et savoir faire Sud / Sud, un renforcement des solidarités techniques et financières Nord / Sud, un renforcement des représentativités et du plaidoyer de la mutualité africaine.

Ils déclarent la création de l’Union Africaine de la Mutualité (UAM) qui agira comme un espace regroupant des Unions, Fédérations et Mutuelles Africaines. La nouvelle structure servira d’espace d’échanges, de dialogue, de coordination et de coopération, de représentation et de plaidoyer du mouvement africain devant les instances internationales et internationales.

Les participants ont décidé de créer une Comité d’Initiative chargé de préparer la mise en place de l’Union Africaine de la Mutualité (UAM), dont la première présidence est confiée au Président de la Mutuelle Générale du Personnel des Administrations Publiques du Maroc. Ce Comité est composé outre la Mutuelle Générale de :

- la mutualité Tunisienne,
- la mutualité de santé des agents de l’Etat du Sénégal,
- et de l’Union Technique de la Mutualité Malienne.

Les participants à la rencontre de Rabat lancent, à cette occasion un Appel aux Chefs de Gouvernements participant de la Conférence Internationale sur la couverture des risques maladies dans les pays en voie de développement devant se tenir à Paris les 15 et 16 mars 2007 à l’initiative du Président de la République Française :

Pour apporter leur soutien à la consolida
dation des efforts des mutualités africaines visant la mise en place de l’Union Africaine de la Mutualité (UAM), favorisant la coopération Nord / Sud et Sud / Sud.

Associer le mouvement mutualiste aux efforts de l’Afrique en matière d’amélioration de couverture du risque maladie et de lutte contre la fragilité socio-économique qui touche plus de 80 % de la population.

Rabat le 9 Mars 2007

---

**Etude de l’index glycémique des principales céréales consommées au Mali**

Dans tous les pays du monde, la prévalence de l’obésité, du diabète et des maladies dégénératives comme les pathologies cardio-vasculaires augmente rapidement, au même de chez les jeunes. En Afrique cette élévation de la prévalence est masquée par les maladies infectieuses comme le paludisme, le VIH/SIDA et la Tuberculose.

Contrairement à une ancienne conception qui se valait de classer le diabète sucré comme une maladie des pays et des hommes riches, le diabète sucré est aujourd’hui très répandu en Afrique avec une prévalence variant entre 0,5 et 3 % de la population suivant les pays.

Au Mali, une enquête menée en 1985 à Kita, Batoumbaté et Kériéba, portant sur 7 472 personnes de tout âge a trouvé une prévalence de 0,92 pour cent [2]. Les prévalences estimées par la Fédération Internationale du Diabète et l’OMS varient autour de 0,5 % à 3 %. D’après Hillary King, au Mali la prévalence du diabète était estimée en 2000 à 1,1 % de la population.

Cependant, à Bamako, les médecins spécialisés estiment que la prévalence dépasserait aujourd’hui 2% de la population. 90% des malades sont traités pour un diabète sucré de type 2 et 10% pour un diabète sucré de type 1. Une étude réalisée en 1996, à l’hôpital national du Point G, a montré que le diabète sucré constituait la deuxième cause d’hospitalisation après le VIH/SIDA dans le service de médecine interne, toutes spécialités confondues. C’est montrer toute l’importance que revêt cette maladie au Mali.

Quel que soit le type de diabète et le type de médicaments utilisés, une alimentation équilibrée est une nécessité sans laquelle il est illusoire d’espérer prendre en charge correctement son diabète. Il est recommandé que les glucides doivent idéalement représenter 50 à 55 % des apports énergétiques totaux de l’alimentation.

Pour la grande majorité des animaux les glucides constituent la principale source d’énergie stockée dans le foie et dans les muscles sous forme de glycogène fournissant non seulement l’énergie nécessaire au fonctionnement de l’orga
nisme, vivant, mais intervenant également dans la construction cellulaire.

1 - Les glucides

Ils sont constitués soit d’un saccharide (on parle alors de monosaccharide à l’instar du glucose, du fructose ou encore du galactose), soit de deux saccharides

---

**Association Appui au Développement**

**Santé Diabète Mali...**

(disaccharides : saccharose, lactose, maltose). Il existe également le groupe des sucres-alcools, ou polyols.

Les oligosaccharides sont constitués de 3 à 9 saccharides, les malt oligosaccharides composés d’unités de glucose : digestibles, obtenus par transformation (exemple des maltodextrines, issues de l’hydrolyse de l’amidon) les autres oligo saccharides (raffinose, stachyose...), présents naturellement dans les plantes, peu digestibles. Quand les saccharides sont constitués de 10 à 100 000 saccharides, on les appelle polysaccharides. Les polysaccharides sont répartis en deux familles :

- Les amidos, digestibles, présents dans de nombreux, aliments comme le maïs, le blé, la pomme de terre et le manioc. L’origine botanique de l’amidon influe sur la taille et la morphologie des granules, sur les proportions d’amyllose et d’amylpectine et leur arrangement spatial. Des différences qui conditionnent la digestibilité de l’amidon.
- L’autre famille de polysaccharides, non digestibles, considérés comme des fibres alimentaires et en partie fermentés
par la flore colique, regroupe notamment les celluloses, hémicelluloses, hydrocollodés (pectines, guar...). Reste que celle classification purement biochimique renvoie imperfections aux effets physiologiques des glucides, et notamment à leur métabolisme spécifique lors de la digestion. Aussi une autre manière d'envisager les glucides repose-t-elle sur l'introduction de concepts caractérisant leur dévenir dans l'organisme.

La rapidité de l'ascension glycémique après l'ingestion de glucides dépend essentiellement du temps de transit gastrique et de l'accessibilité aux enzymes digestives.

La rapidité de la vidange gastrique est diminuée par l'augmentation de la lenteur en graisses et en protéines, et par la richesse en fibres alimentaires. De même, les aliments solides sont digérés plus lentement que les liquides (la pomme plus lentement que le jus de pomme), et les aliments froids sont moins rapidement absorbés que les aliments tièdes. Dans un repas mixte (glucido-protdo-lipidique), il existe une vitesse moyenne de transit gastrique. Quant à l'accessibilité aux enzymes digestives, elle dépend surtout de l'existence éventuelle d'une enveloppe fibreuse plus ou moins respectée par une transformation industrielle et par la cuisson.

La séparation des glucides en sucres lents et rapides a pendant longtemps été estimée superposable à la classification basée sur leur structure chimique (sucres de structure simple/sucres de structure complexe), et à la classification basée sur l'existence de stévia ou non de sucre (sucre sucrés-sucres rapide/pas de sucre-sucres lent, parfois appelé sucre cache). En fait cette classification n'est que partiellement exacte, d'une part, certains sucres de structure simple font moins monter la glycémie que d'autres sucres simples, et d'autre part l'organisme humain est capable de digérer très rapidement certains sucres de structure complexe avec pour conséquence une élévation très rapide de la glycémie.

Les mono et disaccharides constituent le groupe des sucres simples, ils élèvent la glycémie très rapidement et les sucres simples sont donc classés dans le groupe des sucres rapides.

Les polysaccharides assimilables constituent les glucides que l'organisme humain est capable de digérer. Certains d'entre eux sont digérés rapidement et sont donc des sucres complexes classés dans le groupe des sucres rapides.

Les glucides de structures complexes digérés beaucoup plus lentement, constituent le véritable groupe des sucres lents, fèves, flageolet, lentilles, haricots rouges, haricots blancs, pois cassés, pois chiches. Les polysaccharides non assimilables constituent le groupe des fibres alimentaires et sont des glucides particuliers que l'organisme humain n'est pratiquement pas capable de digérer, et qui ont des propriétés intéressantes :

- Elles ralentissent la vidange gastrique et freinent les mouvements de la partie initiale de l'estomac, ce qui ralentit l'absorption des glucides assimilables.
- Certaines fibres peuvent retarder jusqu'à cinq fois leur passage en eau. Il en résulte une formation d'un gel qui réduit l'absorption des glucides ce qui facilite le transit intestinal.
- Elles se combinent dans l'estomac avec le cholestérol présent dans la bile, ce qui abaisse le cholestérol sanguin.

Elles ne contiennent pas de calories. L'apport conseillé en fibres pour la population générale est de 25g/24heures, mais il n'est que rarement atteint dans l'alimentation quotidienne au Mali. Les diabétiques en ont tout intérêt à augmenter leur ration de fibres alimentaires, ce qui est le cas pour parvenir au niveau des apports recommandés aux personnes non diabétiques.

Les mono et disaccharides sont rapidement digérés et provoquent une hyperglycémie immédiate avec un pic en pointe alors que les polysaccharides sont lentement digérés provoquant un pic en plateau. L'insulino-sécrétion étant retardée chez le diabétique de Type 2, les glucides rapides provoquent une hyperglycémie post-prandiale importante. Cependant nous devrions tenir compte de la quantité que pourrait jouer les aliments additionnés à ces glucides qui peuvent ralentir la digestion des sucres simples (sucre rapide). La diététique étant une des bases fondamentales de la prise en charge du diabète sucré, il est important que les patients diabétiques soient 111 formés de leurs rôles dans l'organisme.

2 - Le régime alimentaire pour les diabétiques pose de nombreuses difficultés au Mali

Les structures de prise en charge spécialisées ne possèdent pas de données scientifiques relatives aux aliments consommés localement au Mali. Les données proviennent de la France, des États-Unis, mais correspondent à des régimes différents de ceux consommés au Mali. Le régime est aussi un problème à cause de la variabilité de l'accès aux aliments sains liée aux coûts et à la disponibilité selon les saisons. La majeure partie des conseils de régime donnés aux patients n'est pas basée sur la nourriture locale et les habitudes alimentaires des malades. Enfin, le manque de formation du personnel soignant sur cette thématique empêche une éducation adéquate des patients et donc l'observance d'un régime adapté.


3 - Problèmes socioculturels liés aux régimes alimentaires

Au Mali, l'établissement et le maintien des relations humaines passent par le partage de la nourriture. Les gens consomment ensemble dans un plat commun. Cette mode d'alimentation, à la main dans un plat commun avec les membres de la famille, pose de nombreuses difficultés aux personnes diabétiques pour le suivi d'un régime alimentaire spécifique. L'utilisation du plat com-
mun n'est pas forcément adaptée aux régimes du patient et la consommation à la main empêche le contrôle de la quantité d'aliments ingérés. Pour contourner ceci les médecins conseillent aux malades de suivre leur propre régime alimentaire ou alors de mesurer ce qu'ils mangent au plat commun avec une mesure (exemple : bol Sada Diallo). Là aussi, plusieurs difficultés apparaissent :
- Pour s'isoler du plat commun et suivre son propre régime, il faut avoir une certaine indépendance financière pour pouvoir payer ses condiments.
- La personne qui mange seule après avoir pris sa ration dans le plat commun rapporte très souvent qu'elle vit ceci comme une désocialisation, qu'elle est progressivement mise à l'écart du groupe. Elle prétend souvent revenir manger à la main avec tout le monde plutôt qu'être rejetée seule avec son bol.
- Les personnes habituées à manger à la main se retrouvent au bol avec une beaucoup plus petite quantité d'aliments ingérés et un sentiment de faim persistante.

Le manque d'éducation spécialisée, de soutien de la famille, de l'entourage rend souvent le suivi du régime difficile. Il est également très difficile de faire suivre un régime comportant des aliments qui ne font pas partie des habitudes alimentaires des patients. Celles-ci étant directement liées au niveau socio-économique, à l'origine ethnique et géographique des malades.

La prise de poids est considérée comme une réussite sociale, un signe de bonne santé, de prospérité. Il est important d'être très bien portant (médicalement en surpoids ou obésité). En particulier la femme doit être très bien portante pour reflet le bon soin que lui porte son mari. En parallèle, on sait que le surpoids et l'obésité sont les principaux facteurs de risque du diabète sucré.

La perte de poids est considérée comme un signe de maladie, de difficultés financières, de difficultés dans le couple. Pour les personnes en surpoids flagrant, dont la prise en charge médicale nécessite un régime avec une perte de poids drastique, il sera très difficile aux médecins, de prescrire ce traitement.

4 - Importance de connaître les index glycémiques et les réponses glycémiques post prandiales des céréales consommées au Mali

La notion d'index glycémique a été introduite par Jenkins en 1981. L'index glycémique (IG) permet de classer des portions d'aliments contenant des quantités équivalentes de glucides disponibles en fonction de leur potentiel d'élévation du taux de glucose dans le sang. L'index glycémique est défini comme le pouvoir hypoglycémiant, la capacité pour un aliment de faire monter le taux de sucre dans le sang, d'un aliment donné par rapport à un aliment de référence, en général le glucose ou le pain blanc (IG = 100).

En pratique, deux aliments contenant la même quantité de glucides n'ont pas le même pouvoir hypoglycémiant, indépendamment de leur structure biochimique. La notion d'index glycémique renvoie donc à un degré de digestibilité enzymatique des amidoïdes au niveau de l'estomac grêle, les glucides non absorbés étant transformés au niveau du colon par fermentation bactérienne en acides gras à courtes chaînes [6]. Il existe donc physiologiquement une mauvaise digestion des glucides amylacés, variable selon l'origine botanique des amidoïdes, la préparation industrielle, la cuisson, l'association à des graisses. Les valeurs de l'IG des aliments varient, certains suscitent la même réponse glycémique que le glucose lui-même (la de la Dextrose = 100 [8]). L'IG est très utile pour choisir les aliments à base de glucides en vue d'améliorer les performances des régimes et donc la santé des malades.

La mesure de l'IG [9, 10] sert à évaluer l'aire sous la courbe de la réponse glycémique après ingestion d'un aliment glucidique à tester, primé en pour-cent de faire sous la courbe de la réponse glycémique après ingestion d'une quantité équivalente de glucides de référence (glucose ou pain blanc). La quantité de glucides utilisée pour le calcul des index est standardisée. Elle est de 25 ou 50g.

Il existe malgré tout des variations individuelles de la réponse glycémique et un même alimment peut avoir un index glycémique différent selon son mode de préparation ou le traitement technologique qu'il a subi.

Des valeurs repères ont été proposées pour mettre en place une classification simple des aliments sous la forme de trois catégories [8] :
- Index glycémique bas : IG < 55
- Index glycémique moyen : 55 < IG ≤ 70
- Index glycémique élevé : IG > 70

Les réponses glycémiques post prandiales sont la capacité d'un aliment à augmenter le taux de sucre dans le sang après ingestion. Il est important de connaître les réponses glycémiques post prandiales des aliments pour pouvoir calculer les IG des ces aliments.

Au Mali une seule étude sur l'IG a été effectuée, mais il ne portait que sur le fonio. Cette étude ne tenait pas compte des céréales les plus consommées dans l'alimentation traditionnelle du Mali.

5 - La glycémie

La glycémie est le taux de glucose dans le sang. La valeur normale varie entre 0,70 g/l et 1,10 g/l (ou 3,9 mmol/L et 6,10 mmol/L, il s'agit là des unités internationales) [12]. On parle de diabète lorsque la glycémie est supérieure à 1,26 g/l à jeun (7 mmol/l au moins à deux reprises. On est également diabétiques si, quelque soit le moment de la journée, la glycémie est supérieure à 2g/l au moins à deux reprises.

La glycémie représente la concentration de sucre dans le sang. Le sucre est la principale source d'énergie de notre corps qui nous permet de faire les mouvements et de renouveler nos cellules. Tous les aliments contiennent du sucre mais il des proportions et digestibilités différentes.

A suivre...