

ÉDUCATION SANITAIRE ET RÉSISTANCE CULTURELLE : LE CAS DES MAGHRÉBINS DIABÉTIQUES SOIGNÉS EN FRANCE

Synthèse par Mohamed MERZOUK*

Le point de vue anthropologique considère que la maladie n'est pas réductible à des critères biologiques. Dans son optique, les conceptions du pathologique dépassent largement le phénomène organique qu'elles désignent. La démarche propre à l'anthropologie tient ces conceptions pour fortement reliées au système symbolique qui ordonne la vie propre à chaque groupe socioculturel. Cependant, la réappropriation symbolique de la maladie ne se laisse pas prêter à une interprétation en termes exclusivement culturalistes comme en témoigne le cas des diabétiques maghrébins en situation d'émigrés dont traite ce texte. Ainsi, sans renoncer à l'assistance biomédicale qu'ils reçoivent en France, ceux-ci ont recours aux thérapies populaires en usage dans leur pays d'origine. L'enquête dont ils ont été l'objet marque clairement que l'usage de cette forme de guérison ne tire nullement son explication d'un quelconque atavisme culturel, comme peut facilement le suggérer une certaine anthropologie de l'immigration (pour une critique en règle de cette tendance voir note (1)). Il est plutôt révélateur d'un refus de soumission passive à la logique techniciste de la bio-médecine. La démarche rigoureusement positiviste et univoque dont elle procède est vécue par les diabétiques maghrébins comme violemment réductrice, en ce sens que la subjectivité dans la maladie est purement et simplement occultée.

En cela, leur comportement n'est pas différent de celui des patients autochtones récusant, à travers leurs recours croissant aux médecines dites parallèles, la légitimité exclusive de la pratique médicale officielle. Cette récusation manifeste une démarche identique : protester contre le défaut de reconnaissance de la maladie comme produit de la subjectivité.

Diabète et immigration

Recouvrant une réalité biologique mais aussi sociale, la maladie ne peut être exclusivement investie par les disciplines médicales. Les moyens mis en

(*) UMR 6578 CNRS/Université de la Méditerranée – Faculté de Médecine de la Timone.

Cet article a été mis au point en collaboration avec : DUTOUR (A.), BOETSCH (G.), DEMARCHI (M.), DADOUN F., OLIVER (C.), et DUTOUR (O.) de l'UMR 6578 CNRS/Université de la Méditerranée – Faculté de Médecine de la Timone et du Service d'endocrinologie de l'hôpital Nord de Marseille.

(1) FERRIE (J.-N.) et BOETSCH (G.), L'immigration comme domaine de l'anthropologie. *Anthropologie et Société*, 17, 1-2, 1993, p. 239-252.

œuvre pour l'interpréter et la combattre font intervenir un ensemble de pratiques et de représentations au-delà des référents médicaux. Il s'ensuit que toute situation de soins est une situation anthropologique en ce sens qu'elle concerne l'individu inséré dans son environnement global, social et culturel aussi bien que médical. Comprendre la logique extra-sanitaire qui guide le comportement du malade est le but poursuivi par ce travail. Il s'agit d'une étude de cas portant sur les diabétiques d'origine maghrébine poursuivant leur traitement en France. L'intérêt témoigné à cette population tient au fait qu'elle est l'objet d'un constat récurrent : sa résistance à l'éducation diabétique est rendue responsable d'une exposition plus grande aux complications. C'est d'ailleurs ce type de constat qui montre que les migrants présentent des handicaps plus grands que les non-migrants (2). Il existe pourtant un consensus sur le fait que l'éducation est un élément essentiel du traitement du diabète sucré. Elle est à même en particulier de réduire considérablement la morbidité, voire la mortalité liée aux complications du diabète et à la possible iatrogénie de son traitement. En effet, comme beaucoup de maladies chroniques, le diabète sucré exige de la part du patient une participation active à sa prise en charge thérapeutique ; l'implication du malade diabétique dans le pronostic à court, moyen et long terme de sa maladie est fondamentale, plus directe que pour toute autre maladie chronique ; le diabétique doit en effet acquérir une capacité d'autogestion pour contenir en permanence sa glycémie à des taux les plus normaux possibles. L'objectif de l'éducation est d'obtenir une amélioration de la qualité de vie, au sens large du terme, afin d'obtenir un bon contrôle métabolique, de prévenir les complications aiguës (hypoglycémies, acidocétoses) et chroniques du diabète et les conséquences des complications déjà présentes. Cette éducation a acquis un caractère d'autant plus crucial qu'il est désormais démontré que l'optimisation de l'équilibre glycémique réduit considérablement le risque de complications dégénératives du diabète insulino-dépendant et que cette optimisation passe entre autre par l'éducation.

Malgré de grands efforts de l'équipe soignante, médecins, infirmières, psychologues, pour développer une éducation adaptée au faible niveau d'alphabétisation de nos patients maghrébins, malgré le recours constant à des interprètes (enfants, patients ou médecins bilingues), malgré l'intégration de la famille et en particulier des enfants dans la formation, les soignants ont constaté qu'il persistait de nombreux obstacles à l'éducation des diabétiques maghrébins. L'échec de cette éducation est grave par ses conséquences car il entraîne une mauvaise adhésion du malade à son traitement et à la surveillance des complications, un très mauvais équilibre du diabète et en conséquence une apparition précoce de complications sévères. Connaissant la complexité de la mise en œuvre d'une stratégie d'éducation, les soignants ont fait appel à une équipe d'anthropologues pour mieux définir les obstacles propres à la prise en charge des diabétiques maghrébins immigrés.

L'enquête conduite dans le service d'endocrinologie de l'Hôpital Nord de Marseille s'est fixé comme objectif de tenter d'identifier les formes culturelles

(2) EBRAHIM (S.), Social and medical problems of elderly migrants. *International Migration* (Special issue : Migration and health in the 1990 s.), 1992, XXX, p. 179-197.

dont participe cette résistance. Empruntant la langue d'origine de la population enquêtée, elle a été menée en situation thérapeutique sous la forme d'entretiens semi-directifs. Ce choix méthodologique se justifie par l'objet même que s'est donné l'enquête : rendre compte de la logique symbolique qui gouverne la relation des diabétiques maghrébins au mal qui les affecte. La restitution de cette logique impliquait de favoriser leur témoignage en laissant libre cours à leur évocation de la maladie. Cette autonomie de parole, cependant, leur a été accordée à partir des thèmes préalablement retenus. Leur élaboration a tenu compte du phénomène de morbidité comme d'une expérience qui s'inscrit dans une triple dimension : pathologique (dégradation biologique du corps atteint) ; sociale (altération du rapport du malade à autrui) ; symbolique enfin (exacerbation de la quête de sens inhérente à la souffrance physique comme moment de vérité propice à l'angoisse existentielle).

S'agissant d'une enquête qualitative, le problème de la représentativité de l'échantillon susceptible d'être retenu n'a pas été jugé primordial, la logique poursuivie par l'enquête n'étant pas celle de la statistique mais celle de la qualité des entretiens et de leur contenu informatif. Ce parti-pris méthodologique explique le nombre restreint de malades diabétiques questionnés ainsi que la manière empruntée pour les approcher. Dix personnes au total (sept hommes et trois femmes) ont été interrogées au gré des soins médicaux qu'elles sont venues recevoir à l'hôpital, autrement dit sans critère préalablement établi. Bien que redevable au hasard, l'échantillon qu'ils forment s'avère pourtant remarquablement homogène. Ainsi, tous appartiennent à la première génération de migrants, sont dépourvus d'instruction scolaire et vivent d'une pension d'invalidité ou de retraite. Enfin, tous possèdent une expérience du diabète dont l'ancienneté (entre trois et dix ans) se révèle suffisante pour garantir la pertinence sociologique de leur témoignage. Conduite sur cette base, l'enquête autorise deux types de remarques : les premières s'appliquent à constater l'isolement culturel des diabétiques maghrébins dans le champ thérapeutique français ; les secondes à restituer les constructions symboliques qui président à leur représentation du diabète.

L'institution hospitalière comme champ de rapports culturels

Pour Claudine Herzlich, il importe d'envisager la maladie non seulement « comme sociale et socialement représentée » mais aussi « comme rapport social suivi qui se déroule dans une institution sanitaire dotée d'une permanence qui structure ce rapport » (3). Social, ce rapport est aussi culturel comme l'atteste le cas des diabétiques enquêtés. Ceux-ci souffrent d'un handicap linguistique qui amoindrit considérablement leur participation au champ des interrelations sanitaires à l'hôpital. Ne maîtrisant pas ou très peu la langue du pays d'accueil, ils éprouvent d'énormes difficultés de verbalisation en français. Cette déficience limite fortement leur possibilité de communication et d'échange avec le personnel soignant. Par là, elle les voue à une relation thérapeutique qui, sous

(3) HERZLICH (C.), *Médecine, maladie, société*, Paris, Payot, 1970, p. 51.

un certain aspect, s'apparente à un processus de refoulement de l'expression. Tout se passe, en effet, comme si la langue française leur faisant défaut, ils se trouvaient condamnés à passer sous silence certaines impressions complexes ou floues comme le mal-être ou la sensation du corps vécu. Dès lors, le travail de parole du médecin envers ses sujets malades à l'occasion de l'interrogatoire médical ne manque pas ici de se révéler biaisé. Car, faute d'interaction linguistique entre lui et ses patients maghrébins, la logique du discours symptomatique qu'ils tiennent et la plainte subjective qui l'accompagne ne trouvent pas réellement de destinataire. Contraints ainsi de taire l'inquiétude qu'avive le mal qui travaille leur corps, ils éprouvent comme une sensation de désordre général. C'est dire que si leur souffrance n'est pas physique, elle est en revanche psychique, puisqu'ils ont l'impression que leur mal-être dans la maladie n'est pas assez reconnu et pris en charge.

L'isolement linguistique dont sont victimes les sujets maghrébins interrogés a pour effet de renforcer davantage leur crainte d'affronter un séjour hospitalier souvent perçu comme un enfermement. C'est pour cela qu'ils avouent ne pas hésiter à user de ruse pour y raccourcir le plus possible leur séjour. L'astuce la plus courante consiste à minorer la gravité des symptômes voire les fausser. En fait, ce comportement renvoie à une réalité plus vaste qu'il n'y paraît, à savoir que les structures sanitaires dans le pays d'accueil ne sont pas adaptées pour prendre en charge les immigrés à partir de ce qu'ils sont culturellement. La médecine en Occident emprunte sa pratique à une conception de l'individu doué d'autonomie, c'est-à-dire capable de diriger ses actions hors de toute influence sociale ou culturelle. Le travail médical qui privilégie un type de soins individuels en est l'illustration concrète, comme l'est d'ailleurs l'architecture des installations hospitalières conçues pour soigner des individus isolés. En somme, le paradigme médical occidental tend à limiter la maladie à un phénomène individuel, analysable en soi et pour soi, indépendamment du contexte extra-médical qui enchâsse la vie du malade. Ceci paraît pourtant devoir être nuancé dans le cas de la diabétologie qui implique déjà depuis longtemps le collectif (c'est-à-dire le familial dans ce cas précis).

Appliquée aux diabétiques maghrébins enquêtés, cette approche apparaît comme très réductrice. En effet, ceux-ci appartiennent à une culture marquée par la prégnance du groupe sur l'individu. La contrepartie de ce primat de la logique collective sur la logique individuelle est l'organisation de la société en réseaux communautaires de solidarité. Une des situations privilégiées où l'esprit de corps du groupe trouve à se manifester est celle engendrée par la maladie. Son irruption est d'emblée vécue comme une épreuve collective car reçue comme une menace pour la cohésion communautaire. Dès lors, abandonner la personne souffrante à son destin individuel est tenu pour contraire au principe de solidarité qui fonde cette cohésion. C'est dire que le fait pathologique est envisagé ici, non dans son déterminisme anatomo-physiologique mais dans son incidence sociale. C'est pourquoi le traitement déborde le cadre des soins médicaux pour inclure plus globalement la préservation du lien social du malade. Celui-ci a droit à la présence permanente de son entourage qui non seulement l'aide à faire face à ses problèmes de santé mais lui prodigue en outre soutien affectif et secours moral. Dans ces conditions, on comprend pourquoi les

enquêtés, dans leur ensemble, se sont plaints de l'anonymat de l'hôpital. L'esseulement qu'ils ressentent ravive un sentiment de rupture communautaire et les rend plus vulnérables, ce qui les incite au repli plus qu'à une adhésion aux valeurs du monde médical occidental. Ceci pose en fait le problème de la solidarité et de l'efficacité des réseaux communautaires car comparé aux visites que reçoivent les Gitans, les Maghrébins sont effectivement très coupés de leur familles et les soignants doivent fréquemment tenter d'impliquer les familles dans la prise en charge.

Outre l'isolement du malade, la pratique de la médecine en Occident participe d'une autre caractéristique qui apparente la pathologie à une forme de déviance sociale (4). Dans cette vision, on considère, en effet, que le malade est toujours tenté par l'évasion dans la maladie pour échapper à ses tâches habituelles et responsabilités normales. C'est pourquoi la société se trouve dans l'obligation de lui imposer son contrôle en lui fixant le rôle à tenir. Si le malade a des droits (accès aux soins), il a également des devoirs : il doit désirer guérir, coopérer avec le médecin en vue de la guérison. Le médecin attend de celui-ci qu'il consente également à des efforts pour guérir et pour cela qu'il se conforme aux indications fournies par le personnel soignant. S'il advient qu'il y contrevienne, au même titre que le patient autochtone, il lui est fait reproche de déroger à son rôle de malade. Le problème ici est que la population à laquelle s'adresse répétitivement ce genre de remarque soit en l'occurrence d'origine maghrébine. Ainsi, ce sont les diabétiques maghrébins auxquels plus souvent, il est fait grief de manquer aux impératifs thérapeutiques de la maladie. En effet, l'une des observations à laquelle ces derniers prêtent fréquemment est de faillir à la surveillance de leur poids au préjudice de leur équilibre diabétique, ce qui exprime, pour le personnel soignant, un problème au niveau de la pédagogie de la maladie. Cette remarque met en cause leur façon propre de se rapporter au corps. Elle ne prend pas en compte le fait qu'il s'agit ici d'individus habitués à vivre leur condition corporelle à travers leur condition de travailleurs manuels astreints à un usage intensif de leur organisme (5). Le capital physique ayant toujours été le garant de leur acceptation sociale en France, ils se sont accoutumés à considérer comme bon aliment celui qui fortifie le corps. Aussi, leur alimentation reste-t-elle de type « nourrissant-consistant », ce qui signifie que seule une cuisine riche et tonique demeure acceptable à leurs yeux, en particulier les pâtes et féculents auxquels ils prêtent une fonction reconstituante. Voilà pourquoi, ils se montrent si réticents lorsqu'on leur propose en guise de traitement, un régime diététique qui heurte leur conception de ce qui est idéal pour l'entretien du corps.

Si les usages alimentaires des sujets diabétiques enquêtés ne sont pas séparables de leur pratique du corps, ils le sont encore moins du système de représentations religieuses auquel est soumis leur comportement. Le dogme dont participe ce système a beaucoup investi dans le culinaire en instituant nombre d'interdits alimentaires signalés en particulier par la proscription de la

(4) PARSONS (T.), *Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne*, in *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955, p. 197-238.

(5) MOUSSAOUI (D.) et FERREY (R.), *Psychopathologie des migrants*, Paris, PUF, 1985.

viande porcine. Fortement intériorisés, ces interdits participent à leur comportement alimentaire comme des marqueurs de différence. De là, la vigilance extrême dont ils affirment s'armer avant toute absorption d'aliment. Cette auto-surveillance alimentaire les conduit notamment à s'abstenir systématiquement de toute viande servie à l'hôpital au motif qu'elle peut provenir d'un porc ou d'un animal autre non rituellement abattu. La suspicion dont ils entourent la cuisine de l'hôpital les porte à mettre en doute jusqu'à la finalité thérapeutique qui commande à sa préparation. Pour tous, le régime diététique auquel ils sont astreints ne vise rien moins qu'à les acculer au péché, en leur imposant, sous couvert de nécessité médicale, une nourriture impure.

Outre l'invocation de son impureté rituelle, les enquêtés mettent aussi en cause l'insipidité qui, à leur sens, est caractéristique de la cuisine dont on les restaure à l'hôpital. Certes, les malades autochtones, eux aussi, ont pour coutume de juger peu ragoûtante cette cuisine. Son rejet par les diabétiques maghrébins, cependant, apparaît plus fortement marqué, sans doute en raison de leur particularisme culturel. Car le goût, autant que les autres sens de la perception, reste le produit d'un apprentissage social. Il est fondamentalement tributaire de la forme de socialisation particulière que met en œuvre chaque groupe socioculturel. Cette socialisation inclut notamment la formation de l'organe de la gustation. Pour le Maghreb, l'éducation du sens gustatif habitue le palais aux mets plutôt fortement relevés, en particulier les plats épicés et piquants. C'est bien pourquoi, élevés dans cette culture culinaire, les enquêtés ne parviennent pas à s'accommoder de la cuisine diététique de l'hôpital. A leur dire, la fadeur de sa saveur n'excite pas leur appétit, mais les en détourne. Les aliments dont ils se nourrissent en remplacement sont alors ceux mijotés selon le mode de cuisson convenu avec les proches et introduits à l'hôpital à l'insu du personnel en charge de leur suivi thérapeutique.

Le diabète comme objet de représentation sociale et culturelle

La condition d'immigré des enquêtés participe très fortement à leur représentation étiologique du diabète. Sous une forme ou une autre, tous invoquent une étiologie sociale qui incrimine l'expérience migratoire comme responsable de l'infortune biologique qui les poursuit. Tous ne manquent pas de rappeler que leur diabète s'est déclaré dans le contexte de l'immigration. Son apparition est de ce fait systématiquement rapportée à leur statut d'étrangers, défavorisés et dévalorisés par leur appartenance ethnique. Sous ce rapport, le témoignage apporté ici par un enquêté est exemplaire.

Alors qu'il prenait du repos sur un chantier de construction, un chien est venu s'emparer de son chapeau. Décidé à récupérer son bien, il a poursuivi la bête jusqu'à se trouver nez-à-nez avec sa propriétaire. Une altercation s'en est suivie au terme de laquelle il s'est entendu dire : « ce chien, lui au moins est dans son pays » ! Traumatisé par ces paroles, qui le ravalèrent en dessous de la condition animale, il dit avoir gardé le lit pendant quinze jours. Et c'est depuis, selon lui, qu'il est devenu diabétique.

L'exemple suivant apporte une autre confirmation à la conception du diabète comme infortune sociale. Pour expliquer l'origine de leur diabète, les

trois femmes maghrébines enquêtées invoquent l'échec de l'éducation donnée aux enfants. Tenter de comprendre le mode d'imputation étiologique auquel il est référé ici, c'est évoquer la transformation interne subie par les familles primo-migrantes, depuis leur installation en France. Les trois femmes diabétiques interrogées paraissent représentatives de ces familles qui, en situation d'immigration, se sont vues dépouillées de leur fonction de socialisation au profit d'instances externes, l'école en particulier mais aussi les groupements informels comme les bandes de quartier. Dès lors, les enfants grandis en France, ont eu tendance à régler leur conduite sur les valeurs et normes transmises par ces instances, au détriment de celles incarnées par les parents. Du coup, le rapport entre générations à l'intérieur du groupe familial s'est trouvé fortement détérioré, spécialement quand les enfants ont succombé à la déviance sociale en s'adonnant à la toxicomanie. Tel est l'itinéraire familial que, d'après leur témoignage, les trois femmes ont eu à assumer. De ce parcours elles tirent une conclusion bien amère : vaine aura été la peine qu'elles disent s'être donnée pour prémunir leur progéniture contre ce qu'elles apparentent à la perte sociale. Cet échec, elles sont persuadées que, aujourd'hui, il se joue dans leur corps en proie au diabète.

Source de valeurs, la religion est aussi invoquée pour donner sens à la maladie. Elle participe à la construction symbolique du diabète selon deux modalités. Pour certains des sujets interrogés, le désordre biologique qui les affecte tend à prendre valeur expiatoire. Il est vécu dans ce cas comme figure du mal commis par le passé. Lié aux errements de la première phase d'installation en France (alcoolisme, laxisme sexuel), il est interprété comme sanction divine de la conduite sociale passée. En revanche, pour ceux des diabétiques interrogés d'âge bien avancé, la signification religieuse à laquelle prête le mal qui s'est emparé de leur corps paraît plus englobante. Parvenus à un stade de la vie où la quête de sens gagne en acuité, ils sont portés à déplacer l'explication de la maladie qui les afflige à un niveau de causalité supérieure. Fournissant une intelligibilité plus vaste, c'est la religion qui est sollicitée comme ultime principe explicatif. La maladie est alors convertie en épreuve que Dieu inflige pour éprouver la foi de ses créatures. C'est pourquoi leur discours atteste d'un souci de conformité plus stricte aux rites religieux, notamment le jeûne du ramadan. Ainsi affirment-ils s'y tenir scrupuleusement au mépris des complications encourues (6). C'est que dans leur croyance, le seul et vrai thérapeute est Dieu : la guérison dépend de sa décision et non de la médecine tenue pour simple instrument au service de sa volonté.

L'autre aspect important mis en évidence par l'enquête a trait à la multiplicité des pratiques thérapeutiques auxquelles les diabétiques maghrébins interrogés confient volontiers recourir. Tous reconnaissent utiliser des tisanes familiales usuelles, mais aussi des plantes sauvages, surtout à l'occasion des séjours régulièrement effectués au pays d'origine. Il faut rappeler ici

(6) LANGFORD (E.J.), ISHAQUE (M.A.), FOTHERGILL (J.), TOUQUET (R.), The effect of the fast of ramadan on accident and emergency attendances. *Jour. Roy. Soc. Med.*, 1994 87 (9), p. 517-518. EL ATI (J.), BEJI (C.), DANGUIR (J.), Increased fat oxidation during Ramadan fasting in healthy women : an adaptative mechanism for body-weight maintenance. *Am. J. Clin. Nutr.*, 1995, 62, p. 302-307.

que la population enquêtée est constituée de primo-migrants dont le projet de vie tire sa raison d'être d'un retour final au terroir. Pour certains, ils y ont déjà bâti une maison et installé leur famille, ce qui les contraint à y retourner nombre de fois par an. Or, il importe de le souligner, malgré le développement d'un système médical moderne au Maghreb, les thérapies traditionnelles y ont encore largement cours, en particulier les soins phytothérapeutiques dont les malades interrogés admettent aisément user.

Telle que rapportée, l'utilisation traditionnelle des plantes comme médecine est très instructive : elle semble leur être dictée par le refus de l'idée même de chronicité du diabète. C'est ainsi qu'aux techniques médicales de l'hôpital, ils reprochent d'apporter à leur mal, plutôt qu'un traitement proprement étiologique, un traitement symptomatique : piqûres et cachets ont, à leurs yeux, pour seul effet d'empêcher son aggravation et non de l'éliminer. Se refusant à admettre l'incurabilité de leur mal, ils n'ont cessé de poursuivre leur quête thérapeutique en usant de tous les systèmes de soins accessibles. Ainsi se disent-ils réceptifs à toute idée de recette médicale qu'on leur dit capable de neutraliser définitivement le diabète, comme le signifie ce témoignage. C'est à l'occasion d'un séjour en Algérie et sur l'exhortation de proches qu'un des enquêtés affirme avoir testé le traitement consistant à appliquer sur la plante des pieds, sous forme de compresse, un mélange de bile de taureau et de feuilles de henné pilées. On lui a laissé entendre que cette mixture présentait la vertu d'expurger, par effet d'aspiration, tout le surplus de sucre circulant dans le corps.

Les autres témoignages participent de cette même représentation causale du diabète : le sucre qu'il faut combattre par l'application du principe de la guérison par les contraires. Ainsi, les plantes citées pour avoir été testées, obéissent systématiquement, dans leur choix, à une logique d'opposition amer-sucré. Si une plante est amère, la tendance est de croire qu'elle est efficace, c'est-à-dire capable de remédier à la nocivité du sucre.

Paradoxalement tous les enquêtés ont reconnu avoir mal réagi aux cures pratiquées au moyen de plantes : troubles gastriques et nerveux sont le lot commun de ces expériences. Pourtant, les perturbations physiologiques ressenties ne les ont jamais dissuadés de poursuivre leur quête thérapeutique en empruntant d'autres recettes à la pharmacopée végétale populaire. Qu'est-ce à dire sinon que le recours renouvelé à cette forme de thérapie ne semble pas répondre seulement à une fonction médicatrice. Il paraît ressortir également de l'investissement symbolique. Les pratiques phytothérapeutiques auxquelles les enquêtés font appel traduisent un savoir empirique puisé dans un patrimoine hérité de leur culture d'origine : y recourir leur permet d'inscrire leur maladie dans le système de croyances et de valeurs qui leur est propre. Mais par là, peut-être s'agit-il aussi pour eux de s'affirmer comme les acteurs propres de leur guérison en s'y impliquant à partir de leur représentation étiologique particulière du diabète et de son traitement.

Certes, les diabétiques maghrébins interrogés présentent chacun un parcours biographique spécifique. Leur comportement, cependant, participe d'une culture commune. C'est pourquoi, par-delà la diversité individuelle de leur itinéraire peut être tirée une conclusion globale. Elle tend à confirmer que

le rapport à la maladie ne relève pas seulement de la logique médicale, il reste aussi tributaire des normes et valeurs qui organisent la vie de chaque groupe socioculturel. C'est dire, par conséquent que si le comportement des diabétiques maghrébins peut paraître aberrant, c'est seulement lorsqu'il est isolé du contexte social et du système symbolique qui lui donne sens.

BIBLIOGRAPHIE

- BOETSCH (G.) et FERRIÉ (J.N.), 1992. – Pour une anthropologie de l'immigration. *Les Lettres françaises*, (17).
- COSTE (A.) 1987. – Pratiques alimentaires et religions. *Hommes et Migrations*, 1105 (7), p. 54-63.
- DUTOUR (O.), OUERTANI (M.), FAKIR (S.), FEISSEL (A.), DUTOUR (A.) et OLIVER (C.), 1989. – Aspects anthropologiques du diabète sucré : problème d'équilibration de la maladie dans une ethnie transplantée. *Écologie Humaine*, 7 (1), p. 21-31.
- EL ATI (J.), BEJI (C.), DANGUIR (J.), 1995. – Increased fat oxidation during Ramadan fasting in healthy women : an adaptative mechanism for body-weight maintenance. *Am. J. Clin. Nutr.* (62), p. 302-7.
- FEISSEL (A.), 1989. – Ce que l'écoute des patients diabétiques nous apprend, Une expérience de table ronde. *La Revue Française d'Endocrinologie Clinique*, 30 (1), p. 65-71.
- HERZLICH (C.), 1984. – *Le sens du mal*, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris, Archives contemporaines.
- HERZLICH (C.), 1984. – *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton.
- LAPLANTINE (F.), 1986. – *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.
- LOUX (F.), 1990. – *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris, InterEditions.
- MABE (B.), 1987. – La dimension sociale et culturelle des pratiques alimentaires, *Hommes et Migrations*, 1105 (7), p. 16-25.
- RETEL LAURENTIN (A.) (dir.) 1987. – *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Paris, L'Harmattan.