



Commensalité et contraintes sociales associées au régime alimentaire chez les diabétiques en Côte d'Ivoire

Commensality and social constraints associated with diet among diabetics in Ivory Coast

Mathieu Hermann COULIBALY, Gbete Jean Martin IRIGO et Djénéba Zena DOUMBIA
Université Peleforo GON COULIBALY (Côte d'Ivoire)

Résumé

Le présent article se propose de montrer les contraintes sociales auxquelles les diabétiques, en situation de commensalité, doivent faire face en Côte d'Ivoire. Il y ressort que la commensalité s'illustre parfois comme une limite à la médicalisation de l'alimentation individuelle. Pour cette raison, les diabétiques privilégient des prises alimentaires solitaires et à domicile. Leur alimentation s'accommode ainsi difficilement à la sociabilité avec l'environnement social. Mais l'implication de l'ensemble du corps social est une voie pour leur permettre d'adopter et respecter pleinement le régime alimentaire et les mesures hygiéno-diététiques. Le corpus de données est issu d'une enquête mixte menée auprès d'un totale de 68 individus.

Mots clés : Commensalité, Contraintes sociales, Diabète, Environnement social, et Régimes alimentaires

Abstract

This article aims to show the social constraints that diabetics, subject to diets, must face in a situation of commensality in Korhogo in Ivory Coast. It appears that commensality is sometimes illustrated as a limit to the medicalization of individual food. For this reason, diabetics prefer to eat alone and at home. Their diet therefore has difficulty adapting to sociability with the social environment. And the involvement of the entire social body is a way to enable them to adopt and fully respect the diet and health-dietary measures as a whole. The corpus of data comes from a mixed survey carried out with a total of 68 individuals.

Keywords: Commensality, Social constraints, Diabetes, Social environment, and Diets

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.15196437>

1 Introduction

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie qui affecte de nombreuses personnes dans le monde. En 2021, elle touchait environ 537 million de personnes, soit un adulte sur dix, selon le site de la Fédération Internationale de Diabète (FID). La moitié d'entre elles ignorait leur état. Selon l'étude du Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2021 Diabetes Collaborators (2023), le monde comptera près de 1,3 milliard de diabétiques en 2050. En Afrique on dénombre, selon la FID, plus de 24 million de personnes atteintes de cette maladie avec un taux de prévalence de 4,5%. Le nombre de diabétiques sera d'environ 55 million en 2045 toujours selon les prévisions présentées sur le site de cette fédération. La Côte d'Ivoire n'est pas épargnée par cette maladie. En effet, avec un taux de prévalence de 1,8%, on y dénombrait 231.200 cas de



diabètes parmi les adultes en 2021 (FID). Ces chiffres semblent sous-estimé la morbidité diabétique dans le pays puisque Konan *et al.* (2023) estiment qu'il y a une forte proportion de diabétiques non diagnostiqués.

L'approche médicale accorde une place importante à l'alimentation dans la prophylaxie de cette maladie métabolique. Il est ainsi conseillé au diabétique d'avoir une alimentation équilibrée, d'éviter le grignotage, de respecter des horaires précis de repas, d'avoir une consommation limitée d'alcool et de proscrire certains aliments. Même si elles sont importantes voire primordiales pour maintenir un taux de glycémie acceptable, le respect de telles mesures n'est toutefois pas une tâche aisée particulièrement dans une situation de commensalité (Salemi, 2010). La commensalité est le fait de manger collectivement, en compagnie, peu importe la personne et le milieu dans lequel on se situe (Sobal et Nelson cité par Bouloumier, 2021). Elle peut être individualisée, c'est-à-dire que l'on mange en silence mais en compagnie, ou bien collective, où des échanges existent entre convives. Dans les deux cas, le repas peut être commun ou différent d'un convive à l'autre (Bouloumier, *op cit*). La commensalité implique une certaine sociabilité, de la convivialité, du plaisir tout en affirmant une appartenance sociale, culturelle et identitaire. De ce point de vue, elle ne favorise pas nécessairement la médicalisation de l'alimentation dans laquelle s'inscrit le respect d'un régime alimentaire. Dans l'espace social, l'alimentation n'est pas que médicale. Ne pas en tenir compte c'est prendre le risque de se heurter à l'ensemble des mécanismes sociaux que recouvre cette activité (Fournier, 2012). De plus, la commensalité n'est pas que positive face à certains problèmes de santé car elle peut être source de contraintes, de stress et être subie (Jönsson *et al.*, 2021).

En Afrique, la commensalité, porteuse de valeurs sociales (N'douba, 2021 ; Somé *et al.*, 2022), est présente dans les pratiques alimentaires quotidiennes. Traditionnellement elle prend la forme de partage en commun d'un même bol alimentaire autour duquel l'on s'installe (N'douba, *op. cit.* ; Somé *et al.*, *op.cit* ; Calandre et Ribert, 2010). Cette pratique demeure encore aujourd'hui en dépit de l'influence d'autres cultures, occidentale en particulier, qui l'ont fait évoluer en introduisant par exemple la table à manger comme espace principal de consommation (Somé *et al.*, *op.cit.* ; N'douba, *op.cit.*). Dans la ville de Korhogo, en Côte d'Ivoire, le partage de repas voire du bol alimentaire est une pratique courante. C'est donc une situation qui fait partie du contexte alimentaire des diabétiques. On peut se demander comment ceux-ci arrivent à suivre le régime alimentaire en cas de commensalité ? Quelles contraintes présentent-elles pour le respect de ces régimes ?

Il apparaît que cet aspect de la réalité sociale n'est pas ou est peu pris en compte par les prescripteurs de régimes alimentaires de sorte que les diabétiques, plongés dans une auto gestion, éprouvent des difficultés à les mettre en pratique dans les différents groupes sociaux auxquels ils appartiennent. L'objectif de cet article est de montrer les contraintes liées à la commensalité dans le cadre du respect des régimes alimentaires par les diabétiques de Korhogo.

2 Méthodologie

L'approche mixte adoptée dans cette étude a conduit à faire usage de méthodes à la fois quantitatives et qualitatives. Un questionnaire a ainsi été administré à 45 diabétiques et 23 entretiens semi directifs ont été réalisés par la suite avec certains d'entre eux. Les thèmes abordés étaient relatifs aux caractéristiques sociodémographiques, aux représentations de la maladie, au niveau de connaissance des conseils nutritionnels, à la perception des aliments, au contexte de consommation, aux facteurs qui influencent le respect ou non du régime alimentaire.

Deux techniques d'échantillonnage ont été utilisées : l'échantillonnage systématique et l'échantillonnage par choix raisonné (N'Da, 2015). L'échantillonnage systématique a servi à constituer l'échantillon ayant répondu au questionnaire. Il est constitué de chaque deuxième patient venu en consultation au service de diabétologie. Concernant le guide d'entretien, l'échantillon a été établi par choix raisonné. Ici, certains répondants du premier échantillon dont les réponses permettaient un certain approfondissement ont été choisis.

La collecte de données s'est déroulée entre février et avril 2023. Les données quantitatives collectées ont été analysées avec le logiciel SPHINX millénium 3.0. Quant aux données qualitatives, elles ont fait l'objet d'une analyse thématique. Le consentement éclairé des enquêtés et leur anonymat a été respecté pour ce qui est des considérations éthiques.

Les théories interactionnistes d'Anselm Strauss (1992), d'Erving Goffman (1974) et de Jean-Pierre Corbeau (Poulain et Corbeau, 2002) ont permis de mettre en relation le diabétique et son environnement social dans un contexte où la consommation alimentaire est soumise à des contraintes sociales et médicales.

3 Résultats

Les résultats de la présente contribution seront présentés selon trois axes. Dans un premier temps, ils montrent le contexte de consommation. Dans un second temps, le poids des situations de commensalité sera décrit. La troisième partie montrera la résilience des diabétiques.

3.1 Le contexte de consommation : médicalisation de l'alimentation vs commensalité

Ce contexte est marqué par des envies de commensalité, de partage de repas chez les diabétiques enquêtés et par le lieu de consommation.

3.1.1 Des envies de commensalité

Soumis à des régimes alimentaires particuliers et parfois perçus comme drastiques, les enquêtés se voient souvent contraints à des prises alimentaires solitaires. Cette situation,

imposée par la maladie, n'est pas toujours acceptée par certains d'entre eux. M.S (11 ans de maladie) souligne cet aspect de son alimentation:

« C'est un peu difficile pour moi de manger seul parce que je n'ai constamment pas l'appétit. J'ai toujours envie de manger avec quelqu'un. Or les enfants disent ma nourriture est mal faite, ce n'est pas doux. Les nourritures sont partagés pour mon mari, mes enfants et pour moi seule. Donc souvent les nourritures ne sont pas les mêmes. Je les envie. ».

P.G (2 ans de maladie) ajoute que:

« Quand je mange, je me sens parfois seule, mais je commence à m'habituer. Le goût fade de la nourriture me fatigue. Plusieurs fois je me cache souvent ou je mange avec mes amis à l'école. À l'école ou quand je me sens très bien je triche souvent. ».

Pour ces diabétiques, avoir un repas différent des autres convives est difficile à accepter. A cela s'ajoute la qualité perçue des repas qu'ils doivent consommer. Elle est dépréciée par rapport à celle des autres commensaux. De plus, ils doivent manger tout seul. Ces prises alimentaires solitaires ne favorisent pas leur appétit. Les plaisirs liés à la commensalité et à la convivialité sont importants dans une alimentation selon ces derniers. Ils en viennent à souhaiter de partager leur repas avec les autres convives. Mais cette option n'est pas toujours partagée par les autres qui perçoivent les repas des diabétiques comme dépourvus de saveur puisque certains ingrédients y manquent. Partager le même repas, que ce soit dans le même couvert ou pas, est pourtant ce que souhaitent et recherchent les enquêtés même si cela peut présenter des difficultés.

3.1.2 La commensalité comme entrave au régime alimentaire

Pris de manière solitaire ou partagée, les repas n'ont pas le même impact pour les diabétiques en termes de suivi du régime alimentaire comme le montre le tableau 1.

Tableau 1: Suivi du régime alimentaire en fonction du mode de prise alimentaire

Suivi du régime alimentaire Prise alimentaire	OUI		NON		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Solitaire	25	67.7	12	33.3	37	100
Partagée	0	0	8	100	8	100
TOTAL	25	56	20	44	45	100

Source : notre enquête sur la commensalité et les contraintes sociales associées au régime des diabétiques, Mars 2023.

Lorsqu'ils ont des prises alimentaires solitaires, les diabétiques semblent plus à même de respecter leur régime alimentaire. Ainsi, 25 répondants, soit 67.7% de l'échantillon ayant, des prises alimentaires solitaires affirment respecter le régime. Par contre 12 répondants, soit

33.3%, disent ne pas y arriver. Tous ceux qui au contraire partagent leurs repas avec d'autres personnes, soit 100%, disent ne pas pouvoir suivre leur régime alimentaire.

La commensalité semble donc influencer négativement le régime alimentaire des diabétiques. Les habitudes alimentaires de ceux-ci peuvent être bouleversées par le partage de repas avec d'autres personnes. Leur présence les emmène à se nourrir autrement que ce qui leur a été recommandé par le soignant. Pour éviter cet écart, on peut observer dans le tableau 2 que les diabétiques ont le plus souvent des prises alimentaires solitaires.

Tableau 2 : mode de prise alimentaire

Mangez-vous souvent seul ?	Effectif	Fréquence (%)
OUI	37	82,2
NON	8	17,8
Total	45	100

Source : notre enquête sur la commensalité et les contraintes sociales associées au régime des diabétiques, Mars 2023.

82,2% des diabétiques enquêtés mangent seuls contre 17,8% qui partagent souvent leur repas. Cette forte proportion vient du fait que ces personnes ont dans le ménage un menu particulier en lien avec le régime alimentaire qui leur a été prescrit dans le cadre de leurs soins. Leur repas est cuisiné à part et elles ont en général une prise alimentaire solitaire. Ce résultat semble aussi indiquer que ces personnes se méfient de la commensalité qui peut les pousser à ne pas respecter les restrictions alimentaires. Cette précaution se ressent également dans les lieux qu'elles choisissent pour se restaurer.

3.1.3 Manger à domicile, un moyen de contrôle de son alimentation

Le tableau 3 suggère que le lieu de consommation peut avoir une influence sur le régime alimentaire des diabétiques.

Tableau 3: Suivi du régime alimentaire en fonction du lieu de consommation

Suivi du régime alimentaire Lieu de consommation	OUI		NON		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
À domicile	23	60	16	40	39	100
Hors domicile	2	33.3	4	66,7	6	100
TOTAL	25	56	20	44	45	100

Source : notre enquête sur la commensalité et les contraintes sociales associées au régime des diabétiques, Mars 2023.

Parmi les répondants qui prennent leur repas à domicile, 23 soit 60% respectent leur régime alimentaire. En revanche, 16, soit 40%, disent ne pas y arriver.

De leur côté, les diabétiques qui mangent hors de leur domicile affirment en majorité ne pas respecter leur régime alimentaire. Ainsi sur 6 personnes, 4 soit 66.7% ne le font pas. 2 personnes, soit 33.3% arrivent quand même à suivre leur régime.

Le lieu de consommation influence donc le régime alimentaire du diabétique. Il semble en effet plus aisé pour celui-ci de le respecter à domicile où un certain contrôle sur son alimentation est possible. Mais en dehors de celui-ci, cet exercice devient un peu plus complexe puisqu'il doit faire face à divers obstacles dont les situations de commensalité et de convivialité. C'est ainsi que la majorité des diabétiques fait l'effort de prendre son repas à domicile comme le montre le tableau 4.

Tableau 4 : Répartition des répondants selon les lieux de restauration

Où est-ce que vous mangez ?	Effectif	Fréquence(%)
Chez soi	39	86, 7
Hors domicile	6	13,3
TOTAL	45	100

Source : notre enquête sur la commensalité et les contraintes sociales associées au régime des diabétiques, Mars 2023.

La majorité des répondants (86, 7%) choisit de se restaurer à domicile. Le choix de cette population se justifie par le fait qu'il est souvent difficile de trouver hors du domicile un menu qui corresponde aux restrictions alimentaires associés au régime des diabétiques. Par conséquent, lorsqu'ils doivent se déplacer, certains emportent avec eux leur repas. D'autres choisissent de se priver de nourriture jusqu'au retour au domicile. Toutes ces précautions ont pour objectif d'éviter les situations qui pourraient les conduire à s'écarter du régime alimentaire tel que le partage de repas.

3.2 Le poids de la commensalité

La commensalité peut jouer un rôle significatif dans le respect des restrictions alimentaires des diabétiques dans la mesure où la présence des autres convives et la convivialité du moment peut les pousser à un relâchement. D'où la nécessité pour eux de se montrer résilients quand cette situation se présente.

3.2.1 Des contextes de commensalité peu favorables à une orthorexie

Les périodes festives et les voyages peuvent avoir un impact sur le respect du régime alimentaire. Ces situations, qui sortent le diabétique de son environnement social, présentent des défis pour lui en termes de gestion de ce régime.

Les célébrations offrent des occasions de commensalité où des mets copieux sont servis pour contenter et faire plaisir à l'ensemble des convives. En dehors du respect des règles culinaires et d'hygiène, ces mets sont généralement cuisinés sans autres formes de restrictions pour que tout le monde puisse les consommer. En général, Les menus tiennent peu compte des régimes alimentaires particuliers que doivent respecter certains commensaux. De la sorte, ils contiennent, dans des proportions plus ou moins normales, tous les ingrédients d'une cuisine ordinaire comme le sel, le sucre et l'huile. Pourtant, certains de ces ingrédients font l'objet de restriction plus ou moins importante dans l'alimentation des personnes qui suivent un régime alimentaire. Il est alors souvent difficile voire impossible pour ces dernières de s'alimenter dans ces cérémonies si elles ne veulent pas aller à l'encontre de ce régime.

Pour éviter d'être mal perçus et marginalisés par les réseaux de relation dans lesquels ils sont insérés, certains diabétiques se sentent obligés de partager ces repas. D'autres se retrouvent dans une posture où la tentation est trop forte pour ne pas y céder:

« Nous les femmes du marché, nous fonctionnons par association. Il y'a toujours des réunions par semaine, des baptêmes, les sacrifices chez l'une d'entre nous. Pendant ces périodes les membres de l'association nous sommes obligées d'être à la cuisine et forcé tu auras envie de manger et tu cèdes à la tentation » (Mme S.V, 03 ans de maladie).

Ici, parce qu'elle est en charge de la cuisine, cette enquêtée n'a pas d'autre choix que de consommer les repas qu'elle confectionne pour les membres de son association. La qualité et à la variété des mets préparés exercent un tel attrait qu'il n'est pas aisé de résister comme l'atteste cet autre enquêté qui évoque les repas de rupture de jeûne musulman ;

« Les gens aiment dire que les diabétiques sont comme les femmes enceintes. Qu'on est trop coco¹. Pourtant ce n'est pas ça le vrai problème. Quand tu vois une nourriture que tu n'as pas l'habitude de manger, l'envie te prend automatiquement. Pendant le mois de jeûne il n'y'a que de la bonne nourriture. C'est souvent difficile de se maîtriser, surtout pendant les ruptures collectives. Assez de jus de fruits, les thés, les gâteaux, le "tchep"². Est-ce facile de se maîtriser quand tu vois tout ça ? Tu vas vouloir goûter un peu en passant. Or c'est ce qui rend malade parce que tu pends juste un peu en passant, donc tu ne vois pas la quantité de ce que tu manges. Personnellement c'est l'une des périodes où je suis toujours malade » (Mr M.L, 6 ans de maladie).

Le mois de ramadan emmène les populations à sortir de leurs habitudes de consommation ordinaire pour confectionner des repas riches et copieux comme menus de rupture. La disponibilité de ces mets faits maison, soumet les diabétiques à de fortes tentations. De même, la commensalité et la convivialité pendant ces repas de rupture collective ne les laissent pas indifférents.

Le lieu de travail présente d'autres situations de commensalité qui peuvent également conduire le diabétique à rompre avec son régime alimentaire. Lorsque celui-ci est proche du domicile, il ne constitue pas un réel handicap pour le diabétique :

¹ C'est une personne qui s'impose ou s'invite au repas et profite sans contribuer.

² Appelé « Tchep » en Côte d'Ivoire, son nom d'origine est le « tiep bou dièn », met sénégalais qui est un ragoût à base de riz, légumes et poisson.

« Moi, c'est le petit déjeuner qui me fatigue parce que je travaille à 07h30min à la SUCAF. Je suis informaticien là-bas. Le docteur m'a dit de piquer l'insuline à 08h avant de manger. Dieu merci pour le moment mon supérieur m'a donné la permission de le faire. Donc à 08h je vais à la maison pour me piquer avant de manger et revenir travailler. Le déjeuner et le petit déjeuner m'attendent déjà à la maison. Donc je n'ai pas de problème à ce niveau ». (O.R, 07 mois de maladie)

Ce discours illustre que la gestion du traitement et les contraintes sociales associées au diabète peuvent induire des négociations entre acteurs sociaux en contexte professionnel. Ces négociations sont d'autant moins complexes que la situation de morbidité donne généralement lieu à diverses formes de mobilisation communautaire.

Le lieu de travail peut induire certaines contraintes s'il est situé loin du domicile du diabétique. Celui-ci se trouve alors dans l'obligation de s'alimenter sur place soit avec de la nourriture emportée, soit à travers les offres de restauration disponibles à proximité du lieu de travail. Ces offres de restauration de rue ne sont pas toujours favorables aux personnes respectant une alimentation particulière. Les diabétiques trouvent là une difficulté majeure dans l'observance de leur régime alimentaire :

« Je suis caissière en pharmacie. Quel temps pourrais-je prendre pour aller manger à la maison et revenir ? Ce n'est pas possible. Ce qui fait que je prépare souvent pour envoyer au travail. Si je n'ai pas pu, je mange ce que mes collègues commandent au resto ou je mange de l'attieké³ simple. Je veille à ne pas être trop rassasié pour éviter d'autres complications. Je n'ai pas le choix si ce n'est pas de faire comme ça ou bien souvent je ne mange pas à midi jusqu'au soir » (Mme H.M, 17 ans de maladie).

La situation professionnelle peut avoir un impact certain sur le diabétique. La distance séparant les lieux de travail et de résidence, les horaires de travail, les offres de restaurations mais également l'environnement social peuvent se révéler contraignants pour le diabétique qui doit faire preuve de résilience.

3.2.2 Des stratégies de résilience limitées face aux situations de commensalité

Les personnes souffrant de diabète savent qu'il est assez complexe d'adapter les repas de célébration à leur situation, particulièrement lorsque celles-ci se déroulent hors domicile. Ce constat implique qu'elles doivent se montrer résilientes :

« C'est pendant les célébrations qu'il n'est pas facile de respecter le régime alimentaire. Ce n'est pas pour toi seul que les gens vont peut-être faire du "tchep" avec le poisson fumé. Donc c'est à moi de m'adapter. Ou tout simplement je ne mange pas. Et on me fait ma nourriture à part quand la cérémonie se déroule chez moi en famille. » (K.M, 11 ans de maladie) :

Ce discours montre qu'il faut se réinventer pour se sortir du dilemme que représente l'alimentation lors des situations de commensalité. Cependant d'autres expériences de résilience en vue de préserver la santé tout en restant sociable apparaissent de l'enquête : *« Comme je l'ai dit c'est pendant les fêtes ou cérémonie. Mais ce n'est pas aujourd'hui j'ai la maladie, donc même si je triche je sais comment faire pour vite rattraper. »* (D.F, 23 ans de maladie)

³Couscous de manioc ou semoule de manioc cuit à la vapeur.

Toutefois, les diabétiques adoptent diverses stratégies selon leur convenance dans le but de rester en bonne santé. Plusieurs alternatives se présentent ainsi à eux. Il s'agit de s'adapter au menu ou de venir avec un repas qui convient aux contraintes associées à leur état de santé. Pour d'autres répondants, le mieux à faire c'est de ne pas participer aux cérémonies et autres mondanités d'autant plus qu'il n'est pas toujours facile de résister aux buffets de fêtes. Se faire représenter par un proche permet alors d'entretenir le lien social et ne pas mettre à mal la convivialité :

« Moi je ne me complique pas la tâche. Quand je reçois une invitation je délègue mes enfants ou mon mari dans ces lieux pour me représenter. Je suis déjà assez vieille. Je vais aller faire quoi encore dans les cérémonies là pour me rendre malade ? Je ne supporte pas la moutarde, le cube magie, le sel, le riz parfumé aussi. Si tu me vois dans une cérémonie c'est que la cérémonie finie avant midi ou si je fais toute la journée aussi là-bas c'est que j'ai ma nourriture dans mon sac ». Mme T.F (15 ans de maladie).

La solution la plus simple est parfois de s'isoler tout en restant proche du corps social à travers un proche. L'objectif majeur de cet isolement est de réussir à s'abstenir de consommer des aliments susceptibles de compliquer son état de santé. Toutefois lorsque la présence du diabétique s'impose dans des célébrations, emporter de la nourriture confectionnée à la maison et correspondant au régime prescrit constitue une alternative à la sauvegarde de la convivialité. Toutefois ces options semblent avoir quelques limites. En effet face aux situations pouvant imposer la commensalité, la solution in extenso semble être d'éviter de répondre aux invitations afin de ne pas se laisser tenter par les mets servis même s'il n'est pas toujours facile de se soustraire de certaines obligations sociales:

« Les histoires de cérémonie tu es obligé de partir pour soutenir les autres. Imagine tu te fais représenter toujours dans les cérémonies ou tu ne vas même pas, à ton tour qui viendra ? Nous sommes en Afrique et c'est rare que les gens comprennent que c'est toi tu es toujours malade. Tu ne guéris pas. D'autres vont dire que tu mens. Moi je prends mes comprimés quotidiens les matins plus une tisane que j'ai achetée au Mali que je bois à midi. Dès que je bois j'arrive à manger les interdits sans problème. Juste que je ne mange pas en quantité pour éviter les risques de AVC. Et je ne force pas aussi pour aller dans toutes les cérémonies aussi. De toutes les façons mon travail ne me permet pas parce que même les week-ends je travaille » (N.O, 10 ans de maladie).

Pour lui, il est incompréhensible pour les autres de toujours constater votre absence sous prétexte de maladie. Pour cette raison, il fait l'effort d'être présent à certaines cérémonies. Ensuite, il absorbe une solution médicamenteuse qui lui permet de consommer de façon modérée l'ensemble des repas qui y sont préparés. De cette manière, il arrive à combiner obligations sociales et préservation de sa santé. D'un autre côté, emporter avec soi de la nourriture aux célébrations soulève des questions que met en évidence le discours ci-dessous:

« C'est difficile d'aller dans les coins de rassemblement ou tout le monde est là. On mange ensemble et toi tu fais sortir ta nourriture ou tu ne manges pas. Ils vont dire tu es compliqué ou bien tu aimes te prendre. Donc moi j'ai trouvé la solution. Je ne vais pas là-bas sauf si c'est vraiment urgent parce que les repas sont généralement très gras. Tu es tenté. Tu manges après tu t'en vas souffrir à la maison. Ton corps est chaud, tu trembles. Ce qui fait que si ce n'est pas des cas vraiment urgent, moi je ne vais pas là-bas » Mme P.I (13 ans de maladie).

Ce témoignage illustre les difficultés d'une alimentation solitaire lors des célébrations communautaires. En effet le prétexte d'une santé précaire ne suffit pas comme excuse d'un isolement d'autant plus que cela viendrait rompre l'esprit de convivialité et les liens sociaux étroits que l'on promeut dans la vie associative et communautaire. Cette attitude pourrait conduire à diverses formes de stigmatisation de la part des autres membres du groupe. Il vaudrait mieux donc s'abstenir d'une telle attitude pour ne pas briser la dynamique de groupe. Mme S.V (03 ans de maladie) souligne à cet effet, l'importance de la symbolique du partage de repas dans les communautés : « *J'ai envie de manger avec les autres. Et nous mangeons toutes ensemble dans la même cuvette pour montrer notre union de fraternité.* ».

Manger ensemble vise à resserrer les liens de fraternité, de solidarité et d'unité afin d'atteindre les objectifs communautaires. Dans ces conditions, il vaudrait mieux éviter de se mettre en marge de d'esprit qui règne dans les communautés en mangeant tout seul un repas confectionné pour soi, quel qu'en soit la raison. Il n'est donc pas de bon aloi de se soustraire des repas communautaires au risque d'être rejeté. Cette situation est non seulement mal vécue par le reste du groupe, mais aussi par celui qui en est la cause :

« Je me sens parfois seule, mais je commence à m'habituer. Je le cache. Personne ne sait que je suis diabétique. Sinon à l'école ici c'est mon ami intime seul qui le sait... Avec les nourritures de midi, les sorties entre filière je vais jamais de peur de manger les interdits et tomber malade. Je vis seule. J'ai peur de faire un coma diabétique. On me trouve parfois introvertie. Heureusement que mon BTS a marché. Je retourne à Abidjan avec ma famille. C'est souvent à l'école à midi ou pendant les pauses que c'est difficile. Sinon les sorties scolaires je ne vais pas. » (P.G, 2 ans de maladie)

La condition de diabétique est mal vécue par certains malades notamment ceux qui n'ont pas partagé l'information sur la maladie avec la communauté d'appartenance. Il devient pour ceux-ci complexe de compter sur le soutien communautaire. Les absences aux célébrations et repas communautaires sont ainsi difficiles à comprendre puisqu'elles (les absences) sont perçues comme une rupture du lien communautaire.

4 Discussion

Des résultats de cette étude, il apparaît que (i) l'alimentation des diabétiques s'accommode difficilement à la sociabilité avec l'environnement social. D'un autre côté, (ii) le défi d'un suivi optimal du régime alimentaire chez les diabétiques peut être relevé à travers l'implication de l'environnement social. C'est autour de ces deux points majeurs que sera articulée la discussion.

4.1 L'alimentation des diabétiques et l'environnement social... entre mise à l'épreuve de la sociabilité et rationalité axiologique

L'environnement social est un cadre complexe de mise en pratique du régime alimentaire notamment chez les personnes atteintes de maladies chroniques. Il influence négativement ou positivement leur capacité à le respecter.

Les moments de partage de repas souvent sources d'angoisse et de gêne sont des moments de tiraillement entre la nécessité de respecter leur régime alimentaire et l'envie de consommer les menus servis. Ce dilemme pousse certains à éviter ces situations de sociabilité alimentaire qui sont pourtant l'un des fondements de la vie communautaire. De peur de ne pouvoir respecter le régime alimentaire, les diabétiques s'isolent des groupes auxquels ils appartiennent. Or en Afrique, il est important de remplir ses obligations sociales. En fait, le don et le contre don joue un rôle important dans la vie social. Pour pouvoir bénéficier de l'assistance des autres lors d'évènements heureux ou malheureux, il est indispensable de les assister lorsque l'occasion se présente. La présence aux célébrations s'illustre ainsi comme un indicateur majeur de solidarité.

Toutefois, l'isolement du diabétique peut être involontaire. La maladie ne signifie pas exemption définitive des obligations sociales. Elle suscite au départ de la compréhension et du soutien chez les autres. Mais inscrite dans la durée, elle conduit à une forme de marginalité sociale. La compassion et la solidarité peuvent alors laisser place à la lassitude et à l'habitude puis à une forme de mise à l'écart progressive de l'infortuné malade (Ndong, 2012). Les échanges sociaux avec lui deviennent de plus en plus rares le plongeant dans la solitude et l'isolement. C'est en fait ce que redoutent certains diabétiques puisque isolés, ils culpabilisent d'être à l'origine de la fragilisation de la cohésion et de la solidarité du groupe d'appartenance (Dupuy et Poulain, 2015). Ils éprouvent le même sentiment face à leur incapacité à réellement assumer leur rôle au sein de la communauté. L'isolement social volontaire ou imposé des diabétiques à cause des régimes alimentaires et des soins est mal vécu d'autant plus qu'il s'agit de personnes parfois âgées et porteuses de séquelles comme les amputations. Il peut conduire à un déficit d'assistance de l'entourage ou à un refus de se faire assister (au nom d'une certaine dignité et volonté d'autonomie) avec parfois pour conséquence la dénutrition (Masson, 2015), l'aggravation de leur état de santé voire la mort (Juneau, 2017).

De son côté, l'entourage est parfois dans l'ignorance de l'état de santé du diabétique. Même quand ils ont cette information, les proches ne connaissent pas souvent les implications en termes de contraintes notamment alimentaires qui pourraient s'imposer à lui. Par conséquent, ils ne tiennent pas compte de son état de santé lors du choix des menus, des ingrédients, de leur dosage et de leur cuisson. Exclue ou discriminée à cette première étape, les diabétiques le sont encore plus au moment du repas. À ce niveau, pour préserver leur santé ils doivent refuser de manger ou manger seul un repas différent des autres convives. Pourtant ces derniers ne comprennent pas et n'apprécient pas ces choix (Šidiškienė, 2021). Refuser de manger avec les autres ou manger seul c'est d'une certaine manière ne pas affirmer son appartenance au groupe en se désolidarisant de celui-ci (Somé *et al.*, op.cit.), c'est poser un acte associatif selon Fischler (2011). De ce point de vue, on peut affirmer que la commensalité peut favoriser l'inclusion mais aussi l'exclusion sociale (Gevertz, 2015, Suremain, 2017, Magne, 2020).

Pour les autres, c'est également l'incompréhension vis-à-vis de ce proche qui prétextant d'être malade s'éloigne du groupe alors qu'il paraît en bonne santé. Pour Morel (2008) : « Le caractère invisible du problème de santé renforce encore un peu plus méfiance et jugements

formulés par l'entourage » (p.40). Sources de méfiances, ces incompréhensions et malentendus montrent bien la nécessité d'une meilleure sensibilisation de l'entourage et plus globalement de l'ensemble de la population sur les contraintes associées au régime alimentaire des diabétiques.

4.2 L'implication de l'environnement social comme condition de respect du régime alimentaire chez les diabétiques

Les diabétiques montrent une certaine capacité à mieux gérer leur régime alimentaire lorsqu'ils sont à domicile. La présence de la famille ne constitue pas en soi un obstacle majeur. Bien au contraire, celle-ci contribue à atteindre cet objectif. Si le cadre familial est si favorable, en dépit de quelques tensions (Salemi, 2010 ; Fournier 2012), c'est en partie dû au fait qu'il est sensibilisé sur l'état de santé du diabétique. Les membres de la famille ont plus ou moins les informations qui leur permettent de comprendre sa situation et de l'aider à se prendre en charge. Sur le plan du respect des restrictions alimentaires, cela se traduit par des modifications, parfois négociées (Kaufmann, 2006) des pratiques culinaires en cuisinant des mets qui correspondent aux besoins de ce dernier. C'est ainsi que toute la famille accepte la réduction ou l'élimination d'un ou plusieurs ingrédients pendant la cuisson des repas communs quand cela est indispensable, quitte à ce qu'après celui qui le désire les réintroduise au moment de la consommation. La famille, quand elle en a les moyens, consent également à l'effort budgétaire que constitue la préparation de repas réservés au diabétique. Ces décisions sont le fruit d'une sensibilisation sur le diabète et sa prise en charge. L'implication de la famille permet de souligner avec Fournier (2015) que l'observance diététique ne relève pas que du choix rationnel du diabétique, mais qu'elle est, comme l'acte alimentaire, sous contrainte dans la mesure où elle est influencée par un ensemble de déterminants socioculturels dont le contexte social dans lequel se déroule le repas.

Par ailleurs, à partir du moment où « un régime alimentaire spécifique crée une exclusion ou une inclusion » (Jönsson *et al.*, 2021, p.10) la sensibilisation de l'environnement social immédiat est indispensable pour une bonne intégration du diabétique. L'entourage est ainsi un acteur social déterminant dans la gestion de sa santé (Irigo *et al.*, 2019). Certes le régime alimentaire est prescrit à un malade généralement seul au cours d'une consultation médicale, mais celui-ci doit parvenir à le mettre en application dans des contextes de pratiques alimentaires socialisées qui sont pourtant négligés par la médecine (Fischler, 2011). Il doit tenir compte de la présence des autres pour y arriver. D'où la nécessité de les impliquer en les informant sur sa maladie et ses spécificités. En plus de la responsabilité individuelle du diabétique, la responsabilité collective de son environnement est à souligner (Le Bihan et Delamaire, 2015) dans la prise en charge. Il revient, à cet égard, au malade d'informer son environnement immédiat sur son état de santé. Il ne s'agit pas de dévoiler des secrets médicaux encore moins de susciter la pitié, comme le craignent certains malades (Salemi, 2010), mais il s'agit surtout d'informer et de sensibiliser. Peuvent être concernées les personnes avec qui le diabétique est emmené à partager des repas au cours de diverses

circonstances. Informées, elles seront sûrement en mesure de faciliter le respect de son régime alimentaire et se montreront moins exigeantes et plus conciliantes. Elles assumeront leur part en quelque sorte.

À une échelle plus grande, au niveau institutionnelle, les autorités sanitaires ne doivent pas se lasser de sensibiliser l'ensemble de la population. Cette action pourrait favoriser une meilleure connaissance et gestion des règles hygiéno-diététiques prescrites aux diabétiques par la société dans son ensemble. C'est dans un tel contexte que ces derniers pourront mieux gérer leur régime alimentaire sans crainte de se mettre en marge du reste du corps social.

5 Conclusion

Cet article a donné l'occasion d'observer les difficultés d'adaptation sociale des personnes qui souffrent du diabète. Il avait pour objectif de montrer les contraintes rencontrées par les diabétiques de Korhogo dans les situations de commensalité et les leçons que l'on pouvait en tirer. On retiendra que la commensalité, bien que souhaitée, n'est pas toujours favorable à la médicalisation de l'alimentation individuelle. Pour cette raison, les diabétiques à travers diverses stratégies l'évitent en privilégiant les prises alimentaires solitaires et à domicile. On apprend en fin de compte que l'implication de l'entourage peut aider les diabétiques à réussir à adopter et respecter pleinement leur régime alimentaire et les mesures hygiéno-diététiques dans leur ensemble. De même, une sensibilisation de l'ensemble de la population sur le diabète pourrait y contribuer grandement. Un contexte social favorable s'avère indispensable pour les diabétiques tout comme pour toutes les personnes soumises à un régime alimentaire.

REFERENCES

- [1] Bouloumié Enola (2021), « Commensalité et santé physique », [En ligne], <https://blog.altermakers.com/2021/04/12/commensalite-et-sante-physique/>, consulté le 25/05/2024.
- [2] Calandre Natacha et Ribert Evelyne (2010), « Les pratiques alimentaires d'hommes ouest-africains vivant en Île-de-France », *Hommes & migrations* 1286-1287 | 2010, pp.162-173, [En ligne], URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/1742>, consulté le 14/08/2024.
- [3] Corbeau Jean-Pierre et Poulain Jean-Pierre (2002). *Penser l'alimentation*. Toulouse : Privat/Ocha, 209 p.
- [4] Dupuy Anne et Poulain Jean-Pierre, 2015, « Le plaisir de manger », in Esnouf Catherine, Fioramonti Jean et Laurieux Bruno (dir.) *L'alimentation à découvert*, Paris, CNRS Editions, pp. 45-46.
- [5] FID, <https://worlddiabetesday.org/fr/a-propos/messages-cles/>, consulté le 11/08/2024.
- [6] FID Côte d'Ivoire, <https://idf.org/our-network/regions-and-members/africa/members/cote-divoire/> Consulté le 11/08/2024.
- [7] Fischler Claude (2011), « Commensality, Society and Culture », *Social Science Information*, 50, pp.528–548.
- [8] Fournier Tristan (2012), « Suivre ou s'écarter de la prescription diététique. Les effets du « manger ensemble » et du « vivre ensemble » chez des personnes hypercholestérolémiques en France », *Sciences sociales et santé*, 30 (2), pp. 35-60.
- [9] Fournier Tristan (2015), « Régime et observance », in Esnouf Catherine, Fioramonti Jean et Laurieux Bruno (dir.), *L'alimentation à découvert*, Paris, CNRS Editions, pp. 53-54.
- [10] GBD (Global Burden of Disease study) 2021 Diabetes Collaborators (2023), « Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 », *The Lancet*, 402, pp. 203–34 [En ligne] [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01301-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01301-6), consulté le 11/08/2024.
- [11] Gevertz Laure (2015), « La commensalité, une forme de construction symbolique de l'identité et de la solidarité collective : l'exemple des corps de métier londoniens à la fin du Moyen âge », in Demeulenaere

- Christiane (dir.), *Tous à table ! Repas et convivialité*, édition électronique, Paris édition du Comité des travaux historiques et scientifiques (Actes des Congrès nationaux des sociétés historiques et scientifiques), pp.111-118 [En ligne], <http://cths.fr/ed/edition.php?id=7005>, Consulté le 25/05/2024.
- [12] Goffman Erving (1974), *Les rites d'interaction*. Paris, Éditions de Minuit, 230 pages.
- [13] Irigo Gbete Jean Martin, OGA Aimé César Maxime et Coulibaly Mathieu Hermann (2019), « Discretion around HIV-seropositivity in Ivory Cost: between fear of disclosure of statuts and risky protection of the household », *Plurilinguisme*, vol.2020/1, pp.119 – 132
- [14] Jönsson Håkan, Michaud Maxime, et Neuman Nicklas (2021), « What Is Commensality? A Critical Discussion of an Expanding Research Field », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 6235, pp.1-17 [En ligne] <https://doi.org/10.3390/ijerph18126235>, consulté le 25/05/2024.
- [15] Juneau Martin (2017), L'isolement social, un important facteur de risque de mortalité prématurée [En ligne], <https://observatoireprevention.org/2017/05/03/lisolement-social-important-facteur-de-risque-de-mortalite-prematuree/?PageSpeed=noscript>, consulté le 16/04/2024.
- [16] Kaufmann Jean-Claude (2006), *Casseroles, amour et crises. Ce que cuisiner veut dire*. Paris : Hachette Littérature, 342 p.
- [17] Konan Yao Eugène, Tetchi Ekissi Orsot, Ekou Franck Kokora, Konan Loukou Gilbert, Tano-Ake Odile (2023), « Profil des diabétiques de 20 ans à 79 ans de l'enquête nationale sur la prévalence et caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire », *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 5 (1), pp. 311-321.
- [18] Le Bihan Geneviève, et Delamaire Corinne (2015), « L'éducation nutritionnelle » in Esnouf Catherine, Fioramonti Jean et Laurieux Bruno (dir.), *L'alimentation à découvert*, Paris, CNRS Editions, pp. 37-38.
- [19] Magne Estelle Kouokam Magne (2020), « « La nourriture de la marmite ». Alimentation et socialisation de l'enfant dans deux villes camerounaises », in Soula Audrey, Yount-André Chelsie, Lepiller Olivier et Bricas Nicolas (dir.), *Manger en ville Regards socio-anthropologiques d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie*, Versailles, Éditions Quæ, pp.143-154.
- [20] Masson Estelle (2015), « Pratiques et représentations des séniors » in Esnouf Catherine, Fioramonti Jean et Laurieux Bruno (dir.) *L'alimentation à découvert*, Paris, CNRS Editions, p.41.
- [21] Morel Louise (2019), *La maladie chronique : un “ mal pour un bien ” ?*, [En ligne], <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02437006>, consulté le 24/04/2024.
- [22] N'Da Paul (2015), *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*, L'Harmattan, Paris, 276 p.
- [23] Ndong Wilfried Biveghe Bi (2012), *Anthropologie d'une entreprise africaine : l'exemple de la Société meunière et avicole du Gabon* (SMAG), Thèse de doctorat en Sociologie. Université Toulouse-Le Mirail, [En ligne], URL : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01347052>, consulté le 17/08/2024.
- [24] Ndouba Hidgé (2021), « Afrique : repas à la main en famille dans le même récipient, culture en voie de disparition », [En ligne], https://www.alwihdainfo.com/Afrique-repas-a-la-main-en-famille-dans-le-meme-recipient-culture-en-voie-de-disparition_a105962.html, consulté le 18/08/2024.
- [25] Salemi Ouassila (2010), « Pratiques alimentaires des diabétiques. Étude de quelques cas à Oran (Algérie) », *Économie rurale*, 4 (n° 318-319), pp. 80-95.
- [26] Šidiškienė Irma (2021), « Commensality and individual eating: Mediating social relationships during work breaks », *Yearbook of Balkan and Baltic studies*, 4, p. 342-361.
- [27] Somé Nestor, Kouda Ousmane Et Lankoandé Kokoro Hénoc (2022), « Revisiter l'Afrique à l'ère Du numérique : Stratégies de mise en discours du repas africain », *Collection Recherches & Regards d'Afrique*, Vol 1 N° 1/ Fev 2022, pp.503-521.
- [28] Strauss Anselm (1992), *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par I. Baszanger, Paris, L'Harmattan, 319 pages.
- [29] Suremain (de) Charles-Édouard (2017), « Mange-t-on des aliments (seulement) pour se nourrir ? », in Cardon Philippe (dir.) *Quand manger fait société*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, pp.55-66.