

## Apprendre à “ savoir y faire ” avec le diabète au Mali

Isabelle Gobatto, Annick Tijou Traore

► **To cite this version:**

Isabelle Gobatto, Annick Tijou Traore. Apprendre à “ savoir y faire ” avec le diabète au Mali. Revue d'Anthropologie des Connaissances, Société d'Anthropologie des Connaissances, 2011, 5, 3 (3), pp.509. 10.3917/rac.014.0509 . halshs-02189323

**HAL Id: halshs-02189323**

**<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02189323>**

Submitted on 19 Jul 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**APPRENDRE À « SAVOIR Y FAIRE » AVEC LE DIABÈTE AU MALI**  
La « fabrique » locale de savoirs et de rôles professionnels et profanes  
**Isabelle Gobatto et Annick Tijou Traore**

**S.A.C.** | *Revue d'anthropologie des connaissances*

2011/3 - Vol. 5, n° 3  
pages 509 à 532

**ISSN 1760-5393**

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/revue-anthropologie-des-connaissances-2011-3-page-509.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Gobatto Isabelle et Traore Annick Tijou, « Apprendre à « savoir y faire » avec le diabète au Mali » La « fabrique » locale de savoirs et de rôles professionnels et profanes,  
*Revue d'anthropologie des connaissances*, 2011/3 Vol. 5, n° 3, p. 509-532. DOI : 10.3917/rac.014.0509  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour S.A.C..

© S.A.C.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## **APPRENDRE À « SAVOIR Y FAIRE » AVEC LE DIABÈTE AU MALI**

### **La « fabrique » locale de savoirs et de rôles professionnels et profanes**

**ISABELLE GOBATTO  
ANNICK TIJOU TRAORÉ**

#### **RÉSUMÉ**

Les savoirs produits à l'échelle internationale sur la prévalence du diabète dans le monde présentent l'Afrique comme de plus en plus affectée. Des politiques nationales de prise en charge et des structures spécialisées se développent, des savoir-faire experts et profanes s'élaborent. À travers le cas du Mali nous questionnons la construction de savoirs et savoir-faire « situés », c'est-à-dire inscrits dans des configurations nationales et locales, et accommodés dans des jeux d'acteurs. Dans cet article, nous proposons de les appréhender par le biais des rôles que se construisent, d'une part les médecins maliens, d'autre part leurs patients, autour du régime alimentaire, élément central des prises en charge. Ces rôles sont analysés sous l'angle des interactions, soulignant des processus de co-construction par les professionnels de santé et les malades. Sont alors réintroduits les rapports sociaux, les significations culturelles qui façonnent l'organisation de savoirs issus de l'expérience, avec lesquels l'individu agit au niveau local. Du côté des médecins, l'analyse des contenus structurants de leur rôle élaboré en situation d'exercice permet de voir ce qu'ils « localisent » dans l'action quotidienne en fonction de l'interprétation qu'ils font du jeu des patients. Les malades quant à eux construisent leur rôle dans la prise en charge du diabète en réponse aux ressources locales prescrites

par leur médecin et à partir d'accommodements articulés à leurs conditions d'existence sociale et matérielle.

**Mots clés :** savoirs - diabète - Mali - médecins - patients - rôle - interaction

## INTRODUCTION

Les savoirs produits à l'échelle internationale montrent que les maladies chroniques non transmissibles, dont le diabète de type 2<sup>1</sup> fait partie, sont aujourd'hui responsables de plus de 60 % de décès dans le monde (Van Vugt et al., 2007 ; Vaillant et Salem, 2008). L'Afrique est présentée comme de plus en plus affectée alors que les maladies infectieuses y restent toujours importantes. Concernant plus spécifiquement le diabète, l'OMS indique une prévalence comprise entre 1 et 20 % sur ce continent (OMS, 2007). En 2003, 7 millions de personnes en étaient atteintes et, selon les estimations actuelles, ce nombre pourrait atteindre 15 millions en 2025<sup>2</sup> (IDF/WHO/AU, 2006). Pour l'OMS, les pays en développement compteraient cette même année 76 % des patients diabétiques identifiés dans le monde.

Sous l'impulsion de structures et d'organismes internationaux, l'OMS et la FID (Fédération Internationale du Diabète) en première ligne (Unwin, Marlin, 2004 ; Lefèbvre, Silink, 2006 ; OMS, 2007), de même que sous l'impulsion d'associations de malades et d'ONG, des dispositifs se mettent en place pour répondre à ce problème de santé dans le monde. Ils se traduisent en déclarations de stratégies globales, en recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge, dont certaines se façonnent plus concrètement dans des politiques nationales. Se développent aussi dans certains pays des structures spécialisées de prise en charge de cette pathologie. Ainsi, cette dynamique se matérialise en savoirs et savoir-faire experts et profanes qui s'élaborent aux échelles internationale, nationale et locale.

Le Mali est l'un de ces pays affectés par le diabète de type 2. Pour poser brièvement le cadre épidémiologique de ce problème de santé dans ce pays, la première étude de prévalence a été effectuée en 1985 et donnait une estimation de 0,92 % ; en 2000, les estimations de l'OMS étaient de 2,9 % (IDF WHO, 2006). Des études réalisées par des médecins maliens dans des structures de

---

1 Le diabète peut se définir par « (...) l'existence d'une hyperglycémie chronique, qui au long cours entraîne des complications ophtalmologiques, néphropathiques, nerveuses périphériques (pied diabétique) et cardiaques. (...) Sous une dénomination englobante, le diabète sucré présente plusieurs formes cliniques et physiopathologiques classées depuis 1997 en diabète de type 1, diabète de type 2 qui recouvre, selon les estimations, de 85 à 90 % de l'ensemble des cas, et en types spécifiques de diabète parmi lesquels le diabète gestationnel (Besson et al., 2010, pp. 173-4).

2 Compte tenu notamment, du vieillissement de la population.

santé de la capitale<sup>3</sup> indiquent que le diabète affecterait aujourd'hui environ 3 % de la population (Sidibé *et al.*, 2007)<sup>4</sup>.

C'est à partir de ce pays que, dans le cadre d'un programme de recherche financé par l'ANR<sup>5</sup>, nous avons étudié la manière dont des savoirs professionnels et profanes produits et mobilisés à une échelle micro-locale de réflexion et d'action<sup>6</sup> sur cette pathologie chronique se construisent en tension avec des dynamiques plus globales puisque, comme tout registre de la vie sociale, le domaine de la santé – et les savoirs et savoir-faire qui participent à le structurer – n'échappe pas à la circulation accélérée d'images, de biens ou encore de capitaux, qui définit le monde contemporain (Martin *et al.*, 2003 ; Abélès, 2008) ainsi qu'à la circulation de modèles sanitaires standardisés de prise en charge de problèmes de santé, qui vont pénétrer sans bien sûr les déterminer entièrement, les pratiques quotidiennes de professionnels comme de malades (Fassin, 2001 ; Gobatto, 2003). Par une approche articulant l'échelle d'analyse des dynamiques internationales de construction des connaissances épidémiologiques sur cette maladie, des dynamiques nationales d'élaboration de la politique malienne de prise en charge des maladies chroniques dont le diabète, et des dynamiques micro-locales de production des savoirs<sup>7</sup>, nous avons alors montré que ces savoirs locaux sont articulés à des « connaissances institutionnellement objectivées » (Berger et Luckmann, 2005) à une échelle de réflexion globalisée pour les pays du Nord et du Sud ainsi qu'à des représentations de risques désocialisés et déterritorialisés<sup>8</sup>. Ainsi, les critères diagnostiques utilisés par les professionnels de santé maliens sont ceux proposés en 1997 par l'Organisation Mondiale de la Santé à la suite des travaux d'experts réunis par l'American Diabetes Association (ADA) en 1995 ; le diabète sucré est défini par une glycémie à jeun (au moins huit heures de jeûne)  $\geq 1,26$  g/l vérifiée à deux reprises, ou par une glycémie  $\geq 2,00$  g/l à n'importe quel moment de la journée accompagnée de

3 À partir des registres de consultations.

4 Pour information et en point de comparaison, le sida est estimé en 2006 à 1,4 % (Enquête démographique et de santé, 2007).

5 Ce programme intitulé « D'un savoir à l'autre. Les connaissances des professionnels, des patients et de leur famille, autour du diabète à Bamako (Mali) » a été conduit de 2007 à 2009 sous la responsabilité scientifique d'Isabelle Gobatto. L'équipe était constituée de M. Bernard, biologiste à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2 ; R. Besson, anthropologue rattachée au laboratoire ADES/SSD, UMR CNRS 5185 ; A. Fligg, étudiante en Master 2 de santé publique, ISPED/ Université de Bordeaux 2 ; K. Konaké, médecin au Centre de Lutte contre le Diabète à Bamako ; J. Martini, étudiante en Master 2 de santé publique, ISPED/ Université de Bordeaux 2 ; A. Tijou Traoré, anthropologue, ingénieur de recherche au laboratoire ADES/SSD, UMR CNRS 5185. Ce programme se poursuit aujourd'hui par la mise en perspective de deux maladies qui se rapprochent dans leur dimension de chronicité, le diabète de type 2 et le sida. Il est financé par ECS/Sidaction.

6 Savoirs que nous nommerons par la suite savoirs locaux.

7 L'analyse de chacune de ces dynamiques était sous la responsabilité d'un ou plusieurs chercheurs : R. Besson et M. Bernard pour le niveau international, I. Gobatto et A. Tijou Traoré pour le niveau national dont l'étude a été conduite par A. Fligg et J. Martini, I. Gobatto pour l'étude auprès des professionnels de santé et A. Tijou Traoré pour l'étude auprès des patients diabétiques et leur famille.

8 Besson *et al.*, 2010 ; Tijou Traoré, 2010 ; Martini J., Fligg A. in Kerouedan, 2011.

signes cardinaux (polyurie, polydipsie, amaigrissement inexpliqué)<sup>9</sup>. Le registre des causes possibles du diabète convoque l'urbanisation croissante, la réduction de l'activité physique, l'augmentation de l'obésité. L'association de ces facteurs à une occidentalisation généralisée des modes de vie et d'alimentation, thème récurrent dans les écrits d'épidémiologistes repris par l'OMS ou la FID, permet de donner du sens à l'augmentation des cas de diabète dans le monde (Wild, 2004 ; IDF, 2007). Les recommandations de prévention qui en découlent visent principalement deux facteurs de risque : l'inactivité physique et le surpoids. Faire 30 minutes d'activité physique par jour est, par exemple, un conseil classique donné par les médecins maliens à leurs patients ainsi que « suivre le régime », nous allons revenir sur ce point.

Dans cet article, notre analyse portera plus spécifiquement sur les modalités de production de savoirs et savoir-faire « situés » autour du diabète. Nous entendons par là des modalités de raisonnement et d'action inscrites dans le registre de la connaissance familière mise en œuvre dans la vie courante<sup>10</sup> ; ces savoirs sont mis en jeu dans et pour l'action quotidienne, ils étayent les pratiques ordinaires des professionnels de santé et des patients face au diabète. Nous proposons d'éclairer l'élaboration de ces savoirs et savoir-faire situés par le biais des rôles que se construisent, d'une part les médecins maliens, d'autre part leurs patients dans la prise en charge du diabète. Ces rôles vont fixer pour un temps les conduites à tenir, les obligations que chacun se donne face à la pathologie, les attentes envers les autres acteurs et plus globalement les manières de réagir les plus adéquates à la définition de la situation que chacun vit. La notion de rôle est ici mobilisée dans sa dimension dynamique qui s'accorde à l'approche interactionniste que nous retenons. Il s'agira plus spécifiquement de comprendre en effet en quoi la fabrique locale de ces rôles professionnels et profanes, elle-même sous-tendue par les savoirs que chacun se construit, est en partie le produit des interactions sociales entre soignants et patients. Rappelons que la littérature sociologique a montré de longue date que les interactions entre médecins et patients sont déterminantes dans les décisions médicales comme dans les comportements des patients (Freidson, 1961 ; Strauss et al., 1984 ; Baszanger, 1986 ; Bury, 1991).

Il convient de préciser ici sous quelles modalités nous faisons usage de l'interaction comme principe d'analyse de la construction des rôles. Notre manière de mobiliser l'interaction s'inscrit dans la lignée des cadres conceptuels posés par le courant de pensée interactionniste<sup>11</sup>. Il s'agit d'aborder des rôles « en train de se faire » à travers les interprétations mutuelles que les acteurs opèrent sur les situations dans lesquelles ils sont engagés, suscitant un ajustement des uns par rapport aux autres. Nos analyses prennent appui sur des expériences

---

9 Les médecins disposent d'un troisième critère pour établir un diagnostic de diabète : une glycémie 2 heures après une charge de 75 g de glucose lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale  $\geq 2,00$  g/l (Drouin et al., 1999 ; *American Diabetes Association*, 2007).

10 Et proche du sens commun tel que définit par C. Geertz (1986).

11 Pensée, rappelons-le, étayée par les travaux de G. Simmel pour qui les relations sociales produisent des effets de réciprocité ; l'interaction était déjà pour lui un angle d'analyse.

individuelles concrètes d'interactions en face à face dans la continuité de l'approche creusée par Goffman (Goffman, 1974, 1991) ou encore par Strauss (Strauss *et al.*, 1984) davantage orienté vers les professionnels de santé et leurs patients. Mais le cadre social et culturel global n'est pas sans influence et il convient par conséquent de repositionner ces rôles dans des propriétés socioculturelles plus générales qui participent à produire certaines des modalités de la situation d'action et de l'interaction, comme le rappelle d'ailleurs Goffman en introduction de son ouvrage *Les rites d'interaction* (Goffman, 1974). L'analyse proposée dans cet article dépasse donc le cadre temporel et situationnel de la rencontre concrète. Nos matériaux ne se concentrent pas sur la situation de mise en présence et de face à face<sup>12</sup> : à partir de la situation de rencontre et de ce qui s'y déroule, nous creuserons ce qu'elle incorpore d'éléments de contexte structurel – par exemple, l'histoire d'un métier –, conjoncturel – comme la disponibilité des moyens matériels –, mais aussi de représentations de soi et de l'autre qui s'élaborent en situation de présence conjointe et au-delà. C'est ce « tout bricolé » dont vont faire usage les acteurs, qui permet l'élaboration des rôles que chacun se donne. Ces rôles ainsi questionnés intègrent alors le « bricolage » et sont imprégnés d'intérêts qui épousent la logique qui naît de la situation d'action (Gobatto, Besson, 2004), mais aussi de rapports sociaux et de représentations de l'autre, culturellement situées.

La prise en charge routinière du diabète conduit soignants et patients à des relations régulières pour un suivi comprenant, pour l'essentiel et en dehors de toute complication, des prises de glycémie, le relevé de données anthropométriques et cliniques (poids, taille, hypertension...), des prescriptions de médicaments et une prise en charge diététique soutenue permettant de ramener la glycémie à des valeurs proches de la normale. Cette dernière composante du processus de prise en charge revêt une dimension toute particulière ; elle convoque à la fois, et de façon spécifique, du social et du culturel (commensalité, habitudes alimentaires), de l'individuel (habitude, gourmandise...), du collectif et cela dans une mise en pratique répétitive et quotidienne. Le régime alimentaire place le malade au centre de sa maladie tant au regard de sa survenue que dans sa stabilisation ; cette position d'acteur clé dans le registre de l'alimentation est régulièrement évoquée par les professionnels de santé rencontrés à Bamako. Aussi, le régime, qui est l'aspect de la prise en charge le plus évoqué tant par les soignants que par les malades, est à même de cristalliser une multitude de tensions. C'est alors précisément autour de cette question du régime alimentaire que nous allons étudier ces interactions entre médecins et patients.

Les matériaux présentés ici sont ceux recueillis à l'échelle micro-locale avec l'analyse des savoirs que se fabriquent deux groupes d'acteurs : les professionnels de santé du secteur biomédical et les personnes diabétiques ayant recours

---

12 Nous ne documenterons donc pas d'un point de vue ethnographique les interactions en face à face et en ce sens, nous nous éloignons de certaines spécificités propres à des chercheurs aux contributions fondamentales et particulièrement illustratives de ce courant, comme Goffman.



aux structures biomédicales dans lesquelles exercent ces professionnels. Les données ont été obtenues à partir d'observations et d'entretiens avec ces professionnels et leurs patients. Notre analyse s'appuie sur les données issues de deux structures de soins de Bamako : un centre privé spécialisé dans la prise en charge du diabète, un service de diabétologie d'une structure hospitalière. Ce choix permet d'illustrer des situations diverses de prise en charge : en secteurs public et privé, en structure spécialisée dans la prise en charge du diabète ou avec l'inscription de la prise en charge dans un ensemble d'autres services<sup>13</sup>. Concernant les professionnels de santé en exercice dans ces structures, 24 entretiens semi-directifs ont été réalisés dont 15 avec des médecins<sup>14</sup> ; l'analyse présentée ici repose uniquement sur ce groupe des médecins. Concernant les patients, des entretiens semi-directifs<sup>15</sup> répétés à 7 mois d'intervalle<sup>16</sup> ont été réalisés avec 20 patients diabétiques. Parmi eux, 9 sont des hommes et ont entre 42 et 73 ans ; 10 sont des femmes âgées de 35 à 70 ans. Leur état de santé respectif illustre la diversité des manifestations possibles du diabète et des traitements<sup>17</sup>. Ces données ont été complétées par des études de cas resituant les patients dans leur famille avec une vingtaine d'entretiens auprès de parents. Des observations ont aussi été faites dans les structures de santé et dans les familles<sup>18</sup>.

Nous aborderons dans un premier temps l'élaboration des rôles des médecins, dans un second temps l'élaboration des rôles des malades. Mais

---

13 Précisons que les coûts des prises en charge ne varient pas de manière significative entre les deux structures.

14 Les entretiens auprès des professionnels ont été réalisés par Isabelle Gobatto et Bakari Toumanion. Les guides d'entretien ont adopté la chronologie d'une consultation : la construction d'un diagnostic, l'annonce, le déroulement d'une consultation, la mise en place d'une prise en charge en creusant plus spécifiquement la place de l'alimentation et du régime dans la relation au malade ; ont aussi été abordées les difficultés rencontrées pour prendre en charge cette pathologie, les leurs et celles de leurs patients, leurs attentes relatives au rôle de patient. Enfin, il s'agissait de cerner leurs certitudes autour de cette pathologie et de sa prise en charge, et leurs modalités de construction.

15 Les entretiens auprès des patients ont été réalisés par Annick Tijou Traoré. Les premiers entretiens ont été menés sur le lieu de soin, les seconds au domicile des enquêtés ou dans un autre lieu de leur choix. Les grilles d'entretiens auprès des patients ont porté sur plusieurs thématiques dont l'histoire du diagnostic de leur diabète, l'itinéraire thérapeutique, la prise en charge et les traitements, le régime alimentaire, l'impact du diabète sur la vie quotidienne et dans les échanges sociaux (entourage, famille), les connaissances du diabète antérieurement au diagnostic, les modes d'informations utilisés, l'appartenance à des groupes de sociabilité, le rapport au médecin. La question des modalités de construction des connaissances était transversale à l'ensemble de ces thèmes. Les entretiens ont été conduits dans la langue des enquêtés, le plus souvent en français.

16 La réalisation d'une seconde série d'entretiens auprès des mêmes patients visait à cerner l'évolution de leurs représentations et de leurs pratiques au cours du temps et à approfondir certains aspects au regard des premiers éléments d'analyse.

17 Certains patients interrogés sont sous ADO (antidiabétiques oraux), d'autres sous insuline, d'autres encore ne prennent aucun traitement. Quelques-uns présentent des complications sous forme de plaie ou ont été amputés d'un membre, certains ont des troubles visuels.

18 Les données issues des entretiens et des observations réalisés auprès de familles de patients ont donné lieu à une communication qui discute de la place de la famille dans la construction des savoirs (Tijou Traoré, Gobatto et al., 2008).



bien que présentés séparément, la réciprocité et les ajustements qui façonnent ces rôles restent la trame transversale de l'analyse, que nous développerons autour de deux principaux aspects : le rapport à l'information et les pratiques alimentaires dans le cadre de la prise en charge diététique du diabète de type 2.

## **UNE AUTORITÉ MÉDICALE AU CŒUR DE L'INTERACTION, SUR FOND D'INTERPRÉTATION DU « JEU » DES PATIENTS**

Travailler sur l'élaboration de contenus structurants des rôles que ces professionnels se donnent en situation d'exercice permet de voir que lorsqu'ils improvisent sur le texte idéal, ils raisonnent d'une part à partir de modèles professionnels existants, d'autre part en fonction de l'interprétation qu'ils font du « jeu » des patients autour de la prise en charge du diabète. En effet, on repère que la grille de lecture du savoir autoritaire, élaborée dans les prises en charge routinières de maladies aiguës, est maintenue au cœur des savoir être professionnels relatifs à la prise en charge de la maladie chronique. Dire au patient ce qui est attendu de lui, en quelques mots, et être écouté de ce dernier constituent les deux pôles de la relation. Ces modalités structurantes du rôle trouvent en partie leur fondement et les bases de leur permanence dans une culture professionnelle antérieurement instaurée dans le domaine de la santé entre professionnels et malades lorsqu'ils se rencontrent dans le système public de soin des pays à faibles ressources<sup>19</sup> et que les difficultés économiques impactent lourdement les possibles en termes de soins à proposer du côté des professionnels, et de soins à financer du côté des malades<sup>20</sup>. Ces difficiles conditions d'exercice et de soins imprègnent les formes d'engagement des professionnels dans leur exercice quotidien et fragilisent certains aspects de leur implication. On le relève, par exemple, en termes de temps de présence dans les structures de soins, accommodé en fonction des vacances rémunératrices effectuées par les médecins dans diverses structures privées, ce qui permet

---

19 Nous renvoyons notamment à l'ouvrage *Une médecine inhospitalière* (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003) qui propose de larges descriptions ethnographiques – certaines étant conduites à Bamako – de la traduction de cette culture en pratiques ordinaires en Afrique de l'Ouest ainsi qu'à l'ouvrage d'I. Gobatto (1999) qui offre une lecture anthropologique du métier de médecin dans le contexte du Burkina Faso, proche du Mali en termes d'organisation du système de santé.

20 Dans des pays comme le Mali, la plupart des patients ne bénéficient d'aucune couverture sociale. Tout acte de soin, tout médicament se paye, à l'exception de quelques rares pathologies comme le VIH dont les prises en charge sont soutenues financièrement par les États ou par des organismes de coopération bilatérale ou des organisations internationales.

d'augmenter considérablement les revenus. On le repère encore dans la durée des consultations, qui ne dépasse guère quelques minutes, ou dans l'attention minimale portée aux interrogations des malades<sup>21</sup>.

Ce contenu central et récurrent du rôle prend d'autre part appui dans les représentations des médecins sur « *les malades africains* », expression entendue dans son sens le plus large. Ils les définissent comme « *indisciplinés* », « *peu persévérants* », « *récalcitrants* ». Ces catégories, localement construites, constituent en quelque sorte des suppléments de sens renforçant la certitude qu'ils ont de l'autorité qu'ils doivent associer à leur rôle et qu'ils traduisent dans les interactions concrètes avec les malades à l'égard de leur participation à la prise en charge et dans les routines nécessaires à l'exécution du rôle<sup>22</sup>. Les malades sont majoritairement conçus comme des individus qui souvent, affectent la trajectoire de leur maladie – pour reprendre A. Strauss (1984) – en la perturbant et c'est à cela que les médecins tentent de s'ajuster par anticipation.

Les contenus des rôles, les savoirs et savoir-faire qui les étayent portent ainsi la marque des rapports sociaux antérieurement instaurés dans le domaine de la santé entre soignants et soignés, articulés à des représentations de malades avant tout considérés au travers de certains éléments immédiatement discriminants de leur statut. La relation reste donc clairement asymétrique entre un médecin et son patient et de manière articulée, c'est la question de la diffusion et de la circulation d'informations qui est en jeu puisque, de la définition du rôle vont dépendre des attitudes d'information ou de non-information envers les patients. Au quotidien, un constat large peut être fait : les raisons d'une demande – parfois sous forme d'injonction – faite au malade ne sont quasiment jamais données<sup>23</sup>, au motif premier qu'elles ne sont pas utiles ni même bénéfiques pour lui. Cela se retrouve à tous les temps de la prise en charge : un interne doit faire une seconde glycémie à une patiente pour établir son diagnostic et lui dit :

« Tu reviens dans une semaine, tu continues tes habitudes alimentaires, mange du sucre comme tu le faisais ».

21 La complexité des formes d'implication et plus largement l'engagement des professionnels dans l'exercice de leur métier sont peu documentés dans la littérature en sciences sociales pour le contexte africain. Soulignons cependant que les politiques économiques internationales et nationales ont parfois été analysées comme vecteurs de violences permanentes qui traversent les systèmes de santé et affectent les acteurs qui en dépendent. Nous renvoyons notamment aux réflexions de Paul Farmer, par exemple dans *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, (2003), et en toile de fond aux analyses proposées par M. Foucault.

22 Pour autant, il serait réducteur de résumer la totalité des attitudes des médecins envers leurs malades à ce seul registre d'autorité. Bien qu'il structure la trame des interactions, on repère, certes en de rares occasions, des temps d'assouplissement de la relation, qui peuvent se traduire en une attention envers certains questionnements des patients ou, à un autre niveau, en aide financière, en distribution d'échantillons de médicaments, en consultation donnée gratuitement, etc.

23 Ce point a également été relevé pour la tuberculose (Hane, Thiam et al., 2007).

La patiente n'a pas les moyens de comprendre l'enjeu de cette seconde visite. Ce positionnement s'illustre également dans les recommandations :

« Il faut marcher une demi-heure par jour » ; « le diabète n'est pas équilibré, il faut marcher 30 minutes par jour ».

Concernant le régime alimentaire, pour les structures enquêtées, l'attitude récurrente consiste à ne proposer qu'une solution : le patient doit mesurer son alimentation à travers le bol « Sada Diallo »<sup>24</sup>. Ceci se traduit, pour les médecins interrogés, par la nécessité pour les malades de rompre avec les pratiques alimentaires coutumières qu'ils tendent à résumer en une habitude : le repas est consommé à la main dans un plat commun. Le registre de la culture tel que se l'approprient les médecins intervient donc dans le raisonnement autour de l'alimentation en renvoyant uniquement et systématiquement à des difficultés relatives au fait de manger hors du plat commun :

« Le problème ici est social. Il est lié à la commensalité. On mange tous ensemble autour de la tasse, on ne peut pas manger individuellement » ;  
« S'il faut aller à un mariage, ou autre, ça leur fait honte de manger avec le bol ».

Sans échanger avec leurs patients sur cet aspect du suivi du régime qui, nous l'aborderons plus loin, n'est pas la principale difficulté ressentie par les malades, il s'agit concrètement et avant tout pour les médecins de conduire les patients à faire usage de ce bol pour limiter la quantité d'aliments consommés. Pour remplir ce bol, les discours pivotent autour des aliments interdits ou « *intouchables* » (sucre et boissons sucrées, plats préparés à base d'huile, pâtisseries), des aliments à mesurer (les fruits, « *un par jour* », le beurre, « *une cuillère à café par jour* »...), et des aliments à consommer sans modération (les légumes). Le rôle attendu du patient est d'appliquer ce qui lui est indiqué<sup>25</sup>.

Les médecins savent que les patients souffrent alors de la faim. Mais accepter des accommodements autour de la notion d'équilibre des repas en fonction, notamment, de l'activité des personnes et d'équivalences entre aliments – aspects qu'ils connaissent d'un point de vue théorique – reviendrait pour eux à concéder des marges de manœuvre à travers la distribution d'éléments de savoir et cela leur paraît potentiellement préjudiciable à la santé de leur patient, logique qu'avait soulignée S. Fainzang (2006) autour du cancer dans un contexte européen. Cette attitude est en accord avec leurs représentations du malade africain. Pour ne pas donner prise à ces pratiques d'inobservance, un médecin explique, par exemple :

---

24 Du nom du concepteur malien de ce bol de mesure, lui-même diabétique. Seule une minorité de médecins ne fait pas usage de ce bol, parfois appelé « bol diabétique ».

25 Ces propos sont parfois relayés par un infirmier dans le cadre de séances de sensibilisation collective ; il dispose de connaissances en nutrition et assume le rôle de nutritionniste dans les centres de santé enquêtés.

*« À défaut de pouvoir apprendre à équilibrer, on limite avec le bol. Interdire, c'est une façon de les éduquer. Sinon les patients vont dire : même le médecin m'a dit que je peux prendre un fruit, et ils vont abuser ». « Il faut en dire juste un peu, diminuer l'information, juste faire passer l'essentiel ».*

Dans ces configurations de rôle, l'engagement du malade tel que souhaité par les médecins se décline uniquement sur le mode de l'obéissance. C'est une norme implicite avec laquelle les professionnels travaillent et certaines tactiques peuvent être utilisées pour inciter les patients à adopter cette attitude. La plus fréquente mobilise le registre économique au cœur de nombreuses difficultés rencontrées de manière récurrente par les patients, tant en termes d'accès financier à une alimentation équilibrée, qu'en termes de capacité à acheter des médicaments ou à soigner les complications relatives à la chronicité du diabète et à des taux de glycémie peu équilibrés, et l'on peut entendre, par exemple :

*« Si tu fais bien ton régime, tu peux te passer des médicaments, donc c'est moins de dépense au final ».*

On repère alors que les réflexions nées au Nord dans le cadre de la maladie chronique sur le « travail » et les responsabilités du patient, qu'il soit qualifié d'expert (Corbin et Strauss, 88 ; Lorig, 2002 ; Donaldson, 2003), d'autosoignant (Herzlich, Pierret, 1985) ou encore de « nouveau malade » (Dodier, 2003) dans la littérature socio-anthropologique pour définir un patient qui participe à la prise en charge en tant que partenaire dans la production ou le recouvrement de sa santé ne trouvent aucune possibilité d'expression dans le déroulement des échanges locaux lorsqu'on les analyse au regard des rôles que s'attribuent et que jouent les professionnels.

## LA FONCTION LATENTE DE CES RÔLES LOCAUX

Ce faisant, on repère quelques-unes des fonctions latentes, pour reprendre R. Merton (1997), de ces rôles ainsi construits et des savoirs qui les soutiennent dans les interactions. Tout d'abord, par leur traduction en relations et en pratiques routinières concrètes, ces rôles permettent aux soignants de maintenir quelques bases de leur culture professionnelle avec notamment un investissement minimum en temps dans leurs consultations – répondant en partie à l'affluence de patients à prendre en charge<sup>26</sup>. La persistance des identités professionnelles se donne par conséquent à voir à travers cette persistance du modèle et se maintient par cet intermédiaire dans un même mouvement. On

<sup>26</sup> La variable temps n'est qu'une parmi de nombreuses autres ; le lecteur peut de nouveau se référer à l'ouvrage coordonné par Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (op. cit.) mais aussi à Vidal, Fall et Gadou (2005).

remarque en outre comment les contenus de savoirs élaborés en contexte local prennent sens lorsqu'ils viennent renforcer des positionnements professionnels et sociaux.

On peut faire l'hypothèse que les soignants tentent ensuite de contrôler en partie les éventuelles perturbations qu'un investissement profane pourrait faire peser sur l'organisation de leur travail mais aussi sur la responsabilité qui leur est attribuée dans l'efficacité ou l'inefficacité d'une prise en charge. Ce médecin explique :

*« La personne peut dire que le soignant qui est là ne fait pas bien son travail, or c'est le malade qui ne fait pas bien son traitement, c'est le problème. (...) le malade est au centre de sa maladie, s'il est bien discipliné, ça marche ».*

Conscients de la nécessité pour leurs patients de « suivre le régime à la lettre », mais orientés par leurs représentations des faibles capacités de ces patients à le faire, ils tendent alors à intervenir au travers de la mesure et, au fond, à « prescrire une dose » dans une logique proche de la prescription de médicaments.

Un dernier aspect peut être mis en avant : les patients qui, à l'inverse de la majorité, sont catégorisés d'obéissants, de persévérants prennent dans les propos des médecins la figure de « vieux diabétiques équilibrés » et ils sont peu nombreux. Pourtant, ils sont ceux qui vont leur permettre de rassurer les autres malades et ils n'hésitent pas à les utiliser en quelque sorte comme des supports pédagogiques pour inciter les patients à suivre leurs prescriptions. Ce médecin explique :

*« J'ai un vieux, il a le diabète depuis 50 ans, il prend des médicaments, ça fait 10 ans qu'il est sous insuline, il fait son régime, je le dis souvent aux autres patients, je leur montre ce monsieur, pour les rassurer. Quand ils le voient ils me disent ah, on ne dirait pas qu'il est malade ».*

Mais dans un même mouvement, ces rares patients vont permettre aux professionnels de mettre en scène leurs compétences aux yeux de tous, tout en leur procurant, de plus, le sentiment de leur valeur professionnelle et humaine.

## **DES PATIENTS À L'AFFÛT D'INFORMATIONS MÉDICALES POUR SE SOIGNER**

Dans cette configuration telle qu'elle vient d'être analysée du point de vue des ajustements des professionnels, les patients sont loin de rester passifs et dévoilent des façons d'être et de faire qui se démarquent des représentations

que les professionnels s'en font. Les patients se construisent pour la plupart des moyens pour atteindre l'objectif qu'ils recherchent et qu'ils partagent d'ailleurs avec leur médecin, à savoir une prise en charge la plus efficace possible pour équilibrer leur diabète et éviter, atténuer ou faire disparaître les complications. On repère ainsi que l'image du patient « indiscipliné », au sens où il ne respecterait pas les recommandations du médecin, et celle du patient peu soucieux de son diabète trouvent peu d'écho dans les manières dont les personnes diabétiques construisent leur rôle de malade. Un des éléments qui le structurent a trait au rapport à l'information médicale. En effet, l'analyse des discours des patients montre qu'ils sont dans une quête importante d'informations du fait du caractère chronique du diabète dont ils ont tous conscience et du sentiment d'incertitude très fort qui en découle quant à l'évolution de leur état de santé. Cette quête est d'autant plus forte que les expériences du diabète, telles qu'elles se construisent et se relatent dans ce pays, renvoient à une maladie la plupart du temps coûteuse, impliquant de la dépendance à l'égard de la famille, des incidences sur les conditions d'existence de l'ensemble de la famille, et souvent handicapante car perturbant le quotidien (fatigue, mobilité réduite lors de plaies, arrêt de travail, etc.). Ainsi, par exemple, dès que le médecin apparaît dans la cour du centre de prise en charge, de nombreux patients, venus pour un autre motif que la consultation médicale, cherchent par tous les moyens à l'interpeller pour lui demander des précisions. Cet intérêt accordé à l'information médicale est néanmoins ignoré des médecins ; la représentation que ces derniers ont des patients semble contribuer à sous-estimer leurs besoins cognitifs.

Les rôles que ces malades se construisent se façonnent donc en partie autour de l'information. Cet élément, au cœur des interactions médecins/patients peut ainsi prendre des configurations opposées selon la position de chacun : celle des médecins (ou professionnels de santé) les amène indirectement à restreindre leur diffusion, alors que les patients cherchent à les acquérir.

Au début de leur prise en charge, le médecin représente la source de savoirs perçue comme la plus évidente et légitime. Cependant, de façon générale, les patients reconnaissent peu dialoguer avec lui, certains en font un constat justifiable, d'autres le regrettent. Ils l'expliquent en partie par le peu de disponibilité dont font preuve ces professionnels, liée à l'affluence dans les lieux de prise en charge. S'autoriser à poser des questions au médecin revient selon eux à prendre le risque de ne pas être écouté et d'apparaître inopportun :

*« Quand tu vas beaucoup expliquer, ils vont pas t'écouter parce qu'il y a trop de monde ».*

C'est aussi allonger le temps d'attente des autres malades, une inquiétude récurrente dans leur discours également relevée chez des patients diabétiques dans d'autres recherches (Pooley et al., 2001 ; Héraud, 2003). Ces attitudes des patients à l'égard de leur médecin s'inscrivent dans une nature spécifique des relations malades-médecins abordée précédemment, et qui se traduisent non seulement par une disponibilité réduite des professionnels de santé mais

aussi par un dialogue qui, de façon générale, reste déficient. On note alors que si la chronicité de la maladie peut parfois modifier la nature de la relation entre médecins et malades du fait de la régularité des rencontres, comme cela a été montré à propos du sida (Gobatto et Lafaye, 2005 ; Tijou Traoré, 2009), son impact sur la nature de cette relation obéit néanmoins à d'autres variables : la nature de la pathologie chronique, la place qu'elle occupe dans la politique nationale de santé mais aussi l'organisation du travail, qui peut produire des effets concrets sur les représentations sociales de la pathologie et sa prise en charge routinière<sup>27</sup>. Chacun de ces facteurs structurels et conjoncturels intervient donc dans les modalités de liens qui unissent chronicité et relation médecin-patient, rendant compte de la complexité de cette relation.

Ces difficultés relationnelles entre médecins et malades ne sont pas spécifiques au contexte africain même si elles prennent, dans certains pays d'Afrique, des formes structurellement spécifiques (Cicourel, 2008). C'est pourquoi des patients qui ressentent le besoin d'avoir soit davantage d'informations, soit des informations d'une autre nature que celles disponibles dans l'interaction avec leurs médecins se tournent progressivement vers les autres patients pour l'échange d'expériences et de conseils dont l'ancrage dans le vécu de la maladie est, pour eux, essentiel.

Ce besoin de savoirs résulte, comme abordé précédemment, d'un sentiment d'incertitude particulièrement fort à l'égard de leur état de santé et de son évolution, en particulier lorsque les patients souffrent de complications, mais cela concerne également ceux qui n'en ont plus ou n'en ont jamais eu, du fait parfois de la menace permanente que l'occurrence de ces complications représente. Ces patients sont dans la crainte du lendemain : auront-ils les moyens et les informations nécessaires pour gérer leur diabète dans un contexte de vie marqué par la précarité ? En tendance, pour eux, chaque jour est une bataille pour demain et ils veulent s'assurer d'avoir les armes suffisantes pour maîtriser leur diabète.

## **POUR S'ADAPTER AU CONTEXTE LOCAL : DE L'ADHÉSION AU DISCOURS MÉDICAL, À LA CONSTRUCTION DE SAVOIRS PRAGMATIQUES**

Lorsque les patients sont interrogés sur ce qu'ils considèrent être le plus important dans l'ensemble de leur traitement, ils citent unanimement – comme

---

27 Pour une illustration du poids de cette variable dans la prise en charge professionnelle de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Côte d'Ivoire, nous renvoyons au rapport de recherche *Professionnels de santé, VIH et femmes enceintes* (Gobatto et Lafaye, 2005).



les médecins – le régime alimentaire, qu'ils estiment central ou complémentaire aux autres traitements (oraux ou par injection). Une femme l'exprime ainsi :

*« Le régime, ça te permet de bien manger [conformément aux prescriptions médicales] de bien dormir. (...) ça complète les comprimés, si tu ne suis pas le régime les comprimés ne servent à rien. »*

Ils insistent tous sur la nécessité et l'importance de le suivre scrupuleusement, seul moyen de vivre longtemps avec la maladie et d'empêcher la survenue de complications. Par exemple, en voyant un de ses amis récemment amputé d'une jambe, un patient révolté est découragé par les complications du diabète :

*« Je viens de le voir [il découvre qu'il est amputé], on se donnait des conseils mais lui il n'a pas eu la capacité [possibilité] pour faire le régime. J'ai dormi avec ce monsieur dans la salle d'observation et il est parti au village, pendant 10 à 12 jours, chercher de l'argent. C'était trop tard, sa plaie s'est aggravée, on est obligé de couper tout ça ! ».*

Pour la plupart, l'objectif du régime est de diminuer leur taux de glycémie. C'est pourquoi la transgression du régime est souvent avancée comme un argument à même de justifier l'intérêt de contrôler sa glycémie : *« Parce que je fais le régime dans le désordre en ce moment »*, expliquera un patient dont le dernier test de glycémie remonte à une vingtaine de jours. Cette importance accordée au régime s'appuie tant sur les informations reçues en consultation avec le médecin que sur les expériences du régime, dont les personnes diabétiques disent toutes avoir observé les effets positifs sur leur santé :

*« Quand je suis bien le régime, je me sens mieux. (...) Ça se sent tout de suite, parce que, vous ne dormez pas, mais quand ça commence à aller, tu dors bien, tu te lèves quand il faut, ah non c'est bon ».*

Pour autant, ils reconnaissent pour la plupart ne pas pouvoir le suivre de manière stricte et régulière à l'instar de ce qui est relevé ailleurs (Strauss et al., 1984 ; Corbel, 2002 ; Balcou-Debushe, 2006). La mise en pratique du régime se traduit soit à travers le respect du dosage des aliments par le bol sans exclure pour autant les aliments interdits<sup>28</sup>, soit par la consommation d'aliments spécifiques, sans prendre en compte l'idée de mesure. Chez d'autres patients, l'observation du régime se décline dans un mouvement de va-et-vient entre ces deux modèles ou encore, mais de façon rare, par la consommation d'aliments prescrits par les médecins en petite quantité et toutes les deux heures. Mais quasiment tous expliquent, pour l'avoir compris à travers l'expérience, que désormais ils ne doivent plus manger à leur faim, comme le souligne cet homme diabétique : *« Avec le régime, chaque fois tu as faim »*. Un patient résume bien les propos récurrents à partir desquels la sensation de faim devient, avec une acuité particulière chez les hommes, une caractéristique quasi systématiquement associée au diabète :

28 Ce qui est également noté dans une étude quantitative récente conduite dans l'une des structures enquêtées (Coulibaly, Turgeon O'Brien, Galibois, 2009).

« *Le problème, quand on est diabétique, c'est qu'on a tout le temps faim* ».

Si certains, en particulier des femmes et des personnes âgées, reconnaissent finir par s'y habituer<sup>29</sup>, les malades mettent essentiellement l'accent sur la quantité insuffisante que représente le bol, cette mesure imposée par les professionnels de santé et qu'ils considèrent inappropriée à leur besoin physique. Une patiente met en cause cette unité de mesure :

« *Le régime est très difficile, le bol qu'on nous a conseillé, ce bol n'arrive même pas à satisfaire un enfant, à plus forte raison un adulte* ».

Par ailleurs, la gourmandise est une notion qui rythme souvent le discours des patients lorsqu'il s'agit d'expliquer ce qui peut les freiner dans la mise en application des prescriptions alimentaires. Un patient raconte :

« *C'est comme cacahuète, les arachides, j'aime manger les arachides. Ils disent qu'il faut manger un peu, on n'interdit pas formellement, mais (...) les choses que tu aimes, tu peux dépasser aussi* ».

Enfin, le coût du régime est une difficulté supplémentaire, engendrée par la nécessité de consommer certains aliments plus onéreux ou de préparer deux plats au lieu d'un seul. Un patient, fonctionnaire à la retraite, disposant d'une pension conséquente reconnaît que :

« (...) *ça revient un peu cher, je dis qu'il faut avoir les moyens de sa politique quoi* ».

En somme, les références culturelles chères aux médecins pour expliquer les problèmes des patients à suivre le régime alimentaire sont peu évoquées par ces derniers. Ceux qui mangent individuellement et non dans le plat commun présentent cette pratique alimentaire comme difficile au début du fait du manque d'habitude. Cependant, leurs discours révèlent peu d'incidence sur leurs relations sociales avec les commensaux. Ce vécu du régime alimentaire tel qu'il a été rapporté par les patients rencontrés illustre d'autres possibles au regard de certaines analyses produites (Sidibé et al., 2007 ; Héraud, 2003).

Ces obstacles à la mise en pratique du régime conduisent les malades à développer des accommodements. Pour certains, il s'agira de supplanter le régime par les activités sportives qui sont recommandées dans les discours des médecins. C'est ce qu'explique un des patients rencontrés, s'exprimant sur le lien entre la plaie, une des complications du diabète, et le régime :

« *Si vous faites pas le régime, il faut faire le sport, ça va cicatriser* ».

29 Les pratiques à l'égard du régime sont susceptibles de fluctuer en fonction d'un certain nombre de variables. On voit ici des différences selon le genre, comme l'a déjà montré une autre étude (Coulibaly et al., op. cit.). Nous ne développerons pas davantage dans cet article le poids de cette variable dans les façons de faire à l'égard des prescriptions alimentaires. D'autres variables peuvent aussi influencer les conduites des personnes malades, telles que les réseaux de sociabilité, la capacité financière, etc.

À la question de connaître les raisons qui le guident dans ce raisonnement il poursuit :

*« J'ai beaucoup d'amis qui sont diabétiques qui font le sport et qui mangent bien [sans restriction] ».*

Une autre déclinaison du régime peut également s'illustrer par l'auto-ajustement de leur traitement en fonction d'une consommation alimentaire jugée abusive. Les malades augmentent alors leur dose d'insuline ou le nombre de comprimés. Pour d'autres, le suivi du régime sera subordonné à leur état de santé<sup>30</sup> : ils disent le faire en fonction de l'apparition de symptômes spécifiques tels que la fatigue, les troubles du sommeil, « *la difficulté à se lever le matin* », les courbatures, et à partir desquels ils en déduisent une augmentation de leur glycémie. On note aussi que l'apparition de complications peut amener le patient à se plier à une conformité plus stricte du suivi de son régime. C'est ce qu'évoque un patient :

*« Surtout quand ça fait des plaies, c'est très dangereux, des plaies dans vos peaux... faut respecter ce qu'on vous dit... Au moment où tu n'as pas de plaie, tu pouvais profiter, tu contrôles seulement, à chaque fois que ça monte, tu dois faire le régime pour que ça baisse. Mais quand... affaires de plaie arrivent : c'est fini... tu dois payer ce qu'on te dit, automatiquement. »*

La faim peut aussi orienter des façons de faire différentes. Elle peut être perçue non pas uniquement comme la conséquence du suivi du régime alimentaire – comme évoqué précédemment – mais comme la résultante de l'amélioration de sa santé. Dans ces conditions, suivre le régime reviendrait à contrarier le rétablissement. C'est ce qu'évoque un patient qui explique les raisons pour lesquelles il y a des aliments « (...) *qu'il faut dépasser [la dose prescrite]* ». Il est pour lui difficile de respecter son régime alimentaire :

*« Vous avez faim ! Surtout que j'ai tellement l'appétit maintenant, depuis que je commence à avoir la forme... ».*

À l'inverse, l'aggravation de la santé, perçue notamment à travers la perte de poids peut dans un même mouvement rendre l'idée du régime inconciliable avec le but de soigner rapidement leur diabète :

*« Je n'ai pas respecté le régime là parce que moi j'avais perdu beaucoup de poids à mon arrivée (...) alors je suis obligé de manger. Ce que je trouve, je mange, je commence à avoir un peu la santé... ».*

En élaborant ces savoir-faire, les patients se construisent en parallèle une place dans la division du travail médical ; ils prennent donc de la distance à l'égard des prescriptions médicales et s'autorisent des marges de manœuvre.

30 Ce que M. Corbel (2002) note également dans ses travaux sur les personnes diabétiques en France.

Ils le font avec d'autant plus de conviction qu'ils considèrent les prescriptions autour du régime inappropriées à leurs conditions locales d'existence. Ce sont par conséquent d'autres savoirs locaux que ceux élaborés par les médecins, qui se construisent à partir de ces prises de distance. Leur production renvoie à trois modes spécifiques de construction des savoirs qui se révèlent être des déclinaisons de l'expérience<sup>31</sup>. Le premier d'entre eux est l'expérimentation. Les malades ne pouvant s'appuyer uniquement sur des éléments de savoirs obtenus auprès des médecins, peuvent par exemple expérimenter l'effet d'aliments proscrits sur leur corps ; expérimentation qu'ils valident par la suite en contrôlant leur glycémie, une manière de tester les informations médicales et de leur conférer ou non de la légitimité. Le second mode de production de connaissances relève de l'usage qu'ils font de leur propre expérience de leur diabète au quotidien, comme cela a été relevé en France au sujet d'autres questions de santé (par exemple, Thoër-Fabre *et al.*, 2007). Il s'illustre précisément à travers les observations que les patients font du fonctionnement et des dysfonctionnements de leur corps. On les entend par exemple dire :

*« Le diabétique est médecin, tu sais ce qui te fait mal (...) je sais ce que je dois pas manger » ; « J'ai mon expérience aujourd'hui, personne ne peut me tromper ».*

Ces savoirs expérientiels, pour reprendre E. Gagnon (1999), peuvent s'illustrer, par exemple, par l'observation de l'efficacité des médicaments lorsque le régime alimentaire n'est pas suivi :

*« J'ai remarqué ça, même si je prends des médicaments et que je mange ce que je ne dois pas manger, ça ne sert à rien, je sens que ça ne va pas ».*

Enfin, la troisième manière de se construire du savoir provient des connaissances que les personnes diabétiques repèrent chez d'autres patients ou par le biais des discussions entre patients. Ils échangent, par exemple, leur expérience sur ce qu'ils s'autorisent à consommer ou pas. Une patiente explique qu'elle cherche souvent à savoir auprès des autres malades ce qu'elle peut manger en grande quantité ; elle ajoute *« On se donne des idées »*. Ces échanges entre patients que renforce leur besoin d'informations, s'apparentent à des groupes qualifiés d'autosupport ou d'entraide (Gagnon, *op. cit.*) ou encore groupes de malades (Herzlich, Pierret, *op. cit.*) au sein desquels les malades puisent des ressources cognitives mais également matérielles et morales<sup>32</sup>. Ces discussions entre patients, illustrées ici autour de l'exemple du régime alimentaire, sont des temps importants de construction de savoirs locaux autour du diabète qui sont mal perçus par les médecins. En effet, ceux-ci y voient des modes de transformation de leurs prescriptions médicales qui viennent fragiliser des

31 La place de l'expérience dans la construction des savoirs profanes sur le diabète a fait l'objet d'une analyse approfondie dans un autre article (Tijou Traoré, 2010).

32 L'étude de ces groupes de sociabilité, d'échange et d'entraide a donné lieu à une communication (Tijou Traoré, Gobatto, 2009).

éléments de leur pouvoir. Des patients l'ont compris et savent que « *la voix basse* » doit être de rigueur.

Ces façons de faire analysées ici autour du régime alimentaire, et qui dynamisent les rôles des malades, ne sont pas communes à tous les patients. Elles sont en grande partie subordonnées au mode de production de savoirs profanes qui, nous l'avons analysé ailleurs (Tijou Traoré, 2010), diffère selon le centre de prise en charge fréquenté, précisément en fonction de sa configuration spatiale et de son fonctionnement. Ainsi, les patients de la structure privée spécialisée développent des accommodements autour des prescriptions du régime alimentaire, davantage à partir des échanges avec les autres patients et de l'usage des différentes formes d'expériences. Ils s'inscrivent alors dans un rôle proche du modèle de l'autosoignant dont il a été fait référence précédemment bien qu'ils l'évoquent rarement comme tel dans la mesure où il n'est pas légitimé par le médecin. On peut faire l'hypothèse que pour les malades, légitimer ce rôle d'autosoignant équivaldrait à dénoncer un dysfonctionnement dans le pouvoir du médecin, à l'égard duquel très peu de contre-pouvoirs existent en contexte africain. Mais ce faisant, « le malade peut échapper à l'autorité absolue du médecin et retrouver une certaine indépendance » (Herzlich, Pierret, 1985, p. 140) en définissant des normes personnelles à l'intérieur de ces groupes de malades. À l'inverse, les patients fréquentant le service hospitalier montrent, en tendance, un mode de production des connaissances davantage inscrit dans les relations avec les médecins et c'est davantage à partir de cette source de savoirs qu'ils gèrent leurs pratiques alimentaires.

## CONCLUSION

En prenant pour objet le diabète et sa prise en charge à Bamako, nous avons fait le choix d'analyser l'élaboration de savoirs locaux dont nous avons montré le caractère situé dans les pratiques observables de la vie quotidienne et ordinaire de soignants et de patients. La notion de rôle et l'angle d'analyse des interactions ont permis de mettre au jour des processus de co-construction par ajustements mutuels, que nous avons spécifiquement étudiés autour du rapport à l'information et des pratiques alimentaires dans le cadre de la prise en charge diététique. En raisonnant en termes d'acteurs et groupes d'acteurs aux positionnements et aux manières de faire s'influençant les uns les autres, ces processus dans lesquels médecins et malades sont engagés sont apparus étayés par les interprétations, mutuelles et articulées, des situations concrètes dans lesquelles ils sont impliqués. Nous avons montré que le médecin d'une part, le patient de l'autre, développent, à travers leurs interactions, des savoirs et savoir-faire différents mais pourtant élaborés à partir d'une logique commune : s'accommoder aux conditions locales d'exercice et d'existence. Ils le font dans des mouvements contraires qui s'opposent.

Les savoirs et savoir-faire produits, ainsi que les rôles qui les cristallisent, sont par conséquent en partie façonnés dans ces rencontres et dans ce qu'elles produisent comme effets. Ils intègrent plusieurs niveaux de complexité (rapports sociaux, représentations, etc.), renvoyant – mais il n'y a là rien de nouveau – à la tension entre macrostructures et microsituations. Les choix d'objet et d'analyse effectués ici nous permettent alors de rappeler, s'il en était encore besoin, qu'aucun des deux niveaux – global/local – ne sont des niveaux d'analyse autosuffisants, pour reprendre Cicourel (2008) parlant des niveaux macro et micro d'analyse des situations ordinaires, pour saisir la consistance de ces savoirs et les arrangements qui les affectent dans les expériences sociales, qu'elles concernent le soin ou d'autres dimensions de l'existence.

## BIBLIOGRAPHIE

ADA/American Diabetes Association (2007), *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. *Diabetes Care*, 30, 42-47.

Abélès M. (2008). *Anthropologie de la globalisation*. Paris, Payot.

Balcou-Debusse M. (2006). *L'éducation des malades chroniques. Une approche ethnosociologique*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

Baszanger I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie*, 27, 3-27.

Berger P., Luckmann T. (2005) (1<sup>re</sup> éd. 1966). *La construction sociale de la réalité*. Paris, Armand Colin.

Besson R., Bernard M., Tijou Traoré A., Gobatto I. (2010). « Le diabète, une épidémie mondiale ? Construction et qualification d'un fait épidémiologique », in Chasles V. (éd.). *Santé et Mondialisation. Actes du Colloque interdisciplinaire Santé & mondialisation*. Lyon, Éditions de l'Université Jean Moulin, 173-191.

Bury M. (1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 13, 451-458.

Cicourel A.V. (2008). « Microprocessus et macrostructures », *SociologieS*, Aaron V. Cicourel, mis en ligne le 29 octobre 2008. <http://sociologies.revues.org/document2432.html>.

Corbel M. (2002). Les diabétiques et leur alimentation. Une enquête anthropologique. *Diététique et Médecine*, 79-93.

Corbin J., Strauss A. et al. (1988). *Unending work and care: managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Coulibaly A., Turgeon O'Brien H., Galibois I. (2009). Croyances et pratiques alimentaires chez des diabétiques de type 2 à Bamako (Mali). *Cahiers de nutrition et de diététique*, 44 (3), 136-142.

Dodier N. (2003). *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris, EHESS.

Donaldson L. (2003). Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS, Comment. *BMJ*, 326, 14 June, 1279.

Drouin P., Blicke J.F., Charbonnel B. et al. (1999). Diagnostic et classification du diabète sur les nouveaux critères. *Diabetes & Metabolism*, 25, 72-83.

*Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Mali 2006 (EDSM)-IV (2007)*. Cellule de planification et de Statistique, Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce. Bamako, Mali.

Fainzang S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, PUF.



- Farmer P. (2003). *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley-Los Angeles-London: University of California Press.
- Fassin D. (2001). La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique, in B. Hours (éd.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris, Karthala, 25-40.
- Freidson E. (1961). *Patient's views of medical practice*. New York: Russell Sage Foundation.
- Gagnon E. (1999). La communication, l'autre indicible : de l'entraide des malades. *Anthropologie et Société*, 23 (2), 61-78.
- Gobatto I. (1999). *Être médecin au Burkina Faso*. Paris, L'Harmattan.
- Gobatto I. (éd.) (2003). *Les pratiques de santé dans un monde globalisé. Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines*. Paris, Karthala.
- Gobatto I., Besson R. (éd.) (2004). Conceptions et pratiques professionnelles de santé. *Face à Face. Regards sur la santé*, 6. <http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/index.htm>
- Gobatto I., Lafaye F. (2005). *Professionnels de santé, VIH et femmes enceintes. Conceptions professionnelles et processus de prise en charge thérapeutique face à la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (Côte d'Ivoire)*. Rapport final de recherche, ECS/Sidaction. Bordeaux, Université de Bordeaux 2-ADES (CNRS 5185).
- Geertz C. (1986) (trad. française). *Savoir local, Savoir global*. Paris, Les lieux du savoir, PUF.
- Goffman E. (1974, version originale 1967). *Les rites d'interaction*. Paris, Éditions de Minuit.
- Goffman E. (1991, version originale 1974). *Les cadres de l'expérience*. Paris, Éditions de Minuit.
- Hane F., Thiam S., Fall A.S., Vidal L., Diop A.H. et al. (2007). Identifying barriers to effective tuberculosis control in Senegal: an anthropological approach. *Int. J. Tuberc Lung Dis*, 11 (5), 539-543.
- Héraud M. (2003). Une approche anthropologique du diabète à Bamako, Mali : Suivi du régime alimentaire, Itinéraires thérapeutiques et relations soignant-soigné. Rapport de recherche, dir. Caraël M., Bruxelles : Université Libre de Bruxelles.
- Herzlich C., Pierret J. (1985). Le cas des malades chroniques : l'auto-soignant, le savoir et les techniques médicales. *Culture Technique*, 11 (15), 139-145.
- International Diabetes Federation IDF (2007). *Diabetes Atlas*. Third Ed.
- International Diabetes Federation IDF, World Health Organisation -Afro and the African Union WHO/AU (2006). *The diabetes Declaration and strategy for Africa – A Call to action and plan of action to prevent and control diabetes and related chronic diseases*, November.
- Jaffré Y., Olivier de sardan J.P. (dir) (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
- Lefèbvre P., Silink M. (2006). Diabetes fights for recognition, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), vol 368 ; November 11, 1625-1626
- Lorig K. (2002). Partnerships between expert patients and physicians. *The Lancet*, 359(9309), 9 March, 814-815.
- Martin D., Metzger J.L., Pierre P. (2003). *Les Métamorphoses du monde. Sociologie de la mondialisation*, Paris, Seuil.
- Martini J., Fligg A. (2011). L'émergence du diabète de type 2 en tant que problème de santé publique au Mali, in Kerouedan D. (éd.). *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*. Paris, Sciences Po, 105-119.
- Massé R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal, Gaëtan Morin.
- Merton R.K. (1997) (traduc. française). *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris, A. Colin.
- OMS (2007). *Prévention et contrôle du diabète : une stratégie pour la région Africaine de l'OMS*. Rapport du Directeur régional, AFR/RC57/7.
- OMS World Data Table (non daté) : 84-91. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/cvd\\_atlas\\_29\\_world\\_data\\_table.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_29_world_data_table.pdf)
- Pooley C.G., Gerrard C., Hollis S., Morton S., Astbury J. (2001). Oh it's a wonderful practice... you can talk to them: a qualitative study of patients and health professionals'



- views on the management of type 2 diabetes. *Health and social Care in the community*, 9, 318-326.
- Strauss A. L., Corbin J, Fagerhaugh S. et al. (1984) (1<sup>re</sup> éd. 1975). *Chronic illness and the quality o life*. The C.V. Mosby Company.
- Sidibé A.T., Besançon S., Beran D. (2007). Le diabète : un nouvel enjeu de santé publique pour les pays en voie de développement : l'exemple du Mali. *Médecine des maladies métaboliques*, 1 (1), 93-98.
- Thoër-Fabre C., Dufort F, Garnier C. et al. (2007). Perceptions profanes des risques associés à l'hormonothérapie : un « bricolage des savoirs ». *Sociologie Santé*, 26 (2), 227-245.
- Tijou Traoré A., Gobatto I., Besson R., Bernard M. (2008). D'un savoir à l'autre. Les dynamiques familiales constitutives des savoirs sur une maladie chronique émergente, le diabète à Bamako. XVII<sup>e</sup> Congrès international de l'AISLF, Istanbul, 7-11 juillet.
- Tijou Traoré A., Querre M., Brou H., Leroy V., Desclaux A. et al., 2009, Couples, PMTCT programs and infant feeding decision-making in Ivory Coast, *Social Science and Medicine*, 69, 830-837.
- Tijou Traoré A., Gobatto I. (2009). Du lieu au système : penser la production de connaissances à travers la construction d'un lieu de savoir chez des patients diabétiques à Bamako (Mali). III<sup>e</sup> Congrès international de l'AFS (Association Française de Sociologie), Paris, 14 au 17 avril.
- Tijou Traoré A. (2010). L'expérience dans la production de savoirs profanes sur le diabète chez des patients diabétiques à Bamako (Mali). *Sciences Sociales et Santé*, 28 (34), 41-75.
- Unwin N., Marlin A. (2004). Diabetes action Now: Who and IDF working together to raise awareness worldwide. *Diabetes Voice*, 49 (2). [http://www.who.int/diabetes/actionnow/DAN\\_diabetesvoice\\_article.pdf](http://www.who.int/diabetes/actionnow/DAN_diabetesvoice_article.pdf)
- Vaillant Z., Salem G. (2008). *Atlas mondial de la santé, Quelles inégalités ? Quelle mondialisation ?* Paris, Autrement.
- Van Vugt M., Hamers R., Schellekens O. et al. (2007). Diabète et Sida en Afrique subsaharienne : la nécessité de systèmes de soins durables. *Diabetes Voice*, 52 (3), 23-27.
- Vidal L., Fall A.S., Gadou D. (éds) (2005). *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*. Paris, L'Harmattan.
- Wild S. (2004). Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27 (5), 1183-1197.

---

**Isabelle GOBATTO** est maître de conférences en anthropologie à l'Université Bordeaux Segalen, directrice du Département d'anthropologie sociale - ethnologie. Elle est membre du laboratoire ADES (UMR 5145 / Université Bordeaux Segalen, Bordeaux 3, CNRS). Ses travaux de recherche s'inscrivent dans les domaines de l'anthropologie de la santé et des professions. Elle conduit depuis plus de dix ans des recherches sur la construction des cultures professionnelles des acteurs de santé en Afrique de l'Ouest. Elle travaille aujourd'hui sur la construction et la circulation des savoirs autour des maladies chroniques liées à l'alimentation en Afrique de l'Ouest. Parmi ses publications, nous soulignons deux ouvrages : en 1999, *Être médecin au Burkina Faso* (L'Harmattan) ; en 2003, *Les pratiques de santé dans un monde globalisé. Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines* (éd.), paru aux Éditions Karthala.

---

Adresse	Université Bordeaux Segalen, Département d'anthropologie sociale - ethnologie 3ter, Place de la Victoire 33000 Bordeaux
Courriel	isabelle.gobatto@u-bordeaux2.fr

---

**Annick TIJOU TRAORE** est anthropologue, chercheur contractuelle rattachée à l'équipe ADES/SSD, Université Bordeaux Segalen, 2, UMR 5185/ CNRS. Ses recherches, menées depuis 1995 en Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire et Mali) s'attachent à comprendre les processus décisionnels autour des pratiques de prévention et de soin des patients face au VIH/sida et au diabète et les modalités de production de savoirs profanes autour du diabète au Mali. Elle a notamment publié en 2006 « Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité à son conjoint au sein de couples sérodiscordants à Abidjan (Côte-d'Ivoire) », *Sciences Sociales et Santé*, 24 (2) ; en 2009 avec Querre et al. "Couple, PMTCT programs and infant feeding decision-making in Ivory Coast", *Social Science and Medicine* ; en 2009, *Conjoints et pères à l'égard de la prévention du VIH* (Abidjan, Côte d'Ivoire), Autrepart ; en 2010, L'expérience dans la production de savoirs profanes sur le diabète chez des patients diabétiques à Bamako (Mali), *Sciences Sociales et Santé*.

---

Adresse	Université Bordeaux Segalen ADES case 64 3ter, Place de la Victoire 33000 Bordeaux
Courriel	tijoutraora@yahoo.fr

---

**ABSTRACT: LEARNING TO DEAL WITH DIABETES IN MALI. THE LOCAL CONSTRUCTION OF KNOWLEDGE AND BOTH PROFANE AND PROFESSIONAL ROLES**

Knowledge produced at the global level on the prevalence of diabetes shows that African continent is increasingly affected. Dedicated National policies and specialized health centers are being developed within which both expert and profane “know-how” is becoming apparent. Through the case of Mali we question the construction of “situated” knowledge and know-how, i.e. inscribed in national and local configurations, and adapted to actor’s games. In this paper, we propose to comprehend them through the roles that are being built for themselves by Malian doctors on the one side, and by their patients’ one the other side. These roles deal with diet, a central element of the care. The analysis mobilizes the notion of interaction and emphasizes the process of co-construction by healthcare professionals and patients. Doing so allows us to reintroduce social relations and cultural meanings shaping the organization of knowledge gained from experience and which is underlying practices at the local level. As for doctors, content analysis of their structural role developed in situations of care allows us to analyze what they “localize” within their daily activities according to their interpretation of patient’s play. Patients in turn do construct their role in the management of diabetes in response to local resources prescribed by their doctor and in negotiating with their living conditions, both social and concrete.

**Keywords:** knowledge - diabetes - mali - health professionals - patients - role - interaction

**RESUMEN: APRENDER A HACER CON LA DIABETES EN MALÍ. LA “FÁBRICA” LOCAL DE SABERES Y ROLES PROFESIONALES Y PROFANOS**

Los saberes producidos a nivel internacional sobre la prevalencia de la diabetes en el mundo muestran a África cada vez más afectada. Políticas nacionales de salud y estructuras especializadas se desarrollan, conocimiento experto y profano se elaboran. A través del caso de Malí, cuestionamos la construcción del saber y saber-hacer «situados», es decir inscritos en configuraciones nacionales y locales, y adaptados a los juegos de actores. En este artículo, nos proponemos entender a través de los roles que se construyen, en primer lugar, a los médicos de Malí, y en segundo lugar a sus pacientes, alrededor de la dieta alimentaria, elemento central del tratamiento. Esos roles se analizan en términos de interacciones, subrayando el proceso de co-construcción por los profesionales de la salud y los enfermos. Eso nos permite reintroducir las relaciones sociales, los significados culturales que

dan forma a la organización del saber a partir de la experiencia, con el cual el individuo actúa a nivel local. En cuanto a los médicos, el análisis de contenidos estructurantes de su rol elaborado en situación de ejercicio permite ver lo que ellos «localizan» en la acción cotidiana de acuerdo a la interpretación que hacen de lo que esta en juego en los pacientes. Los enfermos a su vez construyen su rol en el tratamiento de la diabetes en respuesta a los recursos locales prescritos por su médico y a partir de ajustamientos articulados a sus condiciones de existencia sociales y materiales.

**Palabras claves:** conocimiento – diabetes – Mali – paciente – médico – rol – interacción