



Université d'Abomey-Calavi

(UAC)

==@@@==



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

(FLASH)

==@@@==

**ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (ESPACES, CULTURE ET
DEVELOPPEMENT)**

(E D P)

==@@@==

Option : Sociologie du développement

DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES

MEMOIRE

Sujet :

**GESTIONSOCIALE DU DIABETE DANS UN CONTEXTE DE
PAUVRETE MONETAIRE EN MILIEU FON D'ABOMEY**

SOUTENU PAR :

Copernic L. Y. E. TOSSOU

JURY

Président : Prof Honorat AGUESSY

Examineur : Dr Roch A. HOUNGNIHIN

Membre : Prof Albert Tingbé-AZALOU

Note : 16/20

Mention : Très -Bien

Année académique : 2012-2013

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| Dédicace | 3 |
| Liste des sigles et acronymes | 5 |
| Liste des tableaux, graphiques et Photos | 6 |
| Résumé | 7 |
| Abstract | 8 |
| Introduction | 9 |
| CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE | 11 |
| CHAPITRE 2 : CADRE PRATIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE. | 32 |
| CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DU PROCESSUS DE GESTION DU DIABETE | 42 |
| CHAPITRE 4 : CONTRAINTES LIEES A LA GESTION SOCIALE DU DIABETE | 54 |
| Conclusion | 73 |
| Références bibliographiques | 75 |
| Annexes | 79 |
| Table des matières | 88 |

Dédicace

A

 **Ma maman, Bertille S. HOUNGNIHIN**

 **Mon père, Feu Théophile F. TOSSOU**

Remerciements

Sincères remerciements et gratitude :

- ☀️ A notre Directeur de recherche, le professeur **Honorat AGUESSY** ;
- ☀️ A notre Co-Directeur de recherche, le professeur **Albert TINGBE-AZALOU** ;
- ☀️ Au Dr Roch A. HOUNGNIHIN, Maître assistant au Département de Sociologie et Anthropologie de l'Université d'Abomey Calavi ;
- ☀️ A tous les Enseignants de la filière Sociologie du Développement de l'EDP ;
- ☀️ Au Docteur Maurice AGLÉ, médecin et responsable de l'unité de diabétologie du CHD-Zou ;
- ☀️ Au personnel de l'unité de diabétologie du CHD-Zou ;
- ☀️ A M. Damase TOKPANOUE, Surveillant Général du CHD-Zou ;
- ☀️ Aux malades diabétiques de la commune d'Abomey, leurs parents et amis ;
- ☀️ A M. Nourou ADJIBADE et Mistoura SALOU, respectivement Directeur Exécutif et Chargé de Programme au Centre de Réflexions et d'Actions pour le Développement Intégré et la Solidarité (CeRADIS-ONG) ;
- ☀️ A M. Denis SALANON, Secrétaire Général de l'association des praticiens de la médecine traditionnelle des communes d'Abomey et de Bohicon ;
- ☀️ Aux praticiens de la médecine traditionnelle de la commune d'Abomey ;
- ☀️ A Mon épouse Nadège AMOUSSOU ;
- ☀️ A tous ceux et à toutes celles qui, de prêt ou de loin, ont contribué à la réalisation de cette recherche.

Liste des sigles et acronymes

| | | |
|-----------------|---|--|
| CHD-Zou | : | Centre Hospitalier Départemental du Zou |
| FID | : | Fédération Internationale du Diabète |
| FIDESPRA | : | Forum International pour le Développement, l'Echange du Savoir et du Savoir-faire au Service d'une Promotion Rurale Autoentretenue |
| MS | : | Ministère de la Santé |
| OMS | : | Organisation Mondiale de la Santé |
| PNLMNT | : | Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles |
| PNUD | : | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PVD | : | Pays en Voie de Développement |
| SIDA | : | Syndrome de l'Immunodéficience Acquise |
| VIH | : | Virus de l'Immunodéficience Acquise |

Liste des tableaux, graphiques

Tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau I: Analyse documentaire | 39 |
| Tableau II: Chronogramme de la recherche. | 41 |

Graphiques

| | |
|--|--|
| Graphique 1 : Typologie des étiologies | Erreur ! Signet non défini. |
| Graphique 2: Facteurs de recours thérapeutiques | 55 |
| Graphique 3: Répartition des malades selon le sexe | 54 |
| Graphique 4: Répartition des malades en fonction de l'âge | 55 |
| Graphique 5: Répartition des malades par activités génératrices de revenus | 55 |
| Graphique 6: Répartition des malades en fonction de leur niveau d'instruction | 56 |
| Graphique 7: Répartition des malades en fonction de la durée de la maladie | Erreur ! Signet non défini. |
| Graphique 8: Niveau de vie affecté par le diabète | Erreur ! Signet non défini. |
| Graphique 9: Coût des dépenses de la gestion par l'automédication | 64 |
| Graphique 10: Coût des dépenses de la gestion par la médecine traditionnelle | Erreur ! Signet non défini. |
| Graphique 11: Coût des soins ambulatoires à la médecine moderne | 64 |
| Graphique 12: Coût des soins en hospitalisation par la médecine moderne | 67 |
| Graphique 13: Coût des médicaments par la gestion à la médecine moderne | 66 |
| Graphique 14: Modalité de financement de la santé | 67 |

Résumé

La présente recherche porte sur la « gestion sociale du diabète dans un contexte de pauvreté monétaire en milieu fon d'Abomey ». Au Bénin, le taux de prévalence du diabète est en croissante progression, il est de 2.8 % en 2010. A travers cette recherche, nous ne voulons pas évaluer les actions entreprises pour lutter contre le diabète, mais comprendre le processus actuel de gestion de la maladie et ses effets sur les conditions socioéconomiques des malades. Notre modèle d'analyse combine la théorie interactionniste de STRAUSS (1992) et l'approche analytique de BASZANGER (1986), basée sur la théorie de l'ordre négocié. Les données nécessaires à l'analyse ont été recueillies grâce à une enquête par questionnaire et par des entretiens individuels. Ces techniques de collecte de données ont été complétées par une analyse documentaire.

Au terme des analyses, la gestion sociale du diabète est un processus socialement construit à travers plusieurs facteurs explicatifs tels que la typologie des étiologies, la typologie des symptômes perçus, la perception de la gravité de la maladie. Ces derniers justifient l'existence d'un système de recours thérapeutique mobilisable par les malades et leurs entourages sociaux tels que l'automédication (86,73% des malades), la médecine endogène (89,38% des malades), la médecine moderne (100% des malades).

Par ailleurs, la gestion de la maladie impose des contraintes sociales, culturelles et économiques qui affectent le vécu quotidien du malade. Ainsi, face aux contraintes de la maladie, les malades et leurs entourages développent des comportements pour s'y adapter.

Mots Clés : Diabète, pauvreté, processus de gestion, adaptation.

ABSTRACT

This research focuses on 'social management of diabetes' in the context of monetary poverty in the workplace Fon of Abomey. In Benin, the rate of prevalence of diabetes is increasing progress, it is 2.8 in 2010.

Through this research we do not want to evaluate actions taken to fight diabetes, but understand the current process of management of the disease and its effects on the socio-economic conditions of patients. Our analysis model combines the interactionist theory of STRAUSS (1992) and approach summary of BASZANGER (1986), based on the negotiated order theory. The data necessary for the analysis were collected thanks to an investigation by questionnaire and individual interviews. These techniques of data collection have been completed by a literature review.

At the end of the analysis, the social management of diabetes is a process socially constructed through several underlying factors such as the typology of the etiologies, the typology of the perceived symptoms, and the perception of the severity of the disease. They justify the existence of a system of therapeutic appeal raised by patients and their social surroundings such as self-medication (86, 73 of the sick), endogenous medicine (89, 38 the sick), modern medicine (100 patients).

Furthermore, the management of the disease requires social, cultural and economic constraints affecting the daily experiences of the patient. Thus, facing the constraints of disease, patients and their surroundings develop behaviors to adapt.

Keyword (s) : diabète, poverty, management processes, adaptation.

INTRODUCTION

« *Le cancer, le diabète et les maladies cardio-vasculaires ne sont plus l'apanage des pays riches. Aujourd'hui, ils font peser sur les populations et les économies des pays les plus pauvres un fardeau encore plus lourd que les maladies infectieuses. Il s'agit d'une urgence de santé publique qui progresse lentement mais sûrement* » (BAN KI-MOON, 2009). L'Assemblée générale des Nations Unies en 2010 décrit le diabète comme suit : «*Le diabète est une maladie chronique, invalidante et coûteuse, qui s'accompagne de graves complications, fait courir de grands risques aux familles, aux États membres et au monde entier*». Ces différentes déclarations illustrent l'ampleur des maladies chroniques en général et du diabète en particulier dans le monde et en Afrique.

En effet, le diabète était autrefois considéré comme une maladie rare en Afrique subsaharienne. Mais en 2010, on estime qu'il touche plus de 12 millions d'individus dans cette région et que 330 000 d'entre eux mourront des maladies qui lui sont associées. Dans les 20 prochaines années, l'Afrique subsaharienne devrait enregistrer la plus forte augmentation mondiale du nombre de cas de diabète, les chiffres estimés pour 2010 devraient quasiment doubler en 20 ans, pour atteindre 23,9 millions d'ici 2030. (FID, 2010).

De plus, les menaces que représente ce problème de santé pour les individus, les sociétés et les systèmes de santé des pays en développement et notamment de l'Afrique subsaharienne sont majeures. En effet, le diabète peut avoir un impact économique énorme, que ce soit en raison de la part importante des revenus dépensée dans les soins, de la perte de l'emploi et de la productivité réduite engendrant des baisses de revenus. Dans les pays en voie de développement, où l'accès à des soins de santé est limité et où les gens doivent généralement assumer le coût de leurs propres soins, ce sont les pauvres qui sont

les plus touchés par les conséquences sociales et économiques du diabète (SHOBHANA et al, 2000).

De même, les budgets sanitaires des pays en voie de développement qui peinent déjà sous le fardeau des maladies épidémiologiques infectieuses comme le paludisme, la tuberculose, peuvent difficilement faire face au coût du traitement de la maladie en termes de soins de santé. L'OMS estime qu'environ 7 à 15% du budget de la santé seraient consacrés au diabète et à ses complications. Le diabète menace donc d'annuler les progrès réalisés par les pays à faibles revenus en termes de développement. Aussi, le diabète et sa gestion sont étroitement liés à la pauvreté, à une mauvaise alimentation, aux maladies infectieuses et à de nombreux aspects directement liés au développement social et humain. Tout cela affecte l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (STUCKLER et al, 2010). C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente recherche sur la : « Gestion sociale du diabète dans un contexte de pauvreté monétaire en milieu fon d'Abomey ».

Le présent travail est subdivisé en plusieurs chapitres. D'abord le premier chapitre présente le cadre théorique de l'étude à travers la problématique, la clarification des concepts clés et l'état de la question. Vient, le deuxième chapitre qui présente le cadre pratique et expose l'approche méthodologique de l'étude. Ensuite le troisième chapitre décrit le processus de gestion sociale du diabète. Enfin le quatrième chapitre analyse les contraintes socioéconomiques liées à la gestion sociale du diabète, les comportements et attitudes d'adaptation auxdites contraintes.

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

L'analyse du cadre théorique repose sur l'examen de la problématique de la gestion sociale du diabète, sur la clarification des concepts clés et sur l'état de la question.

1. PROBLEMATIQUE

1. 1. Problème

Au Bénin, la prévalence du diabète est estimée en 2010 par le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles du Ministère de la Santé à 2.8%(PNLMNT, 2008) contre 1,1 % en 2001. Au vues de ces données, le Bénin n'est guère épargné par cette prévalence de plus en plus croissante. Or, la prise en charge onéreuse de cette maladie grève les dépenses de santé individuelle et collective, dégradant davantage les conditions économiques de vie déjà précaires de la population béninoise (PLMNT, 2008).

En effet, l'indice de pauvreté monétaire est de 36,20% ¹au Bénin. Ainsi, le droit élémentaire à un niveau de vie suffisant pour assurer son bien-être et ceux de sa famille notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, le loisir deviendrait un luxe pour ceux qui vivent en dessous du minimum vital. De ce fait, les conditions de vie difficile et l'accès limité aux soins de santé de qualité constituent des barrières à l'accès aux soins de santé en général et aux soins de santé du diabète en particulier.

A Abomey, l'indice de pauvreté monétaire est de 29,47% en 2011. Dans la commune comme ailleurs au Bénin, les malades se rendent le plus souvent en consultation dans les formations sanitaires au moment où apparaissent les complications relatives à la maladie. Ces complications (à savoir "pieds

¹Source : INSAE, EMICoV 2010 et 2011

diabétiques², atteinte rénale etc.), sont les conséquences d'une longue évolution de la maladie. Le diagnostic est souvent tardif et le traitement difficile.

Hormis cet état des choses, le diabète fait partie des quatre principaux types de maladies chroniques ou maladies non transmissibles reconnues par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2011). Du fait de sa chronicité, cette maladie maintient les malades en contact régulier et sur le long terme avec les soins de santé. La plupart de ces malades diabétiques ne bénéficient d'aucune prise en charge pour les dépenses en santé ou ne souscrivent à aucune assurance maladie. Le coût des médicaments plonge les personnes diabétiques dans une spirale de dette et de pauvreté (MOHGA, 2003). L'accès au traitement devient un énorme problème.

De plus, le diabète touche le plus souvent les personnes en âge de travailler ; face à une complication du diabète, le choix entre les dépenses pour les soins de santé et celles pour la nourriture ou les vêtements peut entraîner la famille entière dans une pauvreté financière et une santé qui se détériore. Aussi, le respect scrupuleux des règles médicales de soins (régime alimentaire, activité sportive) ne sont pas toujours acceptées ou appliquées dans leur intégralité par les diabétiques et leur environnement social (MEBTOUL, 2000). Car elle génère pour le malade et sa famille un surplus de dépenses et des contraintes sociales telles que les difficultés culturelles à s'adapter aux régimes alimentaires de la famille, rupture de sociabilité dû à l'incapacité de manger comme les autres.

Par ailleurs, la gestion du diabète est un processus qui implique plusieurs niveaux de vie individuelle et collective. En effet, l'univers médical ne présente qu'une facette de la gestion du diabète ; d'autres registres sociaux comme l'environnement familial, professionnel et social du malade se voient impliqués.

²Le pied diabétique est une conséquence clinique de l'hyperglycémie. Il se traduit par une insensibilité des pieds à la douleur, une ulcération et une infection générale pouvant conduire à l'amputation. A cet effet, le diabète constitue une principale cause des amputations des membres inférieures.

Ainsi, du fait du diabète, le malade est obligé de renégocier son « statut », ses activités et sa position sociale ; une situation que BURY (1982) qualifie de "rupture biographique", qui accroît sa vulnérabilité sociale. En effet, le diabète par ces complications, altère la qualité de vie du malade. Celui-ci se voit dans l'incapacité d'exécuter convenablement ses activités quotidiennes, ses activités professionnelles et génératrices de revenus. Une situation qui nécessite le soutien de la famille dont les femmes et les filles qui ont plus de risques de devoir assumer la charge des soins d'un membre de la famille atteint d'une complication du diabète (amputation, cécité, insuffisance urinaire, etc.). A cela s'ajoute la stigmatisation dont sont parfois victimes les malades de la part de leur entourage social. De même, la "rupture biographique" occasionne des pertes de revenus pour certains malades et la perte de productivité pour la société.

De plus, il existe un ensemble de représentation sociale et de perceptions sociales sur le diabète, ses causes, ses symptômes. Ces dernières constituent un savoir populaire et profane sur le diabète véhiculé par l'oralité qui se heurte au savoir « médical » « savant » diffusé dans les formations sanitaires. Aussi, la gestion du diabète apparaît comme un champ de pouvoir où interviennent plusieurs types d'acteurs dont les praticiens de la médecine traditionnelle. Ces derniers proposent aux malades un éventail thérapeutique et affirment souvent détenir un pouvoir de guérison totale sur la maladie.

Aujourd'hui, le diabète est devenu une préoccupation au niveau régional et international. A travers cette recherche sur la : « Gestion sociale du diabète dans un contexte de pauvreté monétaire dans la commune d'Abomey », nous ne voulons pas évaluer les actions mais comprendre le processus actuel de gestion du diabète et ses effets sur les conditions socioéconomiques des malades. Comment la gestion sociale du diabète participe-t-elle à la pauvreté monétaire

des malades et de leur entourage dans la commune d'Abomey ? La réponse à cette question permettra de mieux appréhender les relations entre diabète et pauvreté en examinant les changements socioéconomiques et culturels intervenus dans le vécu quotidien des malades.

Pour y parvenir, des hypothèses de travail et des objectifs sont élaborés en vue d'orienter la recherche.

1.2. Hypothèses de travail

- La gestion sociale du diabète est un processus qui est socialement construit en tenant compte des perceptions et des recours thérapeutiques mobilisables ;
- La gestion sociale du diabète expose les malades et son entourage à des contraintes socioéconomiques auxquelles ils doivent faire face.

1.4. Objectifs de la recherche

Les objectifs poursuivis par cette recherche sont de deux ordres.

1.4.1. Objectif général

Appréhender les effets socio-économiques de la gestion du diabète dans le vécu quotidien des malades.

1.4.2. Objectifs spécifiques

- Décrire le processus de gestion sociale du diabète ;
- Saisir les contraintes socioéconomiques liées à la gestion sociale du diabète.

2. CLARIFICATION CONCEPTUELLE

Le PNUD (2000) affirmait que la **pauvreté** n'est pas un phénomène unidimensionnel. Il s'agit d'un problème multidimensionnel, et la BM(2000) d'ajouter que la pauvreté a des dimensions multiples, de nombreuses facettes et

qu'elle est la résultante de processus économiques, politiques et sociaux qui interagissant entre eux dans des sens qui exacerbent l'état d'indigence dans lequel vivent les personnes pauvres.

A cet effet, le PNUD distingue trois dimensions de la pauvreté à savoir : l'extrême pauvreté, la pauvreté générale et la pauvreté humaine. Selon cette institution, une personne vit dans la pauvreté extrême si elle ne dispose pas des revenus nécessaires pour satisfaire ses besoins alimentaires essentiels habituellement définis sur la base de besoins caloriques minimaux etc. Une personne vit dans la pauvreté générale, si elle ne dispose pas des revenus suffisants pour satisfaire ses besoins essentiels non alimentaires tels que l'habillement, l'énergie, le logement. La pauvreté humaine quant à elle, est présentée comme l'« absence des capacités humaines de base : analphabétisme, malnutrition, longévité réduite, mauvaise santé maternelle, maladie pouvant être évitée (PNUD, 2000). Le PNUD se focalise sur IDH (Indicateur de Développement Humain) et l'IPH (Indicateur de Pauvreté Humaine) pour mesurer la pauvreté³

La Banque mondiale (2000), quant à elle distingue deux dimensions de la pauvreté dont la pauvreté absolue et la pauvreté relative. La pauvreté absolue correspond à un niveau de revenu nécessaire pour assurer la survie des personnes. La pauvreté relative reflète une conception plus axée sur la répartition des revenus ; elle signifie avoir moins que les autres. Elle mesure la pauvreté par une évaluation monétaire en tenant compte du critère de revenu (ou de consommation). Le seuil retenu pour évaluer la pauvreté est de \$ 1 (1dollar) par jour comme seuil inférieur et de \$ 2 (2 dollar) par jour comme seuil supérieur. Le premier seuil de \$ 1 (1 dollar) est utilisé aux pays les moins

³La différence entre ces deux indicateurs se situe par rapport aux dimensions de la pauvreté qu'ils intègrent dans leurs calculs. Contrairement à l'IDH dans lequel les conditions de vie sont mesurées par le PIB réel par habitant, l'IPH n'intègre pas la dimension « monétaire » de la pauvreté.

avancés, dont l'Afrique subsaharienne.

Les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme (2000) appréhendent la pauvreté selon trois angles. Ainsi, du point de vue du revenu, une personne est pauvre si son niveau de revenu est inférieur à un seuil de pauvreté défini. Ce dernier est défini comme le niveau de revenu en dessous duquel, il n'est pas possible de se procurer une quantité de nourriture donnée (NLTPS-BENIN, 2000). Du point de vue des besoins essentiels, la pauvreté est le fait d'être privé (privation) des moyens matériels permettant de satisfaire un minimum acceptable de besoins. Cette notion de privation ou de dénuement englobe un cadre plus élargi qui regroupe le simple fait d'insuffisance de revenu individuel. Elle regroupe également les notions de besoins de prestations élémentaires de santé et d'une bonne éducation de base, de même que celles des services essentiels qui doivent être fournis par la communauté afin d'empêcher les individus de sombrer dans la pauvreté (NLTPS-BENIN, 2000). Du point de vue des capacités, la pauvreté concerne l'absence de certaines capacités fonctionnelles élémentaires.

Cette forme de pauvreté s'applique donc aux personnes n'ayant pas la possibilité d'atteindre des niveaux minima acceptables concernant les capacités fonctionnelles, et ce, dans plusieurs domaines allant du matériel (disposer d'une alimentation, être vêtu et logé) à des critères sociaux plus complexes tels que la participation à la vie de la collectivité. L'approche par capacité concilie les notions de pauvreté relative et absolue puisqu'un dénuement relatif en termes de revenus et de produits de base peut conduire à une privation absolue sur le plan des capacités fonctionnelles élémentaires (NLTPS-BENIN, 2000).

Le document de stratégie et de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRP) donne une autre approche de la pauvreté. Elle est appréhendée suivant cinq dimensions à savoir : la pauvreté subjective, la pauvreté-patrimoine, la

pauvreté d'existence, la pauvreté non monétaire et la pauvreté monétaire (SCRP 2007, 2009). A cet effet, la pauvreté subjective est relative à la perception personnelle du sujet sur sa condition de vie, sur son bien-être. Ainsi 53,60% de la population béninoise estime vivre difficilement ; soit 53,40% dans le monde rural et 54% dans le monde urbain (SCRP, 2007-2009). La pauvreté est dite de patrimoine quand elle est relative aux actifs des acteurs sociaux. Elle est plus caractéristique des signes extérieurs de richesse et d'aisance (avoir un logement décent, un moyen de déplacement confortable). La privation en termes d'actif caractérise la pauvreté-patrimoine et concerne 47,90% de la population Béninoise. Ce taux atteint 57,60% dans le monde rural et 32,70% dans le monde urbain (SCRP, 2007-2009). La pauvreté d'existence concerne les conditions de vie des populations en terme d'accès ou de satisfaction des besoins essentiels de base tels que : l'accès facile à l'éducation, aux services de santé, à l'alimentation, aux loisirs, de même que l'absence de certaines capacités fonctionnelles. Ainsi, 52,20% de la population sont touchés par cette forme de pauvreté. Ce taux atteint 69,70% dans le monde rural contre 24,60% dans le monde urbain (SCRP 2007-2009)⁴.

Pour finir, la pauvreté monétaire est fonction du revenu quotidien par habitant en termes d'argent. Elle est donc une fonction du taux de chômage et se définit généralement par rapport à des critères objectifs tels que le seuil de pauvreté. Ce type de pauvreté concerne environ 37,40% de la population, soit 38,82% pour le monde rural contre 35,04% pour le monde urbain (SCRP 2007-2009). Dans le cadre de cette étude, la pauvreté est envisagée sous l'angle monétaire à travers les capacités des acteurs sociaux à mobiliser les ressources

⁴La pauvreté-patrimoine et la pauvreté d'existence sont caractéristiques de la pauvreté non monétaire.

financières et matérielles pour satisfaire leurs besoins fondamentaux notamment ceux liés aux soins de santé individuel et collectif.

Cette clarification du concept de pauvreté permet d'aborder un autre concept. Il s'agit de la **gestion sociale de la maladie**. La gestion est un concept transversal à plusieurs disciplines. Il est souvent employé par les sciences économiques et sociales. La gestion vient du latin "gestico" ce qui veut dire gérer. C'est l'action d'administrer ou d'organiser quelque chose. Pris dans ce sens, la gestion sociale est un acte relationnel qui s'établit entre des personnes, dans des espaces et en temps relativement délimités, tout en objectivant des réalisations et exprimant les intérêts d'individus, de groupes et de collectivités (FISCHER, 2005).

Au sens médical, (COURTEJOIE et al, 1990) nous permet de comprendre ce concept à travers l'enchaînement ordonné de faits, d'évènements aboutissant à la résolution d'un problème de santé. Dans le cas des maladies chroniques, la gestion sociale de la maladie révèle une autre dimension. En effet, l'aboutissement que constitue la guérison pour une prise en charge se substitue à la gestion de la chronicité quotidienne. Elle entraîne le malade et son entourage au-delà du monde médical, dans toutes les sphères de la vie sociale, pour une période de temps indéterminée, mettant en interaction des acteurs de plus en plus nombreux (BASZANGER, 1986). La gestion sociale de la maladie est donc un processus sur le long terme qui tient compte à la fois des faits, d'évènements, d'attitudes, de pratiques dans et en dehors de l'univers médical.

Tout le long de ce document, une notion récurrente apparaît et nécessite une clarification, il s'agit de la maladie chronique. Pour y parvenir, cette étude s'approprie la clarification que fournit l'OMS (2003) car elle permet de mettre en exergue dans les analyses la corrélation entre cette dernière et la pauvreté monétaire. Ainsi, le terme «maladie chronique» englobe les «maladies non transmissibles» (par ex. cardiopathies, diabète, cancers et asthme) classiques,

mais va plus loin et comprend également plusieurs maladies transmissibles. De plus, l'incapacité physique ou les « problèmes de structure », notamment la cécité ou l'amputation, sont souvent le résultat d'une mauvaise prévention et d'une mauvaise prise en charge des maladies chroniques. Quelle qu'en soit la cause, ce sont des maladies chroniques en elles-mêmes qui exigent des modifications du mode de vie et une prise en charge sanitaire prolongée. Les maladies chroniques comprennent donc : les maladies non transmissibles, les maladies transmissibles persistantes, les troubles mentaux de longue durée, les handicaps physiques/de structure permanents.

3. ETAT DE LA QUESTION

La question de la gestion des maladies chroniques dont le diabète a été différemment abordée par les auteurs en raison de la diversité de leurs disciplines. Des recherches documentaires, ils se dégagent plusieurs approches de la question.

La médecine définit le diabète sucré comme une affection chronique, caractérisée par une insuffisance absolue ou relative de la sécrétion en insuline, dont l'une des conséquences est l'hyperglycémie qui peut s'accompagner ou non de glycosurie (présence de glucose dans les urines excédant les simples traces normalement présentes dans les urines de l'homme sain). Une personne est diabétique quand son taux de glucose dans le sang ou glycémie à jeun est supérieur à 1,2g/l ou 7 mmol/l (FLAURE, 2002).

En effet, l'insuline est une hormone hypoglycémisante qui agit lorsqu'il y a une augmentation de l'utilisation tissulaire du glucose. La teneur du sang en glucose ou la glycémie est normalement comprise entre 0,8 et 1g/l. Quand la glycémie augmente, le pancréas agit en sécrétant l'insuline qui aura alors pour rôle de ramener le taux à la normale. Une insuffisance en insuline provoque donc une accumulation de sucre dans le sang, laquelle se traduit par un

diabète. L'OMS distingue deux formes de diabète. Le diabète insulino-dépendant ou diabète sucré de type I qui survient lorsque le pancréas ne produit pas l'insuline indispensable à la survie. Dans ce cas, il faut administrer l'insuline par injection. Le type I est plus fréquent chez l'enfant et l'adolescent et concerne 10 à 15% des diabétiques. Le diabète non insulino-dépendant ou diabète de type II survient lorsque l'organisme est incapable de fournir assez d'insuline pour répondre aux besoins ou d'utiliser comme il convient l'insuline produite. Cette affection peut être maîtrisée par un régime alimentaire spécial, des médicaments par voie orale et des exercices physiques systématiques. Le diabète de type II touche avant tout l'adulte, et il s'agit de la forme la plus fréquente de diabète, présente chez 85 à 90 % de tous les diabétiques (FLAURE, 2002).

Par ailleurs, le diagnostic du diabète repose sur la mesure du taux de glucose dans le sang. Il est complété par des examens de laboratoire approfondis dont l'analyse de l'hémoglobine glyquée ou HbA1c qui permet au médecin de prendre connaissance de la valeur moyenne du taux de sucre sanguin au cours des 3 derniers mois. De plus, la gestion médicale met un accent sur trois principaux facteurs à savoir : apporter des modifications au mode de vie (l'alimentation et l'activité physique) ; employer des médicaments ; surveiller le taux de glucose dans le sang. (FLAURE, 2002).

S'agissant des analyses de la gestion du diabète en santé publique, les auteurs se sont focalisés sur le système de santé dans son organisation et sa capacité à répondre aux attentes des malades. Le rapport mondial de l'OMS sur les soins novateurs pour les affections chroniques parut en 2003 affirme que dans les pays en développement, les maladies chroniques progressent partout dans le monde et aucun pays n'est à l'abri de leurs effets. Elles remettent sérieusement en question le bon fonctionnement et l'efficacité des systèmes de

soins de santé actuels et mettent à l'épreuve notre aptitude à organiser des systèmes capables de répondre aux demandes imminentes. Elles ont des conséquences de plus en plus graves sur les plans économiques et sociaux dans l'ensemble des régions et mettent en péril les ressources allouées aux soins de santé dans chaque pays. Aussi, les personnes présentant des affections chroniques consultent surtout au niveau des soins de santé primaires et c'est là surtout qu'elles doivent être prises en charge. Les soins de santé primaires sont pourtant axés pour la plupart sur les affections aiguës et les besoins urgents des malades (OMS, 2003).

A cet effet, les systèmes de santé en Afrique sub-saharienne se focalisent majoritairement sur le traitement des maladies aiguës et souffrent d'un grave manque de structures de santé de proximité. Les patients doivent parcourir souvent de très longues distances, pour un coût de transport très élevé, afin de se faire dépister et se faire soigner. L'absence de système de prise en charge des coûts de santé dans les pays africains et le coût élevé des médicaments (antidiabétiques oraux et insuline) rendent l'accès très difficile pour les patients. A cela s'ajoute l'insuffisance du personnel formé et qualifié pour la prise en charge médicale (FID, 2009).

Ces analyses mettent l'accent sur la faiblesse des systèmes de santé des pays en voie de développement peu adaptés à la prise en charge des maladies chroniques. Les indicateurs de cette faiblesse se lisent à travers les difficultés d'accessibilité géographique et financière aux soins du diabète, le manque de matériel de consultation, de médicaments et d'analyse, le manque de professionnels de santé formés pour la prise en charge du diabète⁵

La FID (2009) recommande aux partenaires techniques et financiers et aux organisations internationales de reconnaître le diabète comme un problème

⁵www.santédiabète.org. 9juin 2011.

de santé publique et d'y allouer les ressources financières qu'il faut. Les gouvernements doivent adopter des politiques pour la prévention et les soins du diabète et des mesures pour amoindrir le fardeau financier de la maladie. Le secteur privé doit prendre en compte la problématique du coût de l'insuline et des seringues, du matériel de dépistage et de suivi pour les personnes les plus pauvres. Ces analyses illustrent la tendance des auteurs qui se focalisent sur les aspects médicaux, biologiques et politique de la gestion du diabète.

Du point de vue théorique, TREMBLAY (1981) prend le contre-pied des approches biologiques et médicales. Il admet que la médecine occidentale a connu un développement fulgurant dans la prise en charge de certaines affections jadis incurables. Cependant, elle reste inefficace face aux pathologies qui ont des liaisons étroites au milieu, au mode de vie et aux facteurs socioculturels. L'auteur dégage de ses analyses deux modèles de la pensée médicale : la pensée médicale classique ou le modèle biomédical et la pensée médicale contemporaine ou le modèle systémique.

Le premier modèle considère la maladie comme un processus causal intrinsèque au sujet et presque exclusivement d'ordre biologique ou organique. Le traitement consiste à éliminer l'agent causal par des types d'intervention qui correspondent à la nature des lésions. L'intervention chirurgicale enlève l'organe malade. On supplée à la déficience biochimique ou on corrige l'erreur métabolique par des médicaments. Pour le second modèle, la maladie peut être un phénomène global, un déséquilibre disséminé, une modalité existentielle. Le traitement consiste à modifier les conditions de vie du malade et à changer les normes en santé de la société dans laquelle il vit. De son analyse, on retient qu'il faut aborder les questions de santé de façon holistique. Le « *traitement ne saurait être que global et devrait porter sur toutes les dimensions du phénomène* » (TREMBLAY, 1981). Même si l'analyse de TREMBLAY n'est

pas spécifique à la gestion du diabète, elle offre une fenêtre pour l'analyse d'une autre tendance.

À l'opposé de la pensée médicale classique qui situe l'individu et la maladie comme éléments principaux des recherches, les perspectives en sciences sociales dont la sociologie et l'anthropologie classiques font de la culture et de la société les éléments centraux de leurs études. Elles considèrent la culture et la société comme des systèmes imprimant leurs valeurs et leurs normes et prescrivant des conduites relatives aux rôles joués par les individus. L'approche socio-anthropologique tente d'expliquer les déterminants d'une expansion du diabète dans les pays en voie de développement.

A cet effet, FATIMA (2007) considère le diabète comme une maladie de bouleversements sociaux. Pour elle, l'urbanisation fille de la colonisation et des années d'indépendance a bouleversé les valeurs endogènes des pays africains. L'occidentalisation des repas (utilisation massive des produits manufacturés) a pris progressivement le pas sur les repas africains. A la différence des sociétés rurales où le travail nécessite une dépense d'énergie physique et une grande mobilité ; dans les centres urbains, l'activité cérébrale prédomine. L'évolution des transports diminue l'activité physique, les loisirs se résument à la télévision, à l'internet. La culture urbaine avec le changement des habitudes alimentaires, l'inactivité grandissante, le stress a été un terreau fertile à la croissance du diabète dans les sociétés africaines. L'analyse de l'auteur permet de comprendre la thèse développée par certains auteurs de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. *« Si les soins médicaux peuvent prolonger la vie et améliorer le pronostic en cas de maladie grave, un facteur s'avère très important pour la santé de la population dans son ensemble : le contexte social et économique qui est la cause profonde des maladies et de la nécessité des soins de santé »* (MARMOT & WILKINSON, 2004).

Par ailleurs, le rapport mondial de l'OMS sur les soins novateurs pour les affections chroniques parut en 2003 met en relation les maladies chroniques et la pauvreté. Comment les maladies chroniques conduisent à la pauvreté ? A cette question, quelques facteurs ont été identifiés. Il s'agit de la perte d'un revenu, les coûts de traitement et la marginalisation qu'entraînent ces problèmes de santé chroniques qui ont un effet négatif sur la situation économique des personnes qui en souffrent.

Dans ce même sens, (TRIOMPHE A, FLAURY et al, 1992) ont publié les résultats de leur étude portant sur l'impact socioéconomique des complications du diabète ayant connu la participation de 260 malades sous la supervision d'économiste, de médecin diabétologue de la commune de Paris. Cette étude révèle l'isolement des malades diabétiques. En effet, les malades vivent un isolement social qui se mesure par les variables telles que : fréquence de visite chez les amis ou de se faire inviter, fréquence des sorties au cinéma, fréquence de la distraction par la télévision. Ainsi, 36% traités à l'insuline vont jamais au cinéma, 66% non traités à l'insuline sont réfractaires au cinéma, 73% des malades ont pour loisir la télévision et plus de 51% se rendent rarement ou jamais aux invitations des amis. Ces auteurs constatent donc la pauvreté des relations sociales des malades. De plus, ces auteurs utilisent le concept de « budget-temps », c'est -à dire la répartition du temps accordé aux activités quotidiennes par un individu pour montrer que le rythme des activités des diabétiques est contraint par les soins, le régime alimentaire et le repos.

Cette recherche loin d'être de nature socio-anthropologique met la lumière sur certains variables qui permettent de saisir les effets socio-économiques de la maladie sur le vécu des malades.

Sur le plan analytique et théorique, plusieurs anthropologues et psychologues de la santé ont élaboré des modèles d'analyses de la gestion sociale des maladies chroniques. Il faut reconnaître que très peu d'entre eux se

sont intéressés spécifiquement au diabète. Cependant, leurs réflexions constituent des pistes à explorer dans le cadre de cette recherche.

Ainsi, HERZLICH (1994) aborde la question de la gestion sociale du diabète en se focalisant sur l'expérience de la maladie chronique. « [...] *les diabétiques peuvent être victimes d'un coma imprévu. Cette situation a des implications très concrètes pour leur vie dans la mesure où les projets à long terme deviennent impossibles, les personnes gravement atteintes prennent parfois le parti de vivre au jour le jour en valorisant l'instant présent* » (HERZLICH, 1994).

Sous un autre angle, BURY(1982) propose une grille d'analyse de l'expérience de la maladie chronique à travers une approche biographique de la trajectoire de la maladie. Cette approche part de l'expérience personnelle du malade et privilégie l'utilisation de l'enquête qualitative basée sur les récits de vie. L'auteur soutient la thèse selon laquelle les maladies chroniques du fait de leur incurabilité et des conséquences cliniques obligent les malades à renégocier leurs positions sociales. Elle qualifie cette phase de rupture biographique. Ce positionnement théorique et méthodologique de l'auteur apporte un éclairage à la gestion du diabète. Cette approche revient alors à centrer les analyses sur l'expérience du malade diabétique en utilisant les récits de vie. Elle permet d'appréhender les différentes contraintes sociales qu'induit la gestion du diabète et les stratégies d'adaptation des malades.

En dépassant l'approche théorique précédente, BASZANGER (1986) propose un cadre d'analyse basé sur la « théorie de l'ordre négocié ». Dans son article, elle critique les théories centrées sur le rôle du malade dont celle de FREIDSON (1970) et de PARSONS (1951) qui sont peu aptes dans un contexte de maladie chronique. Les analyses sur la gestion des maladies chroniques doivent être portées dans un univers social plus large que celui de la médecine et

de ses institutions. « *Face aux contraintes de la maladie et à celles du traitement, les malades doivent donc opérer des choix. La gestion quotidienne de la maladie effectuée par le malade se fait autant sinon plus sur des critères sociaux que médicaux. Ainsi, les régimes et traitements ne sont pas automatiquement acceptés par les malades mais sont évalués par eux dans leurs conséquences.* » (BASZANGER, 1986). Pour cet auteur, la maladie chronique induit un processus de changement social à travers la désorganisation de l'ordre social qu'elle provoque. Sa gestion passe par la gestion des conséquences de la maladie sur l'organisation de la vie des malades, leurs rapports avec les autres. Pour l'auteur, la négociation est un des moyens majeurs pour arriver à recomposer, c'est-à-dire à maintenir, un certain ordre social indispensable pour une gestion sociale efficace de la maladie. Ces recompositions renégociées se retrouvent à l'intersection de toutes les sphères de la vie sociale. Ce qui fait dire à l'auteur que l'une des richesses de la théorie de l'ordre négocié dans l'étude de la gestion sociale de la maladie chronique est de donner les moyens d'aborder tous les niveaux de la réalité sociale. L'approche holistique que suggère l'auteur à travers cette théorie paraît importante pour cette étude. Pour cette théorie, la gestion sociale dépend de la négociation des rôles entre le malade et son environnement social. Même si cette analyse offre une grille de lecture de la gestion sociale de la maladie chronique, elle minimise les conditions de vie du malade négociant.

Ce modèle d'analyse permet d'aborder une autre approche, celle de l'école interactionniste de STRAUSS (1992). Il introduit dans le langage anthropologique, les concepts de "trajectoire de la maladie " et de "cours de la maladie". Chaque type de maladie comporte ses phases propres. Ainsi, l'ensemble des différentes phases d'une maladie (début, évolution, aggravation, effacement) est appelé " cours de la maladie". STRAUSS (1992) définit la " trajectoire de la maladie" comme non seulement le développement

physiologique d'une maladie mais également toute l'organisation déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués.

De plus, il considère que les malades acteurs, dans leur gestion quotidienne de la maladie font face à des contraintes qui modulent leurs actions. ANSELME 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.* »

Du point de vue analytique, le modèle interactionniste revient dans un premier temps à identifier les phases du diabète, et à voir le mécanisme de gestion pas seulement de façon unilinéaire mais plutôt rétroactive car le type de gestion impact les acteurs qui y sont impliqués. Il présente un avantage analytique car s'inscrivant dans une approche systémique, il permet de tenir compte de l'influence réciproque que les acteurs impliqués dans la gestion du diabète exercent respectivement lorsqu'ils sont mis en relation les uns avec les autres. L'analyse de STRAUSS (1992) permet d'appréhender la gestion d'une maladie chronique comme un processus. Cependant, cette théorie est restrictive car elle limite l'analyse à l'univers hospitalier.

L'aspect processuel de la gestion sociale de la maladie chronique permet de saisir une autre approche analytique centrée sur l'itinéraire thérapeutique. A cet effet, les résultats d'une étude socio-anthropologique des itinéraires

thérapeutiques conduite par l'IMT(2006) ⁶au Mali révèlent que plusieurs facteurs dont la distance, le coût et la qualité perçue influencent l'itinéraire thérapeutique des malades. Ces auteurs expliquent que parfois un facteur a un effet tellement rédhibitoire qu'il explique à lui seul le non recours aux services de soins de santé. Ainsi, de grandes distances ne sont consenties que si les alternatives disponibles localement sont jugées insatisfaisantes pour le problème. De même, les coûts disproportionnés des traitements par rapport à l'argent mobilisable entravent l'accès économique. Ces facteurs ajoutés à l'absence de personnel ou un accueil déplorable expliquent le recours à un service par rapport à un autre. Ces auteurs insistent sur le fait que le plus souvent, il n'y a pas un facteur prépondérant dans l'absolu mais une interaction de facteurs qui interviennent au cas par cas.

En outre, chacun de ces facteurs comprend lui-même plusieurs dimensions et ne peut être réduit à une simple mesure. Il faut distinguer la distance mesurée en kilomètres de la distance « perçue » ou encore des significations de la distance pour les acteurs sociaux ; le coût exprimé en valeur monétaire du coût « perçu » ; la qualité mesurée sur la base de critères techniques de la qualité « perçue » (IMT, 2006). Ces analyses, même si elles ne sont pas spécifiques à la gestion sociale du diabète offrent une lecture sur les variables qui peuvent intervenir dans le processus de gestion sociale de la maladie.

D'autres auteurs ont proposé une approche plus spécifique de la gestion de la maladie en tenant compte des logiques et déterminants de soins des acteurs. Ces auteurs proposent un modèle socioculturel de la maladie et de la santé. Le modèle socioculturel de la santé et de la maladie met en relief l'influence de la culture et de l'effet de différentes variables

⁶Cette étude s'inscrivait dans le projet de recherche « Heath Care For All » réalisée par le Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers au Mali.

sociodémographiques (âge, genre, éducation, classe, ethnie, milieu professionnel, etc.) sur les constructions des représentations sociales (HERZLICH, 2000). En effet, les résultats d'une étude sur le recours aux soins et la consommation médicale en France révèlent que « *le recours aux soins des classes populaires est de type curatif : les motifs amenant à consulter sont souvent plus grave et l'hospitalisation est plus fréquente. Au contraire les classes supérieures consultent plus souvent à titre préventif* » (HERZLICH, 1994). MACINTYRE cité par le même auteur utilise le terme de « modelage de la santé par la position sociale ». Ces analyses permettent d'appréhender la gestion sociale de la maladie à travers la position sociale des acteurs.

Certains auteurs optent pour une analyse de la gestion de la maladie en partant des perceptions et représentation sociales liées à la maladie et à la santé. C'est le cas de KPATCHAVI (2005). Dans un article sur les représentations des acteurs de soins en milieu "fon" et "waci", l'auteur a analysé les différentes perceptions et représentations que la population a des acteurs de soins. Le choix thérapeutique pourrait se comprendre à travers les différentes appellations, et significations des acteurs de soins. Ceux-ci sont classés selon trois registres principaux : biomédical, local et informel. A chaque registre correspond une terminologie pour désigner les acteurs de soins, relative à leur savoir thérapeutique. Ces perceptions et représentations peuvent influencer ou non le recours à une institution de gestion de la maladie. Cette réflexion offre une piste d'investigation à la recherche car elle permet de tenir compte des savoirs populaires sur la santé et la maladie.

Sur un autre plan, MASSE (1995), en allant au-delà de ces réflexions, fait dans son ouvrage un exposé sur les savoirs populaires. Ce dernier reconnaît l'échec de la majorité des politiques de prise en charge des maladies. Cette situation est due au fait que beaucoup d'acteurs dans l'élaboration de ces politiques ont omis le fait qu'il existe, dans les sociétés, des perceptions sur la

santé et la maladie qui, parfois, fondent un système local de savoirs sur la maladie et la santé, différent des leurs. Il démontre que ces schémas d'explication sont souvent en conflit. En ce sens, il affirme que « *le message sanitaire même dispensé avec les meilleures intentions, entrera inévitablement en conflit avec les croyances, attitudes et les valeurs véhiculées par le savoir populaire* ».

Dans le registre des relations entre savoir populaire et savoir médical sur la maladie ; en abordant la thématique des maladies chroniques, HUREAUX (2009) souligne une série de questionnements dont celui des savoirs « en jeu » (enjeux) au tour des maladies chroniques ? L'auteur revient sur la relation entre soignant et soigné (malade) qui pour lui est fondamentale dans le contrôle et la gestion de la maladie. L'auteur qualifie le savoir du médecin d'un savoir savant et celui du malade comme un savoir sachant. Dans une « zone d'expertise » où se rencontrent la responsabilité professionnelle d'un « médecin savant » et la responsabilisation citoyenne d'un « malade sachant », un mode relationnel doit être réinventé entre « des partenaires de soin » inscrits dans des enjeux modifiés.

Dans un autre registre, HARRIS (1998) aborde la question du rôle qu'occupent les praticiens de la médecine traditionnelle dans la gestion sociale des maladies. Pour lui, les praticiens de la médecine traditionnelle constituent une catégorie d'acteurs fondamentaux de la prise en charge des maladies en Afrique et une alternative à la défaillance des acteurs de soins modernes. Souvent, l'inaccessibilité aux institutions de soins modernes et surtout les difficultés financières amènent une majeure partie de la population à se soigner traditionnellement. Cette attitude a plusieurs conséquences dont les retards voire l'absence de diagnostic et d'accès aux traitements qui se révèlent très pénalisants dans le cas des patients atteints de diabète. Cette analyse permet d'appréhender les contraintes qui ne facilitent pas la gestion de leur maladie.

Au-delà de la dimension sociale de la maladie, et pour renforcer les idées de HARRIS, FASSIN (1992) met l'accent sur les déterminants économiques du recours aux soins des malades comme élément capital de la gestion. Il insiste sur le volet socio-économique ; car pour lui, la difficulté matérielle à se soigner ne tient pas à une absence de consultations, mais plutôt à une impossibilité d'acheter les médicaments prescrits. Cette analyse complète la précédente en offrant une autre variable déterminante de la gestion de la maladie.

L'objectif assigné à cette étape de la recherche est d'explorer les différents modèles théoriques d'analyse existant au sujet de la gestion des maladies chroniques en général et du diabète en particulier. Les résultats obtenus ne sont pas exhaustifs de l'étendue des champs théoriques existant, mais apportent un éclairage sur le sujet de recherche.

En somme, le cadre théorique de cette étude reposera sur l'approche interactionniste de STRAUSS (1992). Cette position théorique permettra de décrire le processus de gestion sociale du diabète dans un premier temps, dans un deuxième temps, elle permettra d'analyser le processus de gestion du diabète à travers les contraintes socioéconomiques liées aux soins de santé qui modulent les actions des malades. En outre fera partie du cadre théorique, l'approche analytique de BASZANGER(1986) basée sur la théorie de l'ordre négocié. En complément à l'approche de STRAUSS (1992), elle permettra d'identifier les niveaux de la vie sociale des malades bouleversés par le diabète. Enfin, elle permettra d'examiner les stratégies d'adaptation des malades. C'est-à-dire comment à travers la négociation, ces malades maintiennent un certain ordre indispensable à la gestion sociale de la maladie.

CHAPITRE 2 : CADRE PRATIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE.

Il s'agit dans cette partie de présenter le cadre pratique et d'exposer l'approche méthodologique de la recherche.

1. Cadre pratique de l'étude

Il décrit le contexte dans lequel se déroulera la recherche.

1.1. Localisation géographique

La commune d'Abomey est située au centre du Bénin, dans le Département du Zou, à 130 km des berges de l'Océan Atlantique et de Cotonou. Elle est limitée au Nord-Est par la commune de Bohicon, au Sud-Est par la commune de Zogbodomey, au Nord-Ouest par la commune de Djidja et au Sud-Ouest par la commune d'Agbangnizoun. Elle couvre une superficie de 142 km² et est subdivisée en sept arrondissements : Sonou, Vidolé, Sèhoun, Djègbé, Zounzonmè, Détohou, Gbècon-hounli, onze quartiers de ville et dix-huit villages. Parmi ces arrondissements, on distingue quatre ruraux et trois urbains. Selon les chiffres de l'INSAE(2009), la population de la commune est évaluée à 89922 habitants.

1.2. Données démographiques et socioculturelles

Dans la commune d'Abomey, l'on rencontre plusieurs groupes socioculturels dont les Fon (majoritaires avec 95% de la population). La langue parlée dans la commune est le Fongbé. De plus, la sphère religieuse est composée de trois grandes religions dont le vodoun, le catholicisme et l'islam. Les religions endogènes (le vodoun) surtout concentrées dans les villages, sont pratiquées par 40% de la population. Environ 45% de la population sont des chrétiens tandis que 2% s'adonnent à l'Islam. Les 13% restantes de la population sont des non déclarés (INSAE, 2009).

La prise en compte des données socioculturelles paraît importante dans le cadre de cette recherche, car les analyses sur la gestion des maladies chroniques dont le diabète doivent être portées dans un univers social plus large que celui de la médecine et de ses institutions. Ainsi, les perceptions explicatives des attitudes et pratiques thérapeutiques des malades pourraient se comprendre à travers appartenance socioculturelles et les pratiques religieuses des malades.

1.3. Conditions de vie des populations de la commune d'Abomey

Le contexte socioéconomique occupe une place importante dans la compréhension du processus de gestion sociale du diabète dans la commune. Ainsi, l'examen de quelques indicateurs des conditions de vie de la population pourraient permettre d'apprécier leur niveau de vie et leur pauvreté monétaire. Ainsi, concernant la pauvreté monétaire, la commune d'Abomey occupe le 33^{ème} rang sur 77 dans la hiérarchisation de la pauvreté selon les communes (**SCRIP 2007-2009**).

Par ailleurs, le plan de développement communal de première génération de la commune d'Abomey élaboré en 2003 décrit le contexte socioéconomique dans lequel vivent les populations. En effet, la commune d'Abomey est déficitaire en production vivrière avec seulement 18% de ses besoins en énergie qui soit couverte par sa production vivrière contre 91,8 % au niveau départemental (FIDESPRA, 2000). Ce grand déficit alimentaire a des conséquences sur la situation alimentaire et nutritionnelle de la population d'Abomey. Quelques indicateurs quantitatifs ont été utilisés pour l'appréciation du niveau de vie à Abomey. Il s'agit des taux de mortalité, de scolarisation et de malnutrition infantile. En effet, le taux de malnutrition infantile à Abomey en 2001 était de 14‰ alors que ce taux au niveau départemental était de 4,4‰ (DDSP, 2001). Le taux de mortalité natale a été estimé à 7‰ à Abomey contre 1,7 ‰ pour le département. Le taux moyen de mortalité dans les arrondissements urbains est de 11‰ contre 14‰ dans ceux périphériques.

Le niveau d'instruction et d'accès à l'éducation primaire a été évalué par le taux de scolarisation brut. La Commune d'Abomey présente le plus taux de scolarisation brut le plus élevé qui est estimé à environ 60% contre environ 39% au niveau départemental.

Par ailleurs, ces différents indicateurs monétaires et non monétaires sont révélateurs de la situation de pauvreté dans laquelle vivent les populations d'Abomey, mais ils ne rendent point compte de la perception locale des populations de la notion de pauvreté. En effet, il est souvent admis ici que le vrai aboméen, (noblesse et fierté obligent) doit cacher sa pauvreté en « se faisant paraître » par son habillement (tissu généralement acheté à crédit) et par ses déclarations d'aisance (il affirme facilement à ses voisins et visiteurs : « *je viens de manger du poulet, alors que son repas réel a été la pâte avec du piment* »).

Selon les acteurs sociaux, les arrondissements d'Abomey peuvent être regroupés en trois catégories que sont ceux dans lesquels :

- Le niveau de vie est acceptable et où les habitants se suffisent juste (« E kpontékpèdènu wé »). Il s'agit des trois arrondissements centraux.
- Le niveau de vie est bas et où les habitants se débrouillent sans parvenir à se suffire (« *Wama mon non* »). On y retrouve les arrondissements de Sèhoun et Zounzonmè qui se sont spécialisés dans le petit commerce et les activités de transformation agro - alimentaire.
- Le niveau de vie est très faible et où les populations ne possèdent rien et ne peuvent que vivre de l'assistanat (« Gbèdo nan non »). Il s'agit des arrondissements d'Agbokpa et de Détohou qui constituent le grenier vivrier de la commune.⁷

⁷ En annexes, la présentation des résultats du FIDESPA sur la perception de la pauvreté par les acteurs sociaux dans vivants dans les arrondissements de la commune d'Abomey

L'agriculture est donc perçue comme étant l'activité des pauvres. Malgré ces caractéristiques générales des arrondissements, ceux-ci présentent beaucoup d'inégalités et de disparités internes. Par ailleurs, il semble que la pauvreté est la chose la mieux partagée à Abomey et que les quartiers les plus riches sont à plus de 60% habités par des ménages que l'on désigne volontiers de pauvres. En effet, aux dires des personnes ressources de ces localités, le quartier le plus riche qui porte le même nom que l'arrondissement de Djègbé (classé en première catégorie) compte parmi ses habitants environs 70% de pauvres contre 10% de riches.

1.4. Justification du choix du cadre de l'étude et du sujet

1.4.1. Justification du choix du cadre de l'étude

Plusieurs raisons ont suscité le choix de la commune d'Abomey. Parmi elles, il y a le fait que celle-ci abrite un Centre Hospitalier Départemental (CHD-ZOU) qui sert tout le département et constitue le centre de référence médical. De plus, cet hôpital dispose d'un service de prise en charge des malades diabétiques. Ce service constitue un centre de référence dans le département et pour les départements frontaliers pour la prise en charge du diabète. Aussi faut-il ajouter l'appartenance linguistique qui nous permet d'accéder aux représentations et perceptions des acteurs.

1.4.2. Justification du choix du sujet.

Plusieurs raisons ont motivé le choix de ce sujet. Notre appartenance à une famille de diabétiques a permis de vivre le quotidien et les contraintes issues du milieu dans lequel évolue le malade. De plus, le sujet de recherche pose des questions anthropologiques dans la mesure où elle met en jeu de multiples dimensions. De par son caractère chronique, le diabète affecte les relations sociales du malade à travers le rapport au travail, à la famille et aux institutions

de soins. Cette maladie pose également un problème de développement car le diabète participe à la paupérisation de la population en dégradant les conditions de vie des malades et de leurs entourages tout en altérant la productivité de la société.

2. APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1. Nature de l'étude

En raison de la production de données qualitatives et quantitatives à travers cette recherche, elle a un caractère mixte. Cependant, ses objectifs lui confèrent une nature mixte à dominance qualitative.

Ainsi, la nature quantitative de la recherche permettra d'appréhender l'identité sociale des malades pour expliquer les pratiques et attitudes des malades diabétiques et de leurs entourages en fonction des conditions socioéconomiques. Elle permettra d'identifier les niveaux de vie sociale des malades bouleversés par le diabète. La nature qualitative permettra de décrire le processus de gestion sociale de la maladie à travers les perceptions, le discours sur la maladie. Elle servira à analyser les contraintes socioéconomiques liées aux soins de santé du diabétique dans le cadre de la gestion sociale de la maladie. La complémentarité de ces deux approches permettra d'étudier le processus de gestion sociale du diabète en tenant compte des conditions socioéconomiques des malades dans la commune d'Abomey.

2.2. Population d'étude

Elle est composée des différentes catégories d'acteurs impliquées dans la gestion de la maladie du diabète dans la commune d'Abomey.

2.3. Groupes cibles

La population cible dégagée de la population d'étude est composée des acteurs sociaux suivants :

- Les malades diabétiques : c'est la cible principale. Les malades sont les premiers acteurs à subir les bouleversements sociaux engendrés par le diabète et le changement de leurs conditions de vie.
- les acteurs de soins modernes (médecins, infirmiers, etc.) : ils interviennent dans la gestion médicale du diabète.
- les acteurs de soins endogènes : cette cible regroupe les praticiens de la médecine traditionnelle auxquels ont recours les diabétiques dans la gestion de la maladie. Ces acteurs de soins endogènes apparaissent comme des acteurs incontournables de la gestion de la maladie.
- les membres de l'entourage social des malades : cette cible regroupe les membres de la famille du malade, de la sphère professionnelle, des amis etc. Ils sont touchés par les conséquences sociales du diabète. Les effets sont directs si ces membres font partie de la petite famille du malade et indirects s'il s'agit d'amis, collègues et membre de la famille élargie.

2.4. Taille et techniques d'échantillonnage

- *L'échantillon volontaire*

Elle a été utilisée pour le volet quantitatif de la recherche. En effet, le questionnaire a été administré aux malades au niveau du service de diabétologie à leur sortie de consultation. Pour déterminer le nombre de malades à questionner, nous sommes partis du fait qu'en moyenne 250 malades sont suivis par an selon les données qui nous ont été fournies. Dans le souci d'avoir un échantillon représentatif, nous avons choisi de renseigner 113 questionnaires. Aussi faut-il ajouter qu'il existe plusieurs catégories de malades, ceux qui fréquentent de façon occasionnelle l'unité de prise en charge et ceux qui s'y rendent régulièrement compte tenu des complications dont ils souffrent. Cette deuxième catégorie est priorisée compte tenu des objectifs visés par la

recherche.

- ***Techniques du choix raisonné et des itinéraires ou boule de neige***

Les données qualitatives sont générées à travers cette recherche grâce à un échantillon basé sur le choix raisonné et la technique dite “boule de neige”. En effet, au cours de l’enquête exploratoire, les acteurs directement concernés par le sujet ont été identifiés. Ces catégories sont, entre autres, les malades, les acteurs de soins et les membres de l’entourage du malade. Les premiers acteurs interviewés nous ont indiqués d’autres susceptibles de nous fournir des informations en rapport à la gestion sociale du diabète. Ce qui est visé à travers cet échantillon est la production de discours sur la gestion sociale du diabète et sur les contraintes sociales y afférentes.

2.5. Techniques et outils de collecte de données

Les techniques de collecte de données à savoir : l’analyse documentaire, l’entretien semi-directif à l’aide d’un guide d’entretien et l’enquête à l’aide d’un questionnaire sont utilisées pour cette recherche.

- ***L’analyse documentaire***

Une recension des écrits dans plusieurs centres de documentation dont la bibliothèque de la FLASH, l’institut français (ex CCF) de Cotonou, la salle de documentation du Ministère de la santé, la bibliothèque du quartier de l’intellectuel communautaire a été faite. Le tableau ci-après synthétise le travail effectué.

Tableau I: Analyse documentaire

| N° d'ordre | Centre de documentation | Documents consultés | Nature de l'information obtenue |
|------------|---|---|---|
| 01 | Bibliothèques de la FLASH à l'Université d'Abomey-Calavi | Mémoires | Représentation et perception de la maladie en milieu fon, médecine traditionnelle et prise en charge des maladies |
| 02 | Bibliothèque du quartier de l'intellectuel communautaire sise à Sikècodji | Ouvrages théoriques et méthodologiques | Conceptuelle, théorique et surtout méthodologique |
| 03 | Bibliothèque de l'institut français ex CCF de Cotonou | Ouvrages portant sur l'anthropologie de la santé et la gestion sociale des maladies | Données théoriques et conceptuelles |
| 04 | Salle de documentation du Ministère de la santé sise à Akpakpa | Ouvrages sur la gestion médicale du diabète | Statistique, information sur la prise en charge médicale etc. |

Source : Enquête de terrain / Tossou 2012

- *L'entretien semi-directif*

En raison du caractère mixte de l'étude, l'entretien semi-directif est un moyen par lequel des informations et des données à base du discours des enquêtés, de leurs parcours de vie sont collectées. Il a permis de recueillir des informations sur les perceptions du diabète, de la description d'un cours du diabète ou de la trajectoire thérapeutique : historique de la maladie, recours successifs mobilisés, mécanisme de décision, logiques de décisions (facteurs internes et externes d'influence), coûts du traitement. Les malades, les membres de la famille de ces malades, le personnel soignant, les acteurs de la médecine traditionnelle, les personnes ressources ont été interviewés.

- *Le questionnaire*

Le questionnaire a permis d'obtenir des informations sur le profil social du malade, sur la description du processus de gestion et des variables

socioéconomiques associées, sur la qualité de vie du malade etc. La plupart des malades interviewés à l'aide du questionnaire nous ont été présentés par l'intermédiaire du service de diabétologie du CHD-Zou, les autres faisaient partir de nos connaissances.

2.6. Dépouillement, traitement et analyses des données

Le dépouillement et le traitement des données issues du questionnaire sont effectués de façon informatique à l'aide du logiciel SPHINX version 2003. Le traitement des données qualitatives est fait manuellement. Après la transcription littérale des données enregistrées dans une base numérique, une sélection des informations est faite. Cette sélection a tenu compte des critères de pertinence de l'information par rapport aux thèmes-questions, la qualité de l'information ou sa nature argumentaire. Une fois cet exercice achevé, les informations sélectionnées sont organisées, catégorisées en fonction des thèmes- questions et des objectifs de l'étude. Le traitement consiste à faire une analyse systématique de contenu en mettant un accent particulier sur les propos des acteurs tels que recueillis lors de l'enquête. La triangulation des données a servi de procédé de validation.

En effet, les données dépouillées et analysées du terrain sont constamment confrontées avec des données documentaires préalablement analysées lors de la phase d'analyse documentaire. En ce qui concerne l'analyse, l'accent est mis sur les propos et discours des diabétiques et autres acteurs concernés par l'étude. La description, l'analyse et la démonstration sont illustrées par le discours des acteurs tel que recueilli lors de l'enquête et des photos.

3. DUREE ET CHRONOGRAMME DE LA RECHERCHE

La recherche a duré 12mois. Les différentes activités sont planifiées selon le chronogramme ci-dessous

TableauN°2 : Chronogramme de la recherche.

| ACTIVITES | PERIODES |
|--|-------------------------------|
| Rédaction du protocole de recherche | Avril–Mai 2012 |
| Test des outils ou pré enquête | Juin 2012 |
| Collecte des données ou enquête de terrain | Juillet àAoût 2012 |
| Dépouillement informatique des données quantitatives | Septembre 2012 |
| Dépouillement des données qualitatives | Octobre 2012 |
| Rédaction du mémoire et validation par le directeur du mémoire | Novembre 2012– Février2013 |
| Période probable de soutenance | Juin – Août 2013 |

4. Difficultés et limites de l'étude

La difficulté rencontrée est relative à la faible documentation qui caractérise le fonctionnement des formations sanitaires. La triangulation des informations provenant du ministère de la santé (PNLMNT), de la Direction Départementale de la Santé / Zou-Collines et celles fournies par le CHD/ Zou-Collines nous ont permis de surmonter cette difficulté. Aussi, la taille de l'échantillon ne permet pas une généralisation des résultats de la recherche.

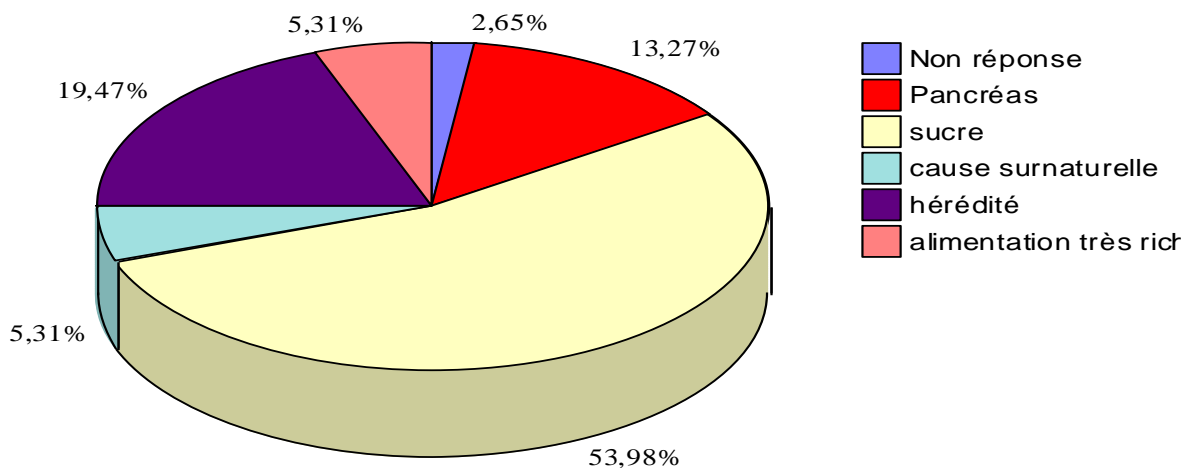
CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DU PROCESSUS DE GESTION DU DIABETE

La gestion du diabète est un processus socialement construit à travers plusieurs facteurs explicatifs.

1. Perceptions et représentations sociales de la maladie.

1. Typologies des étiologies ou causes perçues

Dans la commune d'Abomey, la nosologie populaire désigne le diabète dans la langue fongbé par *adɔvivizɔn* qui se traduit en langue française par « maladie de l'urine sucrée ». Cette nomination de la maladie révèle que le sucre est considéré comme première cause du diabète. D'autres facteurs sont identifiés comme responsables de la maladie. A cet effet, les résultats de l'enquête par questionnaire permettent d'identifier les différentes causes mis en exergue par les malades comme l'illustre le graphique ci-après.



Graphique 1 : Typologie des étiologies ou causes perçues du diabète

Source : Enquête de terrain 2012

A travers ce graphique, on constate que le sucre, l'hérédité et la sorcellerie sont mis en exergue comme étant des causes du diabète. De l'analyse de ces graphiques, il se dégage un questionnement sur les logiques socio anthropologiques qui soutiennent ces perceptions. Les perceptions des causes du diabète s'appuient sur le principe de la double causalité. En effet, le discours populaire sur la maladie et la santé repose sur l'observation des faits. Ainsi, les sens de l'homme dont la vue, le goût, le touché et l'odorat sont utilisés par les malades et leur environnement social.

« L'urine du malade mousse et ne s'évapore pas », « l'urine est collante, sucrée et attire des fourmis ». « [...] un ami m'a demandé si je rentre à la maison d'uriner et de goûter, je l'ai fait et mon urine était sucrée effectivement »

(Propos d'un malade)

Aussi, les acteurs sociaux attribuent la maladie à l'hérédité du fait qu'il constate que souvent, les malades ont un membre de leur famille (père, mère ou parent directe) qui souffre également du diabète. De plus, certains malades pensent que cette fréquence du diabète au sein de la population aurait également une cause exotérique comme l'illustre ce propos :

« ...à l'allure où les choses vont, je crois qu'il n'ait pas exclu qu'il ait une question de sorcellerie dans cette affaire de diabète »

(Propos d'une femme malade du diabète)

Cette perception rejoint celui d'un praticien de la médecine traditionnelle qui affirme que :

« ... lorsqu'il y a un conflit dans une famille ou lorsque quelqu'un veut vous nuire, il peut provoquer le diabète en vous. Un jour, vous serez subitement fatigué, vous allez vous mettre à transpirer, à uriner beaucoup et à boire, même quand il ne fait pas chaud. Si rien n'est fait, vous allez maigrir, devenir pâle et vous allez mourir »

(Propos d'un praticien de la médecine traditionnelle)

2. Typologie des symptômes

Les symptômes perçus par les malades et leurs entourages font appel aux manifestations de la maladie ressenties par ces derniers et leur entourage immédiat. Ainsi, la soif, le besoin fréquent d'uriner, la perte de poids, la fatigue chronique sont des symptômes identifiés par les malades et leur entourage social. Aussi, les effets de ces manifestations induisent des perceptions sur la gravité de la maladie. Le diabète est considéré comme une maladie de dévalorisation sociale et de stigmatisation pour les malades. La dévalorisation sociale se lit à travers l'altération des capacités de vie.

« Le diabète désorganise les rapports et les ajustements d'une personne à la société et plus précisément dans ses insertions immédiates (famille, travail) »

(BASZANGER 1986).

Ainsi, la perte de l'aptitude au travail par la fatigue qu'elle génère et l'amaigrissement sont considérés comme dévalorisants par les malades et leurs entourages.

« Au début, j'avais maigri, j'étais faible et très pâle alors que j'étais très grosse. [...] quand tu as le diabète à Abomey, on dit que tu as le sida. Ce qui est encore grave, l'unité de diabétologie se trouve au cœur du CHD-ZOU qui abrite également un service de prise en charge des personnes vivant avec le VIH-sida, pour mon entourage et même mon mari, si je vais au CHD alors que je suis maigre, c'est que j'ai le VIH-sida et je vais chercher des ARV »

(Propos d'une femme malade du diabète)

« Pour une femme, tu n'auras plus le goût, des tas de problèmes dans ton foyer, il n'y a plus d'entente. Ce que tu dis qui était autrefois apprécié ne sera plus apprécié. »

(Propos d'une femme, malade du diabète)

Par ailleurs, le discours des malades et de leurs entourages associe le diabète à la mort.

« C'est une maladie très grave, j'aurais préféré une autre maladie à celle-là. Même les sidéens ne souffrent pas comme moi, je ne souhaite pas cela à mon ennemie »

(Propos d'un homme, malade du diabète)

« [...] quand on m'a dit que j'avais le diabète, j'ai eu très peur car j'ai appris qu'on en meurt, et je vous le dit il ya beaucoup de personnes que je connais qui venaient en consultation ici au CHD-ZOU et qui sont déjà mortes, j'ai perdu le mois dernier un ami à mon mari, il n'a pas fait 8 mois avec la maladie. »
(Propos d'une femme malade du diabète)

Pour certains, la gravité de la maladie est relative aux conséquences qu'elle génère.

« J'ai trop perdue avec la maladie, elle est très grave, je ne sais plus si je suis femme »
(Propos d'une femme malade du diabète)

Pour d'autres, ils pensent qu'ils sont à une étape de mort sociale car ils se sentent incapables d'assumer leurs responsabilités sociales,

« J'étais angoissé quand j'ai su que j'ai le diabète parce qu'on disait qu'on en meurt. Ma femme aussi a eu très peur. Tenez-vous bien c'est vrai, [...], je n'ai plus de valeurs dans ma société, quand les dépenses arrivent, je n'arrive plus à assumer »
(Propos d'un malade du diabète)

En sommes, les perceptions sociales sur le diabète sont émises à partir d'un ensemble de faits constatés ou vécus. Il tire leurs sources de l'expérience du malade ou des acteurs sociaux. Elle constitue un savoir local et localisé sur la maladie qui donne sens à l'existence d'un système de soins de santé dont fait recours les malades et leurs entourages dans le cadre de la gestion sociale du diabète.

II- Recours thérapeutiques mobilisés par les malades et leurs entourages sociaux.

En milieu Fon à Abomey comme ailleurs au Bénin, il existe un système de soins de santé composé de plusieurs sous-systèmes qui contribuent à la gestion sociale du diabète. L'enquête par questionnaire a permis aux interviewés d'indiquer tous les recours thérapeutiques mobilisables dans le processus de gestion du diabète.

Ainsi, trois types de recours thérapeutique ont été identifiés par les malades et leurs entourages.

Il s'agit de l'automédication, de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne. En effet, 38% des interviewés ont identifié l'automédication, 20 % des interviewés ont identifié la médecine traditionnelle et 99% ont identifié la médecine moderne comme des recours mobilisables pour la gestion du diabète. BENOIST (1996) catégorise ces recours selon trois sous-systèmes dont le sous-système biomédical animé par les acteurs de santé moderne, le sous-système traditionnel animé par les praticiens de la médecine traditionnelle et le sous-système familial animé par l'entourage social du malade à travers l'automédication.

Cependant, il faut dire qu'il existe un écart entre le fait d'affirmer que tel recours thérapeutique est mobilisable pour la gestion du diabète et le fait que le recours soit choisi par le malade dans le processus de gestion de la maladie.

1. Automédication

L'automédication est un procédé qui consiste à utiliser hors prescription d'un spécialiste (de la médecine moderne ou de la médecine traditionnelle), des thérapies, par des personnes pour elles même ou pour leurs proches et de leur propre initiative JANSEN (1995). C'est à ce niveau qu'intervient surtout l'entourage du malade. Il existe dans la commune d'Abomey, « *des groupes organisateurs de la thérapie* » composés des parents, des amis et des malades diabétiques proches du malade. Dans ce groupe, s'échangent des conseils avec d'autres profanes sur le diabète. Les membres de ces groupes diagnostiquent, conseillent des thérapies, en fonction de leurs expériences personnelles de la maladie, ou de celles d'un tiers, parents, amis, collègues de travail, etc.

En effet, la perception de l'efficacité de l'automédication dans la gestion du diabète est construite à travers l'appréciation d'un ensemble de variables

déterminant pour les malades. Il s'agit de la perception de l'accès géographique à travers la distance parcourue, la perception du coût du traitement par mois, de l'amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction du traitement. Ainsi, par rapport à l'accès géographique, 97,67% malades à l'automédication trouvent la distance parcourue pour accéder aux plantes insignifiante. Par rapport à la perception du coût du traitement par mois, 93,2% des malades perçoivent le coût de traitement abordable. Après un usage des plantes, les malades dans leur majorité soit 72,2% n'ont pas été satisfait par le traitement car 86,02 % n'ont pas vu leur qualité de vie s'améliorer.

« ...moi par exemple, on m'a conseillé de prendre des écoses de lewe (rauvolfia vomitoria) en fusion, je l'ai essayé. Au début j'ai trouvé une légère satisfaction. Mais après, mon docteur m'a dit que je devrais faire attention car mon taux commence à être élevé. De plus, j'ai aussi essayé l'huile de neem (Azadirachta indica). Je l'achetais au marché, très amère. J'ai utilisé également les feuilles dit en fongbé kapukapu man (annonamuricata). Mon fils, j'ai fait tout cela, mais je ne suis pas satisfait. C'est compliqué cette histoire... »

(Propos d'un homme malade du diabète)

Il faut dire que le malade du diabète est un acteur social à la recherche de l'équilibre et de la restauration de son état de santé dont il apprécie l'amélioration par sa capacité à être lui-même, à reprendre une vie qui lui est impossible du fait du poids de la maladie. Ce qui fait que les étapes parcourues dans le processus de la gestion de la maladie fait appel à l'expérience, le succès, l'échec des recours thérapeutiques.

2. La médecine endogène.

La médecine endogène appelée généralement « traditionnelle » est la combinaison globale de connaissances et de pratiques explicatives ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer une maladie physique, mentale ou sociale et pouvant se baser exclusivement sur l'expérience et les observations anciennes, transmises de génération en génération, oralement ou par écrit

(ABAYOMI, 1996). Elle se pratique à travers l'usage de substances minérales, animales et végétales.

De plus, le profil social du praticien de la médecine se définit à travers le réseau sémantique. A cet effet, KPATCHAVI (2005) dans un article sur les Waciet les Fon, publiait qu'il existe un réseau sémantique pour désigner les acteurs de soins traditionnels en fonction du savoir dont ils disposent. Généralement, les fon utilisent le terme *azɔngletɔ*, "azɔn" (qui signifie maladie) et "gletɔ" qui signifie « gâter, gâter compris comme : finir, faire disparaître, retirer hors de l'être humain ». Ce terme désigne ce qui est appelé dans l'étude, praticien de la médecine traditionnelle.

Du discours des praticiens de la médecine traditionnelle interviewés, il existe d'autres synonymes couramment utilisés pour les désigner. Ainsi, on peut citer :

-L'*Amanwatɔ* : qu'on pourrait appeler le phytothérapeute, celui qui maîtrise l'usage des plantes ; il ne soigne que par les feuilles. Ce dernier a une grande expérience dans la manipulation et l'utilisation des plantes médicinales.

-Le *Azɔndatɔ* : on pourrait l'appeler 'guérisseur devin'. En plus de la maîtrise des plantes, ce dernier est capable de diagnostiquer l'origine du diabète par des procédés qui permettent d'explorer les relations sociales et spirituelles du malade dont la consultation du fâ, la vision, la conversation avec les esprits, etc.

-Le *Nuwatɔ* : on pourrait l'appeler un savant. C'est un guérisseur qui maîtrise le secret des plantes médicinales ; il procède par diagnostic divinatoire. Il est capable de guérir la maladie par des procédés magico-religieux (conjuraison de sortilèges, désenvoûtement, sacrifice au vodou, bain sacré, etc.).

Cependant, le savoir du praticien de la médecine traditionnelle en milieu Fon d'Abomey et ailleurs au Bénin a beaucoup évolué. Autrefois, l'acteur de la médecine traditionnelle se fondait sur l'observation du sujet malade pour poser

son diagnostic. De nos jours, les acteurs de la médecine traditionnelle reposent leurs interventions thérapeutiques sur le diagnostic de la médecine moderne.

« Si je constate certains symptômes, je peux dire au malade que c'est peut-être le diabète, mais je dois avant de le soigner avoir les résultats de laboratoire qui dit qu'il a la maladie »

(Propos d'un praticien de la médecine traditionnelle à Abomey)

Aussi, selon le discours des praticiens de la médecine endogène, le recours au « FÂ » par les acteurs de la médecine traditionnelle dépend de la résistance de la maladie aux traitements habituels, aux antécédents familiaux du malade ou aux échecs des recours thérapeutiques antérieurs. L'approche de la médecine traditionnelle étant holistique, au-delà du corps, le praticien de la médecine traditionnelle questionne l'univers invisible, celui des esprits, celui des ancêtres, pour avoir une idée de l'origine du mal. Il procède par divination. Les praticiens et les malades disent souvent « *é na kanazɔnkpɔn* », c'est-à-dire "fouiller la maladie", "rechercher les causes".

Dans la logique du praticien de la médecine traditionnelle, le déséquilibre organique qui est la maladie est la résultante d'un déséquilibre social. Cette logique nous introduit dans un système méta-psycho-somatique où les trois niveaux doivent être pris en compte, c'est-à-dire qu'on traite l'esprit pour rétablir l'équilibre rompu, on rétablit l'équilibre psychologique détruit par la maladie et ensuite on traite le corps.

Par ailleurs, le recours à la médecine traditionnelle dans la gestion du diabète est différemment perçu par les acteurs sociaux. En effet, très peu de malades et les membres de leurs familles considèrent la médecine endogène appelée encore médecine traditionnelle comme un recours efficace à la gestion du diabète. Dans le prisme des soins en médecine traditionnelle, 86,96% ayant eu recours à la médecine traditionnelle ont affirmé avoir suivi un traitement à base de plante tandis que 13,03% ont affirmé avoir suivi des traitements spirituels. Quant au lieu d'approvisionnement, il varie entre une officine de

vente de produits de la pharmacopée (56 ,52% des malades) et le traitement individuel par un praticien de la médecine traditionnelle (47,83% des malades).

La perception sur l'efficacité de la médecine endogène dans la gestion du diabète se construit chez les malades à travers la modification de la qualité de vie, la satisfaction par rapport au traitement, l'accessibilité géographique et le coût. Ainsi, les malades évaluent différemment la distance parcourue pour avoir accès aux praticiens de la médecine traditionnelle. De ce fait, 52 ,17% pensent que ces derniers sont proches de leur espace de vie versus 47,83% pour ceux qui pensent qu'ils sont éloignés de leur espace de vie. De plus, 92% des malades n'ont constaté aucun changement de leurs états de santé suite à la prise des thérapies de la médecine traditionnelle. Aussi, 73,91 % des malades affirment n'avoir pas été satisfait du traitement reçu et 52,17% des malades reconnaissent le coût très élevé des prestations (Source : Enquête de terrain 2012/ Tossou).

Ces résultats soulèvent une question. Aux vues de la place qu'occupe la médecine traditionnelle dans le système de soins de santé, qu'est-ce qui pourrait expliquer ce faible taux de recours à la médecine traditionnelle dans la gestion du diabète ? L'examen des entretiens individuels permet de saisir les logiques qui soutiennent une telle attitude. En effet, le premier facteur qui explique le recours à la médecine traditionnelle est la quête de sens et la recherche de l'efficacité thérapeutique.

« Vous saviez quand tu es malade et que tu entends qu'on peut guérir cela quelques part tu cours pour y aller, c'est comme cela que j'ai commencé à utiliser les produits traditionnels surtout des tisanes dans des bidons »
(Propos d'une femme malade du diabète).

« Au début de mon traitement à la médecine traditionnelle, je dépensais parfois 25000fcfa par mois, je ne voulais qu'une seule chose : je voudrais être définitivement guéris mais malheureusement je n'ai pas eu de satisfaction »
(Propos d'une femme malade du diabète).

Cependant, au cours des entretiens, la majorité des malades ont fustigé l'instrumentalisation des malades à des fins commerciales comme l'illustrent les témoignages ci-après :

« ...dans le groupe des praticiens de la médecine traditionnelle, il y a des faux, ils vous vendent du n'importe quoi ... »
(Propos d'un parent de malade du diabète)

« ...au début, j'ai connu une stabilité, mais si ça devait vraiment guérir, on ne devait plus continuer avec les médicaments. [...] les traditionnels, nous les connaissons, ils vivent de leurs produits. J'étais en classe quand deux jeunes hommes sont venus me voir en affirmant qu'ils guérissaient beaucoup de maladies dont le diabète. Ils m'ont dit que je n'aurai plus de problèmes. Ils m'ont dit 20000fcfa, mais après discussion autour du prix, ils ont accepté 2000fcfa. J'ai pris les produits que je n'ai pas utilisés. Comment un médicament qui coûte au début 20000f peut se négocier à 2000fcfa, j'ai trouvé cela bizarre. »
(Propos d'un malade du diabète)

Lorsqu'on analyse en profondeur les logiques des acteurs en matière de recours à la médecine endogène, on se rend compte que la recherche de l'efficacité thérapeutique est tributaire de la perception de la guérison. Pour les uns, la guérison du diabète est relative à la disparition de tous les symptômes et la reprise normale de leur vie quotidienne. Or pour les acteurs de la médecine moderne, le diabète est une maladie qui ne peut se guérir. Il se fait que les malades se retrouvent pris dans l'état de deux avis, celui des acteurs de la médecine endogène ou traditionnelle pour lesquels aucune maladie ne résiste à leurs expertises et ceux de la médecine moderne qui affirment qu'aucune thérapie ne peut guérir la maladie mais plutôt aider le malade à mieux vivre avec son diabète. Quant à nous, nous sommes conscients que la médecine endogène peut beaucoup de choses pour les malades.

3. Médecine moderne

Le sous-système médical met en scène les acteurs de l'unité de diabétologie du CHD-Zou qui interviennent dans la gestion médicale de la maladie. Etant donné que la plupart des malades se présentent à l'unité de

diabétologie à un état avancé de la maladie, le diagnostic est souvent tardif nécessitant une prise en charge immédiate. Pour ce faire, les modalités de la prise en charge sont en fonction des symptômes que présentent le malade et des résultats des examens cliniques. Dans la plupart des cas rencontrés à l'unité de diabétologie, la prise en charge nécessite une hospitalisation pour une régularisation du taux de glycémie lorsqu'elle est supérieure à la moyenne.

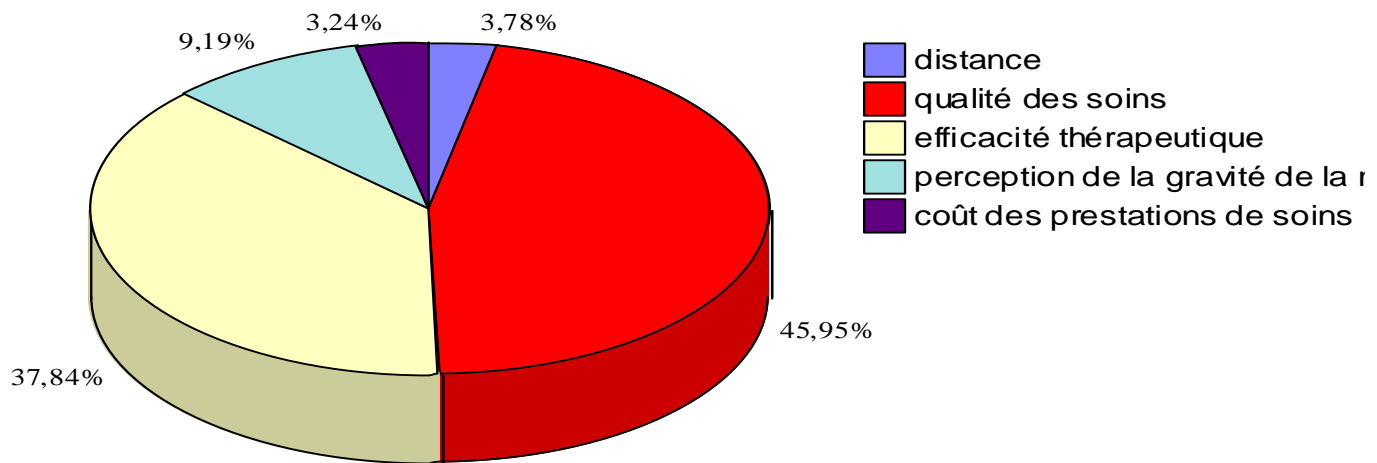
« Au début, je n'avais pas pris la maladie au sérieux, en 2010, j'allais mourir. Mon taux était de 3,79g/l. J'ai été hospitalisé pendant trois semaines [...] »

(Propos d'un homme malade du diabète).

La seconde phase de la prise en charge médicale consiste à soumettre le malade à un régime alimentaire stricte et à une prise régulière de médicaments que les acteurs médicaux appellent "antidiabétiques" le tout dans le but de maîtriser la glycémie du malade et de lui permettre de gérer quotidiennement sa maladie.

Contrairement aux autres recours thérapeutiques, 76,78% des malades affirment avoir connu une amélioration de leur qualité de vie depuis qu'ils ont recours à la médecine moderne. Dans 92% des cas, les malades ont été satisfaits par rapport aux thérapies reçues. Quant au prix, les malades dans 51% des cas affirment que le coût du traitement est élevé.

En somme, le processus de gestion sociale du diabète met en exergue une pluralité de recours thérapeutiques ou d'options thérapeutiques. Il n'a pas de fin, car le malade devra gérer la chronicité du diabète de façon quotidienne. Le processus de gestion du diabète n'est pas exclusif, il est un processus d'essais et d'erreurs reposant sur des facteurs qu'illustre le graphique ci-après :



Graphique 2 : Facteurs de recours thérapeutiques

Source : Enquête de terrain 2012

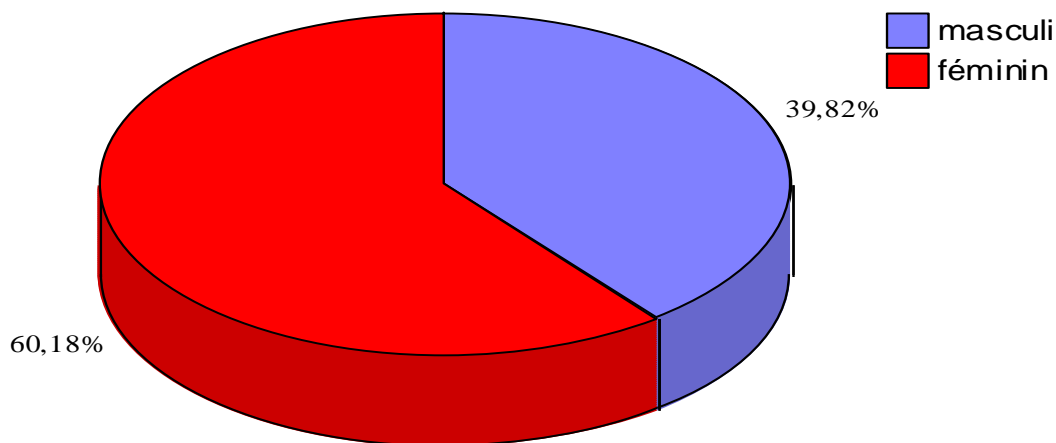
CHAPITRE 4 : Contraintes liées à la gestion sociale du diabète

Les contraintes liées à la gestion sociale du diabète mettent en exergue les conséquences socioéconomiques et difficultés rencontrées par les malades. Pour y parvenir, nous nous sommes intéressés au profil social des malades rencontrés. Qui sont –ils ?

I. Profil social des malades diabétiques

L'enquête par questionnaire révèle le profil social des malades du diabète à travers des variables comme l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la catégorie socioprofessionnelle et le temps passé avec la maladie.

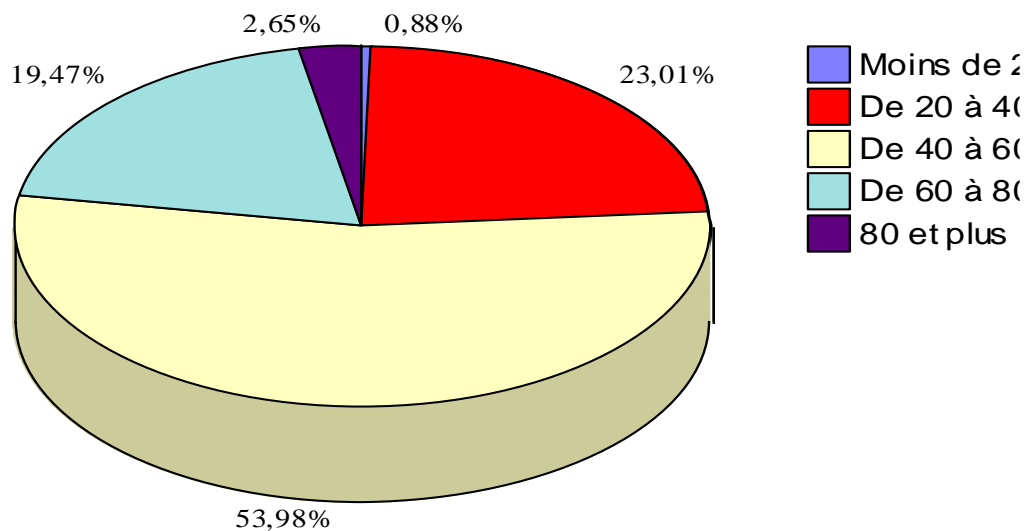
1. Répartition des malades selon le sexe



Graphique 3 : Répartition des malades selon le sexe

Source : enquête de terrain/ Tossou 2012.

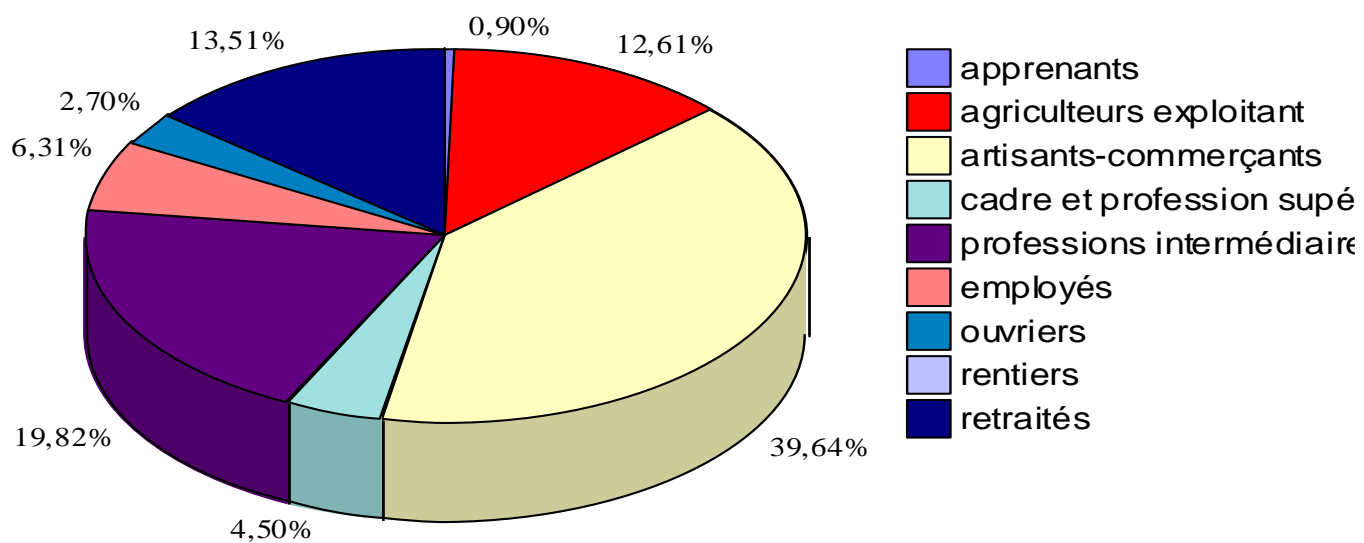
2. Répartition des malades selon l'âge



Graphique 4 : Répartition des malades diabétiques en fonction de l'âge

Source : enquête de terrain/ Tossou 2012

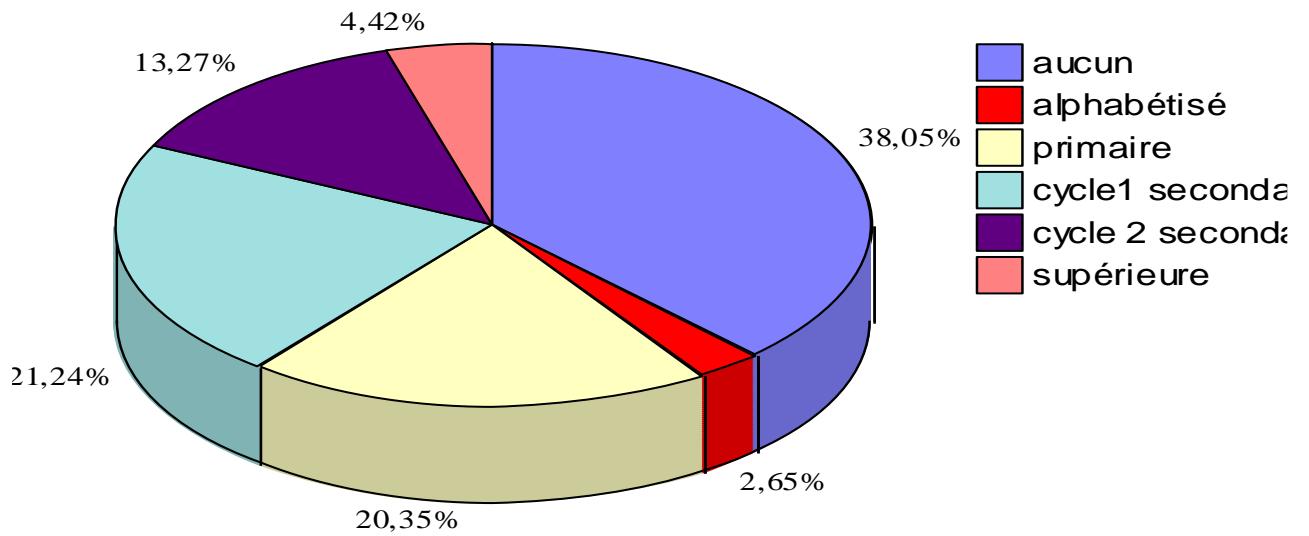
3. Activités génératrices de revenus exercées par les malades



Graphique 5 : Répartition des malades par activités génératrices de revenus

Source : Enquête de terrain/ Tossou 2012

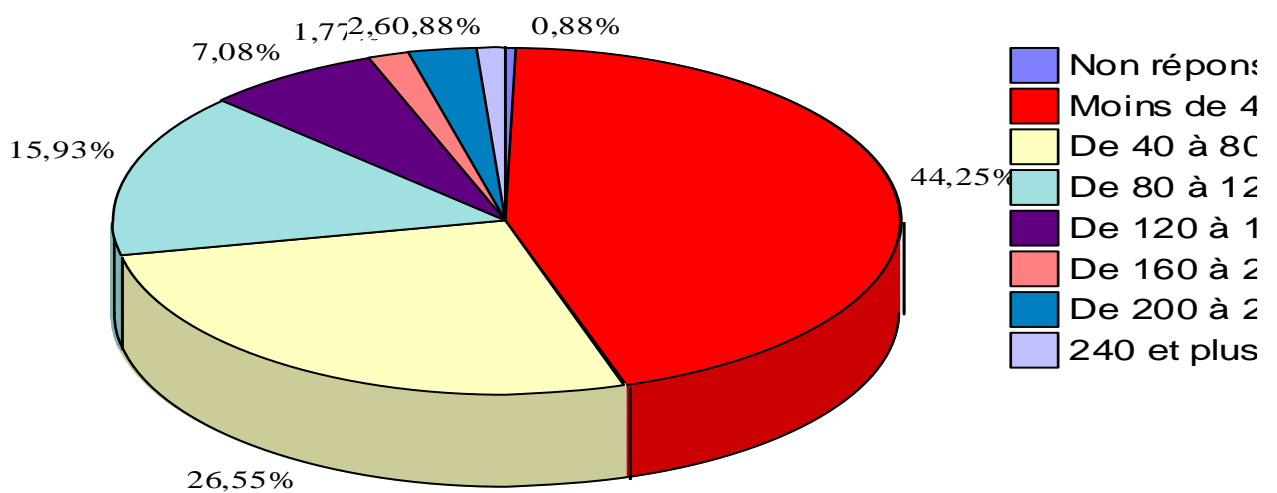
4. Répartition des malades selon leur niveau d'instruction



Graphique 6 : Répartition des malades en fonction du niveau d'instruction

Source : enquête de terrain / Tossou 2012

5. Répartition des malades selon la durée de la maladie



Graphique 7 : Répartition en fonction de la période vécue avec la maladie.

Source : Enquête de terrain /Tossou 2012

6- Analyse du profil social des malades

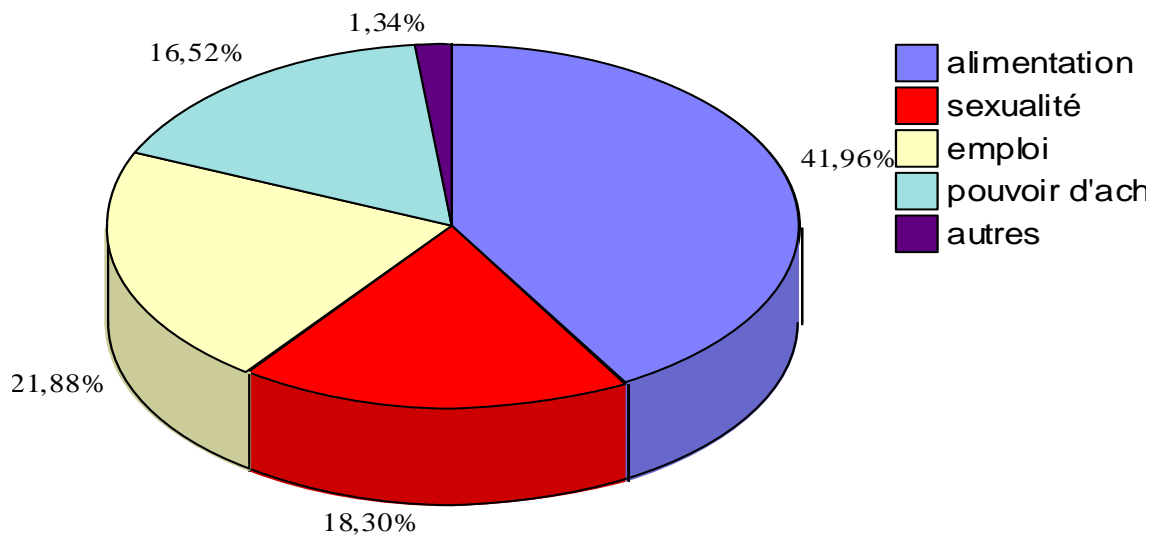
L'analyse du profil social des malades interviewés révèle :

- plus de femme que d'homme ;
- une tranche d'âge entre 20 et 60ans ;
- non scolarisés et non alphabétisés pour la plupart ;
- artisans et commerçants pour la plupart ;
- ils sont malades depuis 4ans.

En effet, l'analyse du profil social des malades permet de comprendre que ces derniers appartiennent aux secteurs vitaux de la vie économique et sociale de la commune du fait de leur âge et de l'activité génératrice de revenu exercée. De plus le caractère féminin de la maladie laisse entrevoir toutes les modifications que cette maladie pouvait induit sur l'organisation de la famille des malades si on tient compte du rôle fondamental joué par les femmes dans la sphère domestique en ce qui concerne l'éducation, la nutrition et autres sphères vitales de la vie familiale. Ce profil social nous permettrait également de mieux saisir les conséquences économiques de la maladie sur l'organisation sociale des malades.

II- Conséquences socioéconomiques du diabète

Les différentes données collectées révèlent que les malades vivent dans une situation de rupture biographique marquée par une altération totale de leur qualité de vie qui s'apprécie à travers plusieurs facteurs comme l'illustre le graphique ci-après :



Graphique 8 : Les niveaux de vie affecté par le diabète

Source : Enquête de terrain /Tossou 2012

1. Au plan social

1.1. Rupture avec les normes alimentaires

L'alimentation est la première rupture constatée par les malades. En effet, au nombre des actions médicales de gestion quotidienne de la maladie figure la modification du mode de vie à travers un régime alimentaire. Le régime alimentaire est un enjeu capital de la gestion du diabète car il a pour finalité de réduire l'apport en glucide et en lipide de l'organisme afin de limiter une prise de poids et une mauvaise utilisation du glucose par l'organisme.

Au Bénin en général et à Abomey en particulier, la plupart des acteurs de la santé estiment qu'il est difficile de faire suivre à une personne souffrante du diabète un régime alimentaire exclusif, car les repas consommés sont habituellement très riches en glucide, pauvres en protide et parfois riches en lipide. Ainsi, le régime recommandé aux malades est souvent à l'opposé des habitudes alimentaires.

« Le régime est trop difficile, tu ne manges que des légumes, sans huile. Le repas est totalement différent »

(Propos d'une femme malade du diabète)

Cependant, le rapport à l'alimentation au Bénin en général et en milieu fon d'Abomey met en jeu de multiples dimensions : économiques, culturelles sociales. Les aliments sont plus qu'une simple source d'énergie et de substances nutritives indispensables à notre santé et à notre bien-être. Ils reflètent la complexité de caractéristiques culturelles générales touchant la nourriture, l'organisation unique de la production alimentaire et les politiques sociales en vigueur. Les aliments jouent un rôle déterminant dans la socialisation humaine, dans la prise de conscience de soi et de son corps, dans l'acquisition du langage et dans le développement de la personnalité.

Selon BARTHES (1975), les substances nutritives, les techniques de préparation, les habitudes alimentaires participent toutes d'un système de différences de signification, et nous-mêmes communiquons par le canal de la nourriture. À mesure que l'homme apprend quoi manger et comment manger, il assimile sa culture, les normes, les valeurs. Le régime alimentaire induit donc une acculturation alimentaire.

« L'alimentation te tue, tu ne peux rien manger, même pas la pâte. Alors que la pâte c'est notre alimentation principale. On vieillit plutôt que prévu »

(Propos d'une femme malade du diabète)

Par ailleurs, il se pose un problème relatif à la notion d'obésité. Les acteurs de santé interviewés ont souvent indexé l'obésité comme un facteur à risques des maladies cardio-vasculaires dont le diabète. Cependant, en milieu fon d'Abomey, l'obésité a longtemps été perçue comme un signe de prospérité, d'aisance. Lorsqu'une personne a une famille où les membres sont chétifs, cela donne le reflet de la pauvreté et de la misère. D'après les discours des malades, l'amaigrissement constaté du au diabète était considéré comme un indicateur de marginalisation sociale. Cette perception trouve son sens à travers l'existence

d'un certain nombre de stéréotypes. La perte de poids est signe de maladie ou de problèmes financiers. Faire remarquer à quelqu'un qu'il a maigri relève donc de la dépréciation sociale. Cette perception sur l'obésité persiste encore dans la mémoire collective des Fon d'Abomey. Alors, lutter c'est difficile parce qu'il y a des personnes qui préfèrent mourir du diabète que de mourir socialement. Cette perception populaire qui fait de l'obésité un élément statut et de prestige social est qualifiée par JAFFRE (1969) de dissonance entre représentations sociales et médicales.

Par ailleurs, le régime alimentaire qu'impose le diabète est considéré par les malades comme un facteur de rupture de sociabilité.

« Le comportement du mangeur est social. De ce fait, il, s'inscrit dans un cadre culturel. On adopte à la fois les aliments et les manières de consommation et de table de ses pairs, afin de s'intégrer au groupe ». (HEREAUD, 2003).

Dans le groupe socioculturel fon majoritaire de la commune d'Abomey et ailleurs au Bénin, l'établissement et le maintien des relations humaines passent avant tout par le partage de la nourriture.

« Que la nourriture soit partagée ou simplement mangée en présence d'autrui, manger et boire sont les satisfactions qui sont aussi modes de communication »

(RABIN, 1994).

Le malade du diabète à travers son régime alimentaire se voit exclu de ces formes de sociabilité.

« Quand on m'invite, je ne peux rien manger. Certains collègues pensent que je fais l'égoïste ... » (propos d'un homme malade du diabète)

Cette rupture de sociabilité générée par le régime alimentaire est plus vécue par les femmes diabétiques. En effet, la division sociale des travaux dans la famille patriarcale confère à la femme les rôles domestiques (nourrir la famille, s'occuper des enfants, faire le ménage etc.). Ainsi, soumettre toute la famille au régime alimentaire ou se soustraire au repas de famille à travers un met différent

de celui présenté au reste des membres de la famille est sujet à des stéréotypes. De nos entretiens avec quelques maris de femmes ayant le diabète, le repas partagé avec la femme est gage de sécurité car :

«Celui qui a ton ventre en mains a aussi ta vie à portée de mains ».

(Propos d'un homme malade du diabète)

1.2. Altération de la sexualité dans le couple

L'un des niveaux de vie affecté par le diabète est la sexualité dans le couple. Selon les acteurs de soins de santé moderne interviewés lors de l'enquête, le diabète est la cause des troubles de l'érection la plus fréquente. La dysfonction érectile est particulièrement fréquente chez les diabétiques, trois ou quatre fois plus fréquente que dans la population normale. Elle dépasse 50 % chez les diabétiques de plus de 50 ans. Cette fréquence est liée à l'association de plusieurs facteurs : le diabète lui-même avec l'augmentation du sucre dans le sang, les médicaments indispensables au traitement du diabète et de ses complications (traitements de l'hypertension artérielle tels que les diurétiques, les bêtabloquants et les traitements de l'hyperlipidémie), l'atteinte des artères irriguant la verge et l'atteinte des nerfs de la verge, en particulier chez les patients diabétiques traités par l'insuline.

« Le diabète entraîne une artériosclérose, une altération des nerfs qui cause des troubles de l'érection chez 30 à 50 % des hommes diabétiques »

(Propos du responsable de l'unité de prise en charge du diabète)

Or au-delà de la jouissance physique, la vie sexuelle dans le couple est une puissante source d'estime de soi et d'épanouissement (impression de se sentir attirant, d'avoir une certaine valeur sociale, être parfaitement en possession de son corps de femme ou d'homme). A ce titre, la sexualité est bénéfique pour l'équilibre personnel. Elle est la forme d'expression la plus intime, synonyme de communication, d'harmonie et de bonheur partagé. Elle

fait partie intégrante de la dynamique de chaque couple faisant d'elle un baromètre de la solidité d'une union. Lorsqu'il advient que l'homme ou la femme soit aux prises à un trouble sexuel, c'est toute une série de certitudes sociales qui s'ébranlent : l'image de soi, l'entente dans le couple, la satisfaction dans la vie quotidienne. Tout se passe comme si l'homme vit un arrêt de vie sociale⁸. Cette analyse de la sexualité dans le couple est illustrative de la trame sexuelle qui se joue chez les malades du diabète vivant en couple. Le diabète altère la qualité de vie sexuelle.

« Ma relation avec ma femme est bouleversée par la faiblesse sexuelle, au début, je ne pensais pas que c'était le diabète, ma femme pensait que je me dépense au dehors » (Aubin, 59ans). « Le diabète diminue l'envie d'avoir des rapports sexuels, ça rend l'homme faible ; Il faut recourir à d'autres produits pour être viril. Cette maladie n'est pas bon pour les polygames »

(Propos d'un homme malade du diabète).

1.3. Rupture des activités quotidiennes

A cause de la fatigue que le diabète provoque, les malades se voient généralement dans l'incapacité d'exécuter convenablement leurs activités quotidiennes, leurs activités professionnelles et génératrices de revenus. Le discours des malades en dit long :

« [...] c'est une maladie qui vous fatigue, quelques choses vous absorbe, j'étais tailleur, je n'arrive plus à rien faire [...] »

(Propos d'un homme malade du diabète)

Pour cette malade, l'incapacité d'exercer son activité comme avant est difficilement acceptée

« [...] tu vois parfois ce que tu as à faire mais tu ne peux rien faire. Je menais une activité qui me rapportait parfois jusqu'à 500000fcfa dans le mois, je suis revendeuse de produits vivriers. Je voyage beaucoup pour acheter et revendre les produits. A cause du

⁸Dr Michael MC CORMACK, 2001, le sexe masculin mis à nu : l'importance de la vie sexuelle (web.me. com/urologie/documentation_PDF)

diabète, mes activités sont bloquées. C'est une maladie qui tue les nerfs. Je peux te dire que je n'ai plus de mari, vous les hommes vous aimez l'argent, moi j'ai tout dépensé dans la maladie, mon mari pense que j'ai toujours de l'argent car il exige de moi certaines dépenses, ce qui occasionne toujours des disputes entre nous»

(Propos d'une femme malade du diabète)

1.4. Altération du pouvoir d'achat

Les dépenses inéluctables en soins de santé du diabète se greffent aux dépenses habituelles de vie courante. Les besoins fondamentaux de l'homme à savoir : se nourrir, se vêtir, s'instruire, se loger, se soigner et se distraire impliquent tous des coûts pour leurs satisfactions. L'irruption de la maladie dans l'existence de l'individu rend aléatoire la satisfaction desdits besoins. Du coup, les ressources financières à consacrer dans un ménage pour la satisfaction des besoins vitaux de ses membres sont orientées vers les soins de santé d'un malade diabétique. Dans la majeure partie des cas, les dépenses en soins de santé plongent les personnes diabétiques dans une spirale de dette et de pauvreté (MOHGA, 2003).

Les entretiens ont permis de percevoir les effets de la gestion sur le pouvoir d'achat des malades et de leurs entourages.

« Cette maladie a fini mes économies ; j'achète toujours tout ce qu'on me présente »
(propos d'une femme malade du diabète).

« Moi je gère la maladie dans mon salaire, ça m'a bouleversé. La gestion de la maladie a agi sur mon économie, toutes les autres dépenses (le mangé, l'éducation de mes enfants, leurs soins de santé sont obligatoires) y compris mon diabète, ça m'empêche d'épargner pour faire des réalisations »

(Propos d'un homme malade du diabète)

« Les dépenses, c'est ce qui tue, c'est un problème, voyez vous-même, il n'a qu'une seule unité de prise en charge ici, si tu n'as pas de moyen de déplacement, c'est déjà une dépense ».

(Propos d'un malade diabétique)

« Le diabète est une maladie de riche, si tu n'as pas l'argent tu vas mourir, même le régime alimentaire te tue financièrement ».

(Propos d'une femme malade du diabète)

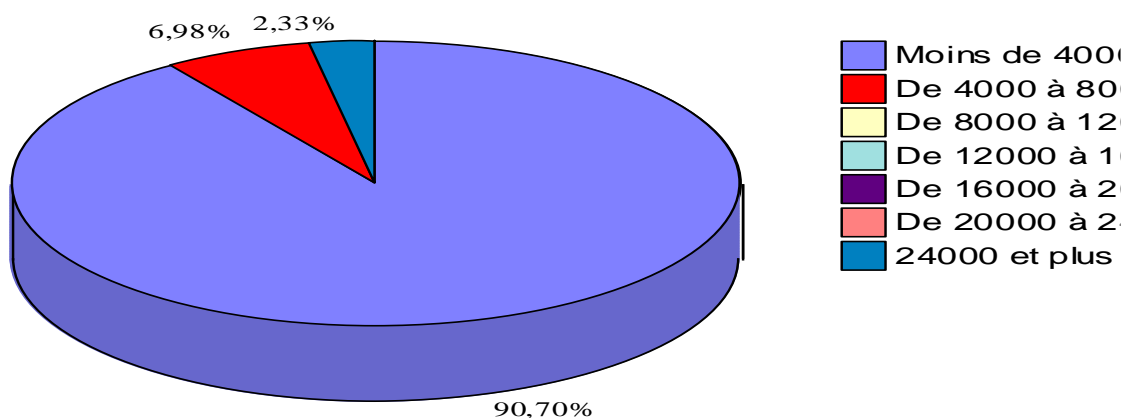
De tout ce qui précède, le diabète apparaît comme une maladie de bouleversement social. En effet, l'altération de la qualité de vie et la capacité réduite à travailler occasionne un amenuisement du pouvoir d'achat des malades. Cette situation fait basculer les malades dans une vulnérabilité marquée par des ressources financières limitées pour satisfaire leurs besoins fondamentaux. Ainsi, plusieurs contraintes de nature économique liées aux soins de santé dans le cadre de la gestion du diabète se posent aux malades et à leurs entourages sociaux.

2. Au plan économique

Les conséquences économiques s'apprécient à travers les dépenses liées aux soins de santé et à l'alimentation.

2.1 Le sous-système familial

Cette estimation est relative à ce que dépense en moyenne un malade par mois s'il a recours à l'automédication. C'est-à-dire lorsqu'il gère sa maladie à l'aide de plantes médicinales.



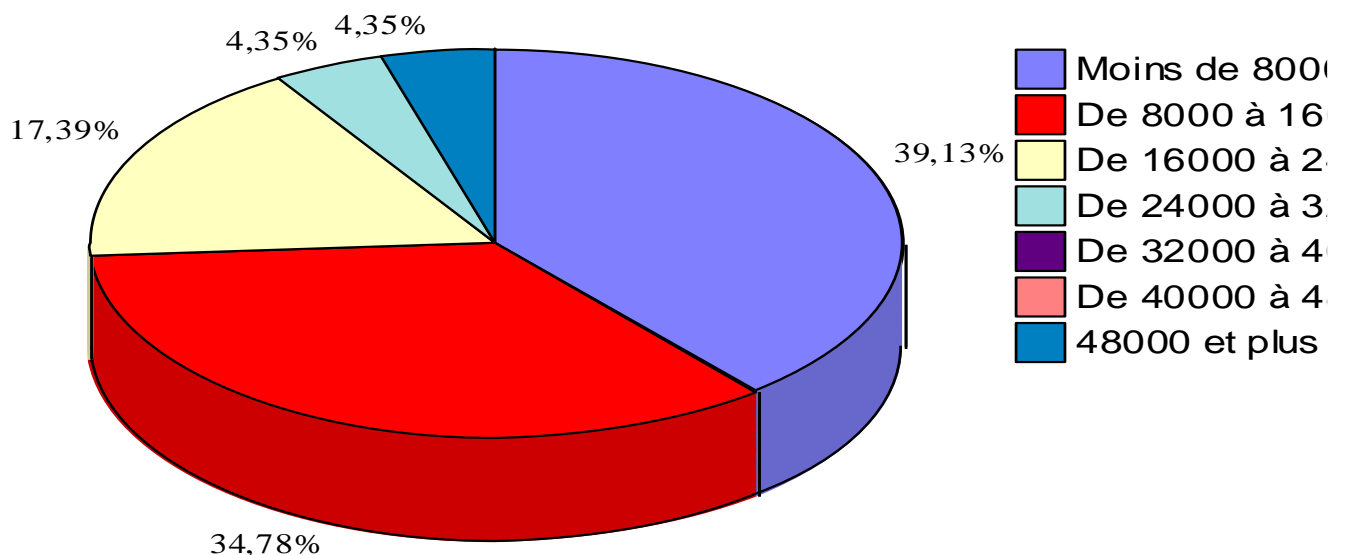
Graphique 9 : Dépenses par mois en FCFA pour l'usage des plantes médicinales

Source : enquête de terrain/ Tossou 2012

On constate à travers le graphique que le coût de la gestion du diabète à l'aide uniquement des plantes est relativement faible comparativement aux autres recours tel qu'on le verra dans la suite des analyses.

2.2. Le sous-système traditionnel

Le sous-système traditionnel met en exergue le recours à la médecine traditionnelle dans le processus de gestion du diabète.



Graphique 10 : Dépenses par mois en FCFA pour le recours à la médecine traditionnelle

Source : enquête de terrain/ Tossou 2012

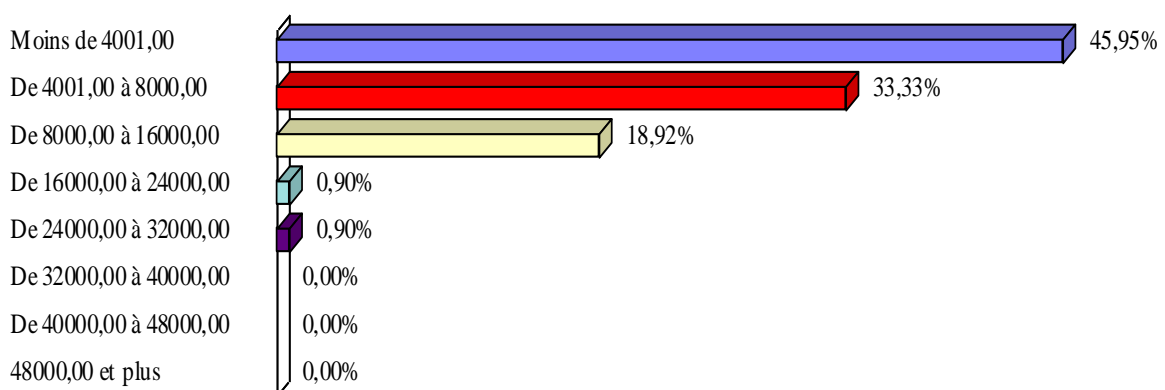
2. 3. Le sous-système biomédical

A ce niveau, plusieurs variables ont été pris en compte. L'examen des coûts directs en soins de santé dans le sous-système biomédical passe par l'analyse du coût des soins ambulatoires, le coût des hospitalisations, le coût des médicaments. Les résultats présentés sont des estimations à partir des données

recueillies chez les malades et les acteurs de soins de santé. Ces données sont relatives aux douze derniers mois précédant notre enquête.

2.3.1. Le coût des soins ambulatoires

Le coût des soins ambulatoires est la somme de tous les coûts des visites (frais de consultation et d'achat de carnet de soins) chez les médecins généralistes, les spécialistes, les tests de laboratoire et examens complémentaires. A cet effet, l'étude a tenu compte des moyennes car les visites sont périodiques, le coût des examens et des tests varient en fonction de l'équilibre glycémique du malade ou des complications éventuelles. Un malade dépense environ 5210 FCFA par mois pour les frais de consultations, de test de glycémie éventuelle ou d'examen. Cette moyenne s'explique par le fait que même en absence d'une complication aiguë, un malade doit au moins effectuer une analyse de sang obligatoire par mois. Le graphique ci-dessous en donne une illustration.

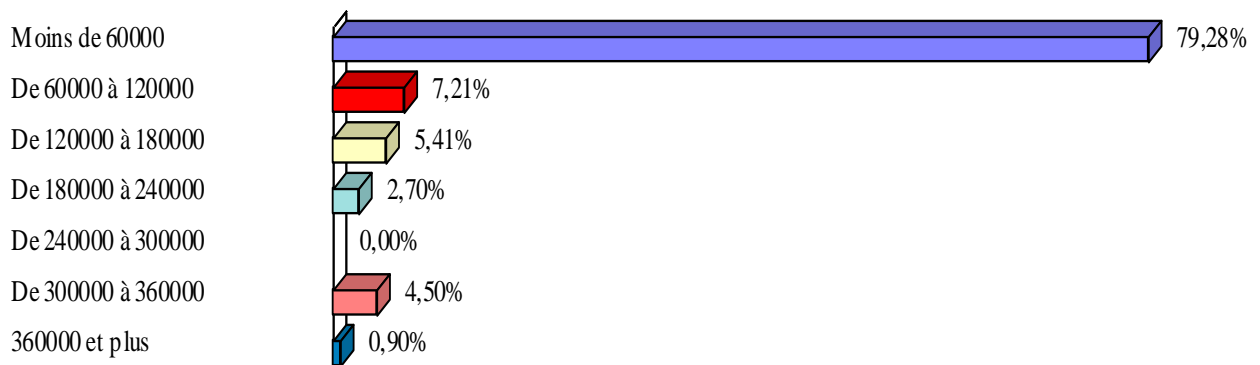


Graphique 1: Coût des soins ambulatoires

Source : Enquête de terrain 2012/ Tossou

2.3.2. Le coût des hospitalisations

Il s'agit de la moyenne des coûts inhérents à toutes les admissions hospitalières. Ailleurs et au CHD –Zou, une journée d'hospitalisation à un coût et ce dernier est relatif à l'hébergement du malade dans la salle d'hospitalisation et varie en fonction des équipements de la salle. Cette recherche a retenu le coût de l'hospitalisation au cours d'une phase aigüe de diabète (glycémie très élevée ou complications liées à la maladie).



Graphique 2: Coût des soins d'hospitalisation

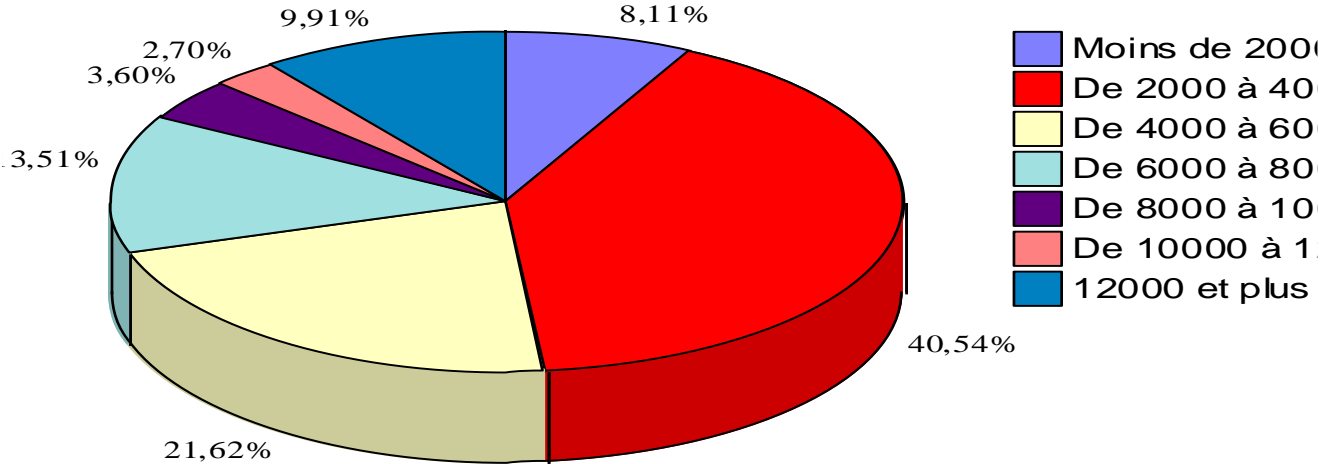
Source : Enquête de terrain 2012/ Tossou

Les résultats de l'enquête par questionnaire révèlent qu'en moyenne un malade dépenserait 38785Fcf minium pour une phase d'hospitalisation.

2.3.3. Le coût des médicaments

Il s'agit de la moyenne des coûts de tous les médicaments prescrits par les médecins généraliste et les spécialistes aux malades à l'externe, c'est-à-dire pour un traitement de la maladie. Les résultats de l'enquête par questionnaire révèlent qu'un malade dépenserait 5735 FCFA par mois dans l'achat des produits pharmaceutique. Chaque diabétique a l'obligation de prendre par jour une dose

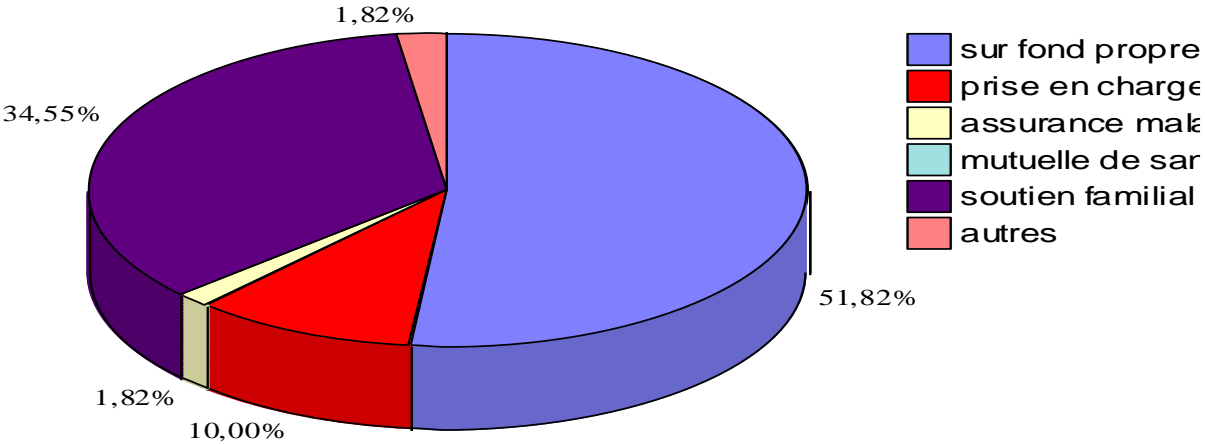
de produits prescrite en fonction de sa glycémie. Du coup, il s'agit donc d'une charge obligatoire à assumer par le malade.



Graphique 13: Coût des médicaments

Source : Enquête de terrain 2012/ Tossou

Par ailleurs, le caractère chronique de la maladie maintient les malades en contact régulier et sur le long terme avec les soins de santé médicaux. Or les malades ne disposent d'aucune couverture sociale de prise en charge en cas de maladie et ne souscrivent à aucune assurance maladie ou à une mutuelle de santé. Ces malades doivent faire face aux diverses dépenses en soins de santé inhérentes au processus de la gestion sociale du diabète sur fond propre ou en comptant sur la solidarité familiale comme l'illustre ce graphique :



Graphique 14 : Modalité de financement de la santé

Source : Enquête de terrain 2012/ Tossou

Ainsi, le coût des soins de santé dans le cadre du processus de gestion du diabète constitue une barrière à l'accès aux soins des malades surtout des classes moyennes. En effet, si on considère le SMIG (Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti) qui est d'environ 30000 FCFA par mois ; ce montant est insuffisant pour assurer à une famille de trois personnes (père, mère et un enfant) les besoins fondamentaux de l'homme dont les soins de santé primaire.

De plus, les soins de santé à travers les actes médicaux ne constituent qu'une partie infime de la gestion du diabète. La partie majeure est relative à la modification de l'alimentation à travers un régime alimentaire pauvre en glucide, en lipide et riche en protéine qui a aussi un coût non négligeable.

3. Contrainte économique liée à l'alimentation

Dans un contexte marqué par le coût de plus en plus élevé des produits alimentaires sur le marché, la composition du panier dépend des fluctuations des prix des produits. Or le régime alimentaire pour le malade du diabète doit-être riche en protéine, en apport de fibre et pauvre en lipide. Cependant, l'amenuisement du pouvoir d'achat par les soins de santé ne favorise pas un respect scrupuleux des consignes diététiques en la matière. Aussi, la taille d'un ménage constitue un handicap au respect du régime alimentaire.

En effet, dans un contexte social comme celui d'Abomey où le nombre de personnes vivant sous le même toit est de cinq à neuf, avec les ressources financières souvent limitées selon les statistiques d'INSAE (2002), le respect d'un régime alimentaire est très limité car il génère des dépenses supplémentaires difficilement gérables par le malade.

« Le diabète est une maladie des riches. (...) le régime alimentaire te tue financièrement, on devient sélectif dans l'alimentation. Trois œufs, du poisson, des fruits, combien de personnes peuvent supporter cela, mon docteur m'a dit que je dois poursuivre le régime et je lui dis que je vais tomber »

(Propos d'une femme malade du diabète)

« Le régime alimentaire a bouleversé beaucoup de choses. Le régime a augmenté suffisamment ce que je donnais à la maison, il a bouleversé mes économies »

(Propos d'une femme malade du diabète)

De même, beaucoup de malades interviewés ne pouvant pas se permettre de consommer seuls à table un régime adapté sont obligés de prendre les repas avec le reste de la famille. Certains, en tentant de limiter plus ou moins les apports glucidiques, sont souvent mal rassasiés et sont parfois obligés de grignoter tout ce qui leur tombe sous la main. Au-delà des contraintes de nature économique liées à l'alimentation, il en existe certaines qui sont de nature sociale.

L'analyse des données quantitatives montre à travers le profil des malades (Graphique N°5) que dans la commune d'Abomey, les malades rencontrés exercent à 52,2% dans le commerce, l'artisanat et l'agriculture. Ils exercent dans les fonctions intermédiaires à 19,47 % qui réunissent les fonctionnaires d'Etat ou du privé ayant un niveau d'instruction inférieure ou égale au BAC. Or les données statistiques économiques de la commune d'Abomey montrent que les principales activités économiques de la population d'Abomey sont par ordre d'importance décroissante le commerce (46% des actifs), l'artisanat (17%), le fonctionnariat (15%) et l'agriculture (11%) (Monographie de la commune d'Abomey/ Afrique conseil, 2006 : 10). Si la maladie du diabète touche les populations actives dans les secteurs d'activités vitaux pour l'économie de la commune, alors elle constitue au plan collectif un handicap pour la productivité communale et une source de perte de revenus pour la société.

Les différentes contraintes relatives à la gestion sociale du diabète obligent les malades à développer un certain nombre d'attitudes et de comportements pour y faire face. Ces comportements d'adaptation sont appréhendés à travers la mobilisation de plusieurs recours et la négociation des rôles.

III- Adaptation des malades et de leur entourage à la maladie

L'irruption du diabète dans la vie de l'individu le propulse dans un cycle de bouleversement social, économique et culturel. Ce dernier pour vivre sa maladie développe des comportements tels que la mobilisation de plusieurs recours thérapeutiques, la sélection de l'information par rapport au régime alimentaire, la négociation des rôles.

1. Mobilisation de plusieurs recours par les malades.

A l'analyse du discours des malades rencontrés, on se rend compte que la qualité des soins et l'efficacité thérapeutique apparaissent comme les facteurs qui mobilisent les malades autour d'un recours thérapeutique. Aussi, l'analyse du processus de gestion du diabète révèle une mobilisation d'un ensemble de recours thérapeutiques par les malades dont l'aboutissement est l'univers médical. Cependant cette trajectoire thérapeutique n'est pas rectiligne mais oscillante. En effet, la plupart des malades rencontrés associent soit la médecine moderne à l'automédication ou la médecine endogène appelée traditionnelle à la médecine moderne. Cette attitude relève d'un évitement des contraintes médicales dues à la prise prolongée des médicaments.

« ...vous savez la prise de médicaments n'est pas facile, moi je me connais et je sais quand mon taux de glycémie monte. J'utilise des tisanes et je fais mon contrôle, quand je sens que le taux monte, je renoue avec les médicaments de pharmacie, et de plus grâce à ces tisanes ça va de mieux en niveau, ma virilité aussi. »

(Propos d'un homme malade du diabète).

2. Sélection de l'information médicale à propos du régime alimentaire

L'information médicale en matière de régime alimentaire est souvent sélectionnée en fonction des moyens financiers des malades. Les malades essaient d'adapter les aliments qu'ils ont l'habitude de manger aux contenues diététiques médicaux.

« Moi je mange tout. Lorsque je veux manger un repas riche en glucide comme le riz, le haricot. Je lave et je change plusieurs fois l'eau afin d'évacuer l'amidon. Je mange également de la pâte ayant séjournée au moins trois jours dans l'eau, là je suis sûr que tout l'amidon est parti »

(Propos d'une femme malade du diabète).

3. Négociation des rôles professionnels au travail

Ce comportement est relatif aux différentes catégories socioprofessionnelles. Pour ceux exerçant dans le secteurs privé ou public en qualité d'agent administratif, une mutation à un poste moins exigeant en dépense d'énergie est une alternative à la rupture biographique. C'est souvent le cas des enseignants qui sont affectés dans l'administration pour raison de maladie. Ceux qui exercent dans le commerce et l'agriculture sont obligées d'entrer en sous-traitance pour conserver une partie de leurs activités.

« ...aujourd'hui, j'ai plus de 2000000fcfa dans les mains d'une amie car c'est elle qui va acheter les produits vivriers à ma place ... avec tous ce risque que je prends, mais je n'ai pas le choix » (Propos d'une femme malade du diabète)

Que peut-on conclure ?

Conclusion

La recherche a porté sur la gestion sociale du diabète dans un contexte de pauvreté monétaire dans la commune d'Abomey. L'objectif est d'appréhender le rôle des conditions socioéconomiques des malades dans le processus de gestion sociale du diabète.

Au terme de l'analyse et de l'interprétation des données qualitatives et quantitatives, on retient que les malades appartiennent aux secteurs d'activités vitaux de la commune d'Abomey, étant pour la plupart des femmes, elles ont un niveau d'instruction très faible. Les résultats montrent qu'ils existent des perceptions sociologiques liées au diabète et qui ne sont pas négligeables dans la construction de ce processus. Ainsi, considérée comme une maladie de sucre et parfois ayant une extériorité pathologique due à la sorcellerie ou au mauvais œil, le diabète est une maladie souvent associée à la mort biologique et sociale.

Par ailleurs, le processus de gestion du diabète dans la commune d'Abomey met en exergue une pluralité de recours thérapeutiques ou d'options thérapeutiques mobilisables par les malades et leur entourage social. L'examen des différents recours mobilisés par les malades au cours du processus de gestion de la maladie indique que ce processus est un processus d'essais et d'erreurs déterminé par la quête de sens et d'efficacité thérapeutique.

D'une part, il ressort également de cette recherche que le diabète altère les conditions de vie des malades car elle est source de rupture biographique. A cet effet, tous les niveaux de vie de l'homme sont touchés par la maladie. La qualité de vie est réduite, les activités génératrices de revenus sont affectées, la relation du malade avec son entourage est bouleversée. De plus, chaque étape du processus de gestion de la maladie a un coût financier difficilement supportable par le malade et son entourage.

D'autre part, les conditions de vie altérées par la maladie constituent une contrainte aux respects des règles de soins de santé. En effet, la gestion du diabète induit les malades dans un changement de mode de vie notamment l'alimentation et de rupture avec des modes culturelles et sociales difficilement acceptable par ces derniers. A cela s'ajoutent les exigences financières difficilement supportables par les malades du fait du coût des dépenses inhérentes aux soins de santé dont les médicaments.

Somme toute, le diabète est une sérieuse menace aux efforts de développement dans les pays en voie de développement dont le Bénin. Au-delà du défi qu'il constitue au système de soins de santé, il constitue un frein au développement économique. Il est important que les politiques élèvent cette maladie au rang des maladies prioritaires et mettent en place un programme de gestion spécifique afin de réduire les conséquences de cette affection. Le mode de vie qui intègre des comportements et des modes de consommations nuisibles à la santé, l'inactivité physique sont les premiers facteurs à risque de la maladie. Ces facteurs peuvent être contrôlés. Pour les malades atteints du diabète, une gestion de la maladie en tenant compte des conditions de vie des malades serait un atout.

Références bibliographiques

ABAYOMI (S.), 1996, *Plantes médicinales et médecines traditionnelles d'Afrique*, Paris, Karthala

Baszanger (I.), 1986, "Les maladies chroniques et leurs ordres négociés", *Revue française de sociologie*, n°27, pp.20-22

Beau (M.), 2006, *L'art de la thèse : Comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du Net*, Paris XIII, Edition la Découverte, 208p.

Benoist (J.), 1996, *Soigner au pluriel*, Paris, Karthala, 520p.

Bury (M.), 1982, "Chronic illness as biographical disruption "in *sociology of health and illness*, n°2, pp.50-6

Courtejoie (J.) et al, 1990, *Lexique médical : le vocabulaire à la portée de tous*, Kangu-Mayumbe, Zaïre Berps, 280p.

Durkheim, (E.), 1992, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Louvain, 149P, 1^{ère} Edition

Fatima (K.), 2007, "Le diabète, une maladie de bouleversements sociaux", *L'œil du sociologue*, Réseau Africain d'Education pour la Santé, 2P.

FID 2009, the *diabetes Atlas*, Fourth Edition, 12P.

Fassin (D.), 1992, *Maladie et Pouvoir en Afrique*, Paris, Karthala, 359P.

Fidespra 2004, Vision Stratégique et Programme Pluriannuel d'Investissements de la commune d'Abomey.

Freidson (E.), 1984. *La profession médicale*, Paris, Payot. 30P.

Harris (F.), 1998, *Représentations de la maladie chez les Dogons en Côte-D'ivoire*, Paris, Harmattan, 238 P.

Herzlich (C.), 1992, *Santé et Maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, édition de l'EHESS, 212 P.

Heraud (M), 2003 : “ *Une approche anthropologique du diabète à Bamako, Mali : suivi du régime, itinéraires thérapeutiques et relations soignant-soigné.* », DES Coopération au développement, sous la direction de M.Caraël, Université Libre de Bruxelles, 145P.

Herzlich (C.), et Auge (M.), 1994, *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 278P.

Hureaux (E.), 2009, *Quels savoirs « en jeu » (enjeux) autour de la maladie chronique ?*, Université de Paris 13, Laboratoire Expertise, 16P.

IMT2006, *Protocole de recherche de l'étude socio-anthropologique des itinéraires thérapeutiques dans deux aires de santé rurale au mali*, Belgium, Antwerpen, 10P.

INSAE 2002, *synthèses des analyses en bref, Direction des études démographiques*, Cotonou

Jaffre (Y.), « Dissonances entre les représentations sociales et médicale de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger » in *Sciences Sociales et Santé*, N°1, Mars 1996, pp 41-71

Janzen (J.M.), 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Editions Karthala, 287 P.

Kpatchavi (A.), "Dénomination de l'acteur de soin chez les WACI et les fon " in *Etude béninoise*, n°1, juin 2005, pp32-46

Marmot et Wilkinson, 2004, *Les déterminants sociaux de la santé : Faits*, International Centre for Health and Society, OMS Europe, Danemark, 42P.

Masse (R.), 1995, *Culture et santé publique*, Canada, édition Gaétan Morin, 500 P.

Mebtoul (M.), 2000, *Les significations attribuées à la prise en charge de deux maladies chroniques : diabète et hypertension artérielle à Tlemcen (Algérie)*, Rapport de recherche

Mohga (K., S.), « Diabète et société » in *Diabètes voices*, N°2, Septembre 2003,3p.

Motala et Ramalya 2010, *Diabètes : une pandémie silencieuse et son impact en Afrique subsaharienne*, Johannesburg, African Changing diabètes Leadership Forum

PNLMNT 2008, *Rapport final de l'enquête STEPS au Bénin*, 126 P.

OMS 2003, *Des soins novateurs pour les maladies chroniques : éléments constitutifs*, Rapport mondial, 109 P.

Quivy (R.), Van campenhout, (L.), 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 288 P.

Rabain(J.), 1994, *L'enfant du lignage*, Paris, Edition Payot, 239P

République du Bénin, 2000, *Etude nationale de perspective à long terme, Bénin 2025 : ALAFIA*, PRCI/NLTPS/BEN 96/001, Cotonou, Bénin.

République du Bénin, 2008, *Rapport d'avancement 2007 de la stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCR2007-2009)*, Ministère de l'économie et des Finances.

Shobhana (R.), et al. "Expenditure on health care incurred by diabetic subjects" *in a developing country: a study from southern India. Diabetes Res Clin Pract*, N° 48, 2000, pp. 37-42

Sidibé (H.), "Le diabète sucré en Afrique subsaharienne" *in cahiers d'études et de recherches francophones en santé*, n°5, 1998, pp 342-346

Strauss (A.) et al, 1992, *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, Harmattan, 318 P.

Tremblay (M.A), 1981, *La santé en tant que phénomène global*, Montréal : Décarie Éditeur, 365 P.

[www. Who.int/topics/ chronic-diseases/fr/index-htm](http://www.who.int/topics/chronic-diseases/fr/index-htm), Septembre 2011

[www. santédiabète.org](http://www.santediabete.org) 9juin 2011

[www. etudesrurales.revues.org/document68.html](http://www.etudesrurales.revues.org/document68.html) / Emmanuelle Benicourt, la pauvreté selon le PNUD et la Banque mondiale (9juin 2012)

ANNEXES

OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES QUALITATIVES

Guide d'entretien N°1

A l'attention des malades diabétiques et autres membres de l'entourage du malade.

Identification de l'enquêté (A renseigner à la fin)

Agesexe : M F

Profession / occupation ...

Situation matrimoniale

Niveau d'instruction

Groupe socioculturel.....

Lieu de déroulement de l'enquêtedate

Thème 1 : Perception sur le diabète

(i) Appellation du diabète en fongbé.

(ii) Sens de l'appellation

(iii) Causes de la maladie

(iv) Symptômes et manifestations de la maladie

(v) Modalité d'identification d'un diabétique (signes, attitudes, comportements etc.)

(vi) Appréciation de la gravité de la maladie

Thème 2 : Diabète et rupture biographique

I- Parcours de vie du malade

- (i) Annonce des signes cliniques (où et quand ?)
- (ii) Temps passé avec la maladie
- (iii) Réaction après l'annonce (résignation, angoisse, anxiété, dépression etc.)
- (iv) Information antérieure sur le diabète (où, quand, par qui ?)
- (v) Réaction et attitude de l'entourage immédiat
- (vi) Influence du diabète sur le cours de la vie (qu'est-ce qui ont changé dans votre vie ?, vos activités, par rapport à votre famille ? dans vos relations avec les autres depuis le diagnostic ? Quelles sont vos stratégies d'adaptation)

II- Itinéraires et recours thérapeutiques

- (i) Recours thérapeutiques mobilisés (autogestion, médecine traditionnelle, médecine moderne, acteurs ayant prodigués les soins, mode de traitement, déroulement des traitements, durées des traitements)
- (ii) coût des recours
- (iii) contraintes liées à chaque recours mobilisés et stratégies développées
- (iv) Logique de décision (moyen financier, coût de la prestation, distance à parcourir, efficacité thérapeutique, contraintes éventuelles etc.)
- (v) Degré de satisfaction et appréciation des recours mobilisés
- (vii) Pensez-vous que cette maladie a dégradé vos conditions de vie ?

Thème 3 : Contraintes socioéconomiques de la gestion médicale

- (i) Contraintes liées au régime alimentaire
- (ii) Contraintes liées aux respects des prescriptions médicales
- (iii) Stratégie éventuelle

(iv) Appréciation de la relation médecin-malade dans l'univers médical

Guide d'entretien N°2

A l'attention des professionnels de la santé.

Identification de l'enquête (A renseigner à la fin)

Agesexe : M

Niveau d'instruction

Lieu de déroulement de l'enquêtedate

Thème 1 : Perception et représentation du diabète

(i) Causes

(ii) Mode de transmission de la maladie

(iii) Symptômes et manifestations de la maladie

(iv) Evolution de la maladie

(v) Perception des recours thérapeutiques (automédication, médecine, traditionnelle, médecine moderne etc.)

Thème 2 : Trajectoire thérapeutique ou cours de la maladie

(i) Diagnostic et Prévention

(ii) Etapes du traitement, Coût, contraintes ou obstacles rencontrés par le malade

(iii) Contraintes liées à l'éducation thérapeutique

Spécifique aux praticiens de la médecine endogène

- (i) Etape du traitement et Coût des traitements (procédé thérapeutique, plantes, substances minérales et animale, procédé spirituel, présentation des produits)
- (ii) Efficacité thérapeutique
- (vi) Rôle du malade et degré d'implication dans la réussite thérapeutique.
- (viii) Relation entre différentes catégories d'acteurs de soins
- (viii) Relation acteurs de soins-patients
- (ix) Relation acteurs de soins-membres de la famille
- (x) Obstacles et contraintes liées aux traitements
- (xi) Obstacles et contraintes liées

Guide d'entretien N° 3

A l'attention de membres des familles affectées/ voisinage

Identification de l'enquête (A renseigner à la fin)

Agesexe : M F

Lieu de déroulement de l'enquête Date

Thème unique : Rupture biographique et soutien dans la gestion du diabète

- (i) Perception sur le diabète (causes, modes de transmission, niveau de gravité de la maladie)
- (ii) Impact de l'annonce sur le cours de la vie (qu'est-ce qui a changé dans ces habitudes, sur votre vie de couple, son niveau de responsabilité, adaptation éventuelle, stratégie développée)

- (iii) Description d'un cours de la maladie (manifestations, votre participation à la gestion, votre degré d'implication dans la gestion de la maladie, contraintes perçues, difficultés, stratégie de contournement)
- (iv) Relation avec l'entourage du patient
- (v) Degré d'appréciation

Table des matières

| | |
|---|----|
| Sommaire | 2 |
| Dédicace | 3 |
| Liste des sigles et acronymes | 5 |
| Liste des tableaux, graphiques et Photos | 6 |
| Résumé | 7 |
| Abstract | 8 |
| Introduction | 9 |
| CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE | 11 |
| 1. PROBLEMATIQUE | 11 |
| 1. 1. Problème | 11 |
| 1.2. Hypothèses de travail | 14 |
| 1.4. Objectifs de la recherche | 14 |
| 1.4.1. Objectif général | 14 |
| 1.4.2. Objectifs spécifiques | 14 |
| 2. CLARIFICATION CONCEPTUELLE | 14 |
| 3. ETAT DE LA QUESTION | 19 |
| CHAPITRE 2 : CADRE PRATIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE. | 32 |
| 1. Cadre pratique de l'étude | 32 |
| 1.1. Localisation géographique | 32 |
| 1.2. Données démographiques et socioculturelles | 32 |
| 1.3. Conditions de vie des populations de la commune d'Abomey | 33 |
| 1.4. Justification du choix du cadre de l'étude et du sujet | 35 |
| 1.4.1. Justification du choix du cadre de l'étude | 35 |
| 1.4.2. Justification du choix du sujet. | 35 |
| 2. APPROCHE METHODOLOGIQUE | 36 |
| 2.1. Nature de l'étude | 36 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2. Population d'étude | 36 |
| 2.3. Groupes cibles | 36 |
| 2.4. Taille et techniques d'échantillonnage | 37 |
| 2.5. Techniques et outils de collecte de données | 38 |
| 2.6. Dépouillement, traitement et analyses des données | 40 |
| 3. DUREE ET CHRONOGRAMME DE LA RECHERCHE | 40 |
| 4. Difficultés et limites de l'étude | 41 |
| CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DU PROCESSUS DE GESTION DU DIABETE | 42 |
| I. Perceptions et représentations sociales de la maladie. | 42 |
| 1. Typologies des étiologies ou causes perçues | 42 |
| 2. Typologie des symptômes | 44 |
| II- Recours thérapeutiques mobilisés par les malades et leurs entourages sociaux. | 45 |
| 1. Automédication | 46 |
| 2. La médecine endogène. | 47 |
| 3. Médecine moderne | 51 |
| CHAPITRE 4 : Contraintes liées à la gestion sociale du diabète | 54 |
| I. Profil social des malades diabétiques | 54 |
| 1. Répartition des malades selon le sexe | 54 |
| 3. Activités génératrices de revenus exercées par les malades | 55 |
| 5. Répartition des malades selon la durée de la maladie | 56 |
| II- Conséquences socioéconomiques du diabète | 57 |
| 1. Au plan social | 58 |
| 1.1. Rupture avec les normes alimentaires | 58 |
| 1.2. Altération de la sexualité dans le couple | 61 |
| 1.3. Rupture des activités quotidiennes | 62 |
| 1.4. Altération du pouvoir d'achat | 63 |
| 2. Au plan économique | 64 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1 Le sous-système familial | 64 |
| 2.2. Le sous-système traditionnel | 65 |
| 2. 3. Le sous-système biomédical | 65 |
| 2.3.1. Le coût des soins ambulatoires | 66 |
| 2.3.2. Le coût des hospitalisations | 67 |
| 2.3.3. Le coût des médicaments | 67 |
| 3. Contrainte économique liée à l'alimentation | 69 |
| III- Adaptation des malades et de leur entourage à la maladie | 71 |
| 1.Mobilisation de plusieurs recours par les malades. | 71 |
| 2. Sélection de l'information médicale à propos du régime alimentaire | 72 |
| 3. Négociation des rôles professionnels au travail | 72 |
| Conclusion | 73 |
| Références bibliographiques | 75 |
| Annexes | 79 |
| Table des matières | 88 |