

Comportements et pratiques alimentaires des diabétiques
Essai d'analyse socio anthropologique

Melle Ouassila Salemi
Etudiante en magistère en sociologie de la santé
Laboratoire du GRAS (Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé)
Université d'Oran, Algérie



2èmes journées de recherches en sciences sociales

INRA SFER CIRAD

11 & 12 décembre 2008 – LILLE, France

RÉSUMÉ.

Cette étude a été menée à Oran (Algérie). Elle tente d'appréhender les enjeux liés au suivi du régime alimentaire. Il s'agit de montrer toute la complexité des pratiques alimentaires auxquelles sont confrontés les diabétiques et de saisir de l'intérieur leurs logiques et les motivations qui président au suivi ou non du régime alimentaire. Il en ressort que l'adoption ou non du régime alimentaire ne dépend pas uniquement de la volonté du diabétique. Il ne s'agit pas simplement d'ordonner l'application de la norme médicale car l'alimentation ne relève pas uniquement du sanitaire ou du nutritionnel. L'acte alimentaire est producteur d'interactions, de négociations et de constructions sociales. En effet Les malades se révèlent acteurs en déployant leurs propres stratégies face aux différentes contraintes de la vie quotidienne. Il apparaît ainsi que l'imposition d'un régime alimentaire remet en question les représentations et les pratiques liées à toute l'histoire de l'individu.

Mots-clés : diabète, alimentation, famille, contraintes sociales.

Introduction

Cette étude prend appui sur les résultats préliminaires d'une recherche en cours sur les pratiques alimentaires des diabétiques. Nous nous attacherons à en montrer la complexité. Nous tenterons ainsi de cerner les logiques sociales déployées devant les multiples contraintes de la vie quotidienne aux quelles ils sont confrontés.

L'approche médicale, centrée sur l'équilibre de la glycémie et sur la prévention des complications du diabète prend peu ou prou en considération la dynamique socio alimentaire. 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. Pour cela nous nous appuyerons sur les recherches réalisées par l'école interactionniste, principalement les travaux d'Anselm Strauss (1992). 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 les malades acteurs, dans leur gestion quotidienne de la maladie font face à des contraintes qui modulent leurs actions. Anselm Strauss montre bien que : « 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 ont 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).

Erving Goffman (1967), pour qui l'interaction sociale est guidée par le souci de ne pas perdre la face, a développé le concept de stigmaté. Il le définit comme étant « cet attribut (qui) constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité. ».

En outre feront partis de notre cadre théorique les travaux de Jean Pierre Corbeau et Jean Pierre Poulain. Ces deux sociologues 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.

Actuellement le diabète¹ est considéré comme étant l'une des causes de décès les plus

¹ Le diabète est une maladie caractérisée par une hyperglycémie (hausse du taux de glycémie dans le sang) chronique résultant d'un défaut de sécrétion d'insuline (hormone produite par le pancréas) ou de son action ou alors de ces deux anomalies associées.

L'hyperglycémie chronique s'associe à terme avec des complications organiques spécifiques qui touchent particulièrement les yeux, les reins, les nerfs, le cœur et les vaisseaux.

Le diabète se présente principalement sous deux formes :

Le diabète de type 1 (ou diabète juvénile) il touche les personnes les plus jeunes et est caractérisée 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

importants dans le monde. Selon l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.), 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'O.M.S. estime que le taux de mortalité du au diabète va augmenter de 50% durant la prochaine décennie si aucune mesure urgente n'est pas prise. Véritable épidémie, il est responsable de plus de décès que le V.I.H., il tue une personne toutes les dix secondes.

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 (el watan, 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% de 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. Le diabète occupe la quatrième place parmi les maladies chroniques non transmissibles les plus fréquentes en Algérie (liberté, 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.

Face à l'impossibilité de guérir la maladie, la prévention, agir sur les facteurs de risque ainsi que le dépistage sont les maîtres mots d'une politique que vise les spécialistes de la question. Ils adoptent ainsi une série d'injonctions que le malade doit suivre impérativement.

« A contrario le traitement à vie et le respect scrupuleux des règles médicales ne sont pas acceptés ou appliqués dans leur intégralité par les diabétiques. Ils sont conduits en partant de leur expérience sociale à déployer leur propre logique dans la prise en charge du diabète (Mebtoul, 2000).

Afin de répondre au mieux à notre problématique, nous avons privilégié l'approche qualitative. 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).

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. L'opportunité nous a été donnée de consulter les dossiers des malades, ensuite, nous sommes entretenus avec huit d'entre eux : cinq femmes et trois hommes, âgés de 25 à 52 ans de différentes conditions socioculturelles. Dans un deuxième temps, notre enquête s'est poursuivie dans le centre de santé de Maraval situé dans la même ville. Grâce à l'aide du médecin y exerçant, 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 43 et 65 ans, mais très diversifiées dans leur caractéristiques

d'insuline. Ces derniers doivent être sans cesse adaptées sous peine de déséquilibres glycémiques, particulièrement les épisodes d'hypoglycémie (baisse du taux de glucose dans le sang).

Le diabète de type 2 (ou diabète obèse) il affecte les personnes relativement âgées. Non insulinodépendant, 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.

sociodémographiques. Les entretiens se sont déroulés pendant le mois de ramadhan.

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. Le matériel sonore est ensuite réécouté à plusieurs reprises et les passages les plus significatifs sont traduits et retranscrits.

L'analyse des données 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 (Demaziere ; Dubar, 1997).

Nous avons structuré notre travail en quatre temps : nous évoquerons tout d'abord les contraintes économiques. Il nous a semblé pertinent de commencer par ce point car le manque de ressources financières a été la première catégorie qui ressortait de l'analyse des données recueillies. En effet nos interviewés liaient les difficultés de suivre le régime préconisé à la précarité de leur situation. Dans un deuxième temps, nous allons montrer comment certaines traditions culinaires et habitudes alimentaires ont un impact sur les pratiques alimentaires des diabétiques. Le troisième point concerne la forte stigmatisation de la maladie. En effet certaines personnes qui en sont atteintes sont conduites à la cacher afin de sauver leur « face » et se prémunir du regard des autres. En dernier lieu, nous appréhenderons comment l'alimentation renvoie à des univers de sens aussi variés que le plaisir, la convivialité et la commensalité.

L'alimentation et les contraintes économiques

Dans les entretiens réalisés, la corrélation 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 à une véritable flambée des prix. Devant cet état de fait, les femmes qui sont des actrices sociales incontournables dans les pratiques culinaires préparées et conçues dans leur « territoire » représenté par la cuisine (Mebtoul, 2007) mettent en branle une imagination créatrice afin de concocter le fameux « ftour »¹ du ramadhan. Houria a 65 ans. Elle est diabétique depuis 12 ans. Son mari est retraité. Elle a 2 filles mariées et 3 garçons. Deux sont partis en France. Son troisième fils vit avec elle, avec sa femme et son enfant :

« 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... »

Leila a 48 ans. Elle est diabétique depuis 10 ans. Son mari est instituteur. Elle a 5 enfants. Elle avoue que la paie de son mari est insuffisante :

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

« Mon mari n'achète que le strict minimum et il me dit de me débrouiller. Je suis obligée de voir à droite et à gauche pour réaliser un « ftour » convenable. En plus de cela, je dois compléter le trousseau de ma fille qui doit se marier prochainement. Pour le régime mon mari m'achète des pommes mais c'est très occasionnel. J'ai un fils qui suit depuis son très jeune âge un régime spécial, pas de fritures ni de gras. Pour lui j'allège dans la préparation des repas parce que sinon il va se sentir mal. Si c'était pour moi je ne l'aurais pas fait. Le plus important c'est la gestion de tous les besoins de la famille. ».

Ces deux illustrations montrent la difficulté de concevoir le régime devant les contraintes liées à la cherté de la vie. Elles révèlent aussi en filigrane un autre aspect et qui concerne cette primauté que la femme -et plus particulièrement la mère – accorde à toute la famille : importance du repas familial, préparation du trousseau de la mariée, le régime du fils, et ce au dépend d'elle-même. Ainsi les pratiques alimentaires et culinaires sont révélatrices de la construction identitaire des acteurs sociaux comme de leurs relations. Manger, davantage qu'une question collective, elle est au centre de l'organisation sociale. Les aliments, qui ont un ancrage socioculturel indéniable, sont porteurs de valeurs, de symboles et du poids de l'histoire des usages sociaux. Nous verrons à présent comment les patients et leur famille construisent leur rapport à l'alimentation.

Les diabétiques, les habitudes alimentaires et le poids des traditions culinaires

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). Cette 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 consistant à manger moins sucré, moins salé et moins gras. Ces recommandations qui n'envisagent le corps que dans ses dimensions biologiques et physiologiques font abstraction du sens qui est donné à l'aliment et aux critères liés à la place qu'il occupe au sein de la famille.

Les pratiques culinaires sont l'une des principales tâches dévolues à la femme, qu'elle soit mère, jeune fille ou bru. Nos entretiens montrent bien que le rôle de la femme comme préparatrice des repas a son influence sur le suivi du régime alimentaire. C'est le cas de Nacéra, 43 ans, 5 enfants, diabétique depuis cinq ans et qui a découvert son diabète lors des analyses faites au cours de sa grossesse. Elle affirme :

« Après mon accouchement par césarienne, le médecin m'a prescrit un régime strict constitué de soupes légères, de légumes cuits à la vapeur et de viande grillée. Je ne prenais pas de pain. C'était ma mère qui faisait la cuisine. Elle est restée chez moi pendant un mois. Je ne rentrais pas dans la cuisine, je gardais mon lit et je mangeais ce qui m'était servi sans rechigner. Au bout d'un mois j'ai perdu 10 kilos. Ma mère est repartie chez elle et j'ai renoué avec la préparation des repas. Le problème de la femme c'est la cuisine, s'il y avait quelqu'un pour nous faire la cuisine ce serait bien. »

Les repas constituent des moments privilégiés dans la vie quotidienne des gens. Ils contribuent à forger des habitudes alimentaires qui ont leur impact sur le suivi du régime alimentaire :

« *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.* » (Nacéra)

Certains aliments sont fortement valorisés sur le plan symbolique à l'exemple du pain. Il semble difficile selon nos interlocuteurs de diminuer sa 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.* » (Khadidja, 56 ans diabétique depuis 20 ans.).

Le pain occupe une place centrale dans l'alimentation quotidienne algérienne.

« *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).

D'autres aliments semblent incontournables sur la table du ftour du mois de ramadhan.

« *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 !* » (Hlima, 65 ans diabétique depuis 18 ans.)

Mohamed, 52 ans, retraité de la fonction publique, était hospitalisé au moment de l'entretien. Il avait émis des critiques concernant le menu servi à l'hôpital. Selon lui les recommandations médicales ne sont pas respectées au sein de la structure hospitalière. Se disant conscient de la non adéquation des mets avec son régime, il ne mange pas tout ce qu'on lui donne. Mais il pense aux autres malades qui sont avec lui et qui ne sont pas suffisamment informés. En revanche, Il avoue ne pas prendre au mot tout ce que disent les médecins. Il cite l'exemple suivant en disant :

« *Une assiette de maakouda² est indispensable à la meida du ftour du mois de Ramadhan. Je ne peux pas concevoir la table sans.* ».

Ces aliments- symboles convoquent l'imaginaire de l'individu et étant « plus que des aliments, ils épiphanisent un sens qui déborde largement le cadre alimentaire et réunissent plusieurs zones du réel » (Poulain, 1996).

Le régime alimentaire, produisant des modifications dans les pratiques culinaires socialisées au sein de l'espace familial, peut être producteur de tensions entre les membres de la famille. C'est le cas de Kheira, 56 ans diabétique et hypertendue, devant suivre un régime sans 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*

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

² 51 s'agit de boulettes de pommes de terre frites.

mange avec ma mère je ne resale pas.»

On peut donc rappeler l'influence de l'environnement social immédiat, représenté principalement par la famille, sur l'alimentation des diabétiques. La dimension symbolique, imaginaire des aliments se révèle aussi comme un aspect fondamental dans la relation qui s'instaure entre le diabétique et ce qu'il mange. Mais le comportement alimentaire est lié aussi au statut du diabète dans la société. Il s'agit de voir ci-dessus sur comment le diabétique se comporte-t-il, dans sa tentative de lutte contre la stigmatisation de sa maladie. Celui-ci va soit opter pour l'isolement, soit adopter un comportement qualifié de « normal » renvoyant ainsi une image conforme aux attentes des autres et de la société.

Le diabétique et le regard de l'autre

Notre investigation a montré à quel point le diabète est vécu comme un bouleversement, un véritable drame. Nos interviewés sont unanimes à le qualifier de choc.

La chronicité du diabète qui inscrit « l'événement social maladie » dans la durée semble les marquer profondément. Hafida, 33 ans, hospitalisée au moment de l'entretien, avait découvert son diabète depuis peu. Elle nous interpella les larmes aux yeux, en nous disant :

« Ma belle mère a eu le cancer et elle s'en est sortie. Pourrait-on trouver un médicament pour guérir du diabète ? ».

Le diabète qui va désorganiser durablement leurs ajustements (Baszanger, 1995) va contraindre les malades à se forger une nouvelle identité. Fatma a 35 ans, elle est diabétique depuis l'âge de 12 ans. Elle a décidé au grand dam de ses parents d'interrompre des études pourtant brillantes.

« Je ne pouvais 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 où je passe la journée à lire et c'est là que je mange aussi. ».

Ce cas illustre clairement « l'atteinte biographique » (Danièle Caricaburu, 2004) causée par le diabète. Il montre aussi, comment le diabétique est conduit à se réfugier dans l'isolement pour ne pas affronter le regard des gens.

D'autres, en revanche, ont préféré le maintien de leurs insertions sociales, se disant obligés de se conformer à certaines situations. Il est intéressant d'observer ici que les diabétiques mettent en avant une perspective qui octroie la primauté aux relations sociales dominantes et prennent ainsi en compte les jugements des autres sans s'embarrasser de la rationalité de la norme médicale. C'est le cas de Saliha, 45 ans, diabétique depuis 5 ans et elle a 5 enfants. Lors du mariage de sa fille, elle a du passer la nuit hors de chez elle. Elle n'a pas emporté ses médicaments avec elle et elle a mangé comme tout le monde. Elle affirmait :

« Je ne voulais pas qu'on s'apitoie sur mon sort et entendre dire la pauvre elle est malade. ».

Amina a 25 ans, mariée avec 3 enfants. Elle est fonctionnaire dans une administration. Quand elle est invitée à un mariage par exemple, elle se contentait d'un gâteau ou deux et elle augmentait la dose d'insuline. Elle disait :

« 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 « messdoura¹ ». Si elle apprenait que je suis diabétique ce serait pire ! ».

Réda, 35 ans, est chômeur. Il est diabétique depuis 5 ans, il disait :

« Lors des repas collectifs, de mariages et autres fêtes, tu es obligé de manger comme les autres sinon les gens te regardent de travers. Ne pas manger est perçu comme un manquement à l'hospitalité. Il conduit aussi au regard accusateur des gens alors je préfère manger et subir les conséquences. »

Ces illustrations montrent bien le travail de mise en scène auquel se livrent les diabétiques pour se prémunir du regard des autres et préserver ainsi leur « face ». La face étant cette valeur sociale positive et sacrée que le diabétique revendique à travers sa ligne d'action 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). L'appréciation du goût est aussi un critère dans le choix des aliments à ingérer. Au plaisir gustatif s'ajoute le sens du partage. C'est à l'analyse de cet aspect de l'alimentation que va être consacrée la démonstration suivante.

Le rapport au goût et au plaisir de manger ensemble

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. A la question des plats qui sont incontournables au mois de Ramadhan, Hlima 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. Elle 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 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.»

Nous venons de voir, comment Hlima lie plaisir et distraction dans la consommation et le partage. L'acte alimentaire se révèle comme fondateur de l'identité collective. Les propos suivants de Amina confortent ceux de Hlima, elle disait :

¹ Ce mot veut dire littéralement atteinte à la poitrine. Il est fort stigmatisant car il fait allusion à la tuberculose.

« 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 enfants et mon mari. C'est aberrant ! » (Amina).

Ainsi nous voyons bien combien l'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... Nous ne mangeons pas seulement pour nous nourrir, mais aussi pour des raisons cérémoniales et sociales... C'est non seulement le corps, mais la personne entière qui se construit en mangeant. » (Rivière, 1994).*

CONCLUSION

Au terme de ce modeste parcours, il nous est apparu que l'alimentation ne se réduit nullement aux dimensions sanitaires et nutritionnelles. Manger est un acte social complexe, « un fait social total » qui a de multiples horizons. En effet il révèle des mécanismes sociaux et symboliques et est producteur d'interactions, de négociations et de constructions sociales. 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 et alli, 1975). « 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. L'interprétation donnée au sens des actions entreprises par les acteurs sociaux ne peut être assurée qu'en approchant la vie des gens et en essayant de voir à travers leurs yeux. Enfin, le sujet n'étant pas clos, loin de là, des recherches plus fouillées et plus documentées sont nécessaires.

REFERENCES

1. **Arborio A, Fournier P** : L'enquête et ses méthodes, l'observation directe, Paris, Nathan,
2. **Baszanger I** : les maladies chroniques et leur ordre négocié. Revue Française de Sociologie, Vol.27, N°1. (Jan- Mar., 1986) :3-27.
3. **Bertaux D** : Les récits de vie, Paris, Nathan, 1997.
4. **Caricaburu D, Ménoret D** : Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies, Armand Colin, 2004.
5. **Coussaert A** : « Les vêtements de la santé ; Le cas du diabète insulino-dépendant », Projection. La santé au futur, 1990, p. 95-104.
6. **De garine I** : La nourriture ne sert pas qu'à s'alimenter. Revue Cérès. FAO, vol.4 N°1 (Jan-Fev 1971) 47-51.
7. **Demaziere D, Dubar C** : Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion, Paris, Nathan, « essais et recherches », 1997.
8. **Fassin D** : Décrire, entretien et observation, Sociétés, développement et santé, Ellipses..., 1990.
9. **Feissel A** : Ce que l'écoute des patients diabétiques nous apprend. Une expérience de table ronde, Revue française d'endocrinologie clinique, 30, 1 (janvier février), 1989 p. 65-71.
10. **Gillet M, Guignon S** : Prophylaxie et représentations familiales de l'espace, actes du colloque international famille et santé : regard des sciences sociales, Oran (3)-4-5 avril, édition Dar el gharb, 2006,
11. **Goffman E** : Les rites d'interaction, le sens commun, Paris, Editions de Minuit, 1967.
12. **Goffman E** : Stigmate. Les usages sociaux du corps, Paris, Editions de Minuit, 1975.
13. **Hadjiat A** : « Diabète : Le jeûne, facteur aggravant » Liberté, quotidien national d'information, 30 novembre 2006 p 8
14. **Herzlich C** : Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, mouton, 1984.
15. **Herzlich C** : Le sens du mal, histoire et sociologie de la maladie, Paris, archives contemporaines, 1984.
16. **Jardin E** : A chaque âge son assiette, Revue des sciences humaines, N°135, Fev 2003. p24.
17. **Kourta D** : « Le diabète ausculté lors d'un congrès maghrébin menace sur toutes les tranches d'âge, El watan, quotidien national d'information, 26 novembre 2006, P.7.
18. **Le breton D** : Sociologie du risque, puf, 1995.
19. **Mebtoul M** : « 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,2003, p 251-268.
20. **Mebtoul M** : « Logiques des acteurs sociaux et systèmes de santé en Algérie », Correspondances, 75, 2004.
21. **Mebtoul M** : quand les habitudes alimentaires mettent en défaut les normes médicales, El joumhouria, 30 septembre 2007 p19.
22. **Merzouk M** : « Education du diabétique et résistance culturelle : le cas des maghrébins soignés en France », annuaire d'Afrique du nord, 1994.
23. **Peretti-Wattel P** : sociologie du risque, Paris, Armand Collin, 2000.
24. **Poulain JP** : « L'alimentaire, un champ sociologique ? » 15ème colloque de l'A.I.S.L.F Evora (Portugal) C.R :17, Sociologie et anthropologie de l'alimentation..., 1996.
25. **Poulain JP, Corbeau JP** : Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité. Ed.privat, 2002. 209pages.

- 26. Rivière C :** « Les rituels du manger », Revue Prévenir, numéro 26, 1994, p
- 27. Rivière C :** Les rites profanes, puf, 1995.
- 28. Strauss Anselm :** La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme. (Textes réunis et présentés par I.Baszanger), Paris, L'Harmattan, 1992.
- 29. Strauss A, Corbin J, Fagerhaugh S, Glaser B G, Maines D, Suczeck B, Wiener C.** Chronic illness and the quality of life, Saint-Louis, CV Mosby Co, 1975.
- 30. Trémolières J :** « Partager le pain », R.Laffont, 1978.
- 31. Winkin Y :** Anthropologie de la communication, De Boeck université, seuil, 1996.