

Analyse anthropologique des comportements à risque du diabète de type 2 et prévention dans la commune de Cotonou

Aphee Judith Sossou

Sociologue-anthropologue, École doctorale pluridisciplinaire « Espaces, Cultures et Développement », Université d'Abomey-Calavi, Bénin
Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA),
Université d'Abomey-Calavi, Bénin

Roch Appolinaire Hounghin

Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA),
Université d'Abomey-Calavi, Bénin

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n11p159](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n11p159)

Submitted: 11 November 2025

Accepted: 23 February 2026

Published: 30 April 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Sossou, A.J., & Hounghin, R.A. (2026). *Analyse anthropologique des comportements à risque du diabète de type 2 et prévention dans la commune de Cotonou*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (11), 159. <https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n11p159>

Résumé

Le diabète, une maladie chronique évoluant de manière insidieuse, s'impose comme une épidémie malgré la mise toutes les scientifiques disponibles pour la contrer. Face à certaines considérations socioculturelles, économiques et compte tenu de nos pratiques et modes de vie actuels, la prévention n'est toujours pas appliquée. Au Bénin, le nombre de personnes ayant connu une rupture de leur vie harmonieuse avec un « avant » et un « après », dans un processus d'adaptation, de réorganisation au niveau psychologique, comportemental, alimentaire et social, ne cesse de s'accroître à cause des diagnostics tardifs et la découverte fortuite. Cette recherche de nature mixte, a pour objectif de décrire les connaissances et perceptions liées aux comportements à risque augmentant la survenue du diabète dans la commune de Cotonou. Grâce aux entretiens individuels semi-directs, à l'observation et à l'enquête par questionnaire, les données avaient été collectées auprès de 48 acteurs sociaux ayant divers profils. La théorie des pratiques de Bourdieu et de Giddens (2013) était mobilisée pour analyser les données recueillies. Les résultats ressortaient que les patients avaient une connaissance limitée sur les facteurs de risque du diabète et des perceptions

sociales se rapportaient plus aux causes intrinsèques sans tenir compte des autres facteurs de risque. Cette méconnaissance était la source de l'adoption des pratiques non favorables à la santé au quotidien, caractérisée par une sédentarité et l'inactivité. A cela s'ajoutaient des pratiques alimentaires déséquilibrées sous l'influence de la multiplicité culturelle marquant la ville de Cotonou qui augmentaient l'incidence de la maladie.

Mots-clés : Diabète de type 2, comportements à risque, représentations sociales, prévention, Cotonou

Anthropological Analysis of Type 2 Diabetes Risk Behaviors and Prevention in the Municipality of Cotonou

Aphee Judith Sossou

Sociologue-anthropologue, École doctorale pluridisciplinaire « Espaces, Cultures et Développement », Université d'Abomey-Calavi, Bénin
Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA),
Université d'Abomey-Calavi, Bénin

Roch Appolinaire Hougihin

Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA),
Université d'Abomey-Calavi, Bénin

Abstract

Diabetes, a chronic disease that develops insidiously, is becoming an epidemic despite all the scientific efforts to combat it. Due to certain sociocultural and economic considerations, and given our current practices and lifestyles, prevention is still not being implemented. In Benin, the number of people whose lives have been disrupted, with a clear “before” and “after” in terms of psychological, behavioral, dietary, and social adaptation and reorganization, continues to grow due to late diagnoses and chance discoveries. This mixed-method research aims to describe the knowledge and perceptions related to risk behaviors that increase the incidence of diabetes in the municipality of Cotonou. Data was collected from 48 social actors with diverse profiles through semi-structured interviews, observation, and questionnaire surveys. Bourdieu and Giddens' theory of practices (2013) was used to analyze the data collected. The results showed that patients had limited knowledge of diabetes risk factors and that social perceptions were more related to intrinsic causes without taking other risk factors into account. This lack of knowledge was the source of unhealthy daily practices, characterized by a sedentary lifestyle and inactivity. Added to this were unbalanced eating

habits influenced by the cultural diversity of the city of Cotonou, which increased the incidence of the disease.

Keywords: Type 2 diabetes, risk behaviors, social representations, prevention, Cotonou

1. Introduction

Les maladies chroniques, constituent un défi mondial d'ampleur épidémique selon l'OMS (2019). Elles sont des affections qui ne se transmettent pas d'un individu à un autre, mais dont la survenue est liée l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risque. Parmi les Maladies Non Transmissibles (MNT) les plus meurtrières se trouvent l'hypertension artérielle (HTA), diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies chroniques respiratoires. Ces affections chroniques sont de longue durée (plus de six mois), parfois permanentes, insidieuses, qui surviennent avec le temps sont le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux (mode de vie pléthorique, communautés nanties, sédentarité, inactivité physique, alimentation obésogène de moins en moins adaptée aux besoins de l'organisme) (Sossou, 2019). Mais ces dernières décennies, elles constituent de plus en plus une préoccupation majeure de santé publique dans les pays en voie de développement et notamment en Afrique subsaharienne (Fagbemi et al., 2017 ; OMS, 2016).

En Afrique, la charge des MNT connaît la même tendance qu'au niveau mondial. Le diabète augmente rapidement sur le continent africain. Selon les estimations publiées par la Fédération Internationale du Diabète (FID) en 2021, le diabète touche environ 24 millions de personnes en Afrique et contribue à l'augmentation des problèmes de santé. Le diabète est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité en Afrique. D'ici 2045, la prévalence du diabète en Afrique connaîtrait une hausse de 129% pour atteindre 783 millions de personnes, sous le double fardeau de la malnutrition et de l'obésité (FID, 2021). C'est la maladie prioritaire à laquelle il faut s'attaquer pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD), consistant à réduire d'un tiers, d'ici 2030, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles. Ainsi, l'évolution rapide des facteurs de survenue des MNT, constitue un véritable obstacle aux initiatives de réduction de la pauvreté dans ces pays, en obligeant les ménages à supporter les coûts exorbitants des soins. C'est une maladie chronique, qui ne se guérit pas, mais qui peut être contrôlée.

Le diabète est une maladie aux conséquences lourdes qui affectent la qualité de la vie des patients. Malgré les efforts dans la prise en charge des diabétiques, le diabète n'est pas équilibré chez la majorité des patients

(Wanvoégbé *et al.*, 2018). Et leurs conditions de vies, laissent toujours à désirer lorsque les complications s'installent. Selon le Rapport mondial sur le diabète (OMS, 2017), il existe trois principales formes de diabète : le diabète de type 1 (DT1), le diabète de type 2 (DT2) et le diabète gestationnel. Le diabète de type 2 est la forme la plus courante de la maladie qui affecte le plus souvent les adultes. Quoique de plus en plus d'enfants et d'adolescents en soient atteints. Il survient à cause du mode de vie : surpoids, sédentarité et hypertension artérielle. Le type de diabète DT2 se développe silencieusement pendant de nombreuses années. L'hyperglycémie reste longtemps asymptomatique et la maladie est souvent découverte de façon fortuite à l'occasion d'une prise de sang, ou en cas de complications. Il représente la vaste majorité (90%) des cas de diabète rencontrés dans le monde et est en grande partie le résultat d'une surcharge pondérale et de la sédentarité (Foucambert, 2022). L'incidence du DT2 augmente avec l'âge. La maladie se manifeste généralement après 40 ans et elle est diagnostiquée à un âge moyen proche de 65 ans. L'incidence est maximale entre 75 et 79 ans avec 20% des hommes et 14% des femmes traités pour cette maladie (FID, 2019). Toutefois, le diabète de type 2 touche aussi de plus en plus de jeunes, y compris des adolescents, voire des enfants. C'est précisément la période durant laquelle s'acquièrent les habitudes alimentaires et celles relatives à la pratique d'une activité physique, deux leviers primordiaux dans la prévention de la maladie (OMS, 2021). Au niveau mondial, tout diabète confondu, 451 millions de personnes sont atteintes dans la tranche d'âge de 18-99 ans en 2017. Et la prévalence est en passe d'augmenter avec les prévisions suivantes pour 2045 : parmi les personnes entre 20 et 79 ans, on estime qu'il y aurait 629 millions de cas, et ce nombre s'élève à 693 millions pour la population entre 18-99 ans, soit près de 10% de la population mondiale actuelle. Le diabète type 2 est l'une des MNT qui entraîne des complications à long terme, source d'handicap et d'altération de la qualité de vie (FID, 2019). Il altère le fonctionnement de l'organisme humain occasionnant le dysfonctionnement érectile chez les patients masculins, une irrégularité des règles chez les femmes, une mauvaise acuité visuelle (Foucambert, 2022), l'accident vasculaire cérébral et des lésions nerveuses (Akré *et al.*, 2021).

En Afrique subsaharienne, leur ampleur est encore peu connue et l'OMS recommande aux pays à faible et moyen revenu de réaliser des enquêtes STEPS (Outil standardisé par l'OMS, pour la surveillance des principaux facteurs de risque des MNT dans les pays), portant sur les comportements, des mesures physiques et biochimiques. Les études ont révélé que cette région est sujette à la fois à la malnutrition et à des régimes alimentaires malsains et qui subit un double fardeau.

Au Bénin, la politique en matière de santé publique, prenant en compte toutes les préoccupations sanitaires assure la prévention des maladies non

transmissibles (MNT) à un Programme National de Lutte contre les MNT (PNLMNT). Ainsi, le diabète comme les principales MNT dont la prévalence est estimée à 12,1 % en 2015 est en constante évolution, surtout le diabète du type 2 (DT2) (PNLMNT, 2019). Plusieurs études confirment cette augmentation du DT2 au cours de ces dernières années. Le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par un inégal accès aux soins de santé en raison de la disparité dans la répartition des infrastructures et de l'insuffisance du personnel qualifié ; des comportements non favorables à la santé : l'alimentation déséquilibrée, la sédentarité, le tabagisme, la consommation nocive d'alcool (STEPS 2008 & STEPS 2015) ; une insuffisance des structures de protection de l'environnement.

La méconnaissance des cas et les retards de diagnostic de diabète, sont souvent liés à des particularités socioculturelles. Ils aboutissent à des complications chroniques dramatiques du diabète, telles que la rétinopathie diabétique, la néphropathie diabétique, la neuropathie périphérique, les ulcères des pieds diabétiques pouvant conduire à une amputation des membres (Kérékou *et al.*, 2021 ; Gninkoun *et al.*, 2021) ; et la coronaropathie. La morbidité et la mortalité engendrées par ces complications entraînent des coûts insupportables pour les malades, leurs familles, et la société (OMS_Région Africaine, 2023 ; Diop et Diédéhou, 2017). La méconnaissance et l'incompréhension des facteurs de risque du diabète, dans un contexte de l'urbanisation accrue de la ville de Cotonou, carrefour d'une multitude de cultures et civilisation ; les perceptions, les mythes, croyances et discours populaires font entraver à l'adoption des attitudes préventives divulguées par certaines institutions et l'OMS, lors des campagnes pour la journée mondiale de lutte contre le diabète, le 14 novembre de chaque année.

Il faut remarquer qu'en dehors de l'âge, il existe des comportements qui permettent de développer la maladie du diabète. Ces comportements qui constituent des risques d'avoir le diabète sont classifiés selon des dimensions intrinsèques (génétique) et extrinsèques (les modes de vie). Une attention particulière est portée sur les causes extrinsèques qui impliquent les modes de vie. La recherche menée sur le Diabète de type 2 (DT2) par Foucambert (2022) en France révèle que l'obésité est un facteur important en raison de l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) à $30\text{kg}/\text{m}^2$ et du surpoids ($\text{IMC} \geq 25\text{kg}/\text{m}^2$). En outre, il ajoute que l'alimentation et l'inactivité physique, ainsi que la sédentarité présentent des risques de développer un diabète en l'occurrence le DT2 (Foucambert, 2022). Dans la communauté, force est de constater que dans le domaine de la santé, la culture influence négativement nos attitudes, face à l'acceptation des mesures préventives. Ces mesures sont entre autres les tests de dépistage, la lutte contre l'obésité et la sédentarité, l'adoption d'une alimentation saine et équilibrée etc. Le système de soins de la biomédecine est plus orienté dans le format de diagnostic et

traitement, occultant largement le volet préventif et les déterminants de la santé. En effet, le DT2 hormis les antécédents familiaux et les facteurs génétiques est souvent la conséquence d'une alimentation déséquilibrée associée à une vie sédentaire, ce qui occasionne le surpoids, l'obésité (Fédération Internationale du diabète, 2024 ; OMS, 2023).

L'anthropologie de la santé, branche de l'anthropologie générale est selon Tremblay (1982), une des sciences humaines dont les traditions de recherche portent à la fois sur le biologique, le psychologique et le culturel. Elle peut dans des voies comparatives, apporter une contribution importante sur les perspectives conceptuelles de la santé, de la maladie et dans la conception des pratiques professionnelles. Dans une perspective anthropologique, les connaissances, les perceptions et les pratiques sociales influençant la survenue du diabète à Cotonou, sont analysées. Ainsi, la question est de savoir quelles sont les connaissances, les perceptions et pratiques sociales en lien avec les comportements à risque de la survenue de la maladie diabétique, dans la commune de Cotonou ?

L'objectif de cet article est de documenter les perceptions et les connaissances des acteurs sociaux exposés au diabète tout en décrivant les pratiques vécues quotidiennement par les acteurs sociaux affectés. Une démarche méthodologique est adoptée pour aborder cet objectif de recherche.

2. Cadre et Méthodes de recherche

La recherche s'est déroulée au Bénin dans la commune de Cotonou, située dans le département du Littoral. Elle est une ville cosmopolite à la croisée de plusieurs cultures et pratiques sociales. Ses caractéristiques géographique, démographique, économique et sanitaire sont présentées pour comprendre les comportements à risque qui exposent sa population au diabète.

2.1. Présentation de la commune de Cotonou

La commune de Cotonou est située sur le cordon littoral dont elle tire son nom de département du Littoral, issu du dernier découpage administratif du Bénin du 15 janvier 1999. D'une superficie de 79 km² (0,07 % du territoire national), elle est située au croisement des 6°20' de parallèle Nord et de 2°20' de méridien Est, limitée par le lac Nokoué au Nord, l'océan Atlantique au Sud, la commune de Sèmè-Podji (du département de l'Ouémé) à l'Est et la commune d'Abomey-Calavi (du département de l'Atlantique) à l'Ouest. C'est le seul département du pays qui compte une seule commune, avec 13 arrondissements et 164 quartiers de villes. Cotonou abrite la plupart des infrastructures administratives et politiques du pays. Une grande partie de la population y travaille.

La population du département du Littoral dénombrée au RGPH4 de mai 2013 est de 679.012 habitants La densité de la population est de 8.595

habitants au km². Le littoral est un département cosmopolite où cohabitent plusieurs ethnies. Toutefois, les Fon et apparentés (56,5%), les Adja et apparentés (17,7%) et les Yoruba et apparentés (10,9%) constituent les trois ethnies d'importance démographique appréciable. Sur le plan religieux, les chrétiens représentent respectivement 12,2% de la population. En raison de cette forte cohabitation, on note une variété de pratiques culturelles en lien avec l'alimentation, la santé et l'hygiène de vie, ce qui explique la pluralité des perceptions sociales associées au diabète et la méconnaissance des facteurs de risque.

Cotonou est la capitale économique du Bénin. Les activités les plus dominantes sont le commerce, la restauration et l'hébergement (40,5%), les industries manufacturières (14,6 %) et les autres services (24,7%). Cette prédominance du secteur tertiaire s'explique par la présence du port autonome, du plus grand marché du Bénin « Dantokpa », qui brasse un flux commercial important. Même si le Bénin est un pays essentiellement agricole dont le secteur primaire relatif à l'agriculture occupe 47 % de la population active, c'est le secteur tertiaire (activités portuaires comprises) qui contribue à hauteur de 55% au produit intérieur brut (PIB), contre 32 % pour le secteur primaire et 13 % seulement pour le secondaire (PDC, 2022).

Sur le plan sanitaire, la commune de Cotonou abrite de grands centres hospitaliers et universitaires du niveau national. Il y a le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) qui regorge de toutes les unités de spécialité comme la clinique universitaire d'endocrinologie et métabolisme. Malgré la couverture en infrastructures sanitaires estimée à 83% au Bénin, la part des ressources financières allouées au secteur de la santé par l'Etat est insignifiante, variant entre 6 % et 8 % du budget général annuel de l'Etat. Les ménages supportent 42,2% des dépenses de Santé, ce qui limite leur accès aux soins et aux services de santé. Au Bénin, 53,9 % de la population dépense moins d'un dollar par jour et 35,2 % des habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté, avec de fortes inégalités croissantes entre les sexes et les régions (OMS ,2015). C'est un facteur explicatif du faible taux de fréquentation des formations sanitaires (PDC4, 2022), ce qui met en exergue la difficulté pour les populations à faire un suivi régulier de leur état sanitaire.

2.2. Dispositif méthodologie

Cette recherche est de nature mixte. La méthode probabiliste a été utilisée pour réaliser le sondage et établir le lien entre l'adoption des comportements à risque et l'exercice de certaines professions. Suivie du recueil des opinions des enquêtés sur les causes possibles du diabète par des données chiffrées (Monnot, 2018). La méthode non probabiliste à travers le choix raisonné a permis l'analyse des connaissances, perceptions et pratiques

sociales quotidiennes, en lien avec ces comportements à risque. Mais aussi de sélectionner les acteurs sociaux à partir de critères définis tels que : être un malade ou un parent d'un malade, être un acteur du système sanitaire en lien avec les MNT. Ce choix s'inscrit dans la vision de Fassin (1992), pour qui « les techniques qualitatives peuvent avoir cette double fonction : celle d'identifier l'impondérable et de dévoiler l'invisible ». Elle a également permis d'investiguer divers aspects socioculturels portant sur la connaissance, les savoirs, savoir-faire et savoir-être de la population d'étude. La démarche méthodologique repose donc sur une approche mixte qui a permis d'appréhender non seulement les connaissances des acteurs sociaux sur le diabète et les facteurs de risques liés au mode de vie. De plus, elle a abouti au recueil de leurs perceptions sur les comportements à risque de survenue de la maladie et leurs pratiques sociales quotidiennes exposant au diabète.

Au total, l'entretien a été réalisé avec quarante-huit (48) acteurs sociaux ont été retenus et répartis en trois catégories à savoir :

- **les détenteurs de droits** : ce sont les patients souffrant du diabète en traitement ambulatoire. L'entretien a eu lieu avec trente-huit (38) d'entre eux, pour documenter leurs connaissances et perceptions sur les comportements à risque exposant au diabète. Leurs pratiques sociales quotidiennes sont renseignées pour comprendre leur vécu et leurs habitudes de vie entraînant la maladie. Ces malades sont retenus à partir de la base de données des dossiers des patients diabétiques suivis dans les centres de santé de prise en charge du diabète à Cotonou. Il s'agit de la Clinique Universitaire d'Endocrinologie Métabolisme et la banque d'Insuline.
- **les détenteurs de responsabilité** : Ce sont les soignants modernes qui sont en contact avec les malades au cours de leur traitement ambulatoire. Les soignants traditionnels appartiennent aussi à cette catégorie. Un effectif de huit (08) est retenu.
- **les détenteurs d'obligation** : il s'agit de deux (02) autorités sanitaires, institutionnelles notamment les responsables du programme national de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT).

Des entretiens semis-directifs et observations ont été réalisés auprès de divers acteurs sociaux dans leur environnement de travail (centre commercial, les administrations, centre de santé, ménages). La collecte de données s'est effectuée durant la période de juillet à décembre 2024, avec le consentement des acteurs préalablement requis et dans l'anonymat.

Les données quantitatives recueillies ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft Word 2016, pour faire la saisie, les tableaux et graphique. En plus de la transcription, les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Schreier (2012) rapporte que cette analyse permet de situer les parties

successives du matériel dans des catégories issues d'une trame de codage pour identifier les termes récurrents. Un croisement des différents points de vue issus des entretiens et leur triangulation ont abouti à l'élaboration d'un plan d'analyse, et les verbatim utilisés pour illustrer les différents points de vue pertinents dégagés de la description. Les données documentaires sont également exploitées et portent sur les rapports de l'OMS, du Ministère de la Santé, les documents scientifiques et autres ouvrages relatifs au diabète. Le modèle d'analyse mobilisé est la théorie de la pratique de Bourdieu et Giddens (2000). Une théorie qui propose de partir des pratiques et non des individus, de considérer celles-ci comme des blocs d'activités, de significations, de compétences et d'objets, et d'étudier comment elles se transforment.

3. Résultats

La maladie n'est pas seulement un problème biologique, mais un phénomène, qui englobe toutes les institutions sociales d'une société, à savoir les dimensions culturelles, organisationnelles, politiques, juridiques, économiques, familiales, religieuses, d'où sa qualification de « fait social total » par Marcel Mauss (1925). Les informations collectées auprès des personnes affectées par le diabète dans la commune de Cotonou ont permis de décrire leur profil sociologique à travers leur appartenance culturelle et/ou religieuse et leurs activités économiques ou occupations. Ces données ont servi à établir le lien entre l'influence des facteurs socioculturels et économiques sur la survenue du diabète.

3.1. Profils socioculturels et économiques des personnes atteintes du diabète

Ces acteurs sociaux sont situés dans la tranche d'âge de 24 ans à 75 ans. Ils proviennent de plusieurs régions du Bénin et du monde avec plus de 10 ethnies différentes à savoir : fon, adja, goun, bariba, peul, nagot, holli, mahi, ibo, mina, haoussa. Une diversité de cultures se remarque avec différentes pratiques alimentaires et sanitaires. L'observation faite dans la ville de Cotonou concernant les pratiques culinaires montre que dans certaines cultures, les repas sont trop gras chez certains, trop salés chez d'autres, et sucrés ailleurs. C'est dans la cohabitation de ces pratiques alimentaires que l'activité de restauration est très développée dans la commune (PDC4, 2022). Mais ceci pourrait être une piste à explorer pour établir le lien entre la forte propension à manger au restaurant et la survenue du diabète.

Ces patients exercent plusieurs activités économiques ou travaillent dans des administrations publiques et privées de la place. Ils sont dans le commerce et la restauration (35%), administrations publiques et privées (40%) et artisanat (25%). Les secteurs d'activités de ces malades diabétiques peuvent constituer des facteurs de risque de survenue du diabète. Car dans l'exercice

de leur activité, ils se retrouvent dans la sédentarité, soit en adoptant une position assise ou allongée pendant plusieurs heures. Un soignant a attiré l'attention sur la sédentarité et l'inactivité chez les fonctionnaires ou les travailleurs dans les services administratifs.

« La sédentarité est un facteur déterminant qui expose les fonctionnaires au diabète. Nous avons remarqué que beaucoup d'entre eux en souffrent. Mais, force est de constater que les agents, travaillant dans les bureaux des services administratifs, n'ont pas cette information afin de corriger les mauvaises habitudes » (soignant, Cotonou).

Les caractéristiques socioculturelles et économiques décrites, ont permis de retenir que les facteurs culturels et économiques présentent des risques de survenue du diabète. Mais, ces facteurs de risque ne sont pas bien connus par les malades diabétiques qui véhiculent une pluralité de perceptions sociales sur les causes de survenue.

3.2. Connaissances et perceptions sociales sur les facteurs de risques exogènes de survenue du diabète

Deux types de causes entraînent le diabète. Il existe les facteurs intrinsèques et ceux extrinsèques. Les causes intrinsèques sont liées à l'individu comprenant la prédisposition génétique et le dysfonctionnement du système immunitaire. Elles se rapportent souvent au cas du diabète de type 1 (DT1). Mais les facteurs extrinsèques proviennent du mode de vie de l'individu portant sur la sédentarité, le surpoids, la mauvaise alimentation, des maladies concomitantes comme la pancréatite, fibrose kystique et de la prise de certains médicaments (FID, 2022). Les facteurs extrinsèques sont dus à des éléments extérieurs qui viennent agresser l'organisme. Ils représentent les facteurs de risque de développer le diabète en particulier le DT2 étroitement liés aux habitudes de vie moderne, se rapportant aux comportements des individus qui peuvent donc être modifiés (PNLMNT, 2019). Ces facteurs exogènes tiennent compte aussi de l'environnement pour augmenter le risque. Mais, il est important de savoir si ces informations sont connues des patients. A partir des profils établis des patients, leurs connaissances et leurs perceptions sur les facteurs de risque de survenue du diabète sont identifiées et appréciées.

3.2.1. Une connaissance limitée des facteurs de risque du diabète

Les personnes atteintes du diabète qui ont été approchées. Ils ont diverses informations sur les causes de la maladie. Pour les uns, le diabète est essentiellement une maladie dont la source est la présence de la pathologie dans le génotype de la famille.

« Pour moi, ce qui peut causer le diabète, c'est que vous l'avez hérité de vos parents. C'est comme ça que moi-même j'en souffre. A ce que je sache, si quelqu'un n'a pas ça dans ta famille, tu ne peux pas en souffrir. Je suis sûre que mes enfants aussi vont développer la maladie » (patiente, fonctionnaire).

D'autres acteurs sociaux n'ayant pas d'antécédents familiaux ou de prédispositions génétiques, pensent que c'est un envoûtement. Ils renforcent leur avis dès lors que le malade développe des complications comme les complications rénales (nécessitant le recours à la dialyse comme traitement), les plaies incurables (pieds diabétiques), les handicaps (amputation d'un membre), les troubles visuels (cécité)..., etc. En dehors des facteurs génétiques, les patients n'ont pas réellement connaissance des autres facteurs pouvant conduire à une telle affection. Le diabète, lui-même étant une maladie à multiples facteurs qui peut survenir des complications d'une autre maladie. C'est le cas de l'apparition de plus en plus précoce du diabète de type 2, causé habituellement par la génétique, mais qui survient avec l'exposition aux données environnementaux comme certaines infections virales, les facteurs diététiques ou encore une carence en vitamine D (Bouzaouagh, 2021). Des informations disponibles à leur niveau, on comprend que les patients souffrant du diabète n'ont pas une connaissance suffisante et actualisée sur cette maladie non transmissible. Certains mettent en exergue la consommation du sucre comme une cause, sans réellement comprendre de quelle substance pourrait provenir le sucre. Ce sont des connaissances véhiculées sous l'influence socioculturelle à travers les rumeurs, les croyances et les préjugés.

« On m'a dit de réduire la consommation du sucre, en l'occurrence du sucre blanc, donc tout ce qui est sucré je l'évite pour ne pas empirer ma situation. Je ne sais vraiment comment je suis arrivée à développer cette maladie qui a trop de complication et demande un changement de ta façon de manger que tu avais depuis l'enfance » (patiente, commerçante).

Les facteurs de risque sont évoqués avec incertitude et ne sont pas réellement appréhendés comme telle. L'expression « On m'a dit » montre le doute voire l'incompréhension d'une information reçue, sans que le récepteur n'arrive à faire le décodage. Par suivisme, les malades s'adonnent à l'observance des mesures alors qu'une bonne compréhension et assimilation aiderait à adopter un changement de comportement réel.

D'après les soignants, les informations sur le diabète et les comportements à risque exposant à cette affection ne sont pas connues de la population en générale et des patients sous traitement. C'est d'ailleurs ce qui

explique l'augmentation de la prévalence ces dernières décennies ; d'où des actions de communication sur ses divers comportements à risque. Beaucoup d'études ont notifié que c'est au cours des prises de sang ou d'autres analyses sanguines qu'on le découvre fortuitement (Bouzouagh, 2021).

Les perceptions sociales sont un processus d'organisation spontanée d'impressions présentes à travers lequel l'individu appréhende une réalité (Baraquin *et al.*, 2000). Elles sont souvent formulées à partir de croyances, de normes et de valeurs sociales d'une société et sont issues des expériences quotidiennes.

3.2.2. Les perceptions sociales en lien avec les facteurs de risque de survenue du diabète

Les expériences quotidiennes, les croyances et les normes sociales provenant de l'environnement des malades sont traduites par des perceptions sociales. Une pluralité de perceptions sociales sont recensées justifiant une méconnaissance de la maladie et des différentes causes.

Selon la plupart des informateurs, « *le diabète, est héréditaire* ». C'est à travers le lien de la parenté qu'on peut avoir cette maladie. Cette idée véhiculée repose sur la prédisposition génétique comme la réalité sociale caractérisant le plus cette maladie. Selon eux, la survenue de la maladie relève aussi des antécédents familiaux. Mais c'est seulement le diabète de type 1 qui se manifeste par cette source. Alors que le diabète de type 2 qui est développé par environ 90% des malades ne sauraient provenir seulement d'une cause génétique mais plutôt des facteurs comportementaux (Kérékou *et al.*, 2021 ; Foucambert, 2022). Certains pensent que « *c'est une maladie des personnes obèses* ». Pour ceux qui partagent ce point de vue, le poids de la personne est un facteur qui augmente le risque. Cette perception met en avant la morphologie comme une source entraînant la maladie du diabète. Mais, il serait important de comprendre les comportements et les pratiques qui sont à la base de l'augmentation de l'indice de la masse corporelle. D'autres expliquent que « *le diabète vient quand on consomme beaucoup de sel et de sucre* ». Ici, l'accent est mis sur l'alimentation sans une précision. Pour d'autres, « *le diabète c'est une maladie spirituelle* » dont la cause ne saurait être vraiment appréhendée.

Au Bénin, les maladies sont souvent comprises à travers un angle culturel et spirituel, où les causes traditionnelles, telles que la sorcellerie, la transgression aux lois des dieux. Des esprits sont régulièrement invoqués. C'est une perception qui influence nettement la manière dont les maladies sont traitées, et est indispensable pour comprendre les logiques et les comportements (Kpatchavi, 2001). Les informateurs rencontrés se sont attardés sur ces discours, mélangeant plusieurs idées sur des causes inexplicables du diabète, ce qui les conduit à adopter des comportements qui

augmentent l'incidence de la maladie. Ces raisonnements empêchent d'explorer les facteurs liés au mode de vie, de consommation qui sont influencés par les réalités socioculturelles. Une autorité de la santé explique ceci :

« Les gens consomment les repas gras, sucrés et finissent avec plusieurs bouteilles de bière. On ne contrôle rien et après c'est pour dire que c'est spirituel, c'est un envoutement ou c'est une tante ou une maladie provoquée » (autorité de la santé)

L'attention est attirée sur les habitudes de vie qui peuvent être la source des complications sanitaires. Mais la plupart des acteurs sociaux n'ont pas conscience de ces aspects comportementaux. Les pratiques quotidiennes de ces acteurs sont décrites pour montrer si elles sont vraiment informées des comportements à risque influençant la survenue du diabète et de ses complications.

3.3. Les pratiques quotidiennes de routinisation exposant au diabète à Cotonou

Les personnes atteintes ont détaillé chacune la manière dont se déroulent leurs activités économiques dans le temps et dans l'espace. Cette description porte sur leurs attitudes dans l'espace de leur activité professionnelle et leurs pratiques d'alimentation.

La sédentarité, une pratique très courante dans les administrations et les lieux de commerce

Plusieurs malades exerçant les activités comme coordinateurs des projets dans les institutions internationales du pays, les caissiers, secrétaires, assistants administratifs, banquiers, directeurs disent rester dans la position assise, pendant des heures au cours de cette recherche.

Selon l'agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSES), sept heures par jour en position assise constituent un risque sanitaire majeur. Particulièrement lorsqu'elle est associée à une très faible dépense énergétique. Une réalité très peu connue des salariés et autres catégories professionnels à Cotonou. Pour préserver la santé de la population, l'agence recommande de rompre la sédentarité en se levant et en bougeant au moins 5 minutes toutes les 30 minutes, même en étant sportif. **Le message de l'ANSES est clair : lutter contre la sédentarité ne relève plus du conseil, mais d'une priorité de santé publique.** Aux entreprises, écoles et collectivités d'intégrer ces ruptures de mouvement pour éviter que le temps assis ne devienne un risque chronique pour la population active comme pour les jeunes.

Tableau I : Répartition des enquêtés par catégories socioprofessionnelles et au risque lié à l'adoption de la posture sédentaire

Catégories socioprofessionnelles	Effectif	Pourcentage (%)
Administratifs/ Employés de bureau/Télétravailleurs	17	35,41
Les commerçants / Vendeurs non ambulants	15	31,25
Chauffeurs/ Conducteurs de taxi-moto	12	25
Techniciens/ Ouvriers (BTP, garagiste, stylistes etc.)	04	8,33
Total	48	100

L'analyse de ce tableau nous montre qu'en dehors des techniciens, ouvriers (8,33%) qui sont actifs durant la pratique de leurs activités professionnelles, les autres catégories professionnelles ont un risque assez élevé d'être sédentaires ou de consommer des aliments de mauvaise qualité ; 35,41% en ce qui concerne les administratifs/ Employés de bureau et (31,25%) pour les commerçants/vendeurs non ambulants. Une situation bien liée aux conditions de travail, des comportements à risque de devenir diabétique, ignorés par la population à Cotonou.

Compréhension des enquêtés sur les causes et facteurs associés à la survenue du diabétique de type 2 à Cotonou.

Plusieurs réponses émergent de leurs compréhensions à savoir, le registre de maladie provoquée, de sorcellerie d'envoûtement, de maladie héréditaire, d'obésité, consommation d'aliments trop gras, sucre et de la sédentarité/inactivité physique.

Ci-dessous présente la répartition des répondants selon leur compréhension et perceptions sur les comportements à risque de contracter le diabète de type 2 à Cotonou.

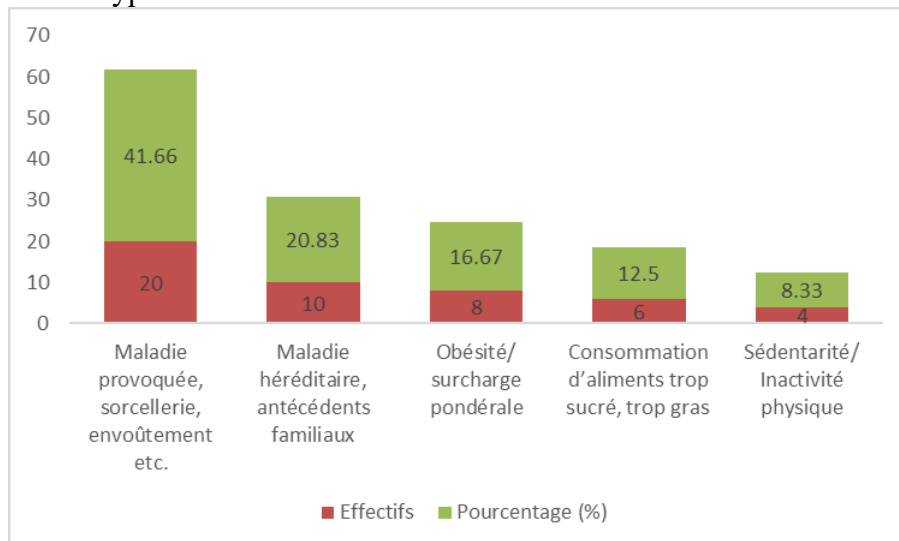


Figure 1 : Répartition des répondants sur les causes et facteurs associés à la survenue du diabète

De l'analyse de cette figure N°1, il ressort que la maladie provoquée (sorcellerie, envoûtement, etc.) est la cause la plus citée, représentant 42% des réponses. Cette proportion élevée traduit l'importance des croyances socioculturelles dans la perception du diabète. Les antécédents familiaux ou héréditaires arrivent en deuxième position avec 21%, indiquant que certains répondants reconnaissent l'existence de facteurs biologiques et génétiques dans l'apparition de la maladie diabétique. L'obésité ou la surcharge pondérale est mentionnée par 17% des répondants, ce qui montre une prise de conscience encore modérée du lien entre le surpoids et le diabète. La consommation d'aliments trop sucrés et trop gras représente 12% des réponses, révélant une faible proportion du rôle de l'alimentation déséquilibrée dans la survenue du diabète.

Enfin, la sédentarité ou l'activité physique est la cause la moins évoquée, avec 8%, traduisant une méconnaissance de l'importance de l'activité physique comme facteur de prévention du diabète. Dans l'ensemble, cette **figure 1** met en évidence une prédominance des croyances culturelles au détriment des facteurs de risque modifiables (obésité, la sédentarité, l'inactivité physique, la mauvaise alimentation, etc.) soulignant la nécessité de renforcer les actions d'information, d'éducation et de communication en santé sur les causes réelles du diabète.

Les enquêtés ne font pas le lien majeur entre le mode vie actuel et la survenue du diabète de type 2. Les conséquences sanitaires de la sédentarité sont largement documentées. Selon l'Agence nationale de sécurité sanitaire (CNSS) en France 2025, la sédentarité sur le plan scientifique, se définit par une situation d'éveil en position assise ou allongée. Quand elle est prolongée, elle augmente la mortalité et favorise le diabète de type 2, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, ostéoarticulaires, respiratoires et certains cancers. Une alerte donnée fait remarquer qu'une population massive est exposée à ce risque, et que les adultes cumulent en moyenne sept heures de position assise par jour, souvent devant les écrans.

Cette étude se trouve renchérie ici par les propos d'un de nos enquêtés qui déclare :

« Moi, je vous dis que si je dois encore refaire un choix pour la profession que je désire, je ne vais plus choisir de travailler dans une institution internationale. Des réunions, des ateliers, voyages par-ci et par-là, des rapports de séances à faire, toujours assis. Depuis que je suis devenu diabétique, j'ai compris beaucoup de choses, en plus du traitement de l'hypertension, s'ajoute celui du diabète et un régime à suivre pour perdre de poids et l'équilibre de la glycémie. Ma vie a changé, on dirait un nouveau départ, je ne vis plus, il faut faire attention à tout ce qu'on doit manger, ce n'est plus comme

avant » (patient, personnel d'une institution internationale de la place).

Une réalité surprenante pour beaucoup à cause de l'ignorance de ces facteurs de risque. Notre enquête poursuit en disant ceci :

« Croyez-moi, dans mon département, nous sommes nombreux à traîner les mêmes ordonnances, à circuler dans les hôpitaux. Tout le temps, tu entends demain j'ai rendez-vous avec mon médecin. Oui, à quoi ça sert d'avoir un métier bien rémunéré et soumis à des contraintes professionnelles qui vont t'amener à avoir des ennuis de santé plus tard. (Patient, personnel d'une institution internationale de la place).

Des entretiens faits avec les enquêtés, un personnel d'une administration décrit sa journée au service.

« Quand tu viens au service, chacun est dans son bureau dans la position assise, si rien ne te fait lever, ce n'est qu'à la pause que tu sors manger et tu reviens dans ta chaise. Ça fait à 17 heures 30 tu sors et tu rentres par un taxi toujours dans la position assise. S'il n'a pas d'activités ou des usagers, vraiment on est tout le temps assis et tu remarques souvent que tout ton pied s'enfle quand tu n'as pas du tout bougé dans la journée » (patient, personnel administratif).

Cet extrait de discours explique comment l'exercice de sa profession, lui impose une posture sédentaire au quotidien. La sédentarité, un des facteurs de risque de survenue du diabète de type 2, est une situation d'éveil caractérisée par une faible dépense énergétique en position assise ou allongée (Foucambert, 2022). Il est souvent observé que beaucoup sont assis dans les bureaux, c'est d'ailleurs la position dans laquelle on se met pour réaliser beaucoup de tâches. Dans ce confort, il est peut-être difficile de comprendre que c'est un risque sanitaire qu'on en court.

D'un autre côté, des patients ont décrit leur semaine de travail assez occupé en position assise du lundi au samedi et ceci, du matin au soir. Le dimanche qui est leur seul jour de repos est consacré à la vie religieuse. Cette routine n'offre du temps pour faire des activités physiques. En dehors de la sédentarité, il y a le manque d'activités physiques qui s'ajoute aux conditions de travail. On peut retenir que les conditions de travail de certaines personnes atteintes du diabète les exposent au risque de contracter le diabète.

La situation est semblable chez les patients exerçant dans le commerce, car toute la journée et durant toute la semaine, ils sont à la boutique ou au

magasin pour vendre. Ce n'est qu'à l'arrivée d'un client que s'opère un changement de position. Une femme commerçante présente son cas.

« Comme vous me voyez dans ma boutique, c'est mon bureau ça et c'est là je passe toute la journée jusqu'à 19 heures parfois plus tardivement. Je passe la plupart du temps dans la position assise, si je suis fatiguée je m'allonge. C'est quand un client vient que tu te lèves. Sinon ce sont les ouvriers qui servent les clients » (patiente, commerçante).

Cette patiente raconte aussi les conditions dans lesquelles sa journée se passe. On comprend que l'activité économique pratiquée, présente des risques de développer cette affection chronique. Foucambert (2022) renseigne sur l'importance de l'activité physique et les conséquences de la sédentarité. Selon l'auteur, l'inactivité physique est, elle-même un facteur de risque d'obésité qui est le premier facteur de risque exogène de DT2.

Une routine des pratiques alimentaires déséquilibrées

Les pratiques alimentaires des acteurs qui sont adoptées durant une journée prennent en compte l'alimentation depuis la matinée jusqu'à la tombée de la nuit. Pour la plupart, il faut s'acheter à manger dans les restaurants ou auprès des bonnes dames tout au long de la journée.

« Je mange le matin arrivé au bureau, à midi également. Mais le soir, je rentre pour dîner en famille. Si je fais le point je mange plus au dehors. On ne sait pas tout ce qu'on nous donne à manger, si c'est tout ça qui nous rend malade » (patient, fonctionnaire)

« Comme vous le voyez déjà à 6h30min, j'ai quitté ma maison, ma femme n'a pas encore préparé le repas et je ne peux attendre cela. Donc tout ce que je mange c'est au dehors. Parfois c'est à 23 heures que tu arrives à te libérer avant de parcourir plusieurs kilomètres pour aller chez toi fatigué. On est obligé de manger encore le soir au dehors » (patient, artisan)

Cet extrait expose la forte dépendance de s'alimenter au dehors des acteurs durant leur journée de travail. Chez d'autres ce sont les contraintes des activités économiques qui conditionnent leur habitude alimentaire. On constate que l'hygiène alimentaire n'est pas réellement respectée, ni un régime alimentaire adapté pour maintenir la santé ou tenir compte des spécificités de son organisme. Cette situation met en cause une alimentation équilibrée du moment où la consommation du sel, du sucre ou du gras n'est pas souvent contrôlée. En outre, les habitudes alimentaires consistent aussi pour ces

acteurs à consommer souvent des boissons alcoolisées ou sucrées après les repas. Tout ceci peut constituer des facteurs de risque ne respectant les normes de la nutrition.

« Souvent au bureau, on va manger en groupe, tout le monde achète son repas et complète ça par une boisson selon sa préférence. On a dit de ne pas exagérer avec le sucre donc moi je prends une ou deux bières chaque midi après le repas. »
(Patient, Commerçant)

L'information selon lequel l'excès du sucre serait à la base des maladies comme le diabète amène les consommateurs à préférer la bière. L'alcool intervient alors dans l'habitude alimentaire. Mais, sa consommation pourrait constituer aussi un risque pour la santé.

De même, on s'est intéressé à la consommation des fruits pour composer un repas équilibré. Sur les 38 patients, ce n'est qu'une dizaine de personnes qui en consomment régulièrement. Souvent, le manque de moyens financiers ou l'habitude alimentaire acquise culturellement empêchent d'observer cette mesure.

« C'est difficilement on trouve de l'argent pour manger et se remplir le ventre. Et on va encore prévoir l'argent de fruits. Ça c'est une fois en passant. Chez moi c'est quand je suis malade que je prends des fruits ou à une fête ou durant le carême que c'est régulier. Sinon, bien manger c'est déjà accompagner le riz ou la pâte de poisson, ou de l'œuf ou de la viande. Et c'est tout » (patiente, commerçante)

Il ressort de ce discours que la pratique de consommation des patients montre une récurrence allant à une stabilisation de pratiques alimentaires sans fruits. Cette habitude s'est stabilisée dans le style de vie de plusieurs personnes. L'héritage culturel alimentaire porte sur la composition d'un repas de glucides et de protéines. Parfois, l'alimentation se limite aux glucides dans le but de remplir le ventre pour des raisons financières, temporelles. Elle se résume simplement à l'habitude acquise depuis l'apprentissage des techniques de corps dont le groupe social se trouve à l'origine de la création (Mauss, 1950). L'accompagnement d'un repas de fruits ou de jus de fruits est sporadique et intervient dans des situations données nécessitant un repas équilibré (cas de maladie, fête, invitation). La malnutrition est un état de mauvaise nutrition causée par un apport énergétique et/ou nutritionnel insuffisant, excessif ou déséquilibré qui affecte l'organisme ou peut entraîner des carences, des surpoids ou des maladies (OMS, 2020). En décrivant les différentes pratiques alimentaires, on s'aperçoit d'une part, que les acteurs sociaux ont une mauvaise nutrition à cause d'un apport nutritionnel insuffisant

dans le cas de ceux qui ne respectent pas la prise régulière des fruits et légumes, sources de vitamines et de minéraux pour l'organisme. D'autres part, c'est un apport excessif provenant de la consommation de l'alcool, du sel, du sucre ou du gras dont Le contrôle constituerait une nuisance pour l'organisme. Leurs pratiques alimentaires sont surtout caractérisées par une dénutrition pour raison financière évoquée. Ce qui est un facteur de risque influençant la survenue du diabète. Les déséquilibres nutritionnels et la sédentarité observés dans la ville de Cotonou sont mauvais pour leur état sanitaire, car ils participent de plus en plus à la « propagation » du DT2 (Foucambert, 2022). Ils deviennent des pratiques récurrentes qui s'imposent aux patients dans le but de gérer leurs activités économiques.

Discussion

La connaissance des facteurs de risque de survenue du diabète reste très insuffisante au niveau des patients, ce qui s'élargit à une bonne partie de la population en général. Car, les résultats de plusieurs études menées aussi bien au Bénin que partout ailleurs dans le monde ont révélé la méconnaissance des cas et les retards de diagnostic (Foucambert, 2022 ; Kérékou *et al.*, 2021 ; Gninkoun *et al.*, 2021). Cette situation montre un déficit d'informations claires et précises sur les facteurs de risque de survenue du diabète quel qu'en soit le type. Dans le cas du DT2 qui est le plus développé, Massaoudi (2018) souligne que l'origine est multi factuelle associant à la fois les facteurs génétiques et ceux comportementaux et environnementaux (le surpoids, et la sédentarité, abus d'alcool etc). Il apparait donc important d'intensifier les actions de sensibilisation pour actualiser vulgariser les différentes évolutions que connaissent la maladie du diabète. Au Bénin, cette responsabilité incombe aux différentes autorités de la santé et en l'occurrence au Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT). Ces résultats montrent une connaissance limitée des facteurs de risque surtout ceux liés aux causes exogènes avec un niveau de sensibilisation très faible voir inégal. Dans ce sens, l'interprétation des différentes données révèle une focalisation des connaissances sur les facteurs d'hérédité ou génétiques. Pour d'autres, c'est la dimension socioculturelle reposant sur les croyances et les normes sociales comme l'origine de la maladie.

Des pratiques de consommation provenant des styles de vie comme facteurs de risque

En se basant sur la description des profils socio-économiques, on se rend compte que beaucoup de facteurs exogènes proviendraient de leur vécu quotidien. Par exemple, la sédentarité dans laquelle leurs conditions de vie les entraînent est une habitude de vie peu saine. De même, ces différentes pratiques viennent s'ajouter à la sédentarité et pourrait entraîner un surpoids

en l'absence des activités physiques. Cette mise en relation est très peu perçue par la population. Un soignant donne des éclaircissements sur le vécu quotidien problématique d'un fonctionnaire.

« L'adoption d'un mode de vie sédentaire, caractérisé par une position assise prolongée de plus de 8h consécutives au bureau, expose le fonctionnaire à des risques de santé majeur. Cette sédentarité, souvent couplée à une alimentation riche en graisses et en sucres ainsi qu'à un manque d'activité physique, favorise l'apparition de nombreuses maladies non transmissibles au-delà du simple diabète. Il est crucial de sensibiliser sur l'importance de rester actif et de pratiquer une activité sportive régulière pour briser cette routine délétère et préserver son capital santé » (Soignant).

Il poursuit en disant ceci :

« En tout cas, tant que les calories qu'on mange dans la journée, ne s'éliminent pas avec des efforts qu'on aurait eu à dépenser, le surplus va s'accumuler en graisse dans notre corps petit à petit »

Ces verbatims illustrent le fait que plusieurs facteurs de risque liés aux habitudes de vie, ne sont pas réellement connus de tous. Si Giddens (1984) explique que l'analyse des faits sociaux contemporains nécessite une prise en compte des styles de vie et des pratiques qui leurs sont associées, il est utile de comprendre les styles de vie que mènent ces patients diabétiques et les pratiques de consommation qui sont récurrentes dans leur vécu pouvant expliquer la survenue de la maladie. Les informations mettent en exergue les activités économiques qu'exercent ces derniers qui entraînent l'adoption de façon récurrente des comportements à risque de survenue du diabète. On retient les activités de commerce, de fonction dans les administrations publiques et privées (caissiers, secrétaire, directeurs, gestionnaire et les coordinateurs de projets etc.). La récurrence se comprend par le fait d'une reproduction dans le temps et dans l'espace des activités ou des occupations permettant d'adopter l'habitude qui devient la pratique de consommation (Dubuisson-Quellier et Plessz, 2013). Les personnes affectées du diabète ont développé des styles de vie à cause de leur routine professionnelle. L'espace (bureau, boutique, lieu de travail) et le temps (jour, semaine, mois, année) ont permis d'adopter des habitudes de sédentarité, d'inactivité physique et de pratiques alimentaires peu équilibrées. Ces deux dimensions spatiales et temporelles produisent « habitude, routine, contrainte » (Giddens, 1991 ; Randles et Warde, 2006) qui justifient l'adoption de ces pratiques de consommation (sédentarité, alimentation déséquilibrée). La récurrence, la

routine et l'habitude caractérisant le style de vie ont facilité la survenue du diabète. Les pratiques quotidiennes développées durant leurs activités économiques sont devenues récurrentes dans le temps conduisant par la suite à une forme de routinisation y compris la contrainte.

La contrainte s'installe dès lors que les pratiques routinières comme aller manger hors de la maison, rester dans la même position (assise) pour réaliser les tâches s'imposent.

Nécessité de sensibilisation pour un changement de comportement

Une sensibilisation globalisante est une approche pouvant conduire à un changement des comportements à risque ayant entraîné la survenue du diabète chez ces patients. Elle peut se centrer sur la présentation des différentes causes (intrinsèques et extrinsèques) et leur imbrication sur le développement du diabète car avec les facteurs exogènes, personne n'est épargnée.

L'Institut National pour la recherche en Santé (INRS)/France propose des leviers d'action pour renverser la tendance en ce qui concerne les postures sédentaires. Il est possible d'agir sur :

- **L'organisation du travail** : alterner les tâches réalisées en postures sédentaires avec d'autres tâches permettant de se lever ou se déplacer, laisser au salarié la possibilité de s'octroyer des pauses actives et régulières ;
- **L'aménagement des espaces de travail** : installer des espaces photocopiers à l'écart des postes de travail, des espaces de convivialité permettant de choisir entre posture debout et assise, des salles de réunions « actives » avec du mobilier permettant d'alterner différentes postures de travail ;
- **L'aménagement des postes de travail** : mettre à disposition des bureaux à hauteur variable, des ergocycles ou d'autres dispositifs compatibles avec l'activité réalisée et permettant d'alterner les postures de travail ;
- **L'information et la formation** des salariés sur ces postures et les risques associés, avec pour objectif de les inciter à rompre régulièrement les postures sédentaires et à limiter au maximum leur durée cumulée.

Mais les pratiques socioculturelles sont tout aussi déterminantes dans la survenue du diabète liées à l'alimentation dès lors que des groupes socioculturels développent des pratiques alimentaires, pouvant exposer au diabète. Ce sont des informations qui sont ignorées et peu discutées. Pour élargir le champ de sensibilisation et augmenter le taux d'écoute, une communication de proximité intégrant les réseaux, les associations et les groupes culturels est la mieux appropriée. Car dans un processus de

sensibilisation et de communication, certaines personnes peuvent en influencer d'autres (Benoit-Moreau et *al.*, 2011). Ainsi, les institutions en charge des politiques sanitaires se chargeront de fournir les messages essentiels pour la prévention des maladies chroniques sévissant. Ces informations doivent être relayées, médiatisées dans le but de sensibiliser les populations dans leur spécificité. Les causes exogènes relatives aux facteurs culturels, aux habitudes et la routine sont difficiles à modifier. Il revient non pas de se cramper à l'individu mais de trouver des stratégies pour encadrer les pratiques en matière de santé, d'alimentation, de sport pouvant aider à mieux informer et sensibiliser pour un changement de comportement, dans le cadre des actions publiques (Bourdieu, 2000). A titre illustratif, les séances de sensibilisation peuvent être organisées par l'administration ou dans les églises afin de soulever les mouvements d'ensemble. La prise en charge du diabète doit intégrer une approche globale, associant les dimensions physiques, psychosociales, culturelles et économiques de l'individu malade. La sensibilisation et la mise à disposition de la population, des informations essentielles sur la prévention et les facteurs de risque du diabète. Pouvoir agir sur les comportements individuels et consolider la capacité des personnes à faire des choix éclairés : renforcer l'éducation à la santé dès le plus jeune âge par les méthodes coordonnant campagne nationale, action locale et une implication forte des personnes (Chassang et Gautier, 2019). Dans ce sens, le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) a mis en place une formule pour sensibiliser les populations sur la prévention et les comportements à risque de survenue des maladies non transmissibles. Présentée par le point focal Nutrition de cette institution, Carmelle MIZEHOUN, pharmacienne-nutritionniste, la recommandation sous « une formule magique » préventive fondée sur des habitudes de vie saines sous ce groupe de « 0-0-5-30-3P » (PNLMNT, 2025). Elle se décline comme suit ;

- 0 tabac
- 0 alcool
- au moins 5 portions de fruits et légumes/jr
- au moins 30 mn d'activité physique/jr
- et l'adoption d'une alimentation Peu salée, Peu sucrée et Peu grasse.

Cette recommandation met l'accent sur les normes sanitaires qui pourraient être recadrées avec les pratiques alimentaires, de pratiques d'activités physiques pour prévenir les MNT. Les populations malgré leurs particularités socioculturelles pourraient s'en inspirer pour modifier leur manière de se nourrir et maintenir une hygiène de vie. Car l'alimentation mal équilibrée entraîne des problèmes de santé et des complications pour l'organisme des personnes atteintes du diabète et autres MTN (Kérékou *et al.*,

2021 ; Gninkoun *et al.*, 2021). Mais la stratégie pour rendre accessible cette information à la population de Cotonou et du Bénin reste l'inquiétude pour faire connaître les comportements de risque de survenue des MNT dont le diabète et les stratégies de prévention.

Conclusion

La méconnaissance et l'incompréhension des facteurs de risque de diabète, dans un contexte de l'urbanisation accrue de la ville de Cotonou, carrefour d'une multitude de cultures et civilisation est un fait réel. Les perceptions, les mythes, croyances et discours populaires font entrave à l'adoption des attitudes préventives divulguées par certaines institutions telles que l'OMS lors des campagnes pour la journée mondiale de lutte contre le diabète, le 14 novembre de chaque année. L'OMS (2020) spécifie que l'activité physique régulière favorise le bien-être psychologique, la santé des muscles et des os et réduit la tension artérielle chez les personnes souffrant d'hypertension. Il est important de développer des stratégies de prévention chez les acteurs sociaux afin de ralentir l'évolution de cette maladie dont les facteurs de risque ne sont pas encore totalement maîtrisés. C'est en réalité, les styles de vie qui entraînent l'adoption des comportements routiniers qui peuvent être définis comme des pratiques de consommation (Giddens, 1991). L'effet négatif de ces pratiques pourrait être limité en pesant à une solution d'engager des conversions, des sensibilisations sur ces pratiques de consommation dans le but de défaire des routines et réinstaurer des formes de réflexivité chez les individus (Dubuisson-Quellier, 2012 ; Dubuisson-Quellier et Plessz, 2013). Ce faisant, les populations pourraient être amenées à l'observance des pratiques d'alimentation et de modes de vie saines non pas de façon individuelle, mais en éduquant les communautés, les groupes à s'adapter à l'évolution du monde en proie aux maladies chroniques. La santé communautaire reste une approche qui aiderait à réussir les sensibilisations.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration relative aux participants humains : cette étude a été approuvée par l'École doctorale pluridisciplinaire « Espaces, Cultures et Développement » (EDP/ECD) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) et par le Ministère de la Santé (MS), à travers le Centre national hospitalier et universitaire Hubert

K. Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, le Service de la statistique médicale et de la recherche, sous le n° 0050/MS/CNHU-HKM/PCME/SSMR. Les principes de la Déclaration d'Helsinki ont été respectés.

References:

1. Alassani, A., Dovonou, C. A., Gninkoun, J., Wanvoegbè, A., Attinsounon, C., Codjo, L., Zannou, M., Djrolo, F., & Houngbé, F. (2017). Perceptions et pratiques des diabétiques face au diabète sucré au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou. *Mali Médical*, 32(3), pp. 23-27.
2. Benoît-Moreau, F. (2011). « Décris-moi tes rencontres avec les marques et je te dirai qui tu es... ». Une approche interprétative des premières rencontres marque-consommateur. *Actes des 10èmes Journées Normandes de Recherche sur la Consommation (JNRC), Rouen, France*, pp. 1-20.
3. Bouzouagh, L. (2021). *Impacts des facteurs génétiques et environnementaux sur le déclenchement du diabète de type I* [Thèse d'exercice en pharmacie, Université de Limoges]. DUMAS, p. 32. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03496626>.
4. Chassang, M., & Gautier, A. (2019). Les maladies chroniques (Avis du Conseil économique, social et environnemental). *Journal officiel de la République française.*, p. 12. https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf.
5. Dubuisson-Quellier S. (2012). *Le consommateur responsable. La construction des capacités d'action des consommateurs par les mouvements militants. Sciences de la Société*, n° 82, pp. 105-125. <https://doi.org/10.4000/sds.2061>.
6. Dubuisson-Quellier, S. (2013). A market mediation strategy: How social movements seek to change firms' practices by promoting new principles of product valuation. *Organization Studies*, 34(5-6), pp. 683–703. <https://doi.org/10.1177/0170840613479227>.
7. Dubuisson-Quellier, S., & Plessz, M. (2013). La théorie des pratiques. *Sociologie*, 4(4), pp. 455-469. <https://doi.org/10.4000/sociologie.2030>
8. Fainzang, S. (2000). La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale. *Ethnologies comparées*, (1), pp. 1-18.
9. Foucambert, L. (2022). *Effets de l'entraînement fractionné de haute intensité chez les patients atteints de diabète de type II* [Mémoire de fin d'études, Université de Limoges, ILFOMER]. Aurore, pp. 25-40.
10. Gninkoun, C. J., Edwige, O., Mansour, D. M., Adébayo, A., & Mamadou, D. A. (2021). Second États Des Lieux Des Facteurs De Décompensation Cétosique Du Diabète Au Centre National

- Hospitalier Universitaire De Cotonou. *European Scientific Journal, ESJ*, 17(29), pp. 173-188.
<https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n29p173>.
11. Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press. p. 256.
 12. Herzlich, C. (1984). « Médecine moderne et quête de sens » dans *Le Sens du mal - Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, pp. 189-215.
 13. Kpatchavi, A. C. (2001). Savoirs locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin, le cas du paludisme : éléments empiriques pour une anthropologie de la santé. *Bulletin Amades*, (46), pp. 2-5.
<https://doi.org/10.4000/amades.1010>.
 14. Kérékou H. A., Dédjan A. H., & Sondjo M. (2023). Peripheral neuropathy and associated factors in diabetics at the CNHU-HKM of Cotonou in 2021. *Journal of Diabetes Mellitus*, 13(1), pp. 12-22.
 15. Massaoudi, I. (2018). *Influence des facteurs socio-culturels dans la prise en charge d'un patient immigré maghrébin de première génération, atteint de diabète de type 2 (étude qualitative)* [Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Lyon, Faculté de Médecine Lyon Est - Rockefeller, p. 316.
 16. Monnot C. (2018). Sociologie quantitative : quelques repères méthodologiques à l'usage de l'enquête en milieu ecclésial. Pp 543-557.
 17. Schreier M. (2012). L'analyse de contenu qualitative en pratique. Édition : Première édition
 18. Warde A. (2005), « Consumption and theories of practice », *Journal of Consumer Culture*, vol. 5, n° 2, pp. 131-153. DOI: 10.1177/1469540505053090