



UNIVERSITE D'ORAN

Faculté des Sciences Sociales

Département de Sociologie

MAGISTER EN SOCIOLOGIE DE LA SANTE

**PRATIQUES ALIMENTAIRES DES FEMMES
DIABETIQUES**

Présenté par :

SALEMI Ouassila

**Sous la direction du
Professeur Mebtoul Mohamed**

2009-2010

Remerciements

Je suis redevable à plusieurs personnes pour la réalisation de ce travail :

Mon directeur de recherche, Professeur Mohamed Mebtoul, que je remercie vivement pour ses conseils et ses encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire, ainsi que pour sa lecture attentive et ses pertinents commentaires qui ont contribué à son amélioration.

Messieurs Oussoukine, El Aidi et Merzouk de m'avoir fait l'honneur de figurer parmi les membres du jury, d'avoir lu mon mémoire et d'y avoir apporté leurs précieuses remarques.

Pr Belhadj, responsable du service de médecine interne B à l'EHU, 1^{er} novembre et Pr Touhami, responsable du service de pédiatrie C, du CHU d'Oran, de m'avoir facilité le travail d'investigation au sein de leurs services.

Dr Bakhta Beltiche, médecin généraliste, D.P.G.S. en sociologie de la santé et chercheure associée au G.R.A.S., pour sa précieuse aide, ses conseils et sa disponibilité.

Mes interlocutrices qui m'ont ouverte grandes leurs portes puis leurs cœurs et pour l'attention qu'elles ont accordée à répondre à mes questions.

Mes amis du GRAS, étudiants en magistère, en DPGS et chercheurs associés.

Je tiens à remercier Mr Ahmed Semmoud, documentaliste au GRAS, véritable cheville ouvrière du laboratoire, pour sa patience et sa précieuse aide, ainsi que Mme Fatima, comptable au GRAS, pour son amabilité et sa bonne humeur.

Qu'ils trouvent tous ici, l'expression de ma profonde gratitude.

Je ne terminerai pas sans mettre l'accent sur l'apport indéniable du GRAS, comme espace de travail qui offre un soutien logistique indispensable pour le bon déroulement de la recherche (accès à une documentation riche et variée, microordinateurs, impression, photocopie, internet, etc.), mais aussi espace d'échange et de débat ouvert sur la recherche pluridisciplinaire et sur la société. Il est aussi un espace de convivialité où il fait bon vivre et où les liens qui unissent ses membres font que c'est un réel plaisir de faire partie de la famille du GRAS.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Dédicaces

A ma très chère mère, qui dès ma plus tendre enfance m'a toujours encouragée à faire des études supérieures, à toujours aller de l'avant et qui voit enfin son rêve réalisé.

A mon cher père, à qui revient mon inscription en sociologie et qui m'a fait découvrir et aimé cette science par l'entremise des ouvrages qu'il me donnait à lire, de sa précieuse et riche bibliothèque.

A mes sœurs, Chahrazède- Sarah, Souâd-Bahiya, Ounissa.

A mon frère Yaghmoracen Tarik.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

*A la mémoire de ma tante Saliha, de mes oncles Mouloud et Chaâbane, morts
à la fleur de l'âge des suites du diabète.*

*A tous ces êtres chers qui nous ont quittés et dont le souvenir est resté vivant,
gravé à jamais dans nos cœurs.*

Table des matières

Sommaire

Dédicaces

Remerciements

Introduction	1
Motivations personnelles	2
Intérêt de la recherche	3
L'ampleur du diabète en Algérie	5
Le diabète : une prédominance féminine.....	7
L'alimentation : un enjeu capital.....	8
Spécificité de l'alimentation en Algérie.....	10
Approche théorique.....	14
Respect de l'éthique dans le recueil et l'exploitation des données.....	19
Pertinence de la méthode qualitative dans l'approche socio anthropologique.....	19
Elaboration du guide d'entretien	21
Choix des lieux d'investigation et du corpus d'enquête	22
Recueil et analyse des entretiens	24
Rapport au terrain'	25
Présentation du plan	26

Chapitre I : le diabète, un évènement social

Chapitre II : diabète : le travail de santé des femmes

1-rôle de la mère dans le diagnostic du diabète	39
2-nouvelle situation, nouvelles tâches	41
3-responsabilité au féminin	43

Chapitre III : régime alimentaire et conditions socio économiques

1-quand précarité rime avec diabète	47
2-quand un meilleur statut économique constitue un obstacle.....	55

Chapitre IV : influence des rapports de pouvoir et statut social du diabète la société

1-pratiques alimentaires et rapports sociaux de sexe	60
2-stigmatisation et statut social du diabète	68

Chapitre V : changements et résistances : habitudes alimentaires, goût, plaisir et commensalité

74

Conclusion	88
-------------------------	----

Références bibliographiques	90
------------------------------------------	----

Annexe N°1 : Tableau récapitulatif des entretiens avec les femmes diabétiques.....	103
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Annexe N°2 : Tableau récapitulatif des entretiens avec les femmes parentes d'enfants diabétiques.....	105
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Annexe N°3 : Guide d'entretien.....	106
--------------------------------------------	-----

Annexe N°4 : Les qualités de l'aliment (Poulain, 1996)	109
---------------------------------------------------------------------	-----

Annexe N°5 : Schéma représentatif des facteurs influençant les habitudes alimentaires (Pelto, 1981)	110
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

INTRODUCTION

Notre étude a pour objectif d'appréhender les enjeux liés au suivi du régime alimentaire dans le contexte d'une maladie chronique, en l'occurrence le diabète. Il s'agit essentiellement de montrer toute la complexité des pratiques alimentaires auxquelles sont confrontées les femmes diabétiques et de saisir de l'intérieur les motivations qui président au suivi ou non du régime alimentaire. Notre posture de recherche tentera ainsi de questionner les logiques sociales déployées par les diabétiques à l'égard de l'alimentation, le sens attribué au régime et les différentes contraintes auxquelles elles font face. Néanmoins, il nous a semblé important de commencer tout d'abord par les représentations sociales des femmes atteintes de diabète à l'égard de leur maladie, d'évoquer ensuite le travail sanitaire consenti par les femmes proches parentes d'enfants diabétiques. Ces deux dimensions qui constitueront les deux premiers chapitres de ce modeste travail, introduiront en quelque sorte le thème central de notre étude. Ces derniers fourniront autant d'éléments qui permettront de mieux appréhender la complexité de l'abord de la question des pratiques alimentaires dans le contexte du diabète, résolument inscrite dans la perspective d'une sociologie du genre.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il est important, voire nécessaire, de montrer les différentes étapes qui ont conduit à l'élaboration de ce travail. Nous commencerons par exposer les raisons qui ont motivé le choix de travailler sur le thème des pratiques alimentaires chez les diabétiques. Nous verrons ensuite, quel a été le cheminement méthodologique aussi bien dans l'investigation de terrain que dans l'approche théorique.

Motivations personnelles dans le choix du thème de recherche

L'idée de travailler sur les comportements et les pratiques alimentaires des diabétiques n'est pas venue fortuitement. La question du diabète a constitué très tôt pour nous une vive préoccupation. En effet certains membres de notre famille en ont été atteints. Le décès de notre tante et les épisodes de coma de notre jeune oncle ont profondément marqué notre enfance. Cette maladie a éveillé notre curiosité d'enfant et suscité en nous de nombreux questionnements. Certains ont trouvé réponse auprès de notre mère et par nos lectures, d'autres, en revanche, sont restés en suspens, notamment ceux concernant les raisons de la non-conformité aux prescriptions médicales et particulièrement à l'égard du régime alimentaire et ce malgré le risque encouru des complications. L'explication donnée à l'adoption de tels comportements s'inscrivait dans le jugement de valeur et rejoignait l'optique médicale qui qualifiait ces patients d' « indisciplinés ». Explication qui était loin de nous donner des éléments de réponse convaincants.

L'idée de penser et d'aborder la maladie et les mécanismes de sa gestion, en des termes qui ne soient pas du ressort médical, s'est présentée dans le cadre de notre formation de post-graduation en sociologie de la santé. L'opportunité nous a été donnée de prendre connaissance des travaux précurseurs aux Etats Unis, de Parsons, Freidson et Strauss, qui sont des modèles de référence dans l'abord des questions médicales et sanitaires par la sociologie. En effet ce sont les anthropologues anglo-saxons qui, parvenus à *« considérer la médecine comme étant un art des usages sociaux, ont montré que la maladie, en tant qu'événement malheureux, affectant aussi bien*

*ductrice de pratiques qui débordent le champ
strictement médical* » (Fainzang, 2000)

En Algérie, on compte les recherches pionnières de Mebtoul dans le champ socio anthropologique de la santé, à l'instar du travail réalisé à Tlemcen, autour des significations attribuées à la prise en charge de deux maladies chroniques, en l'occurrence, le diabète et l'hypertension artérielle.

Intérêt de la recherche

Actuellement les maladies chroniques prennent de plus en plus d'importance dans les sociétés où l'espérance de vie ne cesse de croître. Elles constituent ainsi un enjeu capital non seulement du point de vue scientifique et médical mais aussi du point de vue économique et social (Carricaburu, Ménoret, 2004). Ces différentes affections (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité) qui causent 88% des décès dans les pays industrialisés atteignent maintenant 40% dans les pays émergents. Les déterminants de ce genre de pathologies sont identifiés. Ils sont liés aux modes de vie et aux comportements des individus, liés principalement à l'évolution des habitudes alimentaires, notamment la transition de l'alimentation traditionnelle vers une alimentation riche en graisses saturées ainsi qu'à la sédentarité.

Le diabète est considéré comme étant l'une des causes de décès les plus importants dans le monde. Il prend des proportions alarmantes et suscite de vives inquiétudes chez les praticiens en charge de cette maladie. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), il y a plus de 180 millions de diabétiques dans le monde. Un chiffre d'autant plus effarant qu'on prévoit le double à l'horizon de 2030. L'obésité liée à la survenue du diabète de type 2,

Une maladie des pays pléthoriques, apparaît désormais comme un problème majeur en Afrique (Zaoui et al., 2007). En effet, 63% des diabétiques vivent dans les pays en développement, alors qu'ils y étaient très rares, il y a encore vingt ans. L'O.M.S. estime que le taux de mortalité dû au diabète va augmenter de 50% durant la prochaine décennie si aucune mesure urgente n'est prise.

Le diabète ¹ est un trouble du métabolisme caractérisé par une hyperglycémie chronique (hausse du taux de glucose dans le sang) résultant d'un défaut de sécrétion d'insuline (hormone produite par le pancréas) ou de son action ou alors de ces deux anomalies associées. Il se présente principalement sous deux formes :

Le diabète de type 1 : (ou diabète juvénile) il touche les personnes les plus jeunes et est caractérisé par une insulino-dépendance. Il a une fréquence plus élevée de comas ainsi qu'une installation plus rapide des complications. Le patient doit s'astreindre à un régime alimentaire et à des injections pluriquotidiennes d'insuline.

Le diabète de type 2 : (ou diabète obèse) il affecte les personnes relativement âgées. Non insulino-dépendant, il est caractérisé par une évolution généralement lente des complications. Un régime pauvre en sucre et des antidiabétiques oraux sont préconisés afin d'équilibrer la glycémie.

¹ Le terme diabète vient du grec diabêtês, qui signifie « siphon », « passer à travers », « car les liquides ne restent pas dans le corps, mais le traversent comme un tuyau par lequel ils peuvent s'écouler » cité par A. Coussaert, les vêtements de la santé, le cas du diabète insulino-dépendant, médecine et anthropologie, Projections, La santé au futur, N°1, 1989/1990, 95-104.

Maladie incurable, ses conséquences sont lourdes, notamment ses graves complications qui peuvent être d'ordre ophtalmologique, cardiovasculaire, rénal, mais aussi les éventuelles amputations qu'elle peut engendrer. Véritable épidémie mondiale, le diabète est responsable de plus de décès que le V.I.H., il tue une personne toutes les dix secondes.

L'ampleur du diabète en Algérie

En Algérie, le diabète constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique, en particulier le diabète de type 2 et ce en raison de l'explosion de son incidence. Il touche les couches les plus jeunes de la société (Kourta, 2006). Sur une population estimée à 32 millions d'habitants, et selon la fédération algérienne des associations des diabétiques le nombre de diabétiques a atteint le chiffre de 2 millions dont 21% d'insulinodépendants. La part d'enfants est estimée à 20%.

Selon la société algérienne de diabétologie, 90% de la population des diabétiques présentent le diabète de type 2 et 10% de type 1 (Hadjiat, 2006). Maladie insidieuse, elle ne se déclare qu'à partir de la cinquième ou la septième année de dérèglement métabolique. Génétiquement transmissible, les personnes ayant des antécédents familiaux y sont fortement exposées.

Impulsée par le développement socio économique et les progrès de la médecine, l'Algérie traverse depuis deux décennies une transition sanitaire révélée par plusieurs études. En effet, un accroissement de l'espérance de vie, synonyme d'un vieillissement progressif de la population, s'est accompagné d'un net recul des maladies infectieuses contre une augmentation des

Une enquête nationale, nommée T.A.H.I.N.A. (transition and health impact in north Africa) a été menée dans le cadre global d'un projet de recherche sur la transition épidémiologique et son impact sur la santé en Afrique du nord. Elle a été réalisée en 2005 par l'I.N.S.P. (l'institut national de santé publique d'Alger) en collaboration avec l'union européenne dans 16 wilayas (départements), avec comme objectifs principaux, l'estimation de la morbidité, de la consommation de soins et de la fréquence des facteurs de risque chez les adultes de 35 à 70 ans.

Cette enquête a révélé, entre autres, une augmentation des populations adultes dont l'âge varie entre 20 et 59 ans, représentant un taux de 41,5% de l'ensemble de la population. La tranche d'âge ayant 60 ans et plus a été estimée à 7,1%. Cette dernière atteindra la proportion de 10% en 2015.

Selon cette étude, le diabète est le deuxième état morbide le plus fréquent (8.78%) après l'hypertension artérielle (16,23). Il touche 12,21% d'algériens dont une prédominance féminine de 12, 54 contre 11, 93 pour les hommes. Sa fréquence augmente significativement avec l'âge, elle va de 2.01% chez les 35 – 39 ans à 18.60% chez les 60 – 64 ans.

Le diabète est plus fréquent en milieu urbain (10.15% contre 6.40%). Selon la région géographique, il est plus fréquemment retrouvé dans les hauts plateaux (9.76%) que dans le tell (8.50%) et le sud (7.25%). Chez les hommes, on retrouve les fréquences suivantes : tell (8.58%), hautes plaines (9.57%) et sud (4.44%). En revanche, chez les femmes on retrouve un gradient décroissant nord/ sud.

Le taux d'incidence du diabète s'avère particulièrement difficile à obtenir à cause du caractère asymptomatique de la maladie (Imbert, 2008). En

serait de l'ordre de 6,32% selon le professeur Belhadj, lors de son intervention au séminaire dédié au diabète tenu en février dernier au Royal Hôtel d'Oran (la voix de l'oranie, 2009). Il ajouta que devant la difficulté de connaître avec exactitude le nombre de diabétiques à Oran et face à l'absence de statistiques fiables, une moyenne de 12 personnes atteintes sur 100.000 habitants est la norme à prendre en considération à Oran.

Le diabète : une prédominance féminine

D'après nos observations tout au long de notre présence aussi bien au service de médecine interne qu'au centre de santé de Maraval, les femmes étaient plus nombreuses à consulter. En outre, le service de diabétologie relevant du centre hospitalo-universitaire d'Oran, a confirmé que les femmes sont les plus exposées au diabète. Les principales raisons en cause sont liées à l'obésité qui influe à 70% sur la santé des femmes et les expose aux complications du diabète, ensuite interviennent les facteurs liés aux troubles psychiques (el watan, 2008). Cette prédominance féminine n'est pas spécifique à l'Algérie. En effet un numéro spécial « les femmes et le diabète » de la revue éditée par la fédération internationale du diabète, DiabetesVoice, publié en mai 2009, a confirmé cette tendance. Il a aussi mis en lumière une série d'aspects sociaux, culturels et économiques du fardeau discriminatoire qui pèse sur les femmes dans quasiment toutes les régions du monde. En outre, selon l'OMS, près de la moitié des décès imputables au diabète surviennent chez des personnes de moins de 70 ans et 55% des personnes qui meurent de la maladie sont des femmes.

Dans la perspective médicale de la prise en charge du diabète, le respect du régime alimentaire revêt une dimension importante. L'alimentation, élément indispensable pour couvrir les besoins de l'organisme en énergie, vitamines et sels minéraux, doit en outre, chez les diabétiques, limiter les fluctuations glycémiques. En effet, l'administration du traitement médical, qu'il s'agisse de l'insuline ou d'antidiabétiques oraux est tributaire d'une alimentation adéquate et équilibrée. Un changement dans l'alimentation est ainsi préconisé. Celle-ci doit-être hypocalorique et reposer principalement sur la réduction des lipides surtout saturés et des sucres simples.

L'approche médicale, centrée sur l'équilibre de la glycémie et sur la prévention des complications du diabète rejoint dans son optique, l'éducation nutritionnelle conventionnelle dont l'objectif est la modification des comportements liés à l'alimentation. Elle est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ignorance et le manque de connaissances diététiques sont à incriminer dans les mauvaises conduites alimentaires et que l'acquisition d'un savoir et d'un savoir-faire est à même d'aboutir à une amélioration de la situation nutritionnelle (Calandre, 2002). Or ce savoir scientifique légitime diffusé par la structure hiérarchique peut se heurter à des résistances et des contestations (Perretti-Watel, 2001). En effet l'information sur les risques encourus suite au non respect du régime alimentaire n'était pas suffisante pour changer les pratiques des diabétiques. Il nous semble que cette attitude qualifiée d'« irrationnelle » par le corps médical doit nous inciter à rechercher les dimensions sociales qui imprègnent profondément la vie quotidienne, en particulier l'alimentation.

Bien souvent, les médecins prennent peu ou prou en considération la

s occultent et à priori toute justification ou argument du patient diabétique qui, pour des raisons souvent ignorées des professionnels, est bien obligé de transgresser la norme médicale. L'application de la norme médicale ne dépend pas toujours de la seule volonté du diabétique, souvent confronté au regard des « autres », aux contraintes imposées par la norme sociale du réseau familial, de voisinage ou professionnel (Mebtoul, 2003).

De nombreuses études en sciences sociales ont porté un regard critique sur l'approche médico-centrée de l'observance (Sarrandon-Eck, 2007). Trostle (1988) et Lerner (1997), suite à leurs analyses historiques sur le concept d'observance (ou de compliance), ont souligné que ce dernier reflétait l'exercice du monopole professionnel d'un pouvoir et d'un contrôle dans le domaine de la santé et des soins et renvoie à une idéologie de l'autorité des médecins et des professionnels de la santé. Ainsi la non-observance est étiquetée de déviance (Donovan et Blake, 1992) et est porteuse d'un jugement normatif de la part d'une médecine fondée sur des données validées de la science (Lerner, 1997). Mais on oublie souvent que le bricolage, les doutes et les erreurs sont aussi l'apanage de la pratique médicale qui se trouve confrontée en permanence à l'incertitude devant les limites des connaissances médicales, particulièrement pour le diabète qui fait l'objet de diverses controverses entre médecins (Mebtoul, 2003).

Un intérêt grandissant est suscité pour l'étude des pratiques alimentaires. Ceci est en partie lié au risque nutritionnel et sanitaire apparu au cœur des débats sur les questions alimentaires contemporaines, particulièrement depuis mai 2004, année de l'approbation par l'OMS de sa stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (Imbert, 2008). Malgré les

ation et de sensibilisation à une saine alimentation, force est de constater que le bilan reste peu convaincant.

Le faible impact des campagnes de prévention et de sensibilisation montre bien qu'au-delà de sa dimension bio-nutritionnelle, l'alimentation intègre d'autres préoccupations qui sont d'ordre socio culturel (Calandre, 2002). La limite de l'éducation nutritionnelle est qu'elle met en position dominante les critères de santé et de nutrition, tout en éclipsant les autres fonctions de l'alimentation, hédonique, sociale et culturelle. Ces dernières ne sont reconnues que comme des obstacles à la satisfaction des besoins nutritionnels. Or l'alimentation n'est pas réductible à la nutrition ; En effet, l'alimentation n'est pas seulement la satisfaction d'un besoin physiologique, elle est un acte complexe qui renvoie à des réalités psychologiques, sociales et culturelles (Lahlou, 1998). Le paradoxe américain le montre bien, les États-Unis, pays où la culture nutritionnelle est la plus diffusée, enregistre le plus important taux d'obésité (Calandre, 2002).

L'alimentation, à travers les pratiques et les représentations, a une dimension sociale qui ne peut se réduire à la seule quantité de nutriments ingérés. Elle est aussi une production sociale et un système de comportements et de représentations de la vie sociale (Garabuau-Moussaoui, 2002) ; « *les hommes ne mangent pas des nutriments mais des aliments cuisinés, combinés entre eux au sein de préparations culinairesselon un protocole fortement socialisé* » (Poulain, 2002).

Spécificité de l'alimentation en Algérie

Selon les résultats de l'enquête TAHINA, « les algériens mangent mal », la consommation alimentaire quotidienne ne respecte pas les

s de santé pour tous les groupes d'aliments (Kourta, 2006). Elle est jugée faible en fruits et légumes (0,6 fruit par jour au lieu des 2 portions recommandées et 0,8 légume par jour au lieu des 3 portions recommandées). En revanche, la consommation des produits gras et sucrés est en deçà des normes (2,7 portions-jour contre 1 portion recommandée).

Le regard socio anthropologique, que nous adoptons, tente de comprendre la complexité de l'objet aliment. Il s'inscrit dans une logique de refus du jugement de valeur sur les pratiques alimentaires (Mebtoul, 2007). Il nous semble que la compréhension des sens donnés à l'aliment et au régime est importante avant de décréter la transformation autoritaire des comportements alimentaires. Car comme le proclamait Margareth Mead dès 1945 : « *avant de chercher à savoir comment changer les habitudes alimentaires [il faut tout d'abord] comprendre ce que manger veut dire* ».

Françoise Héritier-Augé avait écrit : « *l'autre, c'est d'abord celui qui ne mange pas comme soi* » (1985 :61). L'alimentation apparait ainsi comme le socle à partir duquel se développent aussi bien les identités individuelles que collectives. L'alimentation en tant que fait social constitue un ensemble de représentations, savoirs et pratiques qui, s'affirment dans ses différences par rapport à d'autres systèmes alimentaires (Suremain et al., 2006).

En Algérie, l'alimentation constitue le point nodal de différents regroupements qui ont lieu principalement au cours d'occasions festives et qui se font à l'intérieur des espaces domestiques ou en dehors.

Il peut s'agir d'un repas familial habituel réunissant uniquement les membres qui habitent sous le même toit comme il peut s'étendre aux autres membres ayant des liens de sang comme les oncles, les tantes, les cousins et

de l'espace domestique. Sont aussi impliqués, ceux qui sont liés par alliance, le voisinage et les amis. Ils viennent ainsi autour de repas festifs, présenter leurs félicitations et exprimer leur joie, à l'occasion de mariages, de naissances, de circoncision, retour de pèlerinages, et des différentes fêtes religieuses comme la célébration du mois sacré de Ramadhan, l'Aïd, etc.

Des regroupements plus importants de populations venues des alentours ou de régions plus éloignées se réunissent dans les « waâda »². Elles viennent célébrer en communion et dans la liesse, le plus souvent autour d'un grand couscous, l'ancêtre commun, ou rendre hommage à un saint homme vénéré auquel est dédié un mausolée.

Se retrouver pour manger ne se limite pas aux événements heureux. Les funérailles sont aussi des occasions pour partager la nourriture et exprimer sa compassion, sa douleur et renforcer les liens familiaux et communautaires. Le registre alimentaire présent dans toutes les occasions apparaît ainsi comme un fait social total au sens que lui a attribué Mauss (De Garine, 1991).

L'histoire alimentaire algérienne témoigne d'une très ancienne expérience agronomique et d'une riche tradition culinaire. Malgré l'avènement de l'industrie agro-alimentaire et son corollaire, la nouvelle cuisine industrielle, facteurs qui ont engendré des mutations de l'alimentation de part le monde et qui ont abouti à des changements indéniables de la table nationale, les algériens restent très attachés aux plats traditionnels comme le couscous, le « berkoukes », la « chakhchoukha » et les différentes soupes et

² Les waâda ou zerda constituent des repas festifs occasionnels pour célébrer les saints spécifiques à chaque région ou seulement partager équitablement la viande issue de l'abattage de moutons ou de bœufs.

s aussi bien dans les compagnes que dans les villes.

Ces différents mets, que nos lointains aïeux mijotaient dans leurs marmites en terre cuite, font encore partie des pratiques alimentaires quotidiennes ainsi que lors de la commémoration des différentes fêtes et occasions (Bedrani, Robineau, 1982). Les gâteaux et autres douceurs ne sont pas en reste. « Makrout »³, « Griwèche »⁴ et autres confiseries sont présentes pour agrémenter les « meida »⁵ autour desquelles les membres de la famille et hôtes, dégustent avec du thé ou du café, lors de la collation de l'après midi ou au cours de soirées ou autres réceptions.

La cuisine algérienne qui a des lettres de noblesse qui remontent à l'antiquité, possède un riche patrimoine culinaire qui s'est nourri à travers l'histoire de différents apports. Ces derniers associés aux plats autochtones constituent certainement la cuisine algérienne actuelle, changeante d'une région à une autre, souvent par de légères variantes et parfois de façon radicale (Bouayad, 1978).

Nos pratiques culinaires imposent le partage avec les membres de la famille (Mebtoul, 2007). En effet le plat collectif est prédominant dans les foyers algériens (52,07% des algériens mangent dans le plat commun). En outre tous les repas sont pris à domicile pour plus de 93% des cas. Les trois principaux repas et la collation de l'après midi sont pris essentiellement en famille pour plus de 80%, selon TAHINA.

Le domicile familial est considéré comme le lieu par excellence de socialisation de l'individu, il est pour ainsi dire un véritable laboratoire pour

³Makrout : losanges de semoule farcis à la pâte de dattes, frits dans l'huile et enrobés de miel.

⁴ Griwèche : oreillettes de farine et de beurre, frites dans l'huile, enrobés de miel et parfumées aux grains de sésame.

⁵ Meida : table basse.

alimentaires (Lavallée et al., 2004). Ces dernières s'incorporent dans le corps social et sous-tendent un enracinement affectif et culturel. Il semble ainsi difficile d'aller à l'encontre de certains aliments qui ont des vertus symboliques très fortes, à l'exemple du pain et du couscous. Ces derniers comptent parmi « les points cardinaux » de l'imaginaire alimentaire algérien.

Approche théorique

Notre recherche se propose d'aborder le thème des pratiques alimentaires dans le contexte d'une maladie chronique à savoir le diabète. Traditionnellement, l'alimentation et le diabète ne faisaient l'objet que d'études relevant exclusivement du domaine des sciences biomédicales. Ceci nous renvoie à la problématique de l'abord, par les sciences sociales, des questions relatives à la santé, domaine longtemps resté le privilège du monde médical. Or maintenant tout le monde s'accorde à dire que « toute maladie a sa part de social » (Carricaburu ; Ménoret, 2004).

Néanmoins, l'intérêt porté par les sciences sociales au domaine de l'alimentation remonte à l'ouvrage d'Audrey Richards (1932), dans lequel, elle s'intéressa au mode de vie des Bembas de la Rhodésie et leur rapport à l'alimentation. Son étude a montré que la nutrition est un processus plus fondamental que la sexualité, dans la mesure où la nourriture constitue un besoin essentiel et même vital. Les travaux en psychologie sociale de Kurt Lewin (1943) ont conclu que pour changer le comportement des consommateurs, il ne suffit pas simplement de tenter de les persuader par des arguments rationnels, dans la mesure où les représentations sociales et les pratiques constituent un processus lent, négocié, progressif, qui nécessite la

concernés (Lahlou, 1998). Il fut suivi de Margaret Mead, qui en 1945, avait publié son manuel pour l'étude des pratiques alimentaires, dans lequel, elle insista sur les éléments biologiques, socio culturels et psychologiques de l'alimentation. Mais c'est avec Maurice Halbwachs (1970) que les pratiques alimentaires acquièrent le statut de « fait social ». À ce propos, il écrivit : « *l'ouvrier sait bien que l'ordre des repas, l'habitude de consommer certaines nourritures et le prix qu'on attribue à chacune d'elles sont de véritables institutions sociales* ». Ensuite le courant structuraliste s'empara à son tour de cette thématique, où Claude Lévi-Strauss(1968), l'un de ses pères fondateurs, avait développé son fameux triangle culinaire, cru, cuit et pourri. Il définit la cuisine d'une société comme étant ce « *langage dans lequel elle traduit inconsciemment sa structure* ». (Lévi-Strauss, 1968). A partir des années soixante dix et sous l'impulsion d'Edgar Morin(1973), Claude Fischler (2001), développa les concepts de «mangeur » et d' « Homnivore » pour aboutir aux approches de Poulain et de Corbeau (2002). Ces derniers ont eu pour point de départ la pensée interactionniste. Ils ont travaillé sur le sens de l'alimentation chez les « *mangeurs* » qu'ils ont essayé de comprendre en explorant leurs logiques, leurs représentations et la construction de leurs identités. Pour eux, l'acteur n'est pas soumis à une pratique alimentaire donnée, il dispose de marges de manœuvres plus ou moins larges selon la dynamique de ses interactions.

L'étude du monde social de la médecine et de la maladie s'est développée aux États-Unis avec le courant interactionniste où il a été l'un de ses domaines privilégiés d'investigation. Les questions liées à la maladie et plus généralement à la santé ont « *longtemps relevé d'une évidence exclusivement organique et du seul registre d'interprétation médicale* » (Carricaburu; Ménoret, 2004). Il a fallu attendre la deuxième moitié du siècle

franchies de leur compréhension strictement biologique et individuelle et pensées dans leurs dimensions collectives et politiques. Sylvie Fainzang le montre bien quand elle affirme que les anglo-saxons⁶, parvenus à considérer « *la médecine comme étant un art des usages sociaux, ont montré que la maladie, en tant qu'événement malheureux, affectant aussi bien l'individu que le groupe, est productrice de pratiques qui débordent le champ strictement médical* » (Fainzang, 2000).

Notre cadre théorique s'inscrit donc, dans cette dynamique de recherche qui a vu, en France, depuis l'avènement des années 80, l'adoption de nouveaux paradigmes dans les recherches en sociologie de la santé, à savoir, la perspective interactionniste. Cette dernière avait pris le contre-pied du courant fonctionnaliste -dominé à l'époque par Talcott Parsons et Robert Merton- qui privilégiait les analyses macro sociales, basées sur la quantification et les modèles théoriques abstraits. Alors que les fonctionnalistes avaient une vision mécaniste d'une société régie par un système figé de règles formelles, les interactionnistes insistaient sur le caractère dynamique de l'interaction sociale, faite de conflits, de négociations, etc. L'accent était mis sur le changement social, la construction continue de l'ordre social et sur les contradictions au sein des organisations. Les travaux ayant touché de près ou de loin à l'interactionnisme ont été l'œuvre de « *sociologues célèbres comme Goffman, Becker, Freidson (qui) y ont fait leurs premières armes tandis que d'autres comme Strauss y ont consacré leur carrière* » (Carricaburu ; Ménoret, 2004).

⁶ Les sociologues anglo-saxons se sont intéressés à la médecine dès les premières années qui ont suivi la fin de la deuxième guerre mondiale, ayant vu dans l'étude des questions liées à la santé « une construction culturelle et sociale et.. (un) espace politiquement structuré » (Carricaburu ; Ménoret, 2004).

eler qu'en 1973, Anselm Strauss, l'une des figures emblématiques de l'interactionnisme symbolique⁷, avait appelé dans *society* à revoir le modèle de soin élaboré pour les maladies aiguës et qui ne convenait plus aux affections chroniques et où l'acteur principal ne serait plus le médecin mais le patient et où l'hôpital ne serait plus le centre géographique mais le domicile du malade (Strauss, 1992).

Ses recherches ont eu le mérite d'objectiver les savoirs profanes déployés par les patients et leurs familles et de mettre en exergue la richesse des dynamiques socio sanitaires produites au sein et à l'extérieur de l'espace domestique (Mehtoul, 2008). Sa démarche nous paraît pertinente dans la mesure où il appréhende la gestion de la maladie en termes d'action. En effet il considère que le malade, acteur incontournable du travail médical, est un agent réflexif, créatif et actif dans sa gestion quotidienne de la maladie. Il fait face à des contraintes qui modulent ses actions, sans pour autant être un objet passif soumis à des forces sociales (Strauss, 1992).

En outre, l'inscription de la pathologie du diabète et de ses manifestations dans le quotidien n'est pas une simple adaptation à l'évènement- maladie, mais impose une interprétation en termes de normalisation. Cette dernière, processus d'actions mis en œuvre pour la constitution d'une nouvelle attitude qui aspire à une vie aussi normale que possible dans divers domaines de la vie sociale, s'apparente à un véritable « travail sans fin »(Strauss, 1975). La dimension paradoxale du diabète faite à la fois de continuités de la vie sociale et de ruptures par l'intégration des désordres liés à la maladie conduit le malade dans sa tentative de maintenir un certain ordre social à faire usage de la négociation. Projeté dans une carrière

⁷ L'appellation de l'interactionnisme symbolique désigne la deuxième et troisième génération de l'école de Chicago. Cette dernière a été fondée par des anthropologues développant une sociologie empirique basée sur le travail monographique à l'exemple de Warner et l'observation in situ comme Hughes.

et de fragilité au quotidien, à travers ses interactions quotidiennes, il façonne la réalité sociale de sa maladie. Sa quête de la normalisation symbolise ainsi l'instauration d'un ordre négocié (Strauss, 1978).

Anselm Strauss a rendu hommage au courant interactionniste dans un article sur la négociation en écrivant : *« les interactionnistes ont porté un grand intérêt aux processus sociaux, impressionnés qu'ils avaient été tant par l'immensité du changement social que par ses potentialités. Simultanément, ils ont postulé que les êtres humains sont des créatures actives qui modèlent leurs environnements et leurs futurs, et font face à des contraintes qui pèsent sur l'action. Ils adopté une position intermédiaire entre une vision du monde sans aucune sorte de contraintes- un monde qui dépendrait entièrement de la volonté humaine –et la vision d'un monde structurellement déterministe. »* (Strauss, 1992).

Notre approche théorique s'appuie aussi sur les travaux d'une autre figure marquante de l'interactionnisme symbolique, en l'occurrence Erving Goffman (1967). Ce dernier définit l'individu comme cet : *« être capable de distanciation, c'est-à-dire capable d'adopter une position intermédiaire entre l'identification et l'opposition à l'institution et prêt, à la moindre pression, à réagir en modifiant son attitude dans un sens ou dans l'autre pour retrouver son équilibre »*. Considérant que l'interaction sociale est guidée par le souci de ne pas perdre la face⁸, il a développé le concept de stigmaté qu'il définit comme étant *« cet attribut (qui) constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité. »*

⁸ Goffman définit la face comme étant *« la valeur positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier »* (Goffman, 1974).

Recueil et l'exploitation des données

Il nous semble important de souligner, que nous avons opté pour la clarté et la transparence tout au long de notre travail de terrain. Au départ, la nécessité de travailler dans les structures de santé, nous a conduits à formuler des demandes écrites, où étaient exposés en détail l'objet de notre travail et les objectifs encourus, suivies de l'autorisation signée par le directeur du laboratoire où nous sommes affiliés.

Nous avons pris contact avec nos interviewés, soit directement, en allant à leur rencontre, soit par l'intermédiaire d'informateurs privilégiés. Nous leur avons expliqués le travail que nous sommes en train de faire et avons répondu à leurs questions, lorsqu'ils demandaient plus d'éclaircissements.

Un des principes éthiques, fondateurs de notre enquête, a été le respect scrupuleux de l'anonymat des personnes interviewées. Pour cela, nous avons opté pour des prénoms fictifs. Le choix de l'utilisation de ces derniers s'est fait « *dans le seul souci de rendre plus vivante la présentation du matériel.* » (Fainzang, 2006). En outre, l'usage de l'enregistreur numérique s'est fait après l'obtention préalable de l'accord des personnes interviewées.

Pertinence de la méthode qualitative dans l'approche socio anthropologique

Parce qu'elles ne sont pas en mesure d'appréhender le sens que les individus donnent à leurs expériences, les enquêtes quantitatives ne permettent pas de comprendre les logiques d'action sous-jacentes. En revanche les recherches qualitatives constituent des outils privilégiés pour appréhender les comportements de manière plus globale car elles s'attachent

situations et des actions. (Chauvin, Parizot, 2005)

Afin de répondre au mieux à notre problématique, nous avons privilégié l'approche qualitative. Notre posture socio anthropologique qui s'inscrit dans l'altérité a consisté à restituer les propos de l'autre par la recherche de la qualité des discours émis par les interviewés. En effet, travaillant sur le sens que les gens donnent à leurs actions, cette forme de recueil de données empiriques, permet de saisir les mécanismes et processus par lesquels, ils sont venus à se retrouver dans une situation donnée mais aussi, comment ils s'efforcent pour la gérer (Bertaux, 1997). Elle est basée sur des entretiens individuels, approfondis, répétés et de longue durée (entre une heure et demi et deux heures environ) et l'observation fine et détaillée des différents espaces investis. Ces deux techniques jumelées nous paraissent les mieux adaptées afin de « *relever les discours et les situations permettant d'accéder aux croyances, aux représentations, aux pratiques et aux institutions qui donnent sens à une société* » (Fassin, 1990).

La technique de l'entretien semi directif basé sur un guide d'entretien a été le plus souvent usitée, même si des entretiens plus directifs ont été aussi utilisés. L'épreuve de terrain étant une expérience en constant renouvellement et un entretien ne ressemble jamais à un autre. Les contraintes de terrain sont telles, que l'on doit sans cesse s'y adapter, sans perdre de vue les objectifs encourus.

Nous nous sommes entretenues avec un corpus composé au total de 21 femmes diabétiques et de 6 femmes parentes d'enfants diabétiques. Il ne s'agit nullement d'un échantillon représentatif, dans la mesure où, comme l'explique si bien Sylvie Fainzang (1994) : « *une réalité donnée ou une*

d'être représentative au sens strict pour être pertinente anthropologiquement, et où à cet égard, l'étude de quelques cas individuels, peut nous apprendre autant de choses que celles de cas multiples. »

L'approche socio anthropologique, que nous adoptons, en développant des outils de collecte des données concernant les comportements et les représentations, tente par leur mise en relation de comprendre les modalités de passage du niveau des représentations à celui des pratiques (Poulain, 1999). Plus globalement, les sciences humaines et sociales, en tentant de comprendre les attitudes et les règles qui régissent les interactions concernant l'alimentation et la santé, peuvent aider à l'élaboration de projets d'intervention dans les systèmes alimentaires et sanitaires, en réfléchissant sur les conditions de construction des formes de connaissances sur l'alimentation et le diabète. Ainsi, le diabète, s'il est vu sous ses angles sociaux, économiques, politiques et culturels, peut fournir une compréhension plus globale de l'avènement de l'épidémie et constituer un lieu de recherche de solutions (Laplante, 2003).

Elaboration du guide d'entretien

Le choix de la méthode qualitative et des entretiens semi-directifs a nécessité l'élaboration d'un guide d'entretien sous forme d'un canevas de questions ouvertes, permettant à l'interviewé de répondre avec largesse. Cette technique permet de canaliser, sans trop les restreindre, les réponses à longueur variable des interviewés. En plus des données factuelles sur les enquêtés, différents thèmes ont été explorés. De prime abord l'histoire de la maladie a été abordée, incluant son ancienneté, les représentations sur son étiologie et les pratiques thérapeutiques y afférentes. Ensuite le rapport à

de Ramadan, avec l'entourage familial et sociétal, ainsi qu'aux éventuelles complications, et les contraintes rencontrées, ont été abordés. L'évocation de ces différentes dimensions a constitué la trame de fond de ce guide. Des questions de relance ont été prévues, afin de recentrer la discussion autour des objectifs de la recherche et d'un autre côté, faire parler de certains aspects qui risqueraient d'être omis.

Choix des lieux d'investigation et du corpus d'enquête

Nos investigations se sont déroulées sur plusieurs terrains. Ce travail d'enquête s'est déroulé en trois principales étapes :

La première étape a été la pré enquête, étape préliminaire, phase expérimentale pour tâter le terrain et établir les premiers contacts avec les patients diabétiques et le personnel médical. Elle a constitué la phase-test des premières questions en vue de l'élaboration du guide d'entretien mais aussi du peaufinage de l'objet de recherche et de sa problématique. Nos investigations se sont déroulées dans un premier temps au niveau du service de médecine interne de la nouvelle structure hospitalière 1^{er} novembre d'Oran. Le choix de ce premier lieu d'enquête se justifie par le fait qu'il soit un service de consultation et d'hospitalisation de malades diabétiques. En outre la présence en son sein d'un allié a constitué une opportunité. En effet, l'obtention d'une autorisation d'enquête a été facilitée et la circulation à l'intérieur du service sans porter de blouse ainsi que la possibilité de s'entretenir en aparté avec les patients ont constitué des atouts pour le bon déroulement de l'enquête. Nous avons pu aussi avoir accès aux dossiers des malades et nous nous sommes entretenus avec cinq femmes âgées entre 25 et 54 ans.

Dans un souci de diversification, nous avons opté en deuxième temps,

al situé dans la même ville. Cette structure de santé compte parmi les unités sanitaires de base. Ces dernières se trouvent être la première destination des malades. En effet, plus de la moitié des malades y ont recours (52, 09% des cas selon TAHINA) et le premier à être sollicité est le médecin généraliste (84% des cas selon TAHINA).

Le médecin généraliste y exerçant est notre informateur privilégié. Il est chargé du suivi des malades chroniques, principalement des diabétiques, pour certains de très longue date. Nous avons pu assister aux consultations, pris contact avec les malades pour ensuite prendre rendez-vous pour des entretiens à domicile. Nous avons interviewé huit femmes au foyer âgées entre 39 et 65 ans, très diversifiées dans leurs caractéristiques sociodémographiques. Les entretiens se sont déroulés pendant le mois de ramadhan.

La troisième étape a été un complément de l'enquête précédente dans la mesure où le but était de prendre des catégories d'âge plus jeunes et un autre type de diabète. Pour cela, la clinique Hamilcar Cabral (ex saint Michel), a été choisie. Il s'agit d'une clinique du jour, spécialisée dans la prise en charge et le suivi des enfants diabétiques, jusqu'à l'âge adulte. Nous avons réalisé huit (8) entretiens avec des femmes diabétiques de type 1, âgées entre 18 et 33 ans. Six (6) autres entretiens semi-directifs avec des femmes parentes de diabétiques, ont été effectués au sein de la clinique dont deux à domicile. Nous avons aussi assisté aux cours d'éducation donnés aux parentes des enfants diabétiques. Nous avons ainsi pu observer les interactions femmes-infirmière, enfants-infirmière et les femmes entre elles et avons pris part aux exercices de calcul des doses d'insuline.

Notre groupe d'interviewées s'est donc constitué au gré de l'enquête, sans qu'il y ait eu au préalable une sélection, dans la mesure où la démarche

plutôt par immersion et empathie. L'objectif étant d'aboutir à « *un ensemble d'informateurs suffisamment diversifiés pour... en tirer des constantes en fonction de catégories sociales, culturelles et démographiques concernées* » (Fainzang, 2006).

Des entretiens informels ont été effectués avec les professionnels de santé évoluant dans les structures de santé investies. Il s'agit d' :

- Un médecin généraliste chargé du suivi des malades chroniques
- Un médecin diabétologue
- Une psychologue
- Une puéricultrice, infirmière chargée du suivi des diabétiques
- Une infirmière chargée de l'éducation des diabétiques

Recueil et analyse des entretiens

Les propos des enquêtés ont été recueillis sur un enregistreur numérique. A la fin de chaque entretien, un compte rendu général est élaboré incluant les conditions de sa réalisation et les observations. Ces dernières sont rédigées sur les pages de notre journal d'enquête, compagnon de route tout au long de notre investigation et outil indispensable où sont annotés nos premiers commentaires et les bribes issues de nos différentes lectures.

Le matériel sonore, ainsi recueilli, est ensuite réécouté à plusieurs reprises, traduit en intégralité, de l'arabe dialectal, retranscrit et saisi en français. Ce genre de procédé a l'avantage de restituer le contexte du déroulement de l'entretien et d'éviter toute omission des discours. En revanche le travail relatif à la traduction et à la saisie simultanées de l'intégralité des discours a été une tâche ardue dans la mesure où il fallait en

contenu des discours des interviewés afin d'en conserver le sens originel. Nous avons ainsi fait l'effort de trouver le sens en langue française qui soit le plus proche de la langue d'origine.

L'analyse des données discursives, des notes et des retranscriptions issus de l'investigation de terrain s'est faite par l'établissement d'une typologie. Cette dernière consiste à mettre de l'ordre dans les matériaux recueillis. Il s'agit de les classer selon des critères pertinents, qui permettraient de trouver les variables cachées et qui expliqueraient les variations des différentes dimensions observables (Demazière; Dubar, 1997). Ainsi, l'interprétation des données s'est faite par l'analyse du contenu thématique des discours.

Le rapport au terrain

Avant de passer à la présentation du plan, il nous semble important d'évoquer concrètement la façon avec laquelle a été construit notre rapport au terrain et comment nous avons été perçus par les interviewées.

Tout d'abord, les entretiens ont été réalisés aussi bien en milieu hospitalier qu'au sein des domiciles. A l'EHU, nous nous sommes entretenues avec les patientes dans les chambres quand il était possible de parler en aparté, sinon, nous nous rendions dans une petite salle destinée à la visite médicale et que l'infirmière a bien voulu nous laisser. A la clinique pédiatrique C, nous avons fait nos entretiens dans le bureau de la psychologue au sous sol de l'établissement. Aux domiciles des patientes, espace d'interactions où « la parole se libère » (Fainzang, 2006), le recueil des données discursives s'est fait dans les salles de séjour.

Toutes les patientes ont été recrutées à partir des structures de soin. Nous leur avons demandées s'il était possible de faire les entretiens chez elles, après acceptation, il ne restait plus qu'à bien noter les adresses, en les

à trouver aisément. Nous prenions aussi leurs numéros de téléphone, ces derniers nous permettaient de confirmer les rendez-vous, de les rappeler en cas d'oubli, de les changer en cas d'imprévu, mais aussi de nous aider quand il était difficile de trouver l'adresse exacte. Après les salutations d'usage et avant d'entamer les questions relatives aux différentes dimensions incluses dans le guide d'entretien, nous commençons tout d'abord par définir notre statut et l'objet de notre travail. Aussi bien sur le plan méthodologique que sur le plan heuristique, il nous a semblé important de lever tout amalgame, en expliquant à nos interlocuteurs que nous ne faisons pas partie du corps des professionnels de santé afin de nous « *départir de cette casquette médicale dont on a voulu nous coiffer* » (Fainzang, 2006) et expliquer que pour notre part, l'intérêt que nous portons aux questions liées au diabète et à l'alimentation, relevait d'une approche centrée sur l'écoute dans le but de recueillir des données qui mettent l'accent sur l'importance de l'environnement social au sens large. Cette précision essentielle nous a permis de prendre connaissance de certains éléments que les patientes avaient choisi de ne pas dire aux soignants.

Présentation du plan

A partir de l'analyse des données recueillies et particulièrement de celles issues des discours « autochtones » et qui constituent « *un élément central de toute recherche de terrain* » (Olivier De Sardan, 1995) et leur catégorisation, nous avons structuré notre travail selon les chapitres suivants :

Il nous a semblé important de commencer, tout d'abord, par montrer l'importance des dimensions autres que biologique et médicale de l'événement social que constitue la survenue d'une maladie chronique à l'instar du diabète. Nous avons ainsi choisi de consacrer le premier chapitre

ant l'annonce du diagnostic de la maladie, l'étiologie profane de sa survenue et quelques éléments qui renseignent sur son vécu.

Le deuxième chapitre sera consacré au travail sanitaire des femmes, ayant en charge des enfants atteints de diabète. Il nous est apparu important d'insérer un chapitre rendant compte de cette dimension du prendre soin et ce d'autant plus que l'une des raisons pour laquelle nous avons opté pour un corpus exclusivement féminin, revient au fait que nous avons mesuré l'importance de la charge de travail qui pèse sur les femmes parentes d'enfants diabétiques et ce au cours de notre travail d'investigation à la clinique Hamilcar Cabral.

Le troisième chapitre entrera de plain-pied dans les contraintes qui déterminent les pratiques alimentaires des diabétiques. Elles sont liées aux moyens économiques qui semblent guider le choix en matière d'alimentation et être déterminants sur l'adoption des régimes.

Le quatrième chapitre illustrera l'importance des rapports de pouvoir existant au sein des familles algériennes dans les pratiques alimentaires des diabétiques, ainsi que le statut du diabète dans la société.

Le cinquième et dernier chapitre montrera comment certaines habitudes alimentaires ont un impact sur les pratiques alimentaires des diabétiques, mais aussi comment l'alimentation renvoie à des univers de sens aussi variés que le plaisir, la convivialité et la commensalité.

⁹ Les données émiques étant celles qui sont extraites du discours des interviewés et qui nous renseignent sur leurs représentations.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CHAPITRE I

L'objectif de ce chapitre consistera à aborder les représentations des diabétiques concernant l'évènement social que constitue l'annonce du diagnostic de la maladie, son étiologie profane ainsi que les changements qui affectent le vécu social.

L'importance de l'abord des représentations de la maladie, en l'occurrence le diabète, s'explique par son impact sur les conduites thérapeutiques des soignés. Fainzang (1997) le montre bien lorsqu'elle considère ces dernières comme étant une réponse que les patients accordent à la signification de la maladie et à la cause qui lui est attribuée. A ce propos, elle avait écrit : *« l'explication que les sujets attribuaient à leur mal s'avérait déterminante sur leurs conduites et le recours thérapeutique s'inscrivait dans un rapport logique avec cette interprétation »*. Elle ajouta plus loin : *« la conduite thérapeutique du malade est fonction de la logique interprétative à laquelle il adhère »*. Ces *« modèles explicatifs de la maladie »* (Kleinman, 1980), véritables schèmes cognitifs, renvoient aux discours que les patientes diabétiques forgent pour donner un sens cohérent à leurs symptômes, aux causes qu'elles leur attribuent, aux circonstances dans lesquelles la maladie fait irruption, aux traitements reçus et plus généralement à l'expérience globale de leurs maladie. D'où l'importance de ces représentations sociales, dans la mesure où, c'est à partir de ces *« ensembles sociocognitifs »* (Abric, 1994) formés d'images, de symboles, de croyances, d'opinions, de connaissances, construits sur leur corps social que sont déterminées leurs pratiques alimentaires. Ces représentations sociales conçues comme des *« systèmes de valeurs, de notions et de pratiques »* (Moscovici, 1969) sont construites dans les interactions avec l'univers social des diabétiques.

explorer la pertinence que revêt l'approche socio-anthropologique dans l'abord des maladies chroniques et qui peut se mesurer à « *sa capacité à rendre intelligibles les enjeux qui dépassent le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler le secteur de la santé* » (Fassin, 2000). En effet la gestion de la chronicité quotidienne ne se résume pas seulement à « *une modification du travail médical, elle marque la transformation, dans la durée, de l'événement social maladie et cela pour tous ses acteurs immédiats ou non : malades, professionnels de la maladie,-médecins et non-médecins-, familles, entreprises, etc. Elle entraîne les acteurs de la maladie au-delà du monde médical, dans toutes les sphères de la vie sociale, pour une période de temps indéterminée, mettant en interjection des acteurs de plus en plus nombreux.* » (Baszanger, 1986). En effet, « *les professionnels de la santé n'assurent qu'une partie des soins nécessaires à la vie et à la santé. Les gens ne sont pas seulement des consommateurs de soins, ils en produisent* » (Cresson, 2000). Cette production de la santé se présente comme une traduction dans le langage sanitaire des réalités sociales. Il s'agira alors de repérer, comme le suggère Fassin (2000), le sens donné à ces dernières et de tenter de les interpréter.

De nombreux travaux sociologiques se sont penchés sur les conséquences aussi bien au niveau identitaire que biographique de l'irruption des maladies chroniques (Carricaburu ; Ménoret, 2004). Les recherches de J. Corbin et A. Strauss (1987) comptent parmi les recherches qui ont eu le mérite de dégager l'analyse sociologique et anthropologique des concepts psychologiques tels qu'*adaptation* ou *coping* et d'avoir « *désenclavé la maladie chronique de l'interprétation médicale dominante* » (Carricaburu ; Ménoret, 2004). Elles comptent parmi les travaux d'obédience interactionniste qui ont apporté des critiques à l'approche développée par Talcott Parsons en montrant, entre autres, que le « rôle » du malade, ne consiste pas « simplement » à se conformer aux

l'annonce du diagnostic engendre des tensions et modèle les vies des personnes qui en sont atteintes. En outre ces dernières, doivent faire face et de façon quotidienne à une maladie qui s'inscrit dans le long terme et avec laquelle, il va falloir composer sur le plan identitaire, mais aussi dans les différentes sphères de la vie sociale.

Devant l'apparente simplification du traitement du diabète, obtenue grâce aux évolutions technologiques de la médecine (quantification rapide de glycémie, choix du type et de la dose d'insuline à injecter, etc.) se cache la multitude de données que le patient (ainsi que son entourage familial) est obligé de prendre en compte et de maîtriser : techniques d'injections, procédures de sécurité en cas d'incidents, activité physique, régime alimentaire etc. En conséquence, c'est principalement au diabétique qu'est désormais dévolu le rôle essentiel de la gestion de sa maladie. Il devient ainsi comme le soulignait Coussaert (1990) « *auto soignant, décisionnaire d'une médecine dont il n'est pas professionnel, gestionnaire d'une santé dont il n'est plus profane* ». Du fait de sa longue « carrière », il acquiert un savoir faire qui peut rivaliser avec celui d'un médecin généraliste. (Augé ; Herzlich, 1994). Strauss (1992), tout au long de son vaste travail ethnographique basé sur l'observation *in situ* des activités de soin, a mis en exergue la contribution des patients à leurs soins comme faisant partie intégrante de la division et de l'organisation du travail médical. Il a aussi montré que vivre avec une maladie chronique n'est pas réductible à des perceptions, mais à des actions qu'entreprennent les malades chroniques dans le but de gérer et de mettre en forme leur trajectoire de maladie. Il a montré aussi la nécessité, pour le malade de faire un « travail biographique » pour y faire face. Sa perspective centrée sur la personne malade, aborde les différentes dimensions de la gestion de la maladie chronique dans la vie quotidienne, à

s, la réorganisation du temps, la gestion du régime, le rôle de la famille, etc.

Il nous semble important de rappeler l'importance de la dimension sociale de la maladie et sa triple réalité distinguée par Robinson (1986) à travers les notions d'illness, sickness et disease. Au delà du déséquilibre organique et du ressenti psychologique, le diabète est producteur d'interactions qui engendrent des situations où il est difficile de faire l'impasse sur tous ces facteurs liés à l'environnement social dans lequel baigne le malade. Cet environnement est représenté principalement par le réseau familial et le voisinage, considéré selon l'heureuse expression de Janzen (1995) comme étant le « groupe organisateur de la thérapie ».

Notre investigation a montré à quel point le diabète est vécu comme un bouleversement, un véritable drame. Nos interviewées sont unanimes à le qualifier de choc. Choc à l'annonce de la maladie, choc également quant à la cause présumée de sa survenue (perte d'un proche, conflits familiaux, soucis pour les enfants etc.) :

« Ce fut un choc, en apprenant la nouvelle, je me suis dit que ma vie est finie, je croyais que le diabète ne touchait que les vieux. Mais je savais les complications liées à la maladie surtout les yeux et les reins » (Amina, 25 ans, fonctionnaire).

« Après le décès de ma sœur, je ne me sentais pas bien, jusqu'au jour où je suis tombée dans le coma. Je ne voyais plus, je n'entendais plus. À l'hôpital, on m'a fait des analyses et on m'annonce que j'avais le diabète !! Franchement, je ne m'y attendais pas, ce fut un choc ! C'est vrai que j'étais malade mais pas au point d'avoir le diabète. Mon père a eu le diabète vers 50 ans et il l'en est mort quelques années plus tard. » (Saliha, 39 ans, mère au foyer)

ne étant la cause de la survenue du diabète :

« Quand le médecin m'a annoncée que j'étais enceinte de 4 mois, je ne m'y attendais pas ! Quand tu vois ce petit et sa sœur, tu es étonnée, 13 ans de différence ! Je ne l'avais pas programmé... (Silence). C'est une grossesse qui est venue à l'improviste. suite à cette nouvelle, je suis devenue fatiguée physiquement et surtout moralement, je me disais comment vais-je faire avec ce petit, comment faire pour m'occuper de lui, comment l'élever, c'est le choc de l'annonce de ma grossesse qui a provoqué le diabète »(Nacera, 43 ans, mère au foyer).

C'est par les vicissitudes de la vie liée à sa trajectoire sociale et à son statut de mère que Houria évoque son diabète :

« Je me suis mariée très jeune, je n'avais pas encore 16 ans. J'étais bien et en très bonne santé, mais quand la femme grandit et ses enfants grandissent avec elle, les problèmes augmentent. La mère pense tout le temps à ses enfants, elle se fait toujours du souci pour eux...Mon diabète est du au choc que j'ai reçu en apprenant le décès de ma fille, s'en est suivi le divorce de mon autre fille et tous les problèmes qu'elle a eu avec son mari. » (Houria, 65 ans, femme au foyer).

La survenue du diabète semble toujours liée à des événements douloureux ayant affecté le cours normal de la vie sociale des diabétiques :

« Ah... ma fille, mon diabète a commencé le jour où j'ai fait l'accident. J'ai été amputée de mon bras et mon visage a été déformé. Cela fait 24 ans. Et suite à ce choc (hadik el khalaa) j'ai eu le diabète ». Puis elle ajouta : «J'ai été atteinte partout, comme une tomate qu'on a jetée par terre et qui s'écrase. Et voilà... je suis immobilisée dans mon coin.... Je suis dans mon coin... » (Fatiha, 60 ans, retraitée de la fonction publique)

Le diabète constitue bel et bien un événement social dans son étiologie, mais aussi un événement irréversible qui marque un tournant important dans sa vie :

« J'ai eu mon diabète suite à un choc. Ma sœur était restée quelque temps chez moi, parce qu'elle était en désaccord avec son mari. Un jour, j'allais la réveiller comme d'habitude et quelle fut ma stupéfaction quand je la trouvais inerte, elle était morte, tu peux imaginer le choc que j'ai eu !! Depuis ce jour, je ne suis pas bien, j'ai perdu la tranquillité que j'avais jadis, cela dure depuis 3 ans. J'ai tout le temps peur... » (Saliha, 39 ans, mère au foyer)

On voit bien comment les femmes diabétiques construisent socialement leur maladie à partir d'un événement choquant. Ce dernier révèle aussi une rupture avec leurs activités quotidiennes. L'incurabilité du diabète qui inscrit la maladie durablement dans le temps semble aussi les marquer profondément :

« Quand j'étais petite, on m'avait dit que j'étais malade et que je devais prendre les médicaments pour guérir. En grandissant, j'ai compris que je ne pourrais jamais guérir et que je devrais prendre l'insuline toute ma vie, toute ma vie... » (Fatima, 34 ans, célibataire, femme de ménage).

« Ma belle mère a eu le cancer et elle s'en est sortie. Pourrait-on trouver un médicament pour guérir du Diabète? » (Hafida, 33 ans, mère au foyer).

Le diabète qui « va désorganiser durablement les ajustements d'une personne » (Baszanger, 1995) va contraindre le malade à se forger une nouvelle identité. C'est le cas de Fatima qui a décidé au grand dam de ses parents d'interrompre des études pourtant brillantes :

plus supporter la hantise de tomber en hypoglycémie dehors. Je voulais fuir le regard des gens. J'ai demandé à mon père de me consacrer une chambre à moi toute seule. C'est là ou je passe toute la journée à lire et c'est là que je mange aussi ». (Fatima, 34 ans, célibataire, femme de ménage).

Il est intéressant de voir comment Fatima exprime ce sentiment d'isolement dans lequel elle se retrouve. Ses propos illustrent fortement cette « atteinte biographique » (Carricaburu ; Ménoret, 2004) marquant une rupture avec le monde social extérieur du malade, mais aussi au sein même du domicile familial.

Le diabète apparaît ainsi comme un événement malheureux modifiant de façon irrémédiable la vie individuelle des personnes qui en sont affectées. Fatiha le montre bien lorsqu'elle décrit les transformations sournoises et profondes qui ont affecté son corps :

« Ce diabète, (had lehloua) m'a touché les yeux, mes genoux, je marche et je suis fatiguée, des fois je tombe... » Et elle ajoute : « Regarde dans quel état je suis.... Tu vois quel état !...L'état du diabète... Le diabète est un ennemi, « el hlewa âdouwa » on le souhaite à l'ennemi, à celui qui ne prononce pas la « chahada », qui ne dit pas, « la ilaha ila lah » (Fatiha, 60 ans, veuve, retraitée)

Nacera exprime la différence entre son état actuel et celui ou elle n'avait pas encore le diabète. Les changements mettent l'accent sur des considérations sociales liées à son quotidien. Elle décrit les difficultés qu'elle éprouve en montant les escaliers :

« Avant d'avoir le diabète, j'étais bien, je ne souffrais de rien. Je sortais, je rentrais le plus normalement du monde. Maintenant c'est différent, quand je descends les escaliers en sortant de chez moi, je pense comment vais-je faire

dois m'arrêter pour me reposer à chaque fois.

Je suis toute trempée de sueur, c'est comme si on avait versé sur moi de l'eau froide ou que j'aie pris une douche froide. Je sens comme si j'allais mourir (« el mout tegdabni »). Le diabète rend la personne extrêmement fatiguée (« ifechel besef »), il la tue. Pourtant ma glycémie n'est qu'à 2 g, je me demande comment je serais si ma glycémie atteignait 3, 4, 5 g comme ma mère. » (Nacera, 43 ans, mère au foyer).

Les patientes diabétiques produisent à partir de leurs symptômes une interprétation sociale de leur maladie, qu'elles restituent à partir de leur vie quotidienne et de leur rapport aux autres. Les propos de Djamila et de Saliha en sont une parfaite illustration :

« Tu sais des fois je n'ai pas du tout de diabète, sauf quand je mange des aliments sucrés ». (Djamila, 51 ans, célibataire, ancienne couturière).

« Je suis partie présenter mes condoléances et j'ai entendu parler d'une dame diabétique qui était entrée à l'hôpital et qui n'avait ni blessure ni rien, mais à qui, on a amputé la jambe. De retour chez moi, j'ai eu peur, j'ai pris mes médicaments et je me suis endormie. D'habitude je ne prends pas de catalgine tous les jours, alors qu'il faut que j'en prenne 1 sachet tous les jours. J'ai du cholestérol et de l'hypertension en plus du diabète. » (Saliha, 39 ans, mère au foyer).

Il nous semble que le choc ressenti à l'annonce du diabète, est l'expression du deuil de la santé, dans la mesure où le diabète maladie incurable, est synonyme de perte d'espoir quant à une éventuelle guérison. En outre, les représentations sociales des femmes diabétiques montrent clairement qu'elles ne réfléchissent pas en termes de maladie ou de chronicité ; elles établissent une évaluation propre de leur maladie en rapport avec leur corps social et leur environnement social constitué principalement par le réseau familial et le voisinage.

liabétiques font de leur maladie, exprimant ce besoin d'assigner des causes non organiques à leur « mal » montre bien comment la maladie est appréhendée comme « métaphore »¹ et fait l'objet d'une construction sociale. Elle montre aussi comment la maladie « *devient support de sens, signifiant dont le signifié est le rapport de l'individu à l'ordre social* » (Augé ; Herzlich, 1994). Cette conception autonome de la santé et de la maladie indépendante et différente des catégories du savoir médical explique les conflits marquant la relation médecin-malade. En effet, alors que le souci des médecins est de se focaliser sur la prévention sur le long terme de la menace des complications, le patient diabétique « *demande de bien vivre dans le présent sans se soucier constamment de son état de santé.... (Il) insiste sur le présent, alors que le médecin se soucie plus de l'avenir* » (Sinding, 2000).

Mais l'impact du diabète ne se réduit pas uniquement à la personne qui en est atteinte, Il se prolonge aussi à l'entourage familial. Notre investigation à la clinique Hamilcar Cabral a montré que les femmes occupaient dans ce contexte un rôle pivot, dans la mesure où non seulement elles s'occupaient des enfants diabétiques à la maison, mais en plus elles étaient omniprésentes à la clinique du matin jusqu'au soir pour apprendre à faire les injections à calculer les doses d'insuline, bref à maîtriser tout ce qui a trait à la prise en charge de leurs proches diabétiques, occupant ainsi « *une position de relais entre les univers domestique et extra domestique* » (Saillant, 1999). Elles prennent ainsi une part importante dans la dynamique sanitaire « profane » intégrée à leurs autres activités quotidiennes (Mehtoul, 2000). Dans le chapitre suivant, nous tenterons de mettre en lumière l'investissement consenti par les femmes (diabétiques ou non) dans la prise en charge de leurs proches parents atteints de diabète.

¹ La maladie comme métaphore est le titre de l'excellent ouvrage sorti en 1979 par Susan Sontag.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CHAPITRE II

ce chapitre le travail de santé produit par les femmes dans le processus de prise en charge de leurs proches parents diabétiques. L'abord de cette question se justifie par un constat. A partir de nos différentes observations, il nous est apparu clairement que le soin filial de première ligne est très majoritairement affaire de femmes dans le processus de prise en charge de la maladie diabétique aussi bien dans les services professionnels de santé qu'au sein du domicile familial. Qu'elles soient elles même malades, ou qu'un membre de leur famille en soit atteint, leur implication est prégnante. Elles veillent ainsi au bon déroulement des tâches ménagères qui lui sont assignées en articulant avec la maîtrise d'une prise en charge adéquate de la maladie. Ce travail de santé des mères intègre totalement la question alimentaire concernant l'enfant diabétique. Les mères sont scrupuleuses et très attentives dans le déploiement des pratiques alimentaires et prennent ainsi en considération les aspects culinaires recommandés par les médecins. A contrario du discours médical, elles ne refusent pas le régime alimentaire recommandé, mais elles tentent de le modeler selon les contraintes sociales auxquelles elles font face.

Le premier recours des individus en situation de maladie commence dans la famille. Les femmes (mères, conjointes et filles) jouant dans ce contexte un rôle pivot, en continuité de leurs fonctions « naturelles » associées à la sphère reproductrice au sens large pour prendre soin d'autrui (Saillant, 1999). Au-delà de ce constat relativement trivial, qui apparaît comme relevant du sens commun, il nous semble que l'activité sanitaire effectuée par les femmes et principalement par les mères, mériterait plus

ment peu visible et tenu pour naturel, révèle une inégale répartition des tâches entre les femmes et les hommes.

« On est bien en présence d'une production sexuée de santé parce qu'elle est assurée essentiellement par la femme. » (Mebtoul, 2008).

Il nous semble important de préciser, d'un autre côté, que les oppositions entre médecins actifs et patients passifs ne rendent pas compte de la complexité de la relation entre professionnels et profanes (Cresson, 1995). En effet, les professionnels de santé n'ont pas l'apanage exclusif de la production de soins, car les patients et leurs familles, « les profanes », acteurs souvent sous estimés du système de santé officiel, ne sont pas de simples consommateurs ou de récepteurs de soins. À l'exception de quelques situations aiguës et ponctuelles, les patients et leur familles doivent participer aux soins et ce afin d'en assurer l'efficacité. Cela est d'autant plus vrai qu'il s'agit d'une maladie comme le diabète, pathologie, dont il faudra gérer la chronicité et non plus se contenter de donner le bon diagnostic ou le traitement efficace. En outre, les femmes et plus particulièrement les mères sont détentrices d'un savoir sanitaire profane. Celui-ci renvoie à une pluralité de compétences basée sur un savoir d'expériences. Ce dernier est déployé devant des situations aussi ordinaires qu'évaluer l'état de santé de son enfant et mettre l'accent sur « ce qui ne va pas ». Ce savoir-faire devient plus performant par l'acquisition de connaissances pertinentes et de savoir-faire techniques. Il s'agit par exemple de reconnaître une hypoglycémie et savoir comment y faire face ou alors mesurer la glycémie, calculer la dose d'insuline et l'injecter, mais aussi organiser les repas selon les prises médicamenteuses et déterminer les besoins alimentaires de leurs enfants.

hapitre en 3 volets. Nous évoquerons tout d'abord l'importance des connaissances profanes de la mère dans l'élaboration rapide et efficace du diagnostic du diabète, ainsi que dans le choix du régime alimentaire. Nous montrerons ensuite comment ce savoir détenu par les femmes se doit d'être nourri par des connaissances plus scientifiques donnés sous forme de cours. Dans le dernier volet, nous verrons comment ces cours qui semblent être exclusivement assignés aux femmes montrent aussi en filigrane la part de responsabilité qui leur incombe.

1-Le rôle de la mère dans le diagnostic du diabète et le suivi alimentaire

Nous allons montrer, comment le savoir détenu par les femmes et plus particulièrement les mères, peuvent être des éléments décisifs pour l'élaboration rapide et efficace du diagnostic de la maladie chez leurs enfants. Nous évoquerons aussi le rôle joué par elle dans le volet alimentaire.

La question du rôle majeur de la mère dans la découverte du diabète a été souvent soulevée. Son savoir d'expériences fournit les éléments qui éclairent l'usage du savoir médical. L'exemple de Mme Selma, mère d'un jeune diabétique âgé de 23 ans, illustre nos propos :

« Mon enfant avait 6 ans, il n'allait pas bien. Il urinait et buvait beaucoup. Son père l'emmena chez le médecin, il revint avec un sachet de médicaments. Il les finit mais il n'allait pas mieux. Mon mari l'emmena une deuxième fois chez le même médecin. Encore une fois, il revint avec des médicaments, qui ne furent d'aucune efficacité « ettbib ma nssahnich ». La

Je décide de l'emmener moi-même. Je parle au médecin et je lui décris la situation. Il me demande de faire des analyses. Je me dirige à l'hôpital où je trouve une amie d'enfance. Elle lui fait un prélèvement sanguin et elle me dit qu'il a 7g de glycémie. Elle ajouta que mon fils est diabétique. C'était la première fois que j'entende parler de diabète à cet âge. »

Ainsi les connaissances des profanes sont bien réelles, dans la mesure où elles sont bien adaptées à leurs objectifs. Leur ignorance pourrait expliquer une bonne partie des erreurs de diagnostic médical, de même que leur prise en compte expliquerait une bonne partie de leur efficacité (Cresson, 1995). Mayall l'avait déjà souligné en 1986, en invitant les professionnels de la santé à faire plus confiance aux mères et à être plus attentifs à leurs demandes qui sont le plus souvent justifiées.

Selma évoquera par la suite comment elle est intervenue dans le choix de l'alimentation de son enfant en constatant les effets négatifs du régime prescrit par le médecin : *« le médecin m'a demandé de ne pas donner de pain ou de gâteau à mon fils car il suspectait une intolérance au gluten. J'ai suivi ce qu'il m'a dit, mais mon fils refusait de prendre autre chose avec le café, son comportement a changé et il faisait de sévères hypoglycémies, j'ai donc redonné à mon fils ce qu'il avait l'habitude de manger et il allait beaucoup mieux ».*

Il est intéressant de voir comment Selma à partir de son expérience de soin et des interactions qu'elle noue avec son fils, assure un travail sanitaire important intervenant dans le choix des pratiques alimentaires de son fils.

létenu par les femmes se nourrit aussi de connaissances plus « scientifiques ».

2-Nouvelle situation, nouvelles tâches

En plus des soins prodigués par les femmes au sein des domiciles, elles sont conduites à assister à des cours dispensés par l'infirmière dans le but de connaître principalement comment calculer les doses d'insuline à injecter. Elles apprennent aussi comment faire en cas de malaise, ajuster les doses pluriquotidiennes d'insuline en référence aux résultats des glycémies antérieures, mais aussi à concevoir les repas selon les prises d'insuline. Elles doivent ainsi s'organiser pour passer toute la journée à la clinique.

Nadia a 36 ans. Elle a un diabète de type 2 depuis 2 ans. Elle est mère d'une petite fille de 11ans, atteinte de diabète depuis un mois. Elle montre bien tout le travail consenti par les femmes :

«J'habite loin, je dois prendre un taxi pour être ici dès la matinée avant la première injection. Je suis en train d'apprendre comment la faire. J'ai deux autres enfants. Je dois les préparer le matin pour les déposer chez ma mère. Je fais les tâches ménagères, je prépare à manger, je fais un sandwich pour moi, car je dois passer la journée ici. Pour ma fille, on lui donne à manger. L'après midi, il y a les cours. Je t'avoue que ce n'est pas évident. Tu dois bien te concentrer pour bien comprendre et des fois je suis tellement fatiguée que j'arrive à peine à suivre et puis surtout quand je pense à ma fille, elle est encore si jeune...(pleurs) en plus elle doit prendre l'insuline, elle est condamnée....(silence) Je sais que c'est important et je fais beaucoup d'effort pour ça. D'ailleurs, j'ai

voisine de m'accompagner, comme ça, elle pourra m'aider à mieux comprendre. Ma fille écrit ce que lui dicte l'infirmière. Cette dernière nous fait des exercices d'application. De retour chez moi, je relis tout ça et j'applique ce qui a été écrit. A la maison, je dois la surveiller. Je dois aussi préparer les repas à l'avance en prenant en considération ses heures de prise d'insuline. Il faut aussi que je veille à ce qu'il y ait toujours du fromage au frigo et aussi des boissons sucrées et autre aliments pour ne pas tomber en panne ».

On peut donc rappeler l'importante charge de travail physique et mentale assurée par les femmes. En effet en plus des charges domestiques habituelles, elles doivent aussi faire face à la nouvelle situation engendrée par l'avènement de la maladie de leur enfant. Pour cela, elles se doivent d'être très assidues en suivant des cours durant lesquels, elles apprennent des gestes très techniques, comme mesurer la glycémie, calculer les types et les doses d'insuline à injecter mais aussi comment reconnaître et agir face à l'hypo ou à l'hyperglycémie. Elles doivent aussi s'astreindre à un planning concernant la préparation des repas et sur la disponibilité des aliments dont elles ont besoin. Des gestes vitaux qui demandent de l'attention, de la précision et de la persévérance.

En s'appuyant sur les conclusions d'Isabelle Baszanger (1986), nous pourrions dire que la femme est par nécessité au cœur du travail médical. Ce travail qui s'effectue pour et sur les malades, se fait aussi avec les femmes en ce sens qu'elles participent grandement aux soins. Ainsi, tout au long de notre investigation, Ce sont toujours des femmes, qu'elles soient mères, grand mères, tantes, sœurs, belles sœurs, voisines qui viennent

es qu'incombe cette responsabilité.

3-Responsabilité au féminin

Il s'agit pour nous, de montrer que l'accomplissement de ces nouvelles tâches liées à la survenue de cet « événement-social » que constitue le diabète, dénote la part de responsabilité qui imprègne le quotidien de ces femmes.

Radia a 38 ans, elle est enseignante et mère d'une jeune diabétique de 12 ans. Elle montre comment la survenue de la maladie de sa fille a eu des effets « positifs » sur l'organisation de toutes ses activités : *« avant qu'on découvre le diabète de ma fille, je tombais toujours malade les premières semaines de la rentrée parce que je changeais brutalement de rythme de vie. Pendant les vacances je me laissais aller, ne travaillant pas, tout était chamboulé : le réveil, les repas, les achats etc. et dès que je reprenais le travail je me devais de tout régler selon mes horaires de travail. Mais depuis que ma fille a eu le diabète, tout doit être organisé durant toute l'année, les vacances compris, ses prises d'insuline, ses repas, mesurer sa glycémie, venir à la clinique et assister aux cours, etc. je suis maintenant en vacances mais j'ai gardé le rythme de l'année scolaire, je m'occupe bien de ma fille et je suis bien organisée ! je suis réglée comme une montre, je fais les repas à heures fixes et je réserve toujours des aliments au frigo pour elle, je m'efforce de faire des menus agréables pour arranger tout le monde aussi pour ne pas frustrer ma fille et les autres membres de la famille, il le faut ! »*

Durant un des cours, l'infirmière, avait remarqué que Linda, une jeune fille de 16 ans, sœur d'un diabétique de 4 ans avait l'air un peu distrait. Elle l'interpella en lui disant sur un ton de réprimande :

n que ta mère compte entièrement sur toi. Si tu ne suis pas bien, tu ne vas pas comprendre et tu ne sauras pas comment faire. Et s'il arrive quelque chose à ton frère, tu en auras l'entière responsabilité ! !».

A la fin du cours, la jeune fille nous confia qu'elle se devait de redoubler d'effort en déclarant :

« C'est la vie de mon petit frère qui est en jeu. Je dois assimiler bien et vite, il le faut. »

Les profanes, l'entourage familial, sont investis d'une réelle responsabilité à l'égard de leurs proches. De plus, cette responsabilité qui n'est pas l'apanage des professionnels est vécue par les mères vis-à-vis de leurs enfants, mais aussi par d'autres membres de la famille davantage, comme une obligation de résultats que comme une obligation de moyens (Cresson, 1995).

Cette responsabilité liée au suivi des cours et qui semble du ressort exclusif des femmes, nous a interpellés. En soulevant la question, une des puéricultrices de la clinique nous rapporta ce qu'elle qualifia d'anecdote. Il s'agissait d'un médecin, père d'un enfant diabétique qui s'est proposé d'assister aux cours et qui a eu des difficultés à les saisir, ce qui a conduit à opter pour sa femme, de niveau terminale. Avec elle, tout s'est bien passé et d'une façon rapide. Chose qui a fait dire à la puéricultrice les propos suivants :

« C'est vrai que l'assimilation des cours demande des connaissances basiques, mais la femme est plus apte à

le dis sur la base d'une expérience qui a dépassé les vingt années. D'ailleurs, le premier responsable de la clinique a décidé que quelque soit le cas, c'est à la mère ou à défaut à la sœur, en tout cas à une proche de venir assister aux cours. »

Faut-il s'en étonner surtout que dans cette clinique spécialisée pour enfants, le personnel est quasiment féminin ?

Les femmes sont dans la plupart des sociétés, sinon dans toutes, celles à qui incombent les soins domestiques. « *Au-delà de la dimension affective au cœur de toute activité sanitaire profane, celle-ci consiste aussi à mettre en œuvre un ensemble de connaissances acquises et intériorisées au cours de leur expérience de soins* » (Mebtoul, 2005), ces dernières qui découlent d'un savoir profane ne sont pas exemptes de connaissances dites « scientifiques ». Elles se doivent d'accomplir une multitude de tâches, qui semblent ne relever que de leur ressort.

Elles apparaissent ainsi comme étant de véritables « actrices » dans l'activité sanitaire, particulièrement dans le contexte du diabète ou l'alimentation joue un rôle non négligeable. Ce travail de soin, considéré comme allant de soi, fait partie intégrante du fonctionnement familial où le rôle social principal assigné aux femmes, est la réalisation des tâches domestiques. Dans ce même contexte, elles sont des actrices sociales incontournables dans les pratiques culinaires préparées et conçues dans leur « territoire » représenté par la cuisine (Mebtoul, 2007). Cette dernière prend toute sa dimension durant le mois de Ramadhan, dans la mesure où l'occasion est donnée à la préparation des mets les plus divers et les plus distingués. Il se trouve aussi qu'à l'approche de cette période et tout au



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

mentation : le travail de santé des femmes

entrées alimentaires connaissent une montée fulgurante. Nous verrons comment le mois de Ramadhan, synonyme de grandes dépenses dans les familles algériennes, peut constituer un élément important dans les contraintes économiques que rencontrent les femmes diabétiques interviewées. Nous montrerons également et plus généralement comment l'argent est au cœur des pratiques alimentaires des diabétiques et de leur entourage familial.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CHAPITRE III

mettre en exergue l'importance que peuvent revêtir les conditions économiques sur le plan alimentaire chez les diabétiques et leur entourage familial. Nous verrons, dans la diversité des cas illustrés, l'impact de l'aspect financier aussi bien en milieu défavorisé qu'en milieu aisé.

1- Quand précarité rime avec diabète

L'épidémie mondiale du diabète progresse dangereusement vers les populations vulnérables et défavorisées. L'énorme fardeau économique direct et indirect qu'il engendre entraîne dans la précarité de nombreuses personnes. Ainsi, le diabète devient de plus en plus une maladie des pauvres (Hamadachi, 2009). En effet, *« contrairement à l'idée fausse généralisée selon laquelle le diabète est une condition propre aux riches, ce sont les communautés pauvres qui sont les plus vulnérables face au diabète et les moins bien équipées pour profiter des soins et des mesures de prévention des complications du diabète »* (Williams ; Riley, 2006).

Selon la fédération nationale des diabétiques, une frange importante de malades ne bénéficie pas de soins dans les hôpitaux. En outre, 40% des diabétiques sont marginalisés par la sécurité sociale, malgré l'instauration de la carte de malade chronique qui donne un accès gratuit aux médicaments.

Les difficultés économiques qui ont affecté de nombreux pays dont l'Algérie, ont entraîné dans leur sillage, une modification progressive des structures sociales. La dévaluation du dinar algérien a provoqué une augmentation significative du prix des aliments de base, notamment des céréales. Une étude réalisée par le C.E.N.E.A.P. (centre national d'études et d'analyses pour la population et le développement) en 2006, a révélé une

magasins algériens pauvres, 8% résident en milieu urbain contre 15,2 % en milieu rural.

Les mutations sociales et la perte du pouvoir d'achat ont obligé les familles à mettre en place de nouvelles stratégies alimentaires. Ainsi, la diète algérienne (et plus globalement la diète méditerranéenne), modèle alimentaire sain a perdu de sa spécificité au fil du temps. De nouvelles habitudes alimentaires et des conditions sociales et économiques précaires comptent parmi les facteurs responsables de ces changements (Boudiba et al., 2008). La nature de ces modifications dépend essentiellement du niveau socio-économique des familles.

La relation entre le niveau des ressources financières et la consommation alimentaire est apparue comme un facteur déterminant dans les conduites alimentaires des diabétiques. En effet dans un contexte marqué par la cherté des produits alimentaires, la composition du panier de provisions reste tributaire des fluctuations des prix du marché.

Cette situation s'accroît pendant la période de Ramadhan où on assiste régulièrement à une véritable flambée des prix. Devant cet état de fait, les femmes mettent en branle une imagination créatrice afin de concocter le fameux « ftour »¹ du Ramadhan. Houria a 65 ans, elle est mère de 2 filles et de 3 garçons. Elle est diabétique depuis 12 ans. Son mari est retraité. Deux de ses fils sont partis en France. Son troisième fils ne travaille pas, il vit avec elle, avec sa femme et son enfant. De prime abord, l'évocation de l'histoire de sa maladie montre bien que cette dernière est une expérience socialement construite. Cette dernière, constituée d'un ensemble de significations que le malade lui attribue, ne se réduit pas à la

¹ Le ftour est le repas pris à la rupture du jeûne du mois de Ramadhan

maladie organique. Elle englobe la totalité des autres préoccupations de la vie courante. Les médecins, dans leur jugement hâtif des comportements des malades (Dodier, 1991) semblent ignorer « le monde social » que constitue la maladie chronique, au centre duquel, se trouve nécessairement le malade-acteur (Baszanger, 1986). Ils occultent ainsi les tensions qui se trouvent au cœur de la vie quotidienne et simplifient des situations qui sont beaucoup plus complexes (Mebtoul, 2003). En effet, le discours sur la maladie est un langage qui exprime des tensions sociales et est révélateur de conflits interpersonnels et sociaux (Fainzang, 2004). Les propos suivants de Houria l'illustrent bien :

« Ce qui me rend malade ce sont les soucis de la vie. Je n'arrête pas de penser à notre situation, à mes enfants qui sont dans une situation irrégulière en France... ». Puis baissant un peu de sa voix, de peur que sa bru ne l'entende, elle poursuit en disant :

« Tu sais pourquoi ma glycémie monte ? Eh bien parce que je n'arrête pas de penser à la situation de mon fils qui n'a aucun travail mais aussi comment pouvoir joindre les deux bouts. Notre situation est vraiment déplorable... Quand je vois mon fils qui n'ose même pas me regarder dans les yeux, revenir tous les jours bredouille, alors qu'il n'a toujours pas trouvé de travail... Dis-moi alors quand tu vis dans de telles conditions, comment peux-tu être ? ».

La gestion profane du diabète qui s'opère dans un rapport étroit avec la vie sociale, ne se fait pas indépendamment des contraintes financières. A peine nous avons abordé le thème du régime qu'elle s'exclama :

mentir, ce n'est ni facile, ni évident de faire le régime ! Ils nous disent de manger ceci, de ne pas manger cela, mais nous, on n'a pas...il n y a pas ! On n'est pas en Europe, là-bas oui, il y a de tout, ici non. Que te dire sinon qu'on espère que Dieu soit avec nous. »

La question du régime alimentaire apparaît ainsi comme incongrue devant un budget extrêmement serré. Il n'est pas question pour Houria de penser au régime dans de telles conditions :

« Quand mon fils m'a lu la feuille que lui a remise le médecin, ou étaient mentionnés les aliments que je dois prendre pour mon régime, je ne pouvais qu'en rire. Le régime demande des moyens que je n'ai pas. Mon fils ne travaille pas. La retraite de mon mari ne peut pas subvenir à tous nos besoins. Nous nous ingénions, ma belle fille et moi à préparer des plats qui soient agréables et suffisants pour tout le monde, surtout en cette période de ramadhan. Alors pour ce qui est du régime, c'est une autre paire de manche. Manger des fruits comme les pommes, de la viande grillée, des légumes, c'est vraiment impossible... Impossible... ».

Ainsi le régime n'est pas envisagé à cause de la restriction budgétaire. Le plus important est de concilier menu et prix du marché. Avec la retraite de son mari qui est de l'ordre de 10 000 DA, Houria se tourne vers les denrées alimentaires les moins chères à l'exemple du riz et de la pomme de terre. Cette dernière, au grand dam des petites bourses est devenue, elle aussi inabordable :

« Le médecin m'a encore dit hier de faire le régime, mais

10 000 DA comment faire...est ce qu'avec 10 000 DA, on peut acheter les pommes, la viande de bœuf, le poulet, etc. Heureusement qu'on ne paye pas de loyer, cet appartement, on l'a acheté au début des années quatre vingt à 50 000 DA. Maintenant, on est obligé d'acheter du riz et de la pomme de terre, que te dire sinon que nous vivons « la situation du pauvre » et même la pomme de terre qui était le légume du pauvre, avec laquelle on arrivait à faire la cuisine sans trop se casser la tête, eh bien ! Elle est devenue par les temps qui courent un luxe, son prix avoisine les 100 DA ! Tu te rends compte elle est devenue aussi chère que les fruits sinon plus ! On nous dit de faire le régime mais il faut voir comment on vit ! »

Saliha a 39 ans. Elle est diabétique depuis 3 ans. Son mari est instituteur. Elle a 5 enfants. Elle aussi, invoque des contraintes d'argent comme un obstacle dans le suivi de son régime :

« Il ne suffit pas de dire au malade de faire le régime, ce n'est pas aussi facile ! Le diabétique a besoin de manger, de bien manger et de manger de bonnes choses, comme les pommes par exemple. Et cela nécessite de l'argent bien sûr ! La dernière fois j'étais malade, je ne me sentais pas bien, quand je suis allée voir le médecin, il m'a dit que j'ai une carence en calcium et en vitamines. Il m'a dit que ce que je mange est pauvre en vitamines. Mais comment faire ! »

La paie de son mari étant insuffisante, Saliha a trouvé quelques astuces pour pallier au manque d'argent :

» pour 2 jours, je ne jette pas les restes, je mets au frigo et je garde pour les enfants. Le ramadhan est synonyme de dépenses. La paye de mon mari est de 24.000 DA et avec le mariage prochain de ma fille, je suis en train de préparer son trousseau, d'ailleurs, j'ai vendu mes bijoux en or et mon mari n'est pas au courant. Je n'aime pas lui demander de m'acheter, par exemple des fruits comme les pommes, j'ai trop honte. Tu sais comment je fais pour me débrouiller ? Eh bien, je mets des pièces de monnaie, au fur et à mesure, dans la tirelire et quand il y a assez d'argent, j'achète ce qui me manque pour moi et pour mes enfants et tu sais les petites choses qui manquent demandent plus de frais que les autres. Il va de soi que je les achète en cachette, mon mari n'est pas au courant. Lui, il achète le gros, la pomme de terre, les légumes... Des fois avec 300 DA, j'achète quelques épices, du sel, du vinaigre. Par exemple, ce matin, en emmenant ma fille à l'école, j'ai acheté le savon à 50 DA. Si je lui dis, il me répondra, qu'il n'a pas. Lui, il se contente de faire le marché et il me dit de me débrouiller, alors que les diabétiques ont besoin de bien manger et de prendre des vitamines.»

Djamila a 51 ans, cadette de 4 filles et de deux garçons, elle est célibataire et vit seule dans un studio que sa mère lui a légué avant de mourir. Ancienne couturière, elle est diabétique depuis 30 ans. Ne pouvant pas travailler depuis l'opération faite sur sa main, elle ne vit que de la retraite de sa mère qui est de l'ordre de 1000 DA. Elle ne perçoit plus la pension chômage estimée à 3000 DA :

nde des moyens importants. Avant quand je travaillais, ça ne posait pas de problème, j'achetais avec mon propre argent. J'avais la possibilité d'acheter et quoi acheter. Quand tu as ton propre argent, tu peux dépenser comme tu veux, mais dans le cas contraire, tu restes enchaînée. Tu ne peux rien faire et c'est vraiment difficile. La retraite des vieux n'est que de 1000 DA. Je t'assure que je ne vis que de 1000 DA et encore, il y a quelque temps, je ne recevais que 800 DA...c'est la retraite de ma mère, mon père n'en a pas, il n'a jamais vraiment travaillé. Les gens croient que je touche 10 000 DA. Quand je leur ai montré le papier ou était inscrit le chiffre, ils ne croyaient pas leurs yeux, ils ajoutaient comment fais-tu pour vivre ? Tu sais, bien que je sois dans le besoin, je ne demande jamais l'aumône aux gens. S'ils veulent bien me donner, j'accepte, sinon je suis comme tu me vois. Avant je n'avais pas trop de problème pour suivre mon régime, mais maintenant, ce n'est pas moi qui parle, c'est celle là... (Et elle me montre la fiche de paiement du mois courant), je n'ai rien reçu. Je ne touche plus l'argent du chômage. Je suis en train de courir à droite et à gauche pour régler le problème. Dis-moi comment vais-je faire pour payer l'eau, l'électricité, le gaz, comment je vais faire avec toutes ces charges ? Et si j'arrive à les payer, que me resterait-il pour acheter le marché, je suis vraiment entrain d'y penser...comment vais-je faire ? Quand je travaillais, je me débrouillais de façon à ce que je puisse acheter le nécessaire et je pouvais me permettre par exemple d'acheter des steaks

Mais maintenant, je suis perdue, avec quoi je vais acheter, il n'y a rien, que veux-tu cuisiner, plutôt que peux-tu cuisiner, il n'y a pas, il n'y a rien alors l'essentiel c'est de trouver quelque chose à manger, n'importe quoi ! »

Pendant le mois de ramadhan, période durant laquelle l'entretien a été réalisé, Djamila est invitée chez sa sœur aînée pour manger chez elle :

« Pendant ce mois de ramadhan, je vais manger chez ma grande sœur, elle n'habite pas très loin. Elle s'est toujours occupée de moi, surtout quand je tombe malade. Moi aussi, j'ai toujours été à ses côtés, lors de son opération, j'étais à son chevet. Je vais chez elle et elle vient chez moi. Elle et son mari ont insisté, ils savent très bien dans quelle situation je suis et je t'avoue que je n'ai pas le choix. Mais cela ne veut pas dire que je ne cuisine pas du tout. Je prépare quand même quelque chose, il se pourrait que mon frère vienne chez moi, donc il doit y avoir de quoi manger, de toute façon, s'il ne vient pas, je garde la nourriture pour le « shour ».

Ces illustrations montrent bien la difficulté de concevoir le régime devant les contraintes liées à la cherté de la vie. Ainsi, *« la conformité aux normes nutritionnelles ne fait pas partie des préoccupations premières, qui relèvent de la gestion d'une forme de pénurie, du poids des tâches domestiques et d'une faible intégration sociale. »*(Régnier, 2009).

Il n'est pas inutile de rappeler que le diabète et ses conséquences, en termes de mortalité et de morbidité, particulièrement en ce qui concerne le développement des complications, frappent en premier lieu les membres des communautés les plus vulnérables, principalement, les personnes à

e, réactivant ainsi la question récurrente et préoccupante des inégalités de santé.(Imbert, 2008). Ainsi, les disparités financières pour avoir accès à des aliments sains expliquent pourquoi l'incidence du diabète et de l'obésité est trouvée parmi les populations les moins favorisées, à fort taux de chômage. (Bihl et al., 2000).

Il nous semble important de rappeler qu'« *il a fallu attendre longtemps en occident pour que la majorité des populations puissent se payer le luxe de se préoccuper du maintien de leur santé par l'alimentation* » (Hubert, 2001). Confrontées à des situations de manque, voire de famine, les populations rurales ne pouvaient raisonnablement pas pratiquer cette diététique recommandée par les médecins. Ce qui explique la subsistance dans l'imaginaire populaire au fait que la santé « *c'est avant tout avoir assez à manger et plus particulièrement de la chair et du gras.*» (Hubert, 2001).

Mais les facteurs économiques et les limites des revenus ne permettent pas eux seuls d'expliquer le comportement des diabétiques. En effet, des conditions économiques favorables ne sont pas nécessairement synonymes d'un « bon » suivi du régime alimentaire préconisé.

2-Quand un meilleur statut économique constitue aussi un obstacle

Au cours de notre travail d'investigation à la clinique Hamilcar Cabral, nous avons pris connaissance du cas de Toufik, jeune diabétique de 14 ans présentant un excès de poids problématique pour le personnel soignant. Il s'agissait d'un garçon issu d'une famille aisée. La responsable du service l'orienta vers la psychologue pour une éventuelle prise en charge. Elle préconisa aussi que nous contribuons, nous aussi, à trouver une solution.

au sein de cette institution, inscrit et défini dans le protocole de travail remis à la direction de la clinique étant de rencontrer des patients diabétiques dans le but de faire, après l'obtention de leur accord, des entretiens, en leur posant des questions relatives aux différentes dimensions définies dans notre guide d'entretien. En outre, nous avons dès le départ prévu de ne pas faire d'entretiens avec les enfants, dans la mesure où l'objectif de notre présence à la clinique était de s'entretenir avec un corpus des catégories plus jeunes de diabétiques que celle que nous avons eu lors de nos précédentes enquêtes, sans pour autant travailler avec des enfants. D'un point de vue éthique, il n'était pas question de prendre en charge tel ou tel cas, dans la mesure où ni notre formation, ni l'objectif de notre enquête ne le permettaient. Il n'est pas inutile de rappeler que le rôle du sociologue reste encore pour beaucoup de personnes, pour ne pas dire tous, ambigu et souvent assimilé au psychologue.

Avec la psychologue nous avons discuté de cela. Nous lui avons proposé de discuter avec Toufik à l'issue de la séance et de lui poser quelques questions. Le rendez-vous était pris lors de sa venue habituelle pour les contrôles. La séance ne fût pas concluante selon les dires de la psychologue, l'enfant étant difficile à faire parler. Nous avons décidé malgré tout de nous entretenir avec lui, et nous avons appris que le médecin qui le suivait lui avait demandé de noter dans un cahier tous les plats qu'il prenait. Nous lui avons demandé de nous montrer le cahier et de nous lire ce qu'il avait mangé la veille. Sans vouloir apporter de jugement sur la composition des menus, il était difficile de ne pas constater que les menus affichaient certains excès. Nous avons pensé qu'il fallait prévoir

nt la préparatrice des repas, pour discuter de la question. Quand le père revint pour récupérer son fils, nous lui fîmes part de notre demande et nous eûmes un entretien avec la mère du diabétique quelques jours après.

L'entretien avec Samia³, mère du jeune Toufik a été très riche en informations sur tout le vécu familial. Elle nous avait exprimé la difficulté de faire un régime dans la mesure où ce n'est pas à elle à qui revient le pouvoir de décider de ce qui doit être préparé à manger. A ce propos elle disait :

« Mon mari est un grand mangeur, il demande que je fasse les grands plats, les tajines et toutes les sauces qui vont avec. Pendant le mois de Ramadhan, c'est tous les jours les frites et pas moins de 3 plats avec viande et tout le tralala. La limonade est toujours présente sur la table et le frigo n'en manque jamais et pourtant je lui dis à maintes reprises de ne pas en acheter. Du temps où je vivais encore avec ma belle famille, tous les jours c'est la fête au sens où c'était toujours la grande bouffe, on cuisinait dans les grandes cocottes, les grandes quantités. Il faut dire aussi qu'on était une famille nombreuse. Même si j'ai déménagé et que je vis maintenant avec ma petite famille, 3 enfants, mon mari et moi, ça n'a pas changé ! C'est mon mari qui veut ça ! (après un temps d'arrêt, elle reprend le fil de son discours en disant) Chez mes parents, ça se passait autrement, on pratique différentes sortes de sport. Mon père a toujours été un sportif et il l'est jusqu'à maintenant. Mes frères et sœurs font du judo et moi-même avant de me marier je faisais de la natation. Chez mes parents, on ne

² Nous avons déjà entamé des entretiens avec des mères et proches parentes de jeunes diabétiques, dans la mesure où nous avons au fur et à mesure de notre travail d'investigation, mesuré l'importance d'inclure cette catégories de l'entourage familial et particulièrement des mères et proches parentes des jeunes diabétiques.

³ Samia a 30 ans, niveau terminale, elle a 2 garçons et 1 fille, mère au foyer, son mari est imprimeur.

« Je souffre d'un excès de poids, j'ai tenté des régimes mais malheureusement, en perdant 10, je reprends 20, en plus faire la cuisine ne m'aide pas du tout. Je voudrais reprendre une activité sportive, je suis à la recherche d'une salle de sport où la monitrice serait une femme pour m'inscrire. »

Le discours de Samia est révélateur des difficultés qu'elle éprouve à établir un régime adéquat pour son fils, mais aussi pour elle-même, subissant les désirs alimentaires de son mari. Ses propos nous éclairent en outre, sur la dimension sociale de l'alimentation construite historiquement au sein des familles. Ils montrent aussi comment les aliments, éléments de prestige, sont producteurs de distinction sociale.

Revenant aux pratiques alimentaires de son fils, elle dit que son fils grignote et qu'il est difficile de l'empêcher d'entrer dans la cuisine, dans la mesure où cette dernière adoptant le style américain n'a pas de porte, elle ajoute en disant :

« À dire vrai, mon fils travaille bien à l'école, il a de très bons résultats scolaires, on lui laisse faire tout ce qu'il veut, le micro ordinateur, la Playstation, la bouffe à longueur de journée et le frigo est toujours bien rempli. J'ai essayé de fermer le frigo, mais pour l'été, on boit beaucoup d'eau et à longueur de journée. Avoir de la limonade à la maison peut servir en cas d'hypoglycémie, à condition de la cacher, mais en été, on doit la mettre au frigo et elle est donc à portée de la main. »

La mère semble désemparée et ce d'autant plus que certains comportements émanant de son fils aiguïssent son inquiétude. A ce propos elle déclarait :

prises, il suffit qu'il soit un peu contrarié pour qu'il se mette à mâcher fortement du papier, des bouchons de stylo et à se ronger les ongles, je t'avoue que ça m'inquiète, c'est pour cette raison que j'en ai parlé à son père, j'ai peur que ça s'aggrave et que ça se répercute sur son rendement scolaire. Je t'avoue que je ne sais pas quoi faire, les enfants sont en période de croissance, ils doivent bien manger et avec le diabète, il leur faut éviter surtout les sucreries et pour un enfant ce n'est pas évident, d'un autre côté, mon mari achète les jus et boissons sans sucre, mais j'ai entendu dire que ce n'est pas très recommandé. Je ne sais pas si suivre les recommandations d'un diététicien est la solution, encore faut-il en trouver un ».

Le discours de Samia montre bien que de meilleures conditions économiques ne sont pas synonymes d'un « bon » suivi du régime. Il montre aussi l'imbrication d'autres éléments qui dénotent de la complexité de la question. Ces considérations sont liées à l'organisation sociale au sein des familles. Ainsi, même si c'est à la maîtresse de la maison qu'incombe la préparation des repas, le pouvoir de décision semble néanmoins revenir au père de famille, détenteur du pouvoir économique. Ceci nous oriente vers la problématique de la nature des rapports sociaux de sexe évoluant dans les foyers algériens et qui sera objet du chapitre suivant.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CHAPITRE IV

Le chapitre comment les rapports qui régulent les interactions à l'intérieur des familles algériennes apparaissent comme déterminantes dans les comportements alimentaires des diabétiques. Pour ce faire, il nous a semblé important de commencer par situer le contexte social algérien, en nous basant sur l'excellent travail ethnographique réalisé par Camille Lacoste-Dujardin (1996) au Maghreb. Ce dernier fournit de précieux éléments permettant de comprendre les rapports sociaux régissant la société algérienne. Ceci nous amènera à la deuxième partie de ce chapitre et qui traitera du statut social du diabète. Nous montrerons comment les diabétiques préfèrent cacher leur maladie de peur d'être stigmatisées et préserver ainsi leur face.

1-Pratiques alimentaires et rapports sociaux de sexe

Les pratiques alimentaires sont révélatrices de la nature des rapports sociaux qui se tissent à l'intérieur d'une société, particulièrement au sein des espaces domestiques. En effet, manger ensemble apprend à partager une culture, à manier un système de signes et implique des conduites normées et interdépendantes de prise en compte d'autrui (Rivière, 1995). Camille Lacoste-Dujardin (1996), dans son ouvrage traitant de la maternité et du patriarcat au Maghreb, a développé une analyse très pertinente des relations familiales principalement celles entre hommes et femmes et ces dernières entre elles. Elle a mis en exergue la particularité de la relation qui lie le fils à sa mère qu'elle qualifie de dyade :

« Le mariage du fils a donc introduit une tierce personne aux côtés de la dyade mère-fils : une jeune femme....La mère gagne incontestablement en pouvoir : à sa fonction maternelle simple s'ajoute donc désormais celle d'une responsable de l'entreprise domestique, organisant et dirigeant le

à présent placées sous ses ordres. Et comme elle a souvent recruté elle-même, personnellement, ses subordonnées, elle a posé ses conditions de façon à ce que les nouvelles venues ne compromettent pas la qualité et l'étendue de sa propre relation, durable, à son fils. En fait, à l'influence maintenue entière sur son fils vient s'ajouter une domination réelle sur la nouvelle venue, où les liens affectifs n'ont au moins au début, que fort peu de part, quand ils ne sont pas chargés d'hostilité et de jalousie latente. Quand à la nouvelle jeune femme, elle ne se hasarde guère, à son arrivée, à tenter d'acquérir quelque pouvoir. Préparée dès l'enfance, et par une femme, sa mère, à l'école de la soumission et du travail domestique de la maisonnée, de peur d'encourir le risque d'une répudiation qui compromettrait ses chances d'accéder à son tour au seul statut possible et gratifiant pour une femme : celui de mère de fils.»

Camille Lacoste-Dujardin montre bien comment la femme n'accède au statut que la société lui reconnaît, qu'en se mariant et en devenant mère et de garçons de surcroît. La maternité étant au Maghreb « *le pôle principal, hypertrophié, de la vie féminine.* »¹ (Garnero, 1982). Cette tradition de la femme « mère-avant-tout » est intériorisée par la femme elle-même selon les préceptes de l'idéologie patriarcale basée sur la domination masculine. Fonder une famille apparaît ainsi comme « *unique issue pour gagner en prestige identitaire* » (Mathieu, 1985).

Cette domination est inculquée par la société à partir de l'éducation, l'apprentissage et l'intériorisation des rôles sexués. En effet l'identité

¹ Garnero, essai d'approche des relations précoces mère-enfant de la naissance à dix huit mois en milieu culturel algérois, mémoire de spécialisation en psychiatrie, faculté de médecine de l'université de Paris-Val-de-Marne, 1982(182 pages dactylographiées), Cité dans l'ouvrage de Lacoste-Dujardin, des mères contre les femmes, maternité et patriarcat au Maghreb, la découverte, 1996)

mique dialectique du désir de devenir mère et de la participation à la construction de l'édifice familial (Héritier, 1989). La domination sociale des hommes sur les femmes « se traduit par une hiérarchie organisée du masculin sur le féminin » (Héritier, 2002). La famille apparaît ainsi comme « une institution qui articule la différence des sexes et des générations » (Thery, 1997).

Nos pratiques alimentaires sont révélatrices de la prégnance du fonctionnement de ce modèle traditionnel basé sur la domination masculine. Les hommes mangent seuls, ou alors il y a un ordre des repas : celui des hommes précédant toujours celui des femmes (Lacoste Dujardin, 1996). Le régime alimentaire du diabétique, produisant des modifications dans les pratiques culinaires socialisées au sein de l'espace familial, peut être ainsi producteur de tensions entre les membres de la famille. Il semble ainsi difficile de concilier le régime individuel avec un repas conçu pour toute la famille, surtout quand la personne concernée par le régime est une femme, socialement dominée. C'est le cas de Kheira, 56 ans, mère de 5 garçons et de 2 filles et diabétique depuis 19 ans. Hypertendue, elle doit ainsi suivre un régime demi-sel. Elle disait :

« Au moment de servir, les garçons qui mangent avec leur père ne sont pas satisfaits. Ils émettent des commentaires, ils veulent que le repas soit impeccable, ils ne veulent pas resaler, ils disent qu'ils ne sont pas malades, alors je dis à ma fille de ne pas prendre en considération mon régime pour éviter les problèmes. ». Sa fille l'interrompt : « Quand ils rouspètent, je ne me tais pas. Je leur dis que le régime est important. D'ailleurs quand je mange avec ma mère je ne resale pas. ». Et sa mère d'ajouter : « c'est surtout mon mari à qui ça ne plait pas, les garçons sont plutôt compréhensifs, surtout l'aîné. D'ailleurs c'est lui (l'aîné), malgré le fait

ixé qui m'achète les médicaments non remboursables que je prends pour mon traitement contre les champignons ».

Nora est âgée de 22ans, elle est diabétique depuis l'âge de 5ans, elle est aussi atteinte de la maladie caeliaque² depuis l'âge de 10ans. Ayant terminé ses études à l'université, elle est à la recherche d'un travail. Nora est atteinte de deux maladies qui nécessitent chacune un régime particulier. En plus d'un régime hypoglycémique compatible avec son diabète, elle doit en outre éviter toute nourriture contenant du gluten. Pour cela, elle se doit de ne pas manger le pain, à base de farine de blé, qu'elle doit remplacer par du pain de maïs, ne pas consommer de pâtes, de couscous, de gâteaux qui contiennent tous du gluten, à moins d'acheter des pâtes spéciales sans gluten, qui ne sont pas à sa portée. Nora avoue qu'elle n'a jamais fait un véritable régime sans gluten : *« à la maison, on ne me l'a jamais fait, on ne m'aide pas, ma mère ne considère pas ma maladie comme grave. Je me bataille tous les jours pour qu'on respecte mon régime. Par exemple, je leur dit de diminuer de la fréquence des pâtes, de se contenter de faire juste 2 fois par semaine. Quand ma mère fait du couscous, je lui dis de ne pas en faire beaucoup, pour qu'il n'en reste pas le lendemain et pour que je ne sois pas tentée d'en prendre, mais sans succès !... quand mon frère a eu la jaunisse, c'est tout le menu qui a changé et pour tout le monde et ma mère était toujours au petit soin, parce que lui c'est un garçon, l'homme de la maison et moi je ne suis qu'une fille, vois-tu c'est la famille algérienne ! »*(Nora)

Les pratiques culinaires sont structurées par les relations familiales. Nos pratiques alimentaires basées sur des repas conçus pour toute la famille

² Il s'agit d'une intolérance au gluten, protéine contenue dans les céréales.

imentaire centré sur la personne malade

(Mebtoul, 2007) et tiennent compte aussi des rapports sociaux de sexe. Cette domination masculine dans les pratiques alimentaires est illustrée aussi par l'exemple suivant : en effet, parce que la maladie de son « fils » nécessitait un régime particulier, Saliha en a tenu compte et le repas de toute la famille s'en trouva modifié. A ce propos, elle disait :

« J'ai un fils qui a maintenant 18 ans et qui a depuis l'âge de 12 ans, une maladie du colon, on lui a même enlevé une partie de son intestin. A cause de cela, il lui fallait un régime spécial. Il a suivi ce régime pendant 3 ans. J'ai veillé à ce qu'il le suive. Je lui faisais des soupes de légumes, de la purée de pomme de terre. J'évitais tout ce qui est acide ou piquant. Je ne mettais ni concentré de tomate, ni épices. Pour mes enfants, je suis à cheval, mais pas pour moi. Maintenant, il est guéri, Dieu merci, il a grandi maintenant, c'est un homme. Mais il doit quand même faire attention. Pendant ce mois de ramadhan, je continue à faire une « hrira » allégée et c'est pour tout le monde. Je ne mets pas beaucoup d'huile, de concentré de tomate, d'épices. Je ne fais pas beaucoup de fritures, très peu de frites. Tout ça pour mon fils. Par exemple, je ne prépare pas de chou fleur, parce que cela lui donne des rots. Même chose pour les aubergines. J'évite tout ce qui peut lui faire du mal. On s'est tous habitués à manger comme cela, on mange tous pareil. Si c'était pour moi je ne l'aurais pas fais. Le plus important c'est la gestion de tous les besoins de la famille. »

Les propos de Saliha nous renseignent encore une fois sur la prégnance du statut de mère avant tout, en montrant comment elle met en avant la famille et les enfants, sans se soucier d'elle-même. Ainsi les pratiques alimentaires et culinaires sont révélatrices de la construction identitaire des acteurs

itions. Manger, davantage qu'une question collective, elle est au centre de l'organisation sociale.

Les bouleversements politiques et économiques ayant ébranlé la société algérienne ont induit des changements dans la vie familiale. En effet, de plus en plus de jeunes mariés vivent en dehors du domicile parental. Mais le cordon ombilical n'est pas pour autant rompu. Il se trouve que de nombreuses mariées se plaignent de l'ingérence de la belle famille et principalement de la belle-mère dans la vie du « couple ». Benabed (2008), dans une récente étude sur le recours des couples stériles à la procréation médicalement assistée, a montré l'emprise de la belle mère dans la relation conjugale et la pression qu'elle exerce sur le couple dès que l'enfant tarde à venir. Cette dernière se manifeste dans son rôle de contrôleuse de la vie du couple pouvant s'exprimer par la violence symbolique des mots. Amina, 25 ans, universitaire, mère de 3 filles, diabétique depuis 4 ans, exprime bien cette emprise. Elle est contrainte de cacher sa maladie à sa belle mère :

« Il n y a que ma famille (mes parents, mes frères et sœurs) et mon mari qui sont au courant de mon diabète. Déjà que ma belle mère voit mal que je sois asthmatique, et pour cela elle me traite de « messdoura³ ». Si elle apprenait que je suis diabétique ce serait pire ! ».

La belle mère continue à jouer un rôle essentiel dans l'espace familial (Mebtoul, 2000) même si elle n'habite pas sous le même toit que son fils. Même si Amina avoue que sa belle mère n'a pas eu son mot à dire pour le mariage de son fils unique, elle ne constitue pas moins une menace pour la stabilité du « couple » :

³ Ce mot veut dire littéralement atteinte à la poitrine. Il est fort stigmatisant car il fait allusion à la tuberculose.

« J'ai accepté notre mariage, mon mari l'a mise devant le fait accompli. Naïve comme je suis, je leur ai dit que j'étais asthmatique. Depuis elle ne rate pas une occasion pour me le rappeler, surtout quand elle vient chez moi et qu'elle me trouve souffrante. D'ailleurs, elle n'arrête pas de répéter que son fils devrait épouser une femme en très bonne santé, alors si par malheur elle apprenait que je suis diabétique, j'appréhende le pire... Quand le médecin m'a annoncée que j'avais le diabète, je me suis dit que c'était fini pour moi, que ma vie était finie ...mais grâce au soutien de ma famille et de mon mari, j'ai pu remonter la pente. Mon mari m'aide beaucoup, il m'encourage à bien prendre soin de moi, pour moi pour lui et pour les enfants ».

L'emprise de la belle mère dans le domaine alimentaire apparaît clairement dans les propos d'Amina : « elle surveille tout le temps mes faits et gestes, avec elle je suis sous la loupeau point ou des fois je me dis qu'on dirait qu'elle se doute de quelque chose, après je me ressaisis, car si elle avait le moindre doute, elle ne se serait pas tu, d'ailleurs c'est ce que mon mari me dit toujours, il me dit que j'en fais trop des fois, même s'il me soutient, il ne me comprend pas toujours, c'est des trucs de femme....en plus je suis obligée de cacher mes médicaments, avant c'était facile, c'était des comprimés, mais depuis que je prends de l'insuline, je dois cacher les seringues et surtout les flacons d'insuline et les mettre au frigo de la cuisine, c'est les mettre à sa portée. Un ami à mon mari nous a ramenés un mini frigo avec clef et il est bien caché dans ma chambre !..... ». Après quelques moments de silence, elle ajouta : « quand elle vient chez moi, elle se comporte comme si elle était chez elle, c'est elle qui décide de ce qu'on va manger. Avec ma dernière grossesse, j'ai pris du poids, j'essaye d'alléger un peu les menus, parce que déjà, je fais deux injectionsmais il

*changer comme tout le monde, sinon gare aux
remarques désobligeantes »*

Hafida est âgée de 33 ans, elle est diabétique depuis 3 ans. La trajectoire sociale de sa maladie dénote le rapport conflictuel entretenu avec la belle mère, au point de lier la survenue de sa maladie à cette dernière. A ce propos, elle disait :

« Même si je sais que le diabète me vient de ma famille, j'ai 3 frères et 2 sœurs diabétiques, mais, ce sont les problèmes et les conflits avec ma belle mère qui ont provoqué mon diabète. Il ne se passait pas un jour sans qu'il y ait de querelles, mais j'étais obligée de supporter parce que mon mari n'a pas les moyens de louer dehors jusqu'au jour où on a été tout simplement expulsés de la maison et nos affaires jetés dehors. Heureusement que j'ai une sœur ici qui a accepté de mettre nos affaires chez elle et de nous héberger provisoirement, le temps qu'on trouve une solution. Je ne sais vraiment pas quoi faire ni comment faire, pour le moment je compte sur la patience de ma sœur et de son mari et sur leur générosité... Quand j'étais chez ma belle mère, c'est elle qui décidait du menu, je faisais la cuisine pour toute la famille. Il n'était pas question de suggérer quoi que ce soit, d'ailleurs le fait que je sois diabétique n'a rien changé à la situation. Ma belle mère est autoritaire et ne veut rien savoir. On devait manger et se taire ! ».

Le discours de Nacera vient à contrario de ce qu'ont avancé Amina et Hafida. En effet Nacera revendique l'autorité de la belle mère et estime que si elle vivait avec elle, les choses iraient mieux. A ce propos, elle disait :

« Tu sais le problème qui se pose pour mes sœurs et moi c'est qu'on ne vit pas avec nos belles mères. Si elles vivaient avec nous, elles nous

lleraient. Cela aurait été mieux pour nous.

Dans notre cas, le mari achète de tout et nous, on ne fait pas attention. D'ailleurs on est toutes pareilles, mes sœurs et moi. J'ai une sœur plus jeune que moi, elle est née en 1975, elle est hypertendue, son état est vraiment déplorable, elle souffre beaucoup, elle peut à tout moment avoir le diabète, surtout que nous l'avons dans la famille et le médecin lui a bien expliquée la situation, il lui a bien montrée la forte possibilité de contracter le diabète, à cause de l'excès de poids et le non respect du régime. On ne fait pas le régime ! Peut être que si on faisait le régime, on s'aiderait un peu... Crois moi, le régime n'est pas une affaire de moyens, en tout cas, pas pour nous, ce problème ne se pose pas. S'il y avait une autorité forte sur nous, ce serait possible. Le problème se pose en nous. On ne peut pas, oui on ne peut pas. »

On peut donc rappeler l'influence des relations de l'environnement social immédiat, représenté principalement par la famille, sur le comportement du diabétique. Ainsi la gestion profane du diabète ne se fait pas sans relation avec le fonctionnement quotidien des différents espaces sociaux (famille, lieu de travail, etc.). Il est intéressant d'observer que le diabétique met en avant une perspective qui octroie la primauté aux relations sociales dominantes et prend ainsi en compte les jugements des autres et les interdits sociaux au cœur de la société (Mebtoul, 2003). Nous verrons dans le paragraphe suivant, comment le diabétique s'auto stigmatise, en même temps qu'il essaye de préserver sa face, en voulant « paraître comme tous les autres ».

2-Stigmatisation et statut social du diabète

Les résultats de notre recherche ont montré à quel point les femmes

issimuler leur maladie et faire en sorte que cela reste un secret qui ne dépasse pas l'entourage familial immédiat : *« quand j'étais à l'école, je ne voulais pas que mes amis sachent que j'étais malade, j'aurais aimé que ma maitresse d'école ne soit pas mise au courant, mais ma mère lui a dit, ensuite mes camarades de classe l'ont appris. Même si à la clinique et à la maison on me parlait du régime et de ce que je ne devais pas prendre, je ne le prenais pas au sérieux. Dès que je sortais de l'école, j'allais directement acheter les friandises quand est tout petit, on adore les sucreries et les interdire comme ça n'est pas accepté facilement. En plus je voulais être come tous les enfants de mon âge.... Ce n'est que vers 19 ans que je commençais vraiment à mesurer la gravité de mes gestes, car je commençais à ressentir les complications.... »* (Zahia, 27 ans, sans travail)

De nombreuses recherches sur les pathologies chroniques ont montré que ce sont les malades eux-mêmes, qui redéfinissent le niveau de normalité qu'ils souhaitent atteindre (Carricaburu ; Ménoret, 2004) :

« Quand je suis invitée chez des gens, je me comporte le plus normalement du monde. Je prends un gâteau ou deux et j'augmente la dose d'insuline. Même au travail, personne n'est au courant. Pour mon insuline, je me pique aux toilettes et c'est mieux comme ça ! » (Amina, 25ans, universitaire).

Cette normalité apparait non comme un état, mais se négocie au travers des interactions sociales et des différentes situations auxquelles les femmes diabétiques sont confrontées. (Carricaburu ; Ménoret, 2004).

Saliha, 45 ans, est diabétique depuis 5 ans, elle a 5 enfants. Lors du mariage de sa fille, elle a du passer la nuit hors de chez elle. Elle s'est

d'insuline et elle a mangé « comme tout le monde ». Voyons ce qu'elle dit pour justifier son comportement:

« Je suis partie au sud pour le mariage de ma fille et je suis restée 2 jours sans faire mes injections. Pourtant, j'ai pris mon insuline avec moi, mon mari a tenu à ce que je la prenne avec moi et il a même vérifié mon sac en sortant. Mais moi, je ne voulais pas la faire devant les gens, tu sais les gens comment ils font... En plus je n'ai pas trouvé un endroit où la faire loin des regards. Je ne voulais pas qu'on s'apitoie sur mon sort et entendre dire la pauvre elle est malade. Je l'ai donc laissé dans mon sac et je suis revenue avec, mais j'ai souffert après. Tu sais aussi pourquoi je ne voulais pas faire l'injection, eh bien parce que maintenant ? J'avais aussi peur de perdre connaissance et troubler le mariage, en plus qui est ce qui m'emmènera à l'hôpital ? comment allais-je faire dans ce cas ? je ne te cacherais pas aussi que j'ai pensé aussi à ma fille mariée et à mes autres filles. Tout le monde sait maintenant que le diabète est héréditaire, je ne veux pas que l'on insinue quoi que ce soit à ma fille qui venait de se marier. Je ne voudrais pas aussi compromettre les chances de mariage de mes autres filles, je préfère que tout ça reste dans le secret ». (Saliha, 39 ans, femme au foyer)

Saliha exprime clairement les « raisons » ou les considérations sociales qu'elle met en avant pour justifier son comportement. Cette discrétion avec laquelle les diabétiques entourent leur maladie révèle aussi à quel point la survenue du diabète est symbole de rupture avec leur monde social. Cette crainte de la rupture va obliger Djamila à cacher sa maladie, afin d'optimiser ses chances pour trouver un mari :

« A part les miens, c'est-à-dire mes sœurs, personne ne sait que je suis diabétique, je ne fréquente pas les gens, je ne vais pas chez les voisins.

le ma maladie, ni mes cousins, ni rien, juste mes sœurs. Je n'aime pas divulguer mes secrets. Les gens parlent trop. Je ne veux pas qu'ils le sachent, ils vont commencer à dire, elle a ceci, elle a cela, elle a fait ceci, elle a fait cela. Je ne veux rien de tout cela. Quand je rencontre les gens, je leur parle le plus normalement du monde, comme si je n'avais rien. Je leur dis que je vais bien, Dieu merci et c'est tout. Je ne veux pas que les gens soient au courant de ma maladie, je ne veux pas en parler. En plus, si quelqu'un se présentait pour demander ma main, je ne veux pas qu'il sache que je suis diabétique. Si on s'entend et qu'on se marie, j'attendrais quelque temps, puis je lui dirais que le médecin vient de me dire que je suis diabétique. Je sais très bien que si les gens apprenaient que je suis diabétique, personne ne voudra se marier avec moi. Qui est ce qui va prendre pour épouse une femme malade ? De toute façon, c'est ma maladie et c'est moi qui en suis atteinte, elle ne regarde que moi, je ne vois pas pourquoi j'irais en parler aux autres ! » (Djamila, 51 ans, célibataire)

Djamila évoque aussi l'épisode où, conviée chez ses cousins, elle ne put refuser les figues fraîchement cueillies. Sentant sa glycémie monter, elle préféra rentrer chez elle, alors qu'elle avait des difficultés à marcher et à reconnaître le trajet : « j'ai préféré rentrer chez moi de peur qu'on découvre ma maladie. En sortant de chez mes cousins, j'étais perdue, j'étais obligée de demander aux gens le chemin, tellement ma glycémie était élevée. En rentrant, tu sais ce que j'ai fait, j'ai rajouté un comprimé, j'ai pris un comprimé de plus ! d'ailleurs, je ne te le cache pas, à chaque fois que je mange des choses comme ça, je rajoute un comprimé. Le médecin ne me l'a jamais dit, je rajoute toute seule et je ne dis jamais au médecin ! » (Djamila)

Les illustrations précitées montrent bien le travail de mise en scène que

prémunir du regard de l'autre et préserver ainsi sa « face ». Cette dernière étant cette valeur sociale positive et sacrée que le diabétique revendique à travers sa ligne de conduite et qui lui en assure le respect (Goffman, 1967). Elles montrent aussi comment les diabétiques se basent sur « *d'autres critères d'appréciation, souvent loin du savoir des experts, liés à la vie quotidienne, à leur proximité de l'objet, à leur connaissance du milieu, à l'évaluation plus au moins juste de leurs aptitudes personnelles* » (Le Breton, 1995).

Ce travail de mise en scène, que les patientes diabétiques effectuent à l'égard des autres montre bien que « *l'activité principale des malades chroniques n'est pas seulement de rester en vie ou de contrôler leurs symptômes* » comme le préconise la perspective médicale, « *mais de vivre aussi normalement que possible, en dépit des symptômes et de la maladie* » (Strauss et alii, 1975). Ceci nous conduit à la question de la double autonomie des personnes malades, la première étant l'autonomie « conquise sur la médecine » qui transforme le malade en « auto-soignant », considéré par les sociologues Herzlich et Pierret comme étant celui qui « *par sa conduite, affirme son droit à tenir sur son corps malade un discours spécifique et proclame l'efficacité de la prise en charge autonome de son état* ». La seconde autonomie, étant celle qui vient s'opposer à la précédente et qui a trait par contre aux différentes dimensions de la vie sociale, relations avec autrui, travail, loisirs, etc. (Herzlich ; Pierret, 1984).

Le discours sur les logiques sociales et les pratiques alimentaires des diabétiques apparaît ainsi comme un guide de lecture des relations sociales selon des modalités spécifiques à l'appartenance sociale et culturelle. Cette dernière, ensemble de coutumes, de croyances et de rituels sous tend aussi un enracinement d'habitudes alimentaires. Ces dernières liées aux critères



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

apports de pouvoir au sein des familles et statut social du diabète

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

s aliments apparaissent aussi comme déterminantes dans les comportements des diabétiques. C'est à l'analyse de ces aspects que va être consacré le paragraphe suivant.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CHAPITRE V

ultime chapitre comment sont appréhendés

les changements induits par l'atteinte du diabète ainsi que l'importance donnée aux dimensions gustatives et hédoniques dans les choix alimentaires des femmes diabétiques.

Le discours médical préconise de consommer des aliments en se basant sur leurs qualités diététiques. Il laisse transparaître des jugements de valeur prompts à sanctionner certains comportements comme des aberrations par rapport à une conception scientifique et idéalisée de l'aliment, réduit à ses caractéristiques nutritionnelles, économiques et, à la rigueur organoleptiques (De Garine, 1971).

Ce discours moralisateur est linéaire, dans la mesure où il cherche à chaque problème une cause univoque selon un modèle pastorien (Basdevant, 2003). Son approche est d'autant plus normative qu'il s'agit d'un régime prescrit pour une maladie chronique où il est demandé aux diabétiques de se conformer à un certain nombre d'exigences basées sur des rations alimentaires réparties dans la journée. Ces dernières doivent obéir à un certain nombre de règles restrictives consistant à manger moins sucré, moins salé et moins gras. Ces recommandations n'envisagent le corps que dans ses dimensions biologiques et physiologiques, elles font abstraction du sens donné à l'aliment et aux fonctions hédoniques et symboliques du comportement alimentaire.

Les repas constituent des moments privilégiés de la rythmique régulière de la personne et contribuent à forger des habitudes alimentaires (Rivière, 1995). Ces dernières, « *phénomènes culturels révélateurs de l'organisation sociale et des rapports qu'une société donnée entretient avec ses membres et le milieu naturel environnant* » (Bathily, 1991) ont

ne alimentaire.

Nos traditions culinaires se basent généralement sur la préparation des tajines, plats en sauce, ils sont mijotés dans de l'huile avec une variété de légumes et de pâtes agrémentées de condiments et d'épices. A l'ouest du pays sont particulièrement appréciées les sauces rouges avec l'utilisation du concentré de tomate. Ces mets se consomment avec du pain maison ou du boulanger. Les boissons gazeuses sont servies généralement comme dessert. A contrario, les médecins préconisent des menus ou sont exemptés les sucres rapides, les acides gras dits saturés et encouragent plutôt les légumes cuits à la vapeur, les salades et d'éviter les boissons gazeuses, les fritures, les pâtes, la pomme de terre, le pain, le couscous, etc. ou du moins d'en limiter fortement la consommation.

Khalida est âgée de 33 ans, diabétique depuis l'âge de 11 ans, elle est célibataire et sans travail. Elle souffre de problèmes rénaux et de colopathie. À la question relative au régime préconisé par son médecin, elle nous répondit sur un ton dérisoire: *« le médecin m'a tout interdit, je lui ai dit il ne me reste plus que l'herbe à manger « elhchiche » ! Je lui ai dit, comment et de quoi vais- je vivre si je ne prends pas de légumes secs, comme les haricots secs et les lentilles ? Il m'a recommandée de manger des légumes comme la carotte, il me prend pour un lapin ! Il m'a dit aussi de manger de la laitue comme la tortue ! »*

Nacera a découvert son diabète suite aux analyses qui sont habituellement faites après confirmation de sa grossesse. Elle considère que son diabète lui vient de ses parents. A ce propos, elle disait :

ire, mes parents tous les deux sont diabétiques ! ». (Nacera, 43 ans, mère au foyer). Mais elle impute réellement son atteinte de la maladie à sa grossesse non désirée :

« Quand le médecin m'a annoncée que j'étais enceinte de 4 mois, je ne m'y attendais pas ! Quand tu vois ce petit et sa sœur, tu es étonnée, 13 ans de différence ! Je ne l'avais pas programmé... (Silence) c'est une grossesse qui est venue à l'improviste. Suite à cette nouvelle, j'étais devenue fatiguée physiquement et moralement. Je me disais comment vais-je faire avec ce petit, comment faire pour m'occuper de lui, comment l'élever, c'est le choc de l'annonce de ma grossesse qui a provoqué le diabète ! ».

L'entretien avec Nacera a eu la particularité d'être un va et vient entre sa situation et celle de sa mère, souffrante du diabète. Tantôt, elle parle de sa mère d'une seule voix, tantôt, elle se démarque d'elle, tout en avouant la peur de voir son état devenir comme le sien :

« En voyant ma mère, j'ai peur... j'ai peur quand je vois dans quel état elle est. Je me dis ma mère n'est pas très âgée et elle donne l'air d'avoir bien plus que son âge réel, si tu voyais mon père, devant lui, on aurait dit sa grand-mère, je t'assure ! Mais malgré cela, je n'arrive pas à diminuer un peu de la quantité de nourriture que je mange comme me le dit tout le temps le médecin. Même si ma glycémie n'est pas très élevée maintenant, je sais qu'elle pourrait augmenter et je risque de devenir comme ma mère ! mais je n'y peux rien, que faire ? Peut-être faut-il couper un peu de cet estomac et forcer un peu pour que la nourriture ne passe pas ! (sur un ton amusé) »

Nacera semble terriblement marquée par l'épisode de sa grossesse durant lequel elle prenait de l'insuline. Sur ce point elle déclarait : « j'ai

5 mois de grossesse, c'est beaucoup, j'ai souffert le martyr, j'ai failli devenir folle à force de me piquer tout le temps, tout le temps, ce n'était pas du tout facile. L'insuline m'a rendue malade, je n'en pouvais plus. J'ai fait aussi de l'insuline durant 2 autres mois après mon accouchement par césarienne ».

Le passage au régime de Nacera n'a pas été envisagé dans la durée :

« En faisant le régime, je m'attendais à ce que je sois complètement guérie, le médecin m'avait dit qu'après la naissance du petit le diabète allait partir, que tout redeviendrait comme avant et que j'arrêterai tout, mais finalement non, il est resté... ».

La seule fois où Nacera a suivi un régime qu'elle qualifie de « strict », fût après la naissance de son enfant :

« Après mon accouchement par césarienne et avec l'opération et l'infection, le médecin m'a dit que je pouvais avoir d'autres problèmes plus graves encore. Je te dis la vérité, j'ai fait un régime strict et je me suis sentie vraiment bien et imagine qui m'a fait ce régime, eh bien, c'est ma mère. Elle était ici avec moi, ma pauvre mère s'est occupée de moi pendant un mois, je n'avais personne pour rester à mes côtés, mes enfants sont trop jeunes, ils allaient à l'école. J'ai perdu 10 kg. Je suis devenue aussi légère qu'une plume. Le sucre c'est fini, le médecin m'a dit de tout arrêter, il m'a dit tu es normale, tu es comme nous, ça va, c'est ça la glycémie est normale. Après ma mère est repartie chez elle.... (Elle frappe des mains et s'arrête de parler un moment). Elle me faisait des soupes, des grillades, des menus légers, je prenais aussi des pommes, elle ne me laissait pas entrer

... ne pouvais pas me déplacer, j'ai beaucoup souffert en ayant ce petit (sur un ton de lamentations). J'avais un excès de poids, j'avais pris de l'insuline avant et elle m'a éreintée et avec la césarienne après, j'étais exténuée, je ne pouvais plus me lever. Je m'asseyais ici (en montrant du doigt le lit du salon). Ma mère me préparait à manger et me ramenait les plats au salon. Je n'avais aucune idée de ce qui se passait à la cuisine. Elle m'a suivie pendant un mois et toute personne qui me voyait pendant cette période ne croyait pas ses yeux. On me disait, mais comment es-tu devenue comme cela ? La réponse c'était le régime. J'ai pris l'habitude pendant ce temps de suivre le régime et le pain, je n'en mangeais pas du tout, il ne restait que son souvenir dans ma tête. Pendant un mois donc, je n'ai pas pris de pain. Quand je me suis rétablie, ma mère est repartie chez elle et je suis retournée à la cuisine, et le régime est chamboulé, je mangeais n'importe comment ! Le 2^{ème} mois, je faisais attention, pas comme... (Et elle marque un temps d'arrêt) maintenant. Crois-moi je regrette cette période là, j'étais vraiment bien, je me sentais tellement légère !»

Nacera regrette ainsi la période où elle avait suivi scrupuleusement son régime. Ce qui semble présenter un obstacle pour le maintien de son régime, ce sont ses anciennes habitudes alimentaires. A ce propos, elle disait :

«Quand on mange en famille et quand il en reste, je n'aime pas qu'il en reste. Je fais ça depuis toujours, pas seulement depuis que je suis diabétique. Je n'aime pas laisser les petites quantités de restes. Je me dis à quoi bon les garder, il vaut mieux les consommer tout de suite et ne pas les jeter, alors que normalement, on doit ramasser les restes, on les garde et quand on a faim, on réchauffe et on mange, mais moi non, je les mange

mon enfance, depuis que j'étais toute petite.

D'ailleurs, mon mari me fait tout le temps la remarque et il me dit « lève-toi, pourquoi faudrait-il qu'il n'en reste pas ? ». C'est ça le problème ! c'est bien de manger en famille et que chacun finisse tout le contenu de son assiette, là je bois de l'eau et je me lève. Mais, il y a des jours où la nourriture reste et tout le monde se lève et le problème c'est que moi je reste pour finir ce qu'ils ont laissé, pourtant j'ai déjà mangé, mais je ne peux pas m'empêcher de le faire. C'est une habitude, je ne sais pas, c'est une habitude... une mauvaise habitude. Mes enfants aussi me crient dessus, ils n'arrêtent pas de me dire arrête de manger et lève toi et ils rigolent. Alors des fois je mets les restes au frigo et j'attaque après. »

Cette « mauvaise » habitude de manger les restes de repas ne s'arrête pas là. Nacera avoue ne pas concevoir cette obligation de manger comme un « poussin ». Pour elle, bien manger est synonyme de rassasiement :

« J'aime manger et bien manger. J'aime sentir le ventre plein et alourdi, même si je me sens mal après. Je deviens comme une poupée sans bras ni jambes. J'aime manger à satiété, Je ne suis pas comme ce poussin qui se contente de piquer un peu de nourriture ça et là et puis c'est tout ...non non non, il faut que je sois rassasiée, je ne vais pas te mentir, et le fait de manger trop... trop... (Silence).» (Nacera)

Djamila a découvert son diabète à l'âge de 21 ans. Elle avoue qu'au départ, elle ne suivait pas ce que lui disaient les médecins :

« Au début, quand on m'a demandée de faire le régime, on m'a conseillé de faire le régime, de ne pas manger sucré, de diminuer de telle et telle chose, mais je ne l'ai pas fait, je n'ai pas supporté. Tout me paraissait sans saveur. Je prenais le café amer ou alors je prenais un gâteau avec.

... n'ai pas banni complètement car il faut quand même du sucre. Mais voyant que mon état n'était pas au beau fixe, j'ai décidé de faire plus attention. »

La manière de cuisiner les aliments semblent aussi poser problème dans la mesure où les médecins préconisent de consommer les légumes cuits à la vapeur, d'éviter les fritures et l'utilisation des matières grasses, et opter plutôt pour les grillades :

« Je faisais cuire les légumes à la vapeur, toute sorte de légumes, les haricots, les carottes, etc. mais après je n'en pouvais plus. Je ne pouvais plus continuer toute ma vie à manger comme cela, la nourriture n'a plus de goût. Les légumes cuits de cette façon sont bien, mais à la longue, franchement ce n'est pas possible. » (Saliha)

« C'est difficile de changer sa façon de manger, comme c'est difficile de changer ses habitudes. On mangeait de telle sorte après on doit manger autrement. Au début je mangeais et quand j'avais faim, je mangeais encore. Les médecins m'ont recommandée de diminuer la quantité de pain, de couscous, de gâteaux, de sucreries, de fritures et tout ce qui peut augmenter le cholestérol. D'un autre côté, il faut manger les légumes cuits à la vapeur. Je ne te mentirais pas, j'achète l'huile, même si par exemple je fais cuire les aubergines à la vapeur, pour le poisson, je n'aime pas le manger grillé, donc quand j'achète les sardines, je les fais frire dans très peu d'huile, à feu très doux. En fait, je les fais fondre, et ça a vraiment meilleur goût. Le poisson grillé, je ne l'apprécie pas. Manger uniquement « le régime », franchement, ça ne me plait pas et ne m'arrange pas du tout. Mais quand je mange des choses qui ne sont pas du régime, généralement, je mange sans excès et je pense toujours au régime. » (Djamila)

« Préparer un menu spécialement pour moi, je te mentirais si je te disais le contraire. Je ne peux pas manger des plats cuits à la vapeur et diminuer du goût des plats. Par exemple, on nous demande de manger le poisson grillé, moi je n'aime pas le manger comme ça. J'aime le faire frire dans l'huile et j'en mange suffisamment c'est-à-dire jusqu'à ce que je n'en aie plus envie, jusqu'à ce que je sois rassasiée. Le médecin nous recommande de prendre jusqu'à 4 sardines grillées, moi je les préfère frites, je ne les aime pas cuites autrement. »

Les propos des interviewées relatives à leurs pratiques alimentaires font ressortir des représentations qui s'articulent autour du « bien manger » (Calandre, 2002). Ces dernières donnent priorité aux dimensions gustatives et hédoniques, mais aussi physiologiques, liées aux critères quantitatifs de satiété.

Ainsi les aliments sucrés et gras sont souvent préférés. Les critères de choix se basent beaucoup plus sur les dimensions de goût et de plaisir que sur la valeur nutritionnelle ou les conséquences sur la santé (Wilkinson, 1989).

La préférence pour un ou plusieurs aliments de base, fréquemment consommés et fortement valorisés sur le plan symbolique existe dans toutes les sociétés (Rivière, 1995). En Algérie, certains aliments, présents quotidiennement ou occasionnellement sur les tables vont à l'encontre du régime préconisé par les médecins, à l'exemple du pain et du couscous. Il semble difficile selon nos interlocuteurs de diminuer leur consommation :

« Le médecin nous dit de consommer une baguette de pain en la répartissant tout au long de la journée. Or cette quantité est insuffisante et je ne peux pas manger sans pain c'est comme cela. » (Khadîdja, 56 ans

« Pendant le mois de Ramadhan, je dois prendre une assiette de couscous avec du petit lait au « shour »¹. Pour moi c'est sacré je ne peux pas m'en passer ! » (Halima, 63 ans, mère au foyer)

Le pain occupe une place centrale dans l'alimentation quotidienne algérienne. En effet, les algériens sont de grands amateurs de pain, ce dernier fait à base de blé et d'orge, est présent sur toutes les tables. Sa fabrication relève du sacré car il est considéré comme une « na'ma » (un don de dieu). Il symbolise la communion des hommes avec le divin et les hommes entre eux (Poulain, 2002). Le pain accompagne presque tous les plats et principalement les ragoûts. Trempé délicatement dans la sauce, il absorbe le liquide et aide à saisir les morceaux de légumes et de viande, jouant ainsi le rôle de la fourchette (Feki, 2000). « D'un goût agréable à tous, il constitue un trait d'union entre les divers plats et fait l'unité de ceux qui le partagent... Il est symbole de sécurité, non seulement comme base de l'alimentation mais parce qu'il évoque le fruit du travail, la force investie dans la culture des céréales. La symbolique du pain est très forte. » (Rivière, 1994).

Le couscous constitue bel et bien un symbole fort dans la gastronomie algérienne, il symbolise aussi l'identité alimentaire des populations du Maghreb. Il se décline en une multitude de variantes, selon les régions, les saisons ou les occasions. Couscous ordinaire ou festif, couscous des pauvres ou des riches, avec ou sans légumes, avec ou sans viande (ou poisson), il est toujours empreint de sacralité, lié à l'attribut d'abondance des céréales, dont il est le produit, mais aussi au roulage, symbole de la

¹ Le Shour est le repas pris tard dans la soirée pour pouvoir tenir la journée pendant le mois de ramadhan.

Bahloul (1983). Associé à l'hospitalité, à l'offrande, à la distribution aux pauvres, il s'accommode avec différentes sauces et est préparé en toutes occasions. La diversité de ses recettes, spécifiques à chaque région (et même à chaque village) ne constitue pas moins un synonyme de rassemblement et de partage, dans la mesure où, l'identité alimentaire de l'individu se construit dans son rapport à l'autre. Ce registre alimentaire présent dans toutes les occasions apparaît ainsi comme un fait social total au sens que lui a attribué Mauss (De Garine, 1991). Aliment-emblème, Il tisse les liens qui unissent les membres de toute la communauté et constitue ainsi une sorte de bannière derrière laquelle, ils se retrouvent (Poulain, 2002).

D'autres aliments semblent incontournables, particulièrement sur la table du ftour du mois de ramadhan. Le «berkouk », plat sucré à base de pruneaux, plat des occasions festives, considéré comme un plat de bonnes augures, il est préparé au début du mois de Ramadhan et fait aussi partie du menu de la nuit du destin, lors de la nuit du 27^{ème} jour du mois de ramadhan :

« Cette fois ma glycémie est un peu élevée, c'est à cause du « berkouk ² », on commence toujours le mois de ramadhan par le sucré, pour que tout le mois ramadhan soit aussi sucré (doux) et quand il en reste je n'aime pas le jeter et donc j'en mange et ma glycémie monte ! » (Djamila)

« Pour ce qui est du régime du diabète, je t'avoue que je ne peux pas me passer de mon verre de limonade. Il est indispensable et personne ne pourra me l'enlever ! En revanche je ne prends pas de couscous comme avant, le couscous aussi contient du sucre !je n'en prends pas parce qu'il

² Le berkouk(ou tajine hlou) est un plat sucré à base de fruits séchés : abricots, pruneaux, raisins secs, etc.

au du colon. Même les pâtes on n'en mange plus comme avant. Quant au régime sans sel, je diminue le sel quand je sens que ma tension est élevée » (Saliha).

Ces aliments- symboles (pain, couscous, berkouk, etc.) convoquent l'imaginaire de l'individu et produisent un sens qui déborde largement le cadre alimentaire. Les nourritures sont non seulement bonnes à manger mais également bonnes à penser (Strauss, 1962). En outre, ces deux dernières illustrations montrent clairement comment Saliha et Djamila établissent leur rapport avec la maladie et le régime alimentaire. Ainsi, elles préfèrent être plutôt dans une logique de contrôle des symptômes, plutôt que dans une logique de contrôle de la maladie et vivre normalement leur quotidien. (Strauss et al, 1975).

Ces habitudes alimentaires sont des marqueurs identitaires. En effet, l'identité se construit aussi par les croyances et les pratiques alimentaires et culinaires (Kanafani-Zahar et al., 2007). Ces dernières sont étroitement liées à l'appréciation du goût, au plaisir de manger et au sens du partage.

Pour qu'un aliment soit reconnu par le « mangeur » ou le groupe social auquel il appartient, il ne suffit pas qu'il possède des qualités nutritionnelles, encore faut-il qu'il fasse plaisir. En effet les aliments acquièrent au sein des repas une mystérieuse valeur symbolique, évocatrice de réconfort, qui est l'un des facteurs de leur acceptabilité. (Trémolières, 1978). Ainsi, les aliments procurent du plaisir. Plaisir lié à l'appréciation des mets mais aussi plaisir des repas pris en collectivité, dans la convivialité. En revanche les restrictions et autres modifications préconisées dans le cadre du suivi du régime alimentaire remettent en cause les qualités psychosensorielles des aliments.

es sont aussi productrices de distinction sociale : A la question des plats qui sont incontournables au mois de Ramadhan, Halima cite le « Berkouk ». Plat sucré à base de pruneaux, elle dit le préparer à sa façon, sans rajout de sucre et estime qu'il est bien meilleur que ceux servis dans les fêtes et mariages. « *La manière de s'alimenter révèle bien le statut social. Bien manger est élément de standing. Le repas est un élément de distinction sociale et suit les traditions en même temps que les modes.* » (Rivière, 1995). Halima avoue en prendre, mais avec modération. D'un autre côté, elle ne cache pas son goût effréné pour les fruits de saison, surtout en période de l'automne. D'ailleurs, pas plus tard que la veille de l'entretien, elle nous a confiés avoir consommé sans retenue du raisin. A ce propos elle dit s'être régalée. Elle ajouta :

« Quand je vais aux mariages, je mange avec mes amies diabétiques, on se dit tant pis, toutes mes voisines sont diabétiques, les pauvres... On se dit puisqu'on ne se rencontre pas souvent, alors les rares fois qu'on a l'occasion de se voir, on met le diabète de côté, on le laisse entre les mains de Dieu. On mange, on ne fait pas du tout attention. (Tout en riant). Aussi bien pour moi que pour mes voisines, on mange ce qui nous est servi et ça ne nous fait pas de mal. Quand je suis en groupe avec la famille et les amis, je mange le plus normalement du monde et je me sens vraiment bien. Manger comme dit le médecin c'est perdre ce plaisir. La nourriture n'a plus de goût. C'est comme de la terre. » (Halima, 63 ans, mère au foyer)

« J'ai fais des gâteaux pour l'Aïd avec de la confiture. Il en restait sur mes doigts, j'ai résisté à la tentation. J'ai couru me rincer les mains car la maladie me l'interdit. Ainsi je ne peux pas manger les gâteaux que j'ai faits de mes propres mains, ensuite je ne peux pas partager ce plaisir avec mes

rant ! » (Amina, 25 ans, fonctionnaire))

Abondant dans le même sens, Nacera nous expliquent les motivations qui guident ses choix alimentaires :

« En mangeant, je cherche le goût et la saveur. Il y a des choses qu'on goûte et qu'on trouve bonnes et qu'on mange et d'autres qu'on n'aime pas, alors on ne mange pas et ce qui est bon n'est pas nécessairement sucré, l'essentiel c'est que ça soit agréable et que ça nous plaise. Pour moi le régime est meilleur, mais puisque je ne le fais et je ne peux pas le faire... ».

Après quelques instants de silence, elle ajouta : *« Je l'ai fait le mois qui a suivi mon accouchement et je me suis sentie vraiment bien, mais après je ne l'ai plus fait. En ce moment là, la nourriture me paraissait normale, mais si on me donne maintenant la même nourriture, je ne la mangerais pas. En ce moment là, j'avais peur que mon état empire ou que je retourne à l'hôpital. Je n'avais pas encore retiré les points de suture, mon ventre était encore ouvert suite à la césarienne, j'avais peur, je savais que le diabète est incompatible avec les infections et qu'elles guérissent difficilement, j'avais peur que ça s'infecte et moi j'avais fais une césarienne, c'est comme une grande plaie, j'étais comme blessée, c'est cette peur qui m'animait et qui me motivait le plus. C'est vrai que les complications font peur mais en ce moment là, j'étais « medbouha³ » au niveau du ventre, j'étais sans force et alitée. ».* (Nacera, 43 ans, mère au foyer)

Nacera montre bien comment l'alimentation est loin d'être une norme et comment le diabétique-acteur, a sa propre évaluation de la gestion de sa maladie et de l'évaluation du risque. Ainsi le diabétique obéit à une logique

³ Littéralement, égorgée.

professionnels, mais à laquelle, il n'y a pas lieu de refuser sa rationalité (Herzlich et Pierret, 1984). Cette logique « populaire » (Massé, 1995) se fonde sur la perception que le patient a de sa maladie et de l'efficacité de son traitement (Fainzang, 1997).

Nous venons de voir, comment nos interviewées lient plaisir et distraction dans la consommation et le partage. L'acte alimentaire se révèle comme fondateur de l'identité collective. Bien manger s'articule ainsi avec l'affect, l'histoire personnelle du sujet et son sentiment d'appartenance (Lahlou, 1998). Cette affectivité s'investit fortement dans le rapport aux aliments « *c'est-à-dire dans l'appétit comme dans la dégustation, dans les dégoûts comme dans les préférences, ainsi que dans le plaisir et la distraction obtenus par la consommation et la conversation* » (Rivière, 1994). Manger, loin de se réduire à un simple processus biologique destiné à assouvir une faim ou à se conformer à des règles diététiques, est aussi et surtout « *se faire plaisir et se positionner dans un espace socioculturel* » (Poulain, 2002).



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CONCLUSION

Notre étude a tenté de décrypter et de mettre au jour les logiques des pratiques alimentaires des femmes diabétiques, portées fondamentalement par le contexte familial et socio culturel. Les interprétations qu'elles développent se font sur la base de leurs propres représentations de la situation. Elles prennent des initiatives en recourant à des décisions selon l'évaluation du sens qu'elles donnent à leur maladie mais aussi aux possibilités qui leur sont offertes.

Manger est un acte social complexe, « un fait social total » qui a de multiples dimensions. En effet il révèle des mécanismes sociaux et est producteur d'interactions. Sa dimension symbolique lui confère cet aspect fondamental qui « *génère et structure croyances et représentations* ». (Hubert, 2001). Il traduit une réalité profondément ancrée dans la vie quotidienne. Ainsi, l'alimentation ne se réduit nullement aux dimensions sanitaires et nutritionnelles, elle relève beaucoup plus de préoccupations sociales. Le caractère collectif de l'alimentation, les habitudes et traditions culinaires associées aux critères de goût, de plaisir et de commensalité apparaissent comme prédominants dans les représentations du « bien manger » du diabétique.

En interrogeant la situation alimentaire chez le diabétique, ce dernier a montré des capacités assurément inégales de gestion de sa maladie. Néanmoins, Il se révèle acteur, en faisant ressortir des modalités de mise à distance face aux situations sociales dans lesquelles il se trouve. Les diabétiques s'autorisent des écarts à l'égard de leur régime alimentaire. Cette « non-compliance » qualifiée de comportement « irrationnel » par le discours médical, apparaît comme une recherche d'autonomie. Les malades, préférant être plutôt dans une logique de contrôle des symptômes que dans une logique de contrôle de la maladie et vivre normalement leur quotidien et ce malgré les symptômes de la maladie (Strauss

« Le mangeur » a à la fois un espace de liberté mais en même temps, il est surdéterminé par un ensemble de contraintes. Pour cela, il suit des logiques et des rationalités plurielles (Poulain et corbeau, 2002). De là apparaissent les limites d'une approche strictement médicale qui se base sur une rationalité abstraite. Elle fait l'impasse sur les facteurs sociaux sous-jacents, importants, liés, à la gestion profane au quotidien de la maladie.

Les pratiques alimentaires des femmes diabétiques mettent en exergue le statut du diabétique dans la société patriarcale algérienne, en dévoilant les rapports de pouvoir au sein des familles. La dimension financière est aussi centrale pour expliquer les restrictions alimentaires opérées par les diabétiques contraintes d'occulter le régime alimentaire.

La complexité de l'objet aliment est telle qu'une analyse plus approfondie est à même de fournir d'autres éléments de réponse qui permettront de comprendre les modalités de passage des représentations à celui de pratiques. Il nous semble en effet important de nous focaliser ultérieurement sur les pratiques quotidiennes déployées aussi bien par les hommes que par les femmes, dans le but d'opérer une comparaison entre les deux sexes. Il s'agit de privilégier la perspective des rapports sociaux de sexe dans le champ alimentaire, en essayant de montrer notamment les différences dans les pratiques de consommation et en identifiant les logiques qui les sous tendent. La question qu'on peut donc se poser est de savoir si les hommes diabétiques respectent davantage le suivi du régime alimentaire que les femmes et surtout d'en situer les raisons profondes. Une autre piste de recherche nous semble tout aussi intéressante, elle consiste à développer la question de la prise en charge des enfants diabétiques par l'entourage familial et approfondir l'étude sur les pratiques filiales ainsi que sur la répartition sexuée des tâches dans la problématique du prendre soin.

Ouvrages

Abric J.-C., 1994, *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.

Adrien M, Beghin I, 1993, *communication et nutrition. De l'éducation nutritionnelle à la communication sociale en nutrition*, Paris, l'Harmattan.

Augé M., Herzlich C., 1994, *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, édition des archives contemporaines.

Becker H.S., 2002, *les ficelles du métier*, Paris, Fayard.

Becker H.S., 2004, *Ecrire les sciences sociales, commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*, Paris, Economica.

Bertaux D., 1997, *Les récits de vie*, Paris, Nathan.

Bouayad F.Z, 1978, *la cuisine algérienne*, Alger, SNED.

Bourdieu P., 1979. – *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit.

Bourdieu P., 1998, *La domination masculine*, Paris, collection Liber, Le seuil.

Carricaburu D., Ménoret M. 2004. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.

Corbeau J.P., Poulain J.P., 2002, *Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité*, Toulouse, Privat/Ocha.

Cresson G., 1995 *le travail domestique de santé*, Paris, l'Harmattan.

Demazière D., Dubar C.,(1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*, « essais et recherches », Paris, Nathan.

», le façonnement societal de la société, Paris,

Elias N., 1973, *La civilisation des moeurs*, Paris, Calmann-Lévy .

Fainzang S., 2006, *la relation médecins-malades : information et mensonge*, collection « ethnologies » dirigée par Jean Cuisenier, presses universitaires de France.

Fassin D. (1990) : *Décrire, entretien et observation, Sociétés, développement et santé*, Ellipses.

Fischler C., 2001, *l'Homnivore, le goût, la cuisine et le corps*, Poches Odile Jacob, Paris,

Freidson E., 1984, *la profession médicale*, Payot.

Gobert E., *usages et rites alimentaires des tunisiens*, leur aspect domestique, physiologique et social, éditions de la bibliothèque IBLA, Tunisie, 1940.

Goffman E. 1967, *Les rites d'interaction*, le sens commun, Paris, Editions de Minuit.

Goffman E. 1974, *Les cadres de l'expérience*, le sens commun, Paris, Editions de Minuit.

Goffman E. (1963), *Stigmaté. Les usages sociaux du corps*, le sens commun, Paris, Editions de Minuit.

Halbwachs M., 1970. – *La classe ouvrière et les niveaux de vie*, London, Gordon & Breach.

in, éditions la découverte, Odile Jacob.

Herzlich C., Pierret J., 1984, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.

Herzlich C., 1996, Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, édition de l'école des hautes études en sciences sociales,

Hess R., 2003, *Produire son œuvre*, le moment de la thèse, Paris, Téraèdre.

Janzen J.M., 1995, *la quête de la thérapie au bas-Zaïre*, Paris, Karthala.

Kleinman A., 1980, *Patients and healers in the context of culture : an exploitation of the borderland between anthropology, medecine and psychiatry*, Los Angeles/Berkeley/London, University of California Press.

Kuty O., 2007, La négociation des valeurs, introduction à la sociologie, coll. Ouvertures sociologiques, éditions De Boeck Université, Bruxelles.

Lacoste- Dujardin C., 1996, *Des mères contre les femmes, Maternité et patriarcat au Maghreb*, la découverte.

Lahlou S., 1998, *Penser manger*, Paris, PUF, coll. Psychologie sociale.

Le breton D. (1995). : *Sociologie du risque*, Paris, Puf.

Levi-Strauss C., 1968, L'origine des manières de table, Paris, Plon.

Massé R., 1995, *culture et santé publique, les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal/Paris/Casablanca, Gaëtan Morin.

Mathieu N.- C., 1985, *quand céder n'est pas consentir, l'arraisonnement des femmes*, essai en anthropologie des sexes, Paris, éditions des hautes études en sciences sociales,

hropologie, Paris, Éditions sociales.

Mayall B., 1986, *Keeping children healthy*. London, Allen and Unwin,.

Mebtoul M., 1994, *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, l'Harmattan.

Mebtoul M., 2005, *Médecins et patients en Algérie*, Oran, Dar-el Gharb.

Moscovici, S., 1961/1976. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, Presses Universitaires de France.

Pelto P. (1970), *Anthropological Research. The Structure of Inquiry*, New York, Harper and Row.

Peretti-Watel P., 2000, *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin.

Poulain, J.P., 2002, *Manger aujourd'hui ; Normes, attitudes et pratiques alimentaires*, Privat/Ocha,

Richards A., 1932, *Hunger and Work in a Savage Tribe*, London, Routledge.

Rivière C. (1995). *Les rites profanes*, Paris, Puf.

Robinson I., 1986, *Multiple Sclerosis*, Londres, Tavistock,

Sontag S., 1979, *La maladie comme métaphore*, Paris, Le Seuil.

Strauss A., 1978, *Negotiations: Varieties, Processes, Contexts, and Social Order*, San Francisco, Jossey-Bass.

Strauss A. 1992. *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*. (Textes réunis et présentés par I. Baszanger), Paris, L'Harmattan.

Strauss C.L. (1962). *Le totémisme aujourd'hui*, Paris, PUF

Wilkinson R.G, 1989 *Research Method in nutritional anthropology*, United Nations University.

Contribution à des ouvrages collectifs

Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C, 2001, *Femmes et hommes dans le champ de la santé, Approches sociologiques*, Rennes, E.N.S.P.

Bathily A., 1991, « Evolution économique et transformations des habitudes alimentaires, esquisse d'une histoire de la production vivrière dans le bassin du fleuve Sénégal des origines à l'époque contemporaine », in les changements des habitudes et des politiques alimentaires en Afrique : aspects des sciences humaines, naturelles et sociales, sous la direction de Igor de Garine, publisud, p 55-62.

Chauvin P., Parizot I., 2005, *introduction-les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire, santé et recours aux soins des populations vulnérables* (avec la collaboration de Sandrine Revet), INSERM, Paris, 325 pages

Corbeau J.P., 2007, « Trajectoires sociales de pathologies alimentaires », in : *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, sous la direction de Boesch G., Hervé C. et Rozenberg J., préface de Dagognet F., De Beck&Larcier s.a, 2007, 249-271.

De Garine I. (dir.), 1991, « Facteurs socioculturels et saisonnalité dans l'alimentation : l'exemple de deux populations du Tchad et du Cameroun », in *Les changements des habitudes et des politiques alimentaires en Afrique : aspects des sciences humaines, naturelles et sociales*, Publisud, p.85-115.

ports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour
les questions de santé : », in : Mach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C., (eds),
Hommes et Femmes dans le champ de la santé, Approches sociologiques, ENSP,
Rennes.

Feki A., 2000, « Cuisine tunisienne, cuisine méditerranéenne ? ». In
Alimentation et pratiques de table en méditerranée, colloque du GERIM, Sfax,
8-9 mars 1999, sous la direction de Yassine Essid, édition GERIM. p 279-285.

Garabuau-Moussaoui I., Palomares E. et Desjeux D., coord., 2002,
« Alimentations contemporaines », Paris, l'Harmattan.

Jerome Norge W., Kandel Randy F., Pelto Gretel H. (eds.)
1980. *Nutritional anthropology: contemporary approaches to diet and culture*. -
New York: Redgrave. - VIII, 433 pages.

Kanafani-Zahar A., Mathieu S., Nizard S. (dir.), 2007, « à croire et à manger :
penser le lien », in : *à croire et à manger, religions et alimentation*, l'Harmattan.

Millan A., 2000, le scrupule alimentaire : une approche socioculturelle, In
Alimentation et pratiques de table en méditerranée, colloque du GERIM, Sfax,
8-9 mars 1999, sous la direction de Yassine Essid, édition GERIM. P123-138.

Mebtoul M., 2003, *Les significations attribuées à la prise en charge de deux
maladies chroniques ; diabète et hypertension artérielle à Tlemcen (Algérie)*, in
coopérations , conflits et concurrences dans le système de santé, Rennes, ENSP,
251-268.

Raynaut C., 1995, « Quelles questions pour la discipline ? Quelle collaboration
avec la médecine ? », In Benoist J., Desclaux A., *Anthropologie et sida. Bilan et
perspectives*. Paris, Karthala.

Strauss A., Corbin J., Fagerhaugh S., Glaser B.G., Maines D., Suczeck B.,

Revue scientifique

Ababou M., Ababou R., El maliki A., 2008, « Le jeûne du Ramadhan au Maroc : un dilemme pour les patients diabétiques et les soignants », in *Sciences sociales et santé*, volume 26, n°2, juin, p 79-103.

Bahloul J., 1983, « nourritures de l'altérité : le double langage des juifs d'Algérie », in *Annales, E.S.C.*, March-April, 2, p325-340.

Baszanger I. (1986). « Les maladies chroniques et leur ordre négocié ». In *Revue française de sociologie*, Vol.27, N°1. p 3-27.

Bihl A., Pferfferkom R., 2000, « santé et inégalités sociales », *Revue problèmes économiques*, hebdo n°2, 665, p16.

Cohen P., 2008, « Les musulmans diabétiques face au jeûne du Ramadan : quelques réflexions anthropologiques », *Sciences sociales et santé*, Vol.26, n°2, juin.

Conrad P., 1985, « The meaning of medications : another look at compliance », *Social Science & Medecine*, 20, 1, 29-37.

Cohen P., 2008, « Les musulmans diabétiques face au jeûne du Ramadan : quelques réflexions anthropologiques », *Sciences sociales et santé*, Vol.26, n°2, juin.

Conrad P., 1985, « The meaning of medications : another look at compliance », *Social Science & Medecine*, 20, 1, 29-37.

Coussaert A., 1990, « Les vêtements de la santé ; Le cas du diabète insulino-dépendant », *Projection. La santé au futur*, 95-104.

., 2008, « Améliorer la prévention et les soins du diabète en France », *Diabetes Voice*, volume 53, Numéro 2, p 19-21.

De Garine I. 1971. « La nourriture ne sert pas qu'à s'alimenter ». Revue *Cérès*. FAO, vol.4 N°1, p 47-51.

Dodier N., 1991, « expérience privée des personnes et expertise médico-administrative. Une enquête dans la médecine du travail », *Sciences sociales et santé*, IX, 2, p.79-21.

Donovan J., Blake D., 1992, «patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making», *Social science and medicine*, 34, 5, 507- 513.

Fainzang, 1994, « l'objet construit et la méthode choisie : l'indéfectible lien », *Terrain* (Paris), n°23, 161-172.

Fainzang S., 1997, «Les stratégies paradoxales. Réflexions sur l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, vol.15, n°3, septembre, 5-23.

Fassin, D. 2000, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie », *pour une anthropologie de la santé*, N°1, volume 24, 95-112.

Héritier F., 1989, « de l'engendrement à la filiation », *approche anthropologique*, n°44, septembre, paris, p173-185.

Hubert A. 1995, « destins transculturels », *Mille et une bouches. Cuisines et identités culturelles*, in *Autrement*, Paris.

Hubert A., 2000, « cuisine et politique, le plat national existe-t-il ? », in *Revue des sciences sociales*, 27.

Laplante J., 2003, « sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio politiques du diabète

anthropologie et sociétés, volume 27, numéro 2,
Québec, les presses de l'université Laval, 210-212.

Lavalée M., Garnier C., Quesnel M. et Bouchard L., 2004, « Les représentations sociales de l'alimentation : convergences et divergences entre enfants, parents et enseignants », *Revue de l'Université de Moncton*, Volume 35, n°2, 101-129, [http : id.erudit.org](http://id.erudit.org) Lerner B.H., 1997, "From careless consumptives to recalcitrant patients: The historian construction of non-compliance", *Social science and medicine*, 45, 9, 1423-1431.

Lewin K., 1943, "Forces Behind Food Habits and Methods of Change", *Bulletin of the National Research Council*, n°108, October, 1943, pp.35-65.

Mead M., Guthe C.E., 1945, "Manuel for the studies of food habits", *Bulletin of national research council*, national academy of sciences, n°111.

Mebtoul M., 2008, « anthropologie de la santé : familles et maladies chroniques », *Journal algérien de médecine*, volume XVI, N°3, mai-juin, p 82-83.

Mebtoul M., 2000, « la médecine comme processus social : la déconstruction d'une logique professionnelle », *Santé publique et sciences sociales*, N°6, 2^{ème} semestre, édition Dar El Gharb, p8-25.

Mebtoul M. (2004). « Logiques des acteurs sociaux et systèmes de santé en Algérie », *Correspondances*, n°75, 2004.

Merzouk M., 1996, éducation sanitaire et résistance culturelle :le cas des maghrébins diabétiques soignés en France, annuaire de l'Afrique du nord, édition CNRS, tome XXXV (35), 811- 819.

La politique de terrain-sur la production des
« Femmes en anthropologie », *Enquête* (Marseille), N°1, 71-109.

Poulain J.P., 2002, « sociologies de l'alimentation. Les mangeurs et l'espace social alimentaire ». Ed Puf, Paris, coll. *Sciences sociales et sociétés*, 286 pages.

Régnier F., 2009, « Obésité, goûts et consommation, Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, 50-4, 747-773.

Rivière C. (1994). « Les rituels du manger », *Revue Prévenir*, N° 26, p7-29

Saillant F., « femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », revue *anthropologie et sociétés*, volume 23, n°2, université Laval, 1999.

Salemi O., 2008, « Pratiques alimentaires des diabétiques, essai d'analyse socio-anthropologique », *Journal Algérien de Médecine*, volume XVI, n° 3, mai-juin, (107 -111).

Salemi O., « Ramadhan et alimentation : le cas des femmes diabétiques à Oran (Algérie), *sociologie santé*, n°31 Mars 2010, pp. 93-113

Sarradon-Ek A., 2007, « le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n°2, juin.

Sinding C., 2000, « Une molécule espion pour les diabétologues. L'innovation en médecine entre science et morale », *Sciences sociales et santé*, vol. 18, 2, p.95-120.

Thery H., «Différence des sexes et différence des générations. L'enjeu de l'institution.», *Revue PTAH*, n°3/4, pp. 67-91.

Williams R., Riley P. « L’année des personnes défavorisées et vulnérables. »
In : *Diabetes’voices*, march 2006, vol. 51, n°1. pp. 30-33

Zaoui S. Biémont C., Meguenni K., 2007, « Approche épidémiologique du diabète en milieux urbain et rural dans la région de Tlemcen (ouest algérien) », *Cahiers Santé*, vol.17, janvier-février-mars, p 15-21.

Communications de colloques

Poulain J.P., 1996, L’alimentaire, un champ sociologique ? Actes du XVème colloque de l’Association Internationales des Sociologues de Langue Française Evora, Portugal, C.R :17, Sociologie et anthropologie de l’alimentation, pp.1-29

Articles de presse

Boukraa J., 2009, « 2,1%de la population de l’ouest atteints du diabète », in le quotidien d’Oran, 15novembre, p17.

Hadjiat A. (2006), *Diabète : Le jeûne, facteur aggravant*, Liberté, quotidien national d’information, p 8.

Kourta D. (2006). « Le diabète ausculté lors d’un congrès maghrébin, menace sur toutes les tranches d’âge », *El watan*, quotidien national d’information, P.7.

Kourta D., 2006, « Enquête nationale sur la santé : Les algériens mangent mal », *el watan*, 17 décembre p 6.

Kourta D., 2008, « vaste opération de dépistage au profit des patients de l’ouest », *el watan*, 16 novembre, p7.

habitudes alimentaires mettent en défaut les
Hormones Médicales », *Endocrinologia*, p19.

Zitouni M., Oran : « le diabète, cette maladie silencieuse », *la voix de l'oranie*,
17 février, p5.

Webographie

Basdevant A., 2003, corpulence : le discours médical sur le fil du rasoir,
symposium Ocha. <http://www.lemangeur-ocha.com>

Benabed A., 2008, « Le recours à la technique de procréation médicalement
assistée, étude de quelques trajectoires de couples algériens », *Interrogations*,
revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société, N°6, la santé au
prisme des sciences sociales, juin, p 24-41, <http://www.revue-interrogations.org>

Calandre N., 2002, alimentation, nutrition et sciences sociales, concepts,
méthodes pour l'analyse des représentations et pratiques nutritionnelles des
consommateurs, mémoire de recherche pour l'obtention du DEA en économie
du développement agricole, agroalimentaire et rural, sous la direction de Lucie
Sirieix et Nicolas Bricas. www.cirad.fr

Fainzang S., 2000, « la maladie, un objet pour l'anthropologie sociale », *revue
électronique du CERCE*, centre d'études et de recherches comparatives en
ethnologie, ethnologies comparées, n°1. <http://alor.univ-montp3.fr/cerce>

Fainzang S., Cohérence, raison et paradoxe. L'anthropologie aux prises avec la
question de la rationalité, *Ethnologies comparées*, 3, <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>

es symboliques et recours thérapeutiques. Les
problématiques à un itinéraire de recherche », document produit en version
numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au
Cégep de Chicoutimi, site web pédagogique : [http://www.uqac.ca/jmt-
sociologue/](http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/)

Hamadachi K., 2009, « Le diabète : la maladie des pauvres ? »
<http://www.algerie-focus.com>

Hubert A., 2001, « Alimentation et santé : la science et l'imaginaire »,
anthropology of food, S1, Regards croisés sur quelques pratiques alimentaires en
Europe. URL : <http://aof.revues.org/document1108.html>

Imbert G., 2008, « vers une étude ethno épidémiologique du diabète de type 2 et
de ses complications », *société française de santé publique* N°20, février, pages
113 à124. ([www. Cairn.info](http://www.cairn.info))

L'huissier A., 2005, Education nutritionnelle en milieu populaire : significations
et pratiques du régime alimentaire, institut national de la recherche
agronomique, www.ivry.inra.fr/corela

Suremain (de) C-H, Katz E, 2008, « introduction : modèles alimentaires et
recompositions sociales en Amérique latine », *Anthropology of food*,
<http://aof.revues.org>

TAHINA, 2007, (Transition And Health Impact in North Africa) (Contrat N°I
CA3- CT-2002-10011), 305 pages, document PDF,
<http://www.mpl.ird.fr/tahina/index.htm>

annexe N°1

Tableau récapitulatif des entretiens avec les femmes diabétiques

Prénoms Données	âge	Situation familiale	Niveau scolaire	profession	Ancienneté du diabète	Membres atteints du diabète
Malika	43	Mariée	Primaire	Mère au foyer	8	Le mari
Fatima	34	Célibataire	Secondaire	Femme de ménage	22	Sœur et frère
Amina	25	Mariée	Universitaire	Fonctionnaire	4	
Zoubida	54	Veuve	Secondaire	Douanière	4	
Hafida	33	Mariée	Collège	Mère au foyer	3	
Nacera	43	Mariée	Collège	Mère au foyer	3	Mère et père
Djamila	51	Célibataire		Ancienne couturière	29	Mère et sœur
Saliha	39	Mariée	Collège	Mère au foyer	3	Père et frère
Halima	63	Mariée		Mère au foyer	5	
Houria	65	Mariée		Mère au foyer	12	
Kheira	56	Mariée		Mère au foyer	18	Deux sœurs
Khadîdja	56	Mariée		Mère au foyer	20	
Fatiha	60	Veuve		Retraitée	24	
Yasmina	29	célibataire	terminal	Educatrice	17	Sœur

			ge	Sans travail	15	
Khalida	33	célibataire	collège	Sans travail	22	
Hayat	25	célibataire	Collège	Coiffeuse	20	
Meriem	25	célibataire	Collège	Couturière	11	
Aicha	22	célibataire	Terminal	En formation au CFPA	10	
Nora	22	célibataire	Universitaire	A la recherche de travail	17	
Leila	18	célibataire	terminal	Sans travail	12	

Annexe N°2

Tableau récapitulatif des entretiens avec les femmes parentes de diabétiques

Prénoms Données	Age	Niveau d'instruction	Lien familial
Selma	48	Collège	Mère
Nadia	36	Primaire	Mère
Samia	30	Terminal	Mère
Radia	38	Bac+2	Mère
Karima	33	Collège	Tante
Linda	16	1 ^{ère} année secondaire	Sœur

Guide d'entretien

Données factuelles : (Fiche technique)

- Age
- Niveau d'instruction
- Fonction, éventuellement celle du père, du mari ou du tuteur.
- Situation matrimoniale
- Nombre d'enfants ou de fratrie
- Type de diabète
- Date de survenue du diabète (ancienneté du diabète)
- Type de médicaments
- Antécédents familiaux
- Autres maladies associées
- Date de leurs survenues
- Couverture sociale des médicaments
- Situation matérielle
- Lieu et type d'habitation

Histoire de la maladie :

- Comment s'est faite la découverte de la maladie, comment s'est-elle déclarée, qu'à t-on fait ?

maladie, ou, qu'est ce qu'on lui a dit ?

-A qui a-t-on eu recours en premier, vers quel professionnel de la santé et pourquoi ?

-Quelles ont été les modalités et les conditions de prise en charge et de traitement ?

-Quelles ont été les réactions à l'annonce du diagnostic ?

-Quelles ont été les répercussions de la maladie dans la vie quotidienne, le travail et les relations avec les autres ? (avant et après la maladie).

-Y a-t-il des antécédents familiaux ?

-Avez-vous une autre maladie ? quand s'est-elle déclarée ?

La maladie actuellement :

-Quelles sont les différentes manifestations de la maladie, de quoi souffre le malade, quelle est l'évolution de la maladie ?

-Comment vit-on la maladie au jour le jour ?

-Qui y a-t-il de changé depuis la survenue de la maladie ?

-Cachez-vous votre maladie et pourquoi ?

-Quel est l'impact des maladies associées au diabète ?

-Avez-vous essayé des remèdes traditionnels, comment racontez-moi ? si non pourquoi ?

Le rapport à l'alimentation :

-En plus des médicaments vous a-t-on recommandé autre chose ?

-Que vous a-t-on dit ? En quoi consiste-t-il ?



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

er, avez-vous changé votre alimentation ?

- Faites- vous la cuisine ?
- Cuisinez-vous des plats uniquement pour vous ?
- Si ce n'est pas vous qui faites la cuisine, qui s'occupe de cela et comment fait-il ?
- Est-il facile de suivre le régime tous les jours ? Quelles en sont les contraintes ?
- Sortez-vous, aimez vous sortir et pourquoi ?
- Comment faites-vous quand vous êtes invités à des fêtes ou mariages ?
- Que représente pour vous le régime ?
- Que représente pour vous l'alimentation ?



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

الكلمات المفتاحية :

مرض السكري, النساء, الممارسات الغذائية, النظام الغذائي, العادات الغذائية, المعوقات الاجتماعية
الوصمة, السرور, التقاسم, اللذة.

جمع وتحليل المقابلات

جمعنا المقابلات على جهاز تسجيل رقمي. في نهاية كل مقابلة، كنا نكتب تقريرا عاما لمجريات التحقيق و ندون الملاحظات.المادة التي يتم التقاطها يتم الاستماع إليها عدة مرات، ثم تترجم بالكامل، من اللغة العربية الدارجة، ونسخها باللغة الفرنسية.

تحليل الخطابات والمذكرات والنصوص من المقابلات التي تمت عن طريق التصنيف. هذا التصنيف يتم وفقا للمعايير ذات الصلة ، والتي من شأنها المساعدة في العثور على المتغيرات الخفية التي تفسر التغيرات في الأبعاد المختلفة التي يمكن ملاحظتها (Dubar ؛ Demazière ، 1997).

عرض خطة البحث

تحليل البيانات وتصنيفها مكننا من هيكلة عملنا كالتالي :

القسم الأول يحوي تصرفات مرضى السكري : اعتبارا من كون المرض حدثا اجتماعيا ، وسوف تشمل التمثلات ذات الصلة بالعوامل المسببة لوقوعه والعواقب المترتبة على كل من الفرد والأسرة ، وغالبيتهم من النساء . سنكمل في الجزء الأول بعلاقة مرض السكري بفترة رمضان.

الجزء الثاني عنوانه ، الممارسات و المعوقات في مجال رصد النظام الغذائي ،نبدا أولا بمعالجة القيود الاقتصادية. في خطوة ثانية، سوف نتعرض لأهمية العلاقات الأسرية في ممارسات التغذية لمرضى السكري ، و مكانة مرض السكري في المجتمع. ثم سوف نرى كيف يمكن لبعض العادات الغذائية ان يكون لها تأثير على ممارسات تغذية مرضى السكري وكيف ان الغذاء يتصل بمعاني متنوعة مثل السرور التقاسم واللذة ،

المرضى يتوجهون إليها (52،09 ٪ من الحالات، حسب طحيز
(84 ٪ وفقا لطحينة)

معرفةنا بالطبيبة التي تعمل لدينا كباحثة في المخبر. والمسئولة عن متابعة المرضى المصابين بأمراض مزمنة ، وخاصة مرضى السكري ، بالنسبة للبعض منذ مدة طويلة جدا سمحت لنا بحضور الاستشارات ، وإجراء اتصالات مع المرضى ومن ثم جعل التعيينات لإجراء مقابلات معهم في المنزل. قابلنا ثمانية ربات البيوت التي تتراوح أعمارهن بين 43 و 65 سنة، متنوعة جدا في خصائصها الاجتماعية. أجريت المقابلات خلال شهر رمضان.

الخطوة الثالثة كانت استكمالاً للدراسة السابقة حيث كان الهدف هو مقابلة الفئات العمرية الأصغر سناً ، ونوع آخر من مرض السكري. لهذا توجهنا نحو عيادة Hamilcar كابرال (سابقا سانت ميشال) ، هذه العيادة ، متخصصة في متابعة الأطفال المصابين بالسكري حتى سن البلوغ. أجرينا ثمانية (8) مقابلات مع نساء من type1 السكري، والذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 33 عاماً. ستة (6) مقابلات أخرى مع ل نساء قريبات لمرضى السكري أجريت في العيادة ، بما في ذلك اثنتان في المنزل. حضرنا أيضاً دورات التعليم مع أقارب الأطفال المصابين بالسكري. لاحظنا التفاعل بين النساء والممرضات ، والممرضات و الأطفال والنساء معا ، وشاركنا في التدريبات على حساب جرعات الأنسولين، كما أجريت مقابلات أخرى مع المهنيين الصحيين العاملين داخل هياكل الصحة و هم:

1 طبيب عام مكلف بمتابعة المصابين بالأمراض المزمنة

1 طبيب مرض السكر

1 طبيب نفسي

1 ممرضة لدى الأطفال ، مسؤولة عن رصد مرضى السكري

1 ممرضة مسؤولة عن التعليم السكري

والسماح امن قابلناهم أن يجيبوا بسخاء. هذا الأسلوب يسمح للـ

طول متغير من مقابلتهم. بالإضافة إلى معلومات واقعية عن المشاركين، تم استكشاف مختلف المواضيع. للوهلة الأولى في تاريخ هذا المرض قد عولجت ، بما في ذلك ، وأقدمية المرض ثم المسببات ، العلاج والممارسات المتعلقة به. ثم العلاقة مع الغذاء ، وصيام شهر رمضان مع أسرهم والمجتمع ، والمضاعفات المحتملة. استحضار هذه الأبعاد قد تم على خلفية لهذه الشبكة. أسئلة إضافية أخرى تم ادراجها لتركيز النقاش حول أهداف البحث ومن ناحية أخرى لمناقشة بعض الجوانب التي يمكن نسيانها.

اختيار مواقع التحقيق

التحقيق الذي أجريناه تم في ثلاث خطوات رئيسية:

الخطوة الأولى كانت في مرحلة ما قبل الدراسة، كخطوة أولى، مرحلة تجريبية لاختبار الموقع وإجراء اتصالات أولية مع مرضى السكري والعاملين في المجال الطبي. إنها مرحلة اختبار الأسئلة الأولى لتطوير دليل المقابلة ولكن أيضا لصفّل الكائن الموضوع والإشكالية. تحقيقنا أجريت في البداية في قسم الطب الداخلي للمستشفى الجديد 1 نوفمبر بوهران. الخيار الأول من هذا التحقيق هو تبرره حقيقة أنه هو خدمة الاستشارات والعلاج في المستشفيات من المرضى المصابين بداء السكري. بالإضافة إلى أنه من خلال وجود حليف كانت فرصة للحصول على إذن و تسهيل الحركة داخل المصلحة دون ارتداء المنزر، والقدرة على التحدث بانفراد مع المرضى. كل هذا شكل رصيذا هاما لسلسلة التحقيق. تمكننا أيضا من الإطلاع على سجلات المرضى وتحديثنا مع خمس نساء تتراوح أعمارهن بين 25 و 54 سنة. تمثلت الخطوة الثانية في عيادة متعددة التخصصات في Maraval حيث كانت حضرنا الاستشارات الطبية، و قمنا بتحديد وترتيب المقابلات في بيوت المرضى. وكان جميع مرضى السكري من النوع 2 ، باستثناء واحدة ، وكن يبلغن 39 عاما فأكثر. اخترنا هذا الهيكل من الصحة من أجل التنوع ، وأيضا كونه إحدى وحدات العناية الصحية الأساسية ، كما تشكل الوجهة الأولى للمرضى حيث أن أكثر من نصف

من أجل الاستجابة المثلى لاشكائنا ، فضلنا المنهج النوعي.مقاربتنا السوسيو- انثروبولوجية تدرج في العلاقة مع الآخر و الحصول على ا على اقوال الناس معتمدين على نوعية الخطابات التي ألقيت من قبل المستجوبين. في الواقع ، والعمل على المعنى الذي يعطيه الناس لأعمالهم ، هذا شكل من أشكال جمع البيانات التجريبية ، يلتقط من الآليات والعمليات التي جاءت لتكون في حالة معينة ولكن أيضا كيف يسعون لذلك (Bertaux ، 1997). يستند التقرير على مقابلات شخصية واسعة النطاق ومتكررة وطويلة الأجل (بين ساعة ونصف إلى ساعتين) ومراقبة دقيقة ومفصلة في مجالات الاستثمار المختلفة. هذه التقنيات مجتمعة تبدو الانسب "لتحديد ومعالجة الحالات التي الى من خلالها يمكننا الوصول للمعتقدات ، والتمثيلات ، والممارسات والمؤسسات التي تعطي معنى للمجتمع" (Fassin ، 1990).

تقنية المقابلات مبنية على أساس دليل المقابلة. العمل الميداني هو تجربة في تجديد المستمر. المعوقات الميدانية هي تلك التي يجب أن نسعى باستمرار للتكيف معها دون إغفال الأهداف المسطرة.

ان المقاربة الأنثروبولوجية المعتمدة، تركز على أدوات لجمع البيانات عن السلوكيات والمفاهيم ، عن طريق الربط بينها محاولة لفهم كيفية تمرير مستوى التمثيل إلى الممارسات (بولان ، 1999). على نطاق أوسع ، يمكن للعلوم الإنسانية والاجتماعية ، محاولة فهم المواقف والقواعد التي تحكم التفاعلات حول التغذية والصحة ، والمساعدة على تطوير مشاريع التدخل في النظم الغذائية والصحية ، والتي تعكس الظروف على البناء من أشكال المعرفة في مجال التغذية ومرض السكري. وبالتالي ، مرض السكري ، وإذا ما نظر إليه من الزوايا الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية يمكن أن توفر فهما أكثر شمولاً لهذا الوباء وإيجاد حلول (ابلينت ، 2003).

تشكيل دليل المقابلة

اختيار الأسلوب النوعي و المقابلات الشبه الموجهة أدى بنا لوضع مجموعة من الأسئلة المفتوحة ،

الواجهة ، ووضع مفهوم وصمة العار وعرفه بأنه " السمة (ال) للآخرين حول هويته".

وبالإضافة إلى ذلك اعتمدنا في إطارنا النظري على أعمال كوربو و جان بيار بولان (2002). هذين العالمين انطلقا من الفكر التفاعلي و عملا على معنى الطعام والأكل، كما حاولا فهم و استكشاف منطق الأكلين، وتمثلانهم ، و اعتبروا أن الفاعل لا يخضع لممارسة معينة للطعام ، بل لديه فرصة ، اعتمادا على ديناميكية تفاعلاته.

السلوك الأخلاقي في جمع البيانات واستخدامها

يبدو من المهم أن نؤكد أننا اخترنا الوضوح والشفافية في جميع مراحل عملنا الميداني. في البداية ، ضرورة العمل في المرافق الصحية ، وأدت بنا إلى تقديم طلبات خطية ، أين تم تحديدها بالتفصيل الغرض من عملنا والأهداف المعنية ، تلاه الإذن الذي وقعه مدير المختبر الذي نحن تابعون له. اتصلنا في مقابلتنا، إما مباشرة، من خلال التواصل معهم، إما عن طريق المخبرين. شرحنا العمل الذي نحن بصدد القيام به، قمنا بالإجابة على أسئلتهم، عندما طلب منا مزيدا من التوضيح. احترام عدم الكشف عن هوية الأشخاص الذين قمنا بإجراء مقابلات معهم كان المبدأ المؤسس لتحقيقنا. لذا، ف استخدمنا أسماء وهمية. استعمال التسجيل الرقمي اتخذ بعد الحصول على موافقة مسبقة منهم.

أهمية المنهجية النوعية في المقاربة السوسيو- أنثروبولوجية

لأنها ليست قادرة على فهم المعنى الذي يعطيه الأفراد إلى تجاربهم، فالدراسات الاستقصائية الكمية ليس بإمكانها فهم المنطق الذي يرتكز عليه تصرف الأشخاص. في حين أن البحث النوعي ، لديه أدوات هامة لفهم سلوك أكثر شمولاً لأنه يركز على الأبعاد الذاتية للأوضاع والإجراءات. (شوفان ، باريزو ،

تتناسب الحالات المزمنة ، حيث لم يعد الطبيب والفاعل الرئيسيين
الجغرافي الرئيسي بل منزل المريض (شترأوس ، 1992).

إطارنا النظري مستلهم من الدينامكية التي شهدتها بداية الثمانينات و اعتمدت على نماذج جديدة
في مجال البحوث في علم الاجتماع من الصحة ، وهي وجهة نظرة التفاعليين. سنشير أساسا لأعمال
انسيلم شتاورس (1992). دراساته أعطت قيمة لما يقدمه المرضى وأسرهم، وسلطت الضوء على ثراء
الديناميكيات الاجتماعية للصحة المنتجة داخل وخارج الفضاء المنزلي (مبتول، 2008). مقاربتة تعتبر
المريض فاعلا في إطار "العمل الطبي" ، فهو وكيل خلاق وفعال في التسيير اليومي للمرض. يواجه
الضغوطات دون أن يكون كائنا سلبيا أمام القوى الاجتماعية (شترأوس ، 1992).

بالإضافة إلى ذلك ، إدراج مرض السكري ومظاهره في الحياة اليومية ليس مجرد التكيف مع حالة
صحية ، ولكنها تتطلب تفسيرا في مجال توحيد المقاييس. هذه العملية تنفذ الإجراء الأخير لتشكيل الموقف
الجديد الذي يتطلع إلى الحياة الطبيعية بقدر الإمكان في مختلف مجالات الحياة الاجتماعية ، ويشكل
"عملا دون نهاية" (شترأوس ، 1975). الجانب المتناقض من مرض السكري هو الاستمرارية في
الحياة الاجتماعية والانقطاع عن طريق التكامل بين الاضطرابات المرتبطة بهذا المرض مما يؤدي
بالمريض في محاولته للحفاظ على نظام اجتماعي معين لاستخدام التفاوض من خلال تفاعلاته اليومية.
سعيه هذا يرمز إلى إقامة نظام التفاوض (شترأوس ، 1978)

أشاد شترأوس بهذا التيار في مقال على التفاوض حيث قال متحدثا عن رواده بأنهم أظهروا اهتماما
كبيراً في العمليات الاجتماعية ، وكانوا يشيدون بالتغير الاجتماعي وإمكاناته الهائلة و في نفس الوقت ،
يعتبرون بان البشر مخلوقات نشطة تشكل بيئاتها ومستقبلها ، يواجهون ضغوطات في العمل. وهكذا
اعتمدوا موقفا وسطا بين رؤية العالم من دون أي نوع من القيود ، وعالم يعتمد اعتمادا كلياً على إرادة
الإنسان . " (شترأوس ، 1992).

Erving Goffman (1967) ، يعتبر بان التفاعل الاجتماعي يعتمد على المحافظة على

الكسكس.

في الواقع ، فإن الجزائريين يحبذون أكل الخبز ، فهو جد مقدس لأنه يعتبر نعمة أو هبة من عند الله. ويرمز إلى تواصل الجنس البشري مع الله والناس معا (بولان ، 2002). يصاحب الخبز تقريبا جميع الأطباق ، التي غالبا ما تحتوي على صلصة ، فبواسطة قطعة الخبز يمتص السائل ويساعد على التقاط قطع الخضر واللحم ، وبالتالي يلعب دور الشوكة (الفتي ، 2000).

يعتبر الكسكس رمزا بارزا في المطبخ الجزائري ، ويقدم بعدة وصفات . انه يتكيف مع الصلصات المختلفة ويعد في جميع المناسبات.

المقاربة النظرية

بحثنا هذا يهدف إلى معالجة مسألة التغذية و ممارساته في سياق مرض السكري. تقليديا ، التغذية والسكري لم يكونا موضع دراسة سوى لدى العلوم الطبية والبيولوجية.

الاهتمام الذي أبدته العلوم الاجتماعية للمواد الغذائية يعود إلى العمل الذي أنجزته أودري ريتشاردز ، التي كانت مهتمة بنمط الحياة اليمبا بروديسيا. ركزت في بحثها عام 1932 ، على العلاقة التي كانت توليها القبيلة للغذاء والتغذية. وتلتها مارغريت ميد ، التي نشرت كان عام 1945 كتابها حول دراسة ممارسات التغذية ، و كانت تصر على العناصر البيولوجية ، والاجتماعية والثقافية والنفسية للغذاء. ثم أضحت محل اهتمام المدرسة البنيوية و على رأسها كلود ليفي ستروس ، احد مؤسسيها ، حيث وضع في كتابه المشهور مثلث الطهي ، الخام ، والمطبوخ والفاسد. ماري دوغلاس ، في نفس السياق البنيوي ، أظهرت أن وراء الجانب البيولوجي للمواد الغذائية ، يوجد عمل رمزي وسلوك اجتماعي. في السبعينات ظهر كلود فيشلي حيث وضع مفهوم "Homnivore" ثم التحق كل من بولان وكوربو على نهج عالم النفس الاجتماعي كورت لوين.

الدراسات الاجتماعية التي اهتمت بعالم الطب والمرض ، بدأت مع المدرسة التفاعلية حيث كان واحدا من حقه المفضلة في التحقيق (Carricaburu ؛ Ménoret ، 2004). ففي عام 1973 ، دعا شتراوس في جريدة "المجتمع" لإعادة النظر في نموذج الرعاية المتقدمة لأمراض الحادة والتي لم تعد

ظهور الأغذية المصنعة ، عوامل أدت إلى تغييرات في النظا

الأكل الوطنية ، ما زال الجزائريون متعلقون بشكل كبير بالأطباق التقليدية ، مثل الكسكس ، البرقوق ،

"الشخشوخة" والشربات المختلفة والعجائن ، والتي لا تزال تحافظ على شعبيتها سواء في الأرياف أو

المدن.

هذه الأطباق المختلفة ، التي كان أسلافنا البعيدين يطهون في جرار من الفخار ، لا تزال جزءا من الغذاء

اليومي وأثناء الاحتفال بالأعياد والمناسبات المختلفة (البدراني ، روبينو ، 1982). زد إلى ذلك مختلف

أنواع الكعك والحلويات كال "مقروط" و "القريوش" وحلويات أخرى يجتمع حولها أفراد الأسرة أو

الضيوف مع الشاي أو القهوة في وجبة خفيفة في فترة ما بعد الظهر أو أثناء المساء أو غيرها من

المناسبات.

المطبخ الجزائري الذي يعود تاريخه إلى العصور القديمة له تراث غني، عرف عبر التاريخ

تحولات مختلفة. فإلى جانب الأطباق المحلية، فقد خلفت لنا الحضارة الإسلامية من بغداد، القاهرة

وقرطبة ، إضافة إلى الإمبراطورية العثمانية وكذا منطقة البحر الأبيض المتوسط. الأطباق الأصلية

الممزوجة بما جاء من الخارج تشكل بالتأكيد المطبخ الجزائري الحالي ، يتغير من منطقة إلى أخرى ، في

كثير من الأحيان مع اختلافات طفيفة ، وأحيانا أخرى بشكل كبير (بوعبيد ، 1978).

ممارساتنا الغذائية تتطلب المشاركة مع أفراد الأسرة (Mebtoul ، 2007). فالطبق الجماعي هو

المهيمن في الأسر الجزائرية (52.07٪ من الجزائريين يأكلون في صحن مشترك). بالإضافة إلى ذلك،

يتم تناول الوجبات في المنزل في أكثر من 93٪ من الحالات. كما أن وجبات الطعام الثلاث الرئيسية

ووجبة ما بعد الظهر تؤخذ أساسا مع الأسرة في أكثر من 80٪ ، وفقا لاستقصاء طحينية.

يعتبر المنزل العائلي المكان البارز للتنشئة الاجتماعية للفرد ، فإنه يكاد يكون مختبرا لتعلم العادات

الغذائية (لافالي وآخرون ، 2004). هذه الأخيرة، تدعم الأواصر الاجتماعية و تدخل في عاطفة وثقافة

الفرد.

وبالتالي فإنه يبدو من الصعب الذهاب ضد بعض الأطعمة التي لها صفات رمزية قوية ، مثل الخبز

في الفاكهة والخضر (0.6 الفواكه يوميا بدلا من 2 و 0.8 من استهلاك الدهون والسكر أكثر من المعايير المطلوبة .

وجهة النظر الاجتماعية الأنثروبولوجية التي نعتمدها ، محاولة لفهم مدى تعقيد الممارسات الغذائية والابتعاد عن الأحكام القيمية على ممارسات التغذية (Mebtoul ، 2007) ، نعتقد أن فهم معاني الغذاء والتغذية مهم قبل أن نأمر تحول سلوكيات الأكل . كما سبق أن أعلنت عنه مارغريت ميد منذ عام 1945 " ، قبل أن تبحث في كيفية تغيير عادات الأكل [يجب أولا] فهم ما يعني الغذاء . "

فرانسواز Héritier - أوجي كتبت : "الآخر هو الشخص الأول الذي لا يأكل مثلنا" (1985 : 61). يبدو الغذاء على انه القاعدة التي تنطلق منها الهويات الفردية والجماعية. الطعام هو ظاهرة اجتماعية تحتوي على مجموعة من المعارف والممارسات ، تختلف عن النظم الغذائية الأخرى (Suremain وآخرون ، 2006).

في الجزائر، يعتبر الغذاء، النقطة المحورية لمختلف التجمعات التي تحدث بصورة رئيسية خلال الاحتفالات. هذه المناسبات تقع ضمن مساحات داخلية أو خارجية بين أفراد تربطهم علاقات الدم كالأعمام والعمات وأبناء العمومة، الذين يعيشون داخل أو خارج الفضاء المنزلي كما يشارك أيضا، الجيران والأصدقاء. وهم يأتون لحضور الولائم ، تقديم التهاني والتعبير عن الفرح في الأعراس والولادات ، ومختلف المناسبات الدينية مثل الاحتفال بشهر رمضان المبارك والعيد الخ.

مجموعات أكبر من الناس من المناطق القريبة أو البعيدة تجتمع للاحتفال والتواصل ، في معظم

الأحيان حول طبق الكسكس ، تكريما للجد المشترك ، أو للإشادة برجل مقدس و تبجيلا لضريحه.

التجمع لتناول الطعام لا تقتصر على المناسبات السعيدة، فالجنازات أيضا فرصة لتقاسم الغذاء والإعراب

عن التعاطف والإحساس بالألم لتقوية الروابط الأسرية والاجتماعية.

التاريخ الجزائري يزخر بتجربة غذائية وزراعية قديمة وتقاليد عريقة في الطهي. على الرغم من

إن تزايد الاهتمام بدراسة ممارسات التغذية يتصل جزئيا بالمد

الجدل الدائر حول القضايا الغذائية المعاصرة ، وبخاصة منذ أيار / مايو 2004 ، وهي السنة للموافقة لإعلان الإستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني و الصحة (إمبيرت ، 2008). على الرغم من العديد من برامج التعليم والتوعية لتناول الطعام الصحي ، فمن الواضح أن النتائج لا تزال غير مقنعة.

عدم نجاعة حملات الوقاية والتوعية يدل على أن الغذاء له معنى يتجاوز التركيبة البيولوجية الحيوية و له أبعاد اجتماعية و ثقافية (Calandre ، 2002). محدودية هذه النظرة تتمثل في اعتمادها فقط على معايير الصحة و التغذية ، في حين أن للغذاء وظائف أخرى المتعلقة بالمتعة والأبعاد الاجتماعية والثقافية. هذه الأخيرة لا يعترف بها إلا على أنها عوائق تحول دون تلبية الاحتياجات الغذائية إلا أن الطعام ليس مقتصرًا على التغذية ، ذلك أن الطعام ليس مجرد تلبية الحاجة الفسيولوجية ، بل هو عملية معقدة والذي يشير إلى الحقائق النفسية والاجتماعية والثقافية (لحو ، 1988). المفارقة الأمريكية لدليل على ذلك ، حيث أن الولايات المتحدة ، البلد أين الثقافة الغذائية أكثر انتشارا ، تسجل أعلى معدل للبدانة (Calandre ، 2002).

الغذاء ، من خلال الممارسات والتمثلات ، له بعد اجتماعي لا يمكن أن يكون قاصرا على كمية من المواد الغذائية المستهلكة. وإنما هو أيضا منتج اجتماعي ونظاما لتمثلات وسلوكيات الحياة الاجتماعية (Garabuau - موسوي ، 2002) ، "الناس لا يأكلون الأطعمة المغذية ولكن ت الطهي.... حسب بروتوكول له علاقة مع التنشئة الاجتماعية" (بولان ، 2002).

خصوصية الأكل في الجزائر

وفقا لنتائج المسح (طحينة) ، "الجزائريين يأكلون بشكل سيئ" ، والاستهلاك الغذائي اليومي لا يحترم التوصيات الصحية الدولية بالنسبة لجميع المجموعات الغذائية (Kourta ، 2006). فإنه يعتبر منخفضا

هناك تغيير في النظام الغذائي، حيث يجب أن يكون منخفض الدهون خاصة الدهون المشبعة والسكريات البسيطة.

المنظور الطبي يركز على مراقبة نسبة السكر في الدم والوقاية من مضاعفات السكري وهو يقوم على افتراض مفاده أن الجهل وضعف المعرفة الغذائية هي السبب في السلوك السيئ للأكل وان اكتساب المعرفة والدراية هي قادرة على تحسين الحالة الغذائية (Calandre، 2002). إلا أن المعرفة العلمية الشرعية التي تنشرها الهيكل الهرمي قد تواجه مقاومة والتحديات (Perretti - Watel، 2001). بالفعل فان العلم بالمخاطر التي تترتب على عدم الامتثال للنظام الغذائي لم يكن كافيا لتغيير ممارسات المصابين بالسكري. ويبدو أن هذا الموقف الموصوف با "لا عقلاني" من جانب مهنة الطب ينبغي أن يشجعنا على استكشاف الأبعاد الاجتماعية التي تتخلل الحياة اليومية بشكل عميق ، وخصوصا المواد الغذائية. في كثير من الأحيان ، الأطباء لا يولون أهمية للاعتبارات الاجتماعية للغذاء و غالبا ما يتم تجاهلها من قبل المختصين ، في حين أن تطبيق المعايير الطبية لا تعتمد دائما على إرادة من مرضى السكري ، الذين يضطرون إلى مواجهة "الأخر" ، والقيود التي تفرضها عليهم الشبكة اجتماعية (العائلة ، والجيران ، أو الظروف المهنية) (Mebtoul ، 2003).

اتخذت العديد من الدراسات في العلوم الاجتماعية وجهة نظر ناقدة في للمقاربة الطبية المرتكزة على الالتزام (Sarrandon - إيك) Trostle (1988) و لرنر (1997) ، وعقب التحليل التاريخي الذي أجروه على مفهوم الالتزام (أو الامتثال) ، أكدا أنه يعكس ممارسة المهنة ل احتكار السلطة والسيطرة على الصحة ، ويشير إلى أيديولوجيا السلطة لدى الأطباء وممتني الصحة. وبالتالي عدم الامتثال يوصف بالانحراف (دون وفان وبليك ، 1992) ، ويحمل الأحكام المعيارية المبنية على البيانات المحققة علميا (لرنر ، 1997). لكننا غالبا ما ننسى أن الشكوك والأخطاء تمس كذلك الممارسة الطبية التي تواجه عدم اليقين أمام حدود المعارف الطبية، وخاصة ما تعلق بمرض السكري الذي يشكل موضوع جدل بين الأطباء (Mebtoul، 2003).

سنة إلى 18.60 % بين 60 -- 64.

داء السكري هو أكثر شيوعا في المناطق الحضرية (10.15 % مقابل 6.40 %). حسب المنطقة

الجغرافية ، هو أكثر في المرتفعات (9.76 % عما كانت عليه في التل (8.50 في المائة) والجنوب

(7.25 % بين الرجال ، ونحن نجد ان الترددات التالية : التل (8.58 %) ، والسهول المرتفعة (9.57 %)

والجنوب (4.44 %). في المقابل ، وجدت بين النساء الانحدار تناقص شمال / جنوب.

معدل الإصابة بمرض السكري بشكل خاص يصعب الحصول عليها بسبب طبيعة أعراض المرض

(إمبير ، 2008). ومع ذلك ، فإن انتشاره في وهران أن حوالي 6.32 % وفقا للأستاذ بلحاج ، في خطابه

الذي ألقاه في ندوة مخصصة لمرض السكري الذي عقد في شهر فبراير الماضي في فندق رويال وهران

(صوت وهران ، 2009). وأضاف أنه نظرا لصعوبة التعرف بدقة على عدد من مرضى السكري في

وهران ، وإزاء عدم وجود إحصاءات موثوق بها ، أي بمعدل 12 شخصا لكل 100,000 من السكان هو

المعيار للنظر في وهران.

وفقا لملاحظتنا طوال وجودنا في كل من قسم الطب الداخلي و المركز الصحي Maraval، كانت

النساء أكثر تواجدا . بالإضافة إلى ذلك، فقد أكد قسم الطب الداخلي لمستشفى جامعة وهران، أن النساء

أكثر عرضة للإصابة بالسكري. الأسباب الرئيسية ترتبط السمنة ، والذي يؤثر على 70 % على صحة

المرأة ويؤدي الى مضاعفات ، ثم العوامل التي تدخل في الاضطرابات النفسية (جريدة الوطن ، 2008).

وجود أغلبية من الإناث مصابة بالداء ليس مقتصرًا على الجزائر. فان المجلة التي تصدر عن الاتحاد

الدولي للسكري، diabetesvoice ، التي نشرت في مايو 2009 ، أكدت هذا الاتجاه. كما سلطت الضوء

على مجموعة من الأعباء الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التمييزية ضد المرأة في جميع المناطق تقريبا

في العالم. بالإضافة إلى ذلك، وفقا لمنظمة الصحة العالمية، ما يقرب من نصف وفيات السكري تحدث في

الناس تحت 70 سنة و 55 % من الأشخاص الذين يموتون من هذا المرض هم من النساء.

التغذية: رهان كبير

في ظل الرعاية الطبية لمرض السكري ، فان الامتثال لنظام غذائي معين له بعدا هاما. في الواقع

يفرزه البنكرياس) أو عدم فعاليته ، أو الاثنتين معا. يوجد نوع

السكري نوع 1 (داء السكري المتعلق بالأحداث) يظهر عند من هم أصغر سنا ويتميز باعتماده على تناول الأنسولين ، بحدوث عدد اكبر من نوبات الغيبوبة و ظهور أسرع لتعقيدات المرض. على المريض إتباع نظام غذائي و اخذ عدة حقن يومية من الأنسولين.

السكري نوع 2 (مرض السكري المتعلق بالسمنة) يصيب عادة كبار السن و لا يعتمد على الأنسولين كما انه يتميز بمضاعفات بطيئة النمو. يوصي الأطباء بإتباع نظام غذائي فقير من السكريات و تناول حبوب خاصة.

إن داء السكري هو مرض عضال، عواقبه وخيمة، بما في ذلك المضاعفات الخطيرة التي قد تصيب العيون والقلب والكلية، وكذا بتر الأطراف. يعتبر مرض السكري المسؤول عن وفاة عدد أكبر من ما يؤدي به فيروس نقص المناعة البشرية ، كما انه يقتل شخص واحد كل عشر ثوان.

. أجريت في عام 2005 دراسة استقصائية من قبل المعهد الوطني للصحة العامة في الجزائر العاصمة بالتعاون مع الاتحاد الأوروبي في 16 ولايات ، بهدف تقدير معدلات الاعتلال والرعاية الصحية واستهلاك تردد العوامل المخاطر بين البالغين 35 و 70 عاما.

وقد كشفت هذه الدراسة المسماة TAHINA ، (بمعنى التحول الوبائي والأثر الصحي في شمال إفريقيا) ، بزيادة عدد السكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و 59 عاما ، وهو ما يمثل نسبة 41.5% من مجموع السكان. الفئة العمرية الأكبر سنا تتراوح أعمارهم بين 60 عاما وكانت تقدر بنحو 7.1%. هذه النسبة سوف تصل إلى 10% في عام 2015.

وفقا لهذه الدراسة، فإن مرض السكري هو الحالة المرضية الثانية الأكثر شيوعا (8.78%) وراء ارتفاع ضغط الدم (16.23). وهو يغطي 12.21% من الجزائريين مع غلبة الإناث من 12 و 54 مقابل 11 ، و 93 للرجال. وتردده يزيد بشكل كبير مع التقدم في السن، فهي تتراوح من 2.01% في 35 -- 39

بالولايات المتحدة ، لبارسونز ، فريدسون ، وشتراوس ، إضافة

الصحية في الجزائر ، حيث يعتبر البروفيسور Mebtoul رائداً في هذا المجال ، مثل العمل الذي انجزه في تلمسان حول المعاني التي أعطيت لتفسير اثنين من الأمراض المزمنة ، ألا وهما ، مرض السكري وارتفاع ضغط الدم.

أهمية موضوع البحث

أصبحت الأمراض المزمنة ذات أهمية متزايدة في المجتمعات التي يزداد فيها معدل العمر. أهميتها لا تكمن فقط في المجال العلمي والطبي ولكن أيضا من الناحية الاقتصادية والاجتماعية (Carricaburu، Ménoret، 2004). هذه الأمراض المختلفة (السرطان، وأمراض القلب والشرابيين والسكري، والسمنة) التي تسبب 88 ٪ من الوفيات في البلدان المصنعة ، بلغت الآن 40 في المائة في البلدان النامية. العوامل المؤدية لمثل هذه الاضطرابات تم تحديدها فهي تتصل بأسلوب الحياة وسلوك الأفراد ، والتغيرات التي مست العادات الغذائية.

يعتبر مرض السكري واحدا من أكبر أسباب الوفاة في العالم وأصبح يثير قلقا و مخاوف كبيرة لدى الأوساط المختصة بهذا المرض. حسب منظمة الصحة العالمية، أكثر من 180 مليون مصاب بالسكري في العالم. و المخيف أكثر أنها تترقب الضعف بحلول عام 2030. إن البدانة المرتبطة بظهور مرض السكري من النوع 2 و التي طالما اعتبرت خاصة البلدان الغنية ، أضحت الآونة مشكلة رئيسية في أفريقيا (الزاوي وآخرون ، 2007) حيث أن 63 ٪ من مرضى السكري يعيشون في البلدان النامية ، أين كان المرض نادرا منذ عشرين سنة خلت وترى منظمة الصحة العالمية أن معدل الوفيات من السكري سيزيد بنسبة 50 ٪ خلال السنوات العشر المقبلة ما لم تتخذ إجراءات فورية .

داء السكري هو مرض يتميز بارتفاع نسبة السكر في الدم الناتجة عن نقص في الأنسولين (هرمون

هذه الدراسة محاولة لفهم القضايا المتعلقة بإتباع للنظام الغذائي في سياق الإصابة بمرض السكري وإظهار مدى تعقيد هذه الممارسات الغذائية التي يواجهها المرضى والتعرف على الدوافع الداخلية التي تتحكم في إتباع النظام الغذائي أو عدمه. بحثنا هذا يحاول فهم المنطق الاجتماعي لمرضى السكر فيما يتعلق بالغذاء، والمعنى المنسوب للنظام الغذائي والقيود المختلفة التي يواجهونها. قبل الدخول في صلب الموضوع، من الأهمية، بل من الضروري، عرض مختلف الخطوات التي أدت إلى تطوير هذا العمل. نبدأ بشرح أسباب اختيارنا للبحث ومن ثمة سوف نرى المسار المنهجي في كل من التحقيقات الميدانية و الجانب النظري.

الدوافع الشخصية في اختيار موضوع البحث

فكرة البحث في سلوك وممارسات التغذية لمرضى السكري لم يأت بمحض الصدفة فمسألة مرض السكري شكلت لدينا منذ الطفولة قلقا شديدا. والواقع أن بعض أفراد عائلتنا قد أصيبوا بهذا المرض كما إن وفاة عمنا، و حدوث نوبات من غيبوبة لدى عمنا الشاب قد ترك أثارا عميقة. هذا المرض قد أثار فضولنا في مرحلة الطفولة وجعلنا نطرح العديد من الأسئلة قسم منها وجدنا الإجابة عليها لدى والدتنا وأخرى من خلال قراءتنا للآخرين، ومع ذلك، بقيت تساؤلات أخرى، المتعلقة بأسباب عدم الامتثال للتعليمات الطبية، وخاصة فيما يتعلق بالحمية الغذائية رغم خطر حدوث مضاعفات. التفسير لمثل هذا السلوك يعتمد عادة على الأحكام القيميّة، مثله مثل المنظور الطبي الذي يصف تصرف هؤلاء المرضى بأنه "غير منضبط"، تفسير كان أبعد ما يكون عن إعطائنا بعض أجوبة مقنعة.

تسنت لنا إمكانية التطرق للمرض وآلياته بعيدا عن المنظور الطبي من خلال دراساتنا العليا في علم الاجتماع الصحة حيث أعطيت لنا الفرصة للإطلاع على الأبحاث الأولى في هذا المجال و التي أنجزت



جامعة وهران

كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع

ملخص لمذكرة ماجستير في علم اجتماع الصحة

الممارسات الغذائية عند النساء المصابات بداء السكري

تقديم
سالمي وسيلة

تحت إشراف الأستاذ
مبتول محمد

2010