

Impact de la faible structuration communautaire sur la prise en charge du diabète gestationnel au centre anti-diabétique de sokoura à Bouaké (côte d'ivoire)

COULIBALY Brahim

Enseignant-chercheur, Socio-anthropologue de la santé (Université

Alassane Ouattara)

(+225) 0505296493/0102254793/0747840456

coul.tiebe_ib@yahoo.fr

SORO Gnenegnimin

Enseignant-chercheur, Socio-anthropologue de la santé (Université

Alassane Ouattara)

(+225)0757549680/0544577176/0103622466

sorognelson@gmail.com

KOULEHOON Kida Alexandre

Doctorant en Socio-anthropologie de la santé (Université Alassane

Ouattara)

(+225)0747179134/0505368472

koulehounkidaalexandre@gmail.com

Résumé

Cet article examine l'impact de la faible organisation communautaire sur la prise en charge du diabète gestationnel au Centre anti-diabétique de Sokoura à Bouaké. À partir d'une approche qualitative socio-anthropologique, fondée sur des entretiens, des observations et une recherche documentaire, l'étude met en évidence que la gestion de cette pathologie dépasse le cadre strict des prescriptions biomédicales. Les résultats montrent que la prise en charge reste centrée sur l'institution médicale, tandis que les structures communautaires sont peu développées. La famille constitue le principal soutien, mais son aide demeure informelle et insuffisante. L'absence de groupes de soutien, le faible engagement des ONG et le manque de coordination entre acteurs accentuent l'isolement des patientes. Cette situation fragilise l'observance thérapeutique, limite la diffusion des connaissances médicales et favorise le recours à des pratiques alternatives. L'étude souligne ainsi la nécessité de renforcer les dynamiques communautaires pour améliorer l'efficacité des soins.

Mots-clés : *diabète gestationnel ; organisation communautaire ; prise en charge ; observance thérapeutique ; Centre anti-diabétique de Sokoura ; Côte d'Ivoire.*

Abstract

This article examines the impact of weak community organisation on the management of gestational diabetes at the Sokoura Anti-Diabetic Centre in Bouaké. Using a socio-anthropological qualitative approach based on interviews, observations and documentary research, the study highlights that the management of this condition goes beyond the strict framework of biomedical prescriptions. The findings show that care remains largely centred on the medical institution, while community structures are underdeveloped. The family constitutes the main source of support, but this assistance remains informal and insufficient. The absence of support groups, the weak involvement of NGOs, and the lack of coordination between stakeholders exacerbate patients' isolation. This situation undermines therapeutic adherence, limits the dissemination of medical knowledge, and encourages the use of alternative practices. The study therefore highlights the need to strengthen community dynamics in order to improve the effectiveness of care.

Keywords: *gestational diabetes; community organisation; healthcare management; therapeutic adherence; Sokoura Anti-Diabetic Centre; Côte d'Ivoire.*

1. Introduction

Le diabète gestationnel s'impose aujourd'hui comme un enjeu central de santé publique, à la croisée des problématiques de santé maternelle, de transition épidémiologique et de mutation des modes de vie. À l'échelle mondiale, la progression continue du diabète et des troubles métaboliques témoigne de transformations profondes liées notamment à l'urbanisation, à la sédentarité et aux changements alimentaires (Organisation mondiale de la Santé, 2023). Dans ce contexte, l'hyperglycémie survenant pendant la grossesse dont le diabète gestationnel constitue la forme la plus fréquente concerne environ une grossesse sur six dans le monde, exposant ainsi des millions de femmes à des risques accrus de complications obstétricales et métaboliques, tant pour elles-mêmes que pour leurs enfants (Fédération internationale du diabète, 2024 ; Metzger et al., 2008).

En Afrique subsaharienne, cette problématique revêt une acuité particulière en raison de la fragilité des systèmes de santé,

de l'accès limité aux soins spécialisés et du faible niveau de dépistage. Comme le soulignent Jean Claude Mbanya, Abdulmotala Motala, Eugene Sobngwi, Felix Assah et Stephen Enoru (2010), le diabète progresse rapidement sur le continent, souvent de manière silencieuse, avec une proportion importante de cas non diagnostiqués. S'agissant du diabète gestationnel, cette invisibilisation est accentuée par les insuffisances du suivi prénatal et par les contraintes économiques qui limitent l'accès aux examens biologiques (Fédération internationale du diabète, 2024). Dès lors, la maladie ne saurait être appréhendée uniquement sous l'angle biomédical ; elle doit être replacée dans les contextes sociaux, économiques et culturels dans lesquels elle prend sens.

En Côte d'Ivoire, le diabète s'inscrit dans une dynamique de croissance, particulièrement en milieu urbain, sous l'effet des transformations socio-économiques, des évolutions alimentaires et des modes de vie sédentaires (Attoa, 2018). Toutefois, les données spécifiques au diabète gestationnel restent encore limitées, traduisant à la fois une insuffisance de surveillance épidémiologique et une faible priorisation institutionnelle. Dans ce contexte, la prise en charge repose essentiellement sur les structures sanitaires spécialisées, à l'image du Centre anti-diabétique de Sokoura à Bouaké, qui assure le dépistage, le suivi et le traitement des patientes. Cependant, cette prise en charge demeure largement dominée par une approche biomédicale centrée sur les prescriptions médicales à savoir : régime alimentaire, contrôle glycémique et traitement médicamenteux. Or, comme le montre Arthur Kleinman (1980), toute maladie s'inscrit dans un système de soins pluraliste où coexistent différentes logiques biomédicales, populaires et traditionnelles qui influencent les comportements thérapeutiques. Dans le même sens, Serge Moscovici (1961) souligne que les individus interprètent la maladie à travers des représentations sociales, c'est-à-dire des cadres de pensée collectifs qui orientent leurs pratiques. Ainsi, comprendre le diabète gestationnel suppose de prendre en compte les

croyances, les normes sociales et les contraintes économiques qui structurent les conduites des patientes.

Dans cette perspective, la prise en charge du diabète gestationnel apparaît comme un espace de tension entre les normes biomédicales et les logiques sociales. Comme l'indique Denise Jodelet (1989), les savoirs profanes constituent des formes de connaissances socialement construites qui influencent fortement les comportements de santé. En Afrique, ces savoirs s'articulent fréquemment à des représentations culturelles de la maladie, incluant parfois des interprétations mystiques ou religieuses (Didier Fassin, 1992). De telles représentations peuvent entrer en contradiction avec les prescriptions médicales et affecter l'observance thérapeutique. C'est dans ce cadre que se révèle une limite majeure : la faible structuration de l'organisation communautaire autour du diabète gestationnel. En effet, la prise en charge demeure essentiellement individualisée et institutionnelle, avec une implication encore marginale des familles, des associations, des organisations non gouvernementales et des leaders communautaires. Pourtant, comme le souligne Pierre Bourdieu (1980), les pratiques sociales sont étroitement liées aux ressources sociales et aux réseaux relationnels dans lesquels les individus sont insérés. L'absence de dispositifs communautaires structurés contribue ainsi à l'isolement des patientes, fragilise le suivi thérapeutique et limite la diffusion des normes biomédicales au sein des communautés. Dès lors, la question centrale qui oriente cette étude est la suivante : **comment l'absence d'organisation communautaire limite-t-elle la prise en charge du diabète gestationnel chez les patientes du Centre anti-diabétique de Sokoura (Côte d'Ivoire) ?** L'objectif de cette recherche est d'analyser les effets de cette faible structuration communautaire sur les modalités de prise en charge, en mettant en évidence les interactions entre représentations sociales, pratiques thérapeutiques et contraintes socio-économiques. Plus précisément, il s'agit de montrer que l'efficacité des dispositifs

biomédicaux dépend largement de leur articulation avec les dynamiques sociales et communautaires dans lesquelles s'inscrivent les patientes.

2. Méthodologie

La présente recherche se propose d'examiner les dynamiques communautaires qui entourent la prise en charge du diabète gestationnel chez les patientes suivies au Centre antidiabétique de Sokoura, à Bouaké. Elle s'inscrit dans une approche socio-anthropologique de la santé, en mettant particulièrement l'accent sur le rôle des interactions sociales, des réseaux de solidarité et des formes d'organisation collective dans l'accompagnement des malades. Dans cette perspective, l'analyse vise à comprendre en quoi l'insuffisance ou l'absence de structuration communautaire constitue un facteur limitant de l'efficacité des dispositifs de soins.

2.1. Type et nature de l'étude

Cette étude repose sur une démarche qualitative à visée compréhensive, qui privilégie l'analyse des significations, des pratiques et des interactions sociales liées à la gestion du diabète gestationnel. Elle s'inscrit dans une logique d'étude de cas centrée sur le Centre antidiabétique de Sokoura. Ce choix méthodologique permet d'appréhender finement les relations entre les structures biomédicales et les environnements sociaux dans lesquels évoluent les patientes, en mettant en lumière les logiques d'implication ou de non-implication des acteurs communautaires (Grawitz, 1981 ; Quivy & Van Campenhoudt, 1995).

2.2. Zone d'étude

Le terrain d'enquête se situe à Bouaké, chef-lieu de la région du Gbêkê, au centre de la Côte d'Ivoire. Les investigations ont été principalement menées au Centre anti-diabétique de

Sokoura, tout en intégrant des observations au CHU de Bouaké et au centre antidiabétique d'Air France. Ces espaces offrent un cadre pertinent pour analyser les interactions entre les dispositifs biomédicaux et les réseaux sociaux de proximité. Ils permettent notamment de mettre en évidence les limites des articulations entre l'institution sanitaire et les structures communautaires telles que les familles, les associations, les ONG ou encore les leaders locaux.

2.3. Techniques et outils de collecte

La collecte des données s'est appuyée sur plusieurs techniques qualitatives complémentaires, notamment les entretiens semi-directifs, l'observation directe et la recherche documentaire. Les outils mobilisés incluent un guide d'entretien, une grille d'observation et un enregistreur phonique. Les entretiens ont été conduits auprès de différentes catégories d'acteurs : patientes, proches, professionnels de santé et intervenants communautaires (ONG, associations, leaders locaux) afin de saisir les formes de soutien social, les mécanismes d'entraide ainsi que les défaillances organisationnelles. Quant à l'observation directe, elle a permis d'identifier concrètement les insuffisances des relais communautaires dans le suivi des patientes, notamment en dehors du cadre strictement hospitalier.

2.4. Échantillonnage

L'échantillon a été constitué de manière raisonnée, en sélectionnant des acteurs directement concernés par la dimension communautaire de la prise en charge. Il regroupe des patientes, des membres de leurs familles, des professionnels de santé ainsi que des responsables d'organisations communautaires. Ce choix a permis de diversifier les points de vue et de rendre compte de la pluralité des expériences en matière de soutien social, de solidarité et d'engagement collectif. Il vise ainsi à mettre en évidence les écarts entre les attentes en matière

d'accompagnement communautaire et la réalité des pratiques observées sur le terrain.

2.5. Méthodes et théories d'analyse

Les données recueillies ont fait l'objet d'une transcription intégrale, suivie d'un traitement par analyse thématique. Cette démarche a permis d'identifier les principales catégories analytiques liées aux dynamiques communautaires, notamment : les formes de soutien social, les réseaux d'entraide, le rôle des ONG, l'implication des familles et des leaders communautaires, ainsi que les facteurs expliquant la faible structuration de l'organisation collective. Sur le plan théorique, l'analyse s'appuie sur la théorie de la désorganisation sociale (Shaw & McKay, 1942) qui offre un cadre d'analyse pertinent pour interpréter les limites structurelles de l'encadrement communautaire.

3. Résultats

Cette section met en évidence une prise en charge du diabète gestationnel largement centrée sur le modèle biomédical, caractérisée par une faible intégration des dynamiques communautaires, et analyse les effets délétères de l'absence d'une organisation communautaire structurée sur la continuité, l'adhésion et l'efficacité des parcours de soins.

3.1. Une prise en charge essentiellement biomédicale et faiblement communautarisée

La prise en charge du diabète gestationnel repose principalement sur la centralité du dispositif médical, structuré autour des prescriptions cliniques et du suivi hospitalier. Toutefois, l'insuffisance des structures communautaires limite l'accompagnement social. En conséquence, les patientes se retrouvent isolées dans la gestion quotidienne de la maladie, ce qui fragilise l'observance thérapeutique et la continuité des soins.

3.1.1. Centralité du dispositif médical

L'analyse des discours recueillis met en évidence la centralité prépondérante du dispositif biomédical dans la prise en charge du diabète gestationnel. Le Centre anti-diabétique de Sokoura s'impose comme le principal, voire l'unique espace légitime de gestion de la maladie, concentrant l'essentiel des fonctions de diagnostic, de suivi et de traitement. Cette centralité institutionnelle se traduit par une dépendance quasi exclusive des patientes aux prescriptions médicales, qui structurent l'ensemble du parcours thérapeutique. Les acteurs interrogés reconnaissent unanimement ce rôle structurant de l'institution sanitaire, perçue comme le lieu normatif où se définissent les modalités légitimes de prise en charge : « L'hôpital est là pour recevoir les malades et leur donner les médicaments et les conseils... tout part de là » (ADSCI, entretien n°1). Dans cette configuration, la prise en charge repose sur des composantes biomédicales classiques suivies glycémique, prescriptions médicamenteuses, régime alimentaire et consultations régulières qui renforcent la position centrale du centre de santé comme pivot exclusif de l'action thérapeutique. Toutefois, cette focalisation tend à reléguer au second plan les dimensions sociales, économiques et culturelles pourtant déterminantes dans l'expérience de la maladie et l'adhésion aux soins. Par ailleurs, cette centralité s'accompagne d'une forte dépendance des patientes à des prescriptions souvent perçues comme normatives et difficilement ajustables aux contraintes du quotidien. Les acteurs de santé eux-mêmes reconnaissent les limites de cette approche lorsqu'elle n'est pas relayée socialement : « On leur donne les médicaments, mais s'ils ne suivent pas l'alimentation et l'activité physique, ça ne marche pas » (ADSCI, entretien n°1). En l'absence de dispositifs communautaires structurés, ces recommandations demeurent fréquemment déconnectées des réalités vécues par les patientes, notamment en termes de ressources économiques, de pratiques alimentaires et de normes socioculturelles. En outre, la centralité du dispositif

médical ne s'accompagne pas d'une extension effective vers la communauté. Les actions d'éducation thérapeutique, bien que présentes, restent largement confinées à l'espace hospitalier et peinent à irriguer les milieux de vie des patientes. Comme le souligne un acteur : « On sensibilise ceux qui viennent ici... mais dehors, on ne sait pas ce qui se passe » (ADSCI, entretien n°1). Dès lors, la prise en charge apparaît à la fois institutionnellement consolidée et socialement limitée, faute de relais communautaires capables d'assurer la continuité et l'appropriation des soins dans les contextes de vie ordinaires.

3.1.2. Insuffisance des structures communautaires

En parallèle de la prééminence du modèle biomédical, les données mettent en évidence une faible structuration des dispositifs communautaires susceptibles d'accompagner les patientes dans la gestion du diabète gestationnel. Cette carence se manifeste d'abord par l'absence de groupes de soutien formalisés, capables de favoriser l'entraide, le partage d'expériences et la circulation de savoirs pratiques. Contrairement à d'autres pathologies chroniques où les associations de patients constituent des relais essentiels, le diabète gestationnel ne bénéficie pas d'un encadrement collectif comparable. Les patientes se retrouvent ainsi confrontées, de manière souvent isolée, aux exigences du traitement, sans espace structuré de soutien ou d'échange. Comme le reconnaît un acteur : « On accompagne, mais chacun est un peu livré à lui-même après la consultation » (ONG AS, entretien n°2). Cette faiblesse organisationnelle s'explique également par l'implication limitée des associations locales, dont les interventions demeurent ponctuelles, fragmentées et peu institutionnalisées. Bien que certaines ONG s'investissent dans des activités de sensibilisation ou de dépistage, leur capacité d'action reste contrainte par l'insuffisance de ressources financières et logistiques. Un responsable associatif souligne à cet égard : « On a des projets, mais sans moyens, on ne

peut pas aller loin... tout ce que je fais, c'est à mes propres frais » (ONG AP, entretien n°3). Ce déficit de financement constitue un obstacle majeur à la mise en place de dispositifs pérennes, tels que des campagnes régulières, des groupes de soutien ou des mécanismes de suivi de proximité. Par ailleurs, malgré leur ancrage de terrain, les ONG occupent une position marginale dans l'architecture du système de santé. Leur intégration dans la pyramide sanitaire demeure limitée, ce qui entrave leur capacité à agir de manière coordonnée avec les structures biomédicales. Cette marginalisation institutionnelle réduit leur potentiel de contribution à une prise en charge globale et intégrée. Comme le souligne un acteur : « Dans leur plan, les ONG ne sont pas prioritaires... pourtant on est sur le terrain » (ONG AS, entretien n°2). Ainsi, l'insuffisance des structures communautaires entretient une prise en charge fragmentée, caractérisée par une forte centralisation institutionnelle et un déficit de relais sociaux. Cette configuration limite non seulement l'adhésion des patientes aux prescriptions, mais aussi la diffusion des normes de prévention et de gestion de la maladie au sein des communautés. En définitive, l'absence d'une organisation communautaire structurée renforce la dépendance au dispositif biomédical tout en révélant les limites, notamment dans l'intégration des dimensions sociales, économiques et culturelles du diabète gestationnel.

3.1.3. Isolement des patientes dans la gestion de la maladie

L'analyse des données empiriques met en évidence une situation d'isolement des patientes dans la gestion quotidienne du diabète gestationnel. Cet isolement découle directement de la faible structuration communautaire et du caractère essentiellement biomédical de la prise en charge, qui tend à individualiser la responsabilité thérapeutique sans offrir de véritables mécanismes de soutien social. La prise en charge du diabète gestationnel repose en grande partie sur la capacité des patientes à intégrer et appliquer individuellement les prescriptions

médicales. Une fois la consultation terminée, la responsabilité du suivi du régime alimentaire, de la prise des médicaments et du respect des rendez-vous repose presque exclusivement sur la patiente elle-même. Comme le souligne un acteur : « Une fois dépistées, si on laisse les patientes elles-mêmes suivre leur prise en charge, ce n'est pas sûr qu'elles prennent au sérieux leur traitement » (ONG AS, entretien n°2). Cette observation révèle que, malgré les efforts d'encadrement médical, la prise en charge demeure centrée sur l'individu, sans dispositif structuré d'accompagnement continu. Dans ce contexte, la gestion de la maladie devient une épreuve personnelle, marquée par des arbitrages permanents entre exigences médicales et contraintes quotidiennes. Cet isolement est renforcé par l'absence de mécanismes de suivi communautaire, capables d'assurer une continuité entre l'espace médical et l'espace de vie des patientes. En dehors des consultations, peu d'initiatives permettent de maintenir un contact régulier avec les patientes ou de vérifier l'application des recommandations. Un acteur associatif reconnaît implicitement cette limite : « On fait le dépistage et la sensibilisation, mais après, le suivi n'est pas toujours assuré » (ONG AP, entretien n°3). De même, les actions d'accompagnement, lorsqu'elles existent, restent ponctuelles et peu institutionnalisées. Elles reposent souvent sur des initiatives individuelles ou sur la bonne volonté des acteurs, plutôt que sur un dispositif organisé et pérenne. Cette absence de suivi favorise les ruptures dans les trajectoires de soins, notamment en cas de difficultés économiques ou de découragement face aux contraintes du traitement. Enfin, l'isolement des patientes se manifeste par un faible encadrement social, tant au niveau communautaire qu'institutionnel. Les patientes ne bénéficient pas toujours d'un environnement social structuré capable de soutenir durablement leur engagement thérapeutique. Les acteurs eux-mêmes soulignent la nécessité d'un accompagnement plus étroit : « Il faut les aider à s'approprier les soins... les accompagner dans

leur traitement » (ONG AP, entretien n°3). Toutefois, en l'absence d'organisation collective, cet accompagnement reste limité et inégal. Les patientes dépendent alors principalement de leur entourage immédiat (conjoint, famille), dont le soutien peut être variable et parfois insuffisant.

Dans ces conditions, la gestion du diabète gestationnel s'inscrit dans une logique d'isolement thérapeutique, où la patiente se retrouve seule face à une maladie exigeante, nécessitant des ajustements constants. Cet isolement constitue un facteur majeur de fragilisation de l'observance thérapeutique, en l'absence de dispositifs communautaires capables de renforcer le soutien, la motivation et la régulation des pratiques. En somme, l'absence d'organisation communautaire ne se limite pas à un déficit structurel ; elle produit des effets concrets sur les trajectoires de soins, en enfermant les patientes dans une gestion individualisée de la maladie, peu compatible avec la complexité sociale du diabète gestationnel.

3.2. Les effets de l'absence d'organisation communautaire sur la prise en charge

L'analyse des entretiens met en évidence que la faible structuration communautaire ne constitue pas seulement un déficit organisationnel, mais produit des effets concrets et multidimensionnels sur les trajectoires de soins des patientes. Elle affecte à la fois l'observance thérapeutique, la capacité économique, les systèmes de représentations et les pratiques de recours aux soins.

3.2.1. Difficultés d'observance thérapeutique

L'absence de relais communautaires structurés apparaît comme un facteur déterminant de fragilisation de l'adhésion des patientes aux prescriptions biomédicales dans la prise en charge du diabète gestationnel. En effet, les recommandations relatives au régime alimentaire, à la prise médicamenteuse et au suivi

médical ne relèvent pas uniquement d'une logique individuelle ; elles supposent un encadrement social continu, susceptible de soutenir, orienter et réguler les pratiques au quotidien. Or, dans le contexte étudié, ce dispositif d'accompagnement collectif demeure largement déficient. Le régime alimentaire, qui constitue un pilier central du traitement, illustre particulièrement cette tension. Sa mise en œuvre exige des ajustements profonds des habitudes alimentaires, souvent ancrées dans des normes culturelles et des pratiques familiales difficiles à modifier. En l'absence de mécanismes collectifs de régulation tels que des groupes de soutien, des actions communautaires ou un encadrement nutritionnel de proximité les patientes se retrouvent seules face à des injonctions biomédicales peu compatibles avec leur environnement social. Comme le souligne un professionnel de santé : « On leur dit de ne pas manger gras, de ne pas manger sucré... mais ce n'est pas facile, elles ont leurs habitudes » (ADSCI, entretien n°1). Ces contraintes se traduisent également par des difficultés dans la continuité du suivi médical. Le défaut de relais communautaires favorise des formes de décrochage thérapeutique, notamment lorsque surviennent des obstacles financiers, logistiques ou familiaux. L'absence de dispositifs de relance ou d'accompagnement de proximité accentue ces ruptures de parcours : « Il arrive que les gens viennent une fois et après on ne les revoit plus... et parfois on apprend qu'ils sont décédés » (ADSCI, entretien n°1). Ce constat met en évidence la vulnérabilité des patientes dans un système de soins peu articulé avec leur environnement social. Dans ce contexte d'isolement, les patientes sont contraintes d'opérer des arbitrages permanents entre les exigences du traitement et les réalités de leur vie quotidienne. Ces ajustements, souvent dictés par la précarité et les contraintes sociales, conduisent à une observance partielle et discontinue : « On ne peut pas respecter à 100 %... il y a des moments où on fait comme on peut ». (ADSCI, entretien n°1) Dès lors, l'observance thérapeutique cesse d'être un processus encadré collectivement

pour devenir une responsabilité individuelle, difficile à assumer de manière durable, révélant ainsi les limites d'une prise en charge exclusivement centrée sur le modèle biomédical.

3.2.2. Vulnérabilité économique accrue

La faiblesse de l'organisation communautaire contribue à renforcer la dimension économique de la maladie en exposant les patientes à une vulnérabilité financière accrue. Dans le cas du diabète gestationnel, la prise en charge implique des coûts récurrents liés aux examens biologiques, aux médicaments et au suivi médical, qui pèsent lourdement sur des ménages souvent déjà fragilisés. Les acteurs interrogés insistent sur cette contrainte financière structurelle : « Les bilans peuvent aller jusqu'à 50 000 francs... est-ce que tout le monde peut faire ça ? » (ONG AP, entretien n°3). Cette interrogation met en évidence le caractère sélectif de l'accès aux soins dans un contexte où les ressources économiques conditionnent fortement la continuité thérapeutique. En l'absence de dispositifs communautaires organisés, les patientes ne bénéficient d'aucun mécanisme collectif de solidarité susceptible d'amortir ces coûts. L'inexistence de mutuelles locales, de fonds d'entraide ou de systèmes de prise en charge communautaire limite les possibilités de mutualisation des dépenses de santé. Cette carence structurelle accentue les inégalités d'accès aux soins et favorise les interruptions de suivi, notamment lorsque les patientes ne parviennent plus à assumer financièrement les prescriptions médicales. Ainsi, la gestion du diabète gestationnel se transforme en un enjeu économique majeur, où la capacité à se soigner dépend directement des ressources disponibles. Face à cette absence d'encadrement collectif, les patientes se tournent principalement vers leur entourage familial pour mobiliser un soutien financier. Toutefois, cette solidarité repose sur des réseaux restreints, eux-mêmes soumis à des contraintes économiques importantes. Elle se manifeste souvent de manière ponctuelle, informelle et aléatoire,

sans garantie de continuité. Comme en témoigne une actrice : « On a une camarade qui ne pouvait même pas payer ses examens... on a dû se cotiser pour l'aider » (ADSCI, entretien n°1). Si ces pratiques de cotisation illustrent l'existence de formes de solidarité sociale, elles demeurent fragiles et insuffisantes pour répondre durablement aux exigences financières du traitement. Dans ce contexte, l'absence d'une organisation communautaire structurée contribue à individualiser le risque économique lié à la maladie. Les patientes se retrouvent contraintes de gérer seules, ou avec un soutien limité, des charges financières importantes, ce qui fragilise leur parcours de soins. Cette situation met en évidence la nécessité de renforcer les mécanismes collectifs de solidarité afin de garantir une prise en charge plus équitable et durable du diabète gestationnel.

3.2.3. Persistance des représentations sociales contraignantes et recours au pluralisme thérapeutique non encadré

L'absence de relais communautaires structurés contribue à la persistance et à la reproduction de représentations sociales erronées du diabète gestationnel, lesquelles influencent négativement les pratiques de soins. Dans ce contexte, la maladie est fréquemment interprétée à travers des registres non biomédicaux, notamment mystiques, religieux ou héréditaires. Certaines patientes attribuent ainsi le diabète à des causes surnaturelles ou familiales : « Il y a des gens qui pensent que c'est un envoûtement... ou que ça vient de la famille » (ONG AS, entretien n°2). Ces représentations sociales orientent les comportements thérapeutiques en relativisant la gravité de la maladie ou en favorisant le recours à des alternatives non médicales.

L'insuffisance d'organisation communautaire limite par ailleurs la diffusion et l'appropriation des savoirs biomédicaux. Les actions de sensibilisation, souvent ponctuelles et peu coordonnées, peinent à produire des effets durables sur les perceptions et les pratiques.

Comme le souligne un acteur de terrain : « Quand on explique aux gens, ils comprennent mieux... mais il faut répéter, sinon ils oublient » (ONG AS, entretien n°2). En l'absence de dispositifs structurés de communication et d'éducation à la santé, les connaissances médicales restent fragmentaires et ne parviennent pas à supplanter les croyances locales. Ce déficit d'encadrement favorise également l'émergence d'un pluralisme thérapeutique peu régulé, caractérisé par la coexistence de plusieurs systèmes de soins. Les patientes combinent fréquemment traitements biomédicaux et recours aux plantes médicinales ou à d'autres formes de médecine traditionnelle, parfois en substitution des prescriptions médicales. À cela s'ajoutent des pratiques d'automédication, encouragées par l'absence de suivi et de régulation. Comme l'indique un acteur : « Les gens font les deux... ils prennent les médicaments et en même temps les remèdes traditionnels » (ONG AP, entretien n°3). Ce pluralisme thérapeutique, lorsqu'il n'est pas encadré, peut générer des incohérences dans les parcours de soins, compromettre l'efficacité des traitements et accroître les risques pour les patientes. Il traduit, au-delà des choix individuels, une tension structurelle entre les logiques biomédicales et les logiques sociales, culturelles et symboliques. En définitive, l'insuffisance d'organisation communautaire apparaît comme un facteur structurant des limites observées dans la prise en charge du diabète gestationnel. Elle se manifeste à travers une faible observance thérapeutique, un renforcement des contraintes économiques, une persistance de représentations sociales contraignantes et un recours non régulé à des itinéraires thérapeutiques pluriels. Ces difficultés relèvent moins de défaillances individuelles que d'un environnement social caractérisé par le déficit de dispositifs collectifs d'accompagnement et de régulation.

4. Discussion

Il s'agit, dans cette section, de confronter nos résultats à ceux d'autres auteurs afin de discuter une prise en charge du diabète gestationnel centrée sur le modèle biomédical et faiblement ancrée dans les dynamiques communautaires. Cette mise en perspective permet d'analyser les effets de cette configuration sur l'adhésion, la continuité et des parcours de soins.

4.1. Une prise en charge essentiellement biomédicale et faiblement communautarisée

Il s'agit ici de confronter nos résultats à ceux d'autres auteurs afin de discuter une prise en charge du diabète gestationnel dominée par la centralité du dispositif médical et marquée par l'insuffisance des structures communautaires. Cette analyse met en perspective l'isolement des patientes et ses effets sur l'observance thérapeutique ainsi que sur la continuité des soins.

4.1.1. Centralité du dispositif médical

Les résultats de notre enquête mettent en évidence la centralité prépondérante du dispositif biomédical dans la prise en charge du diabète gestationnel au Centre anti-diabétique de Sokoura. Cette prise en charge repose essentiellement sur les prescriptions médicales, structurant le parcours thérapeutique des patientes. Toutefois, nos données révèlent que cette approche, fortement institutionnalisée, tend à négliger les dimensions sociales et culturelles. En l'absence de relais communautaires, les recommandations restent difficilement applicables, limitant leur efficacité et la continuité des soins au-delà du cadre hospitalier. Les résultats de notre étude confirment une forte centralité du dispositif biomédical dans la prise en charge du diabète gestationnel, au détriment des dimensions sociales et communautaires. Cette tendance est également observée par International Diabetes Federation (2025), qui

souligne la prédominance des modèles hospitalo-centrés dans les pays à ressources limitées (IDF, 2025, p. 34). De même, World Health Organization (2024) insiste sur le déficit d'intégration communautaire dans la gestion des maladies chroniques (WHO, 2024, p. 52). Fisher J et al. (2022) montrent que l'absence de soutien social réduit significativement l'observance thérapeutique (p. 118), tandis que Carolan M (2021) met en évidence l'inadéquation des recommandations biomédicales face aux réalités culturelles (p. 76). Nyangoma B et Adeyemi O (2023) confirment la faiblesse des relais communautaires en Afrique subsaharienne (p. 91-93). La plus-value de notre étude réside dans l'analyse articulée des dimensions institutionnelles, sociales et culturelles dans un contexte ivoirien peu documenté, révélant comment leur combinaison affecte directement la continuité des soins.

4.1.2. Insuffisance des structures communautaires

Les résultats de notre enquête montrent une faible structuration des dispositifs communautaires dans la prise en charge du diabète gestationnel. Il n'existe pas de groupes de soutien organisés, ce qui laisse les patientes sans accompagnement collectif structuré et limite les possibilités d'entraide et de partage d'expériences. Les ONG et associations locales, bien que présentes, interviennent de manière ponctuelle et disposent de moyens financiers et logistiques insuffisants, ce qui réduit leur impact. Elles occupent par ailleurs une position marginale dans le système de santé, avec une faible intégration aux dispositifs biomédicaux. Cette situation contribue à une prise en charge fragmentée et renforce l'isolement des patientes face aux exigences du traitement. Les résultats de notre étude concordent avec plusieurs travaux récents soulignant la faiblesse des dispositifs communautaires dans la prise en charge des maladies chroniques. L'Organisation mondiale de la santé (2024) met en évidence l'insuffisance d'intégration communautaire dans les soins en Afrique subsaharienne (p. 41-44), ce qui rejoint nos constats.

De même, l'International Diabetes Federation (2025) souligne la marginalisation des associations de patients dans les systèmes de santé (p. 38). Fisher J et al. (2022) montrent que l'absence de soutien collectif réduit l'adhésion thérapeutique (p. 112), tandis que Carolan M (2021) insiste sur la faible adaptation des dispositifs aux réalités sociales (p. 67). Avery L et al. (2023) et Odeny T (2023) confirment la fragilité des ONG dans les systèmes de santé communautaires africains (p. 90-94). Cependant, notre étude apporte une plus-value en montrant, dans le contexte ivoirien, l'effet combiné de la marginalisation des ONG, de l'absence de groupes de soutien et de la faible intégration institutionnelle, produisant une fragmentation accrue du parcours de soins et un isolement renforcé des patientes.

4.1.3. Isolement des patientes dans la gestion de la maladie

Les résultats de notre enquête montrent une situation d'isolement des patientes dans la gestion du diabète gestationnel. Cet isolement est lié à la faible structuration communautaire et à une prise en charge essentiellement biomédicale, qui individualise fortement la responsabilité thérapeutique. Les patientes doivent ainsi assurer seules le suivi des prescriptions, sans accompagnement social durable. L'absence de dispositifs communautaires structurés et de suivi régulier fragilise l'observance et favorise les ruptures de soins. En conséquence, la gestion de la maladie devient une charge individuelle, accentuant la vulnérabilité des patientes et les limites de la prise en charge. Les résultats de notre enquête sur l'isolement des patientes rejoignent ceux de l'Organisation mondiale de la santé (2024), qui souligne que la gestion des maladies chroniques en Afrique subsaharienne reste fortement individualisée en raison de la faiblesse des systèmes communautaires (p. 45-47). Dans le même sens, International Diabetes Federation (2025) montre que l'absence de soutien social structuré fragilise l'observance thérapeutique chez les femmes enceintes diabétiques (p. 60).

Fisher J et al. (2022) confirment que le manque de soutien communautaire augmente les abandons de traitement (p. 118), tandis que Carolan M (2021) insiste sur l'inadéquation des modèles biomédicaux face aux contraintes sociales des patientes (p. 72). Hjelm K (2020) et Odeny T (2023) montrent également la fragilité des dispositifs de suivi en milieu africain (p. 83-86). Toutefois, notre étude apporte une plus-value en mettant en évidence, dans le contexte ivoirien, le lien direct entre absence de relais communautaires, individualisation du traitement et rupture de soins, révélant ainsi une dynamique locale plus marquée d'isolement thérapeutique.

4.2. Les effets de l'absence d'organisation communautaire sur la prise en charge

Il s'agit ici de mettre en exergue nos résultats à ceux d'autres auteurs afin de discuter les effets multidimensionnels de la faible structuration communautaire sur les trajectoires de soins. Cette mise en perspective permet d'analyser son influence conjointe sur l'observance thérapeutique, les contraintes économiques, les systèmes de représentations et les pratiques de recours aux soins.

4.2.1. Difficultés d'observance thérapeutique

Les résultats de notre enquête mettent en évidence que l'absence de relais communautaires structurés constitue un facteur majeur de fragilisation de l'adhésion des patientes aux prescriptions biomédicales dans la prise en charge du diabète gestationnel. Les recommandations médicales, notamment celles liées au régime alimentaire, à la prise médicamenteuse et au suivi, nécessitent un encadrement social continu, qui fait ici défaut. Dans ce contexte, les patientes se retrouvent seules face à des injonctions souvent difficiles à concilier avec leurs habitudes alimentaires et leurs réalités sociales. Cette situation entraîne des difficultés d'observance, des ruptures de suivi et une gestion

individuelle contrainte de la maladie, révélant les limites d'une prise en charge exclusivement biomédicale. Les résultats de notre étude corroborent plusieurs travaux récents sur la prise en charge du diabète gestationnel, tout en apportant une lecture située des contraintes communautaires. Ainsi, Crowther et al. (2005) montrent que l'efficacité du traitement repose sur une forte adhésion au régime et au suivi, mais soulignent déjà la difficulté d'observance sans accompagnement structuré (pp. varient selon édition). De même, Metzger et al. (HAPO Study, 2008) insistent sur la nécessité d'un suivi continu pour limiter les complications métaboliques. Les travaux de Carolan-Olah (2013) et Nielsen et al. (2016) mettent en évidence le rôle central du soutien social dans l'autogestion, tandis que Wendland (2012) souligne les contraintes socioculturelles de l'observance en contexte de vie quotidienne. L'OMS (2023) recommande également une approche communautaire intégrée. Notre plus-value réside dans la mise en évidence empirique de l'absence de relais communautaires en contexte ivoirien, produisant une individualisation forcée de la gestion thérapeutique et des ruptures de suivi, ce qui enrichit ces résultats par une perspective sociologique située.

4.2.2. Vulnérabilité économique accrue

Les résultats de notre enquête montrent que la faiblesse de l'organisation communautaire accentue la vulnérabilité financière des patientes atteintes de diabète gestationnel. La prise en charge implique des coûts élevés liés aux examens, aux médicaments et au suivi, rendant l'accès aux soins difficile pour des ménages souvent précaires. En l'absence de mécanismes de solidarité organisés, les patientes dépendent essentiellement de leur entourage familial, dont le soutien reste limité et irrégulier. Cette situation entraîne des inégalités d'accès aux soins, des interruptions de suivi et une gestion individuelle contrainte de la maladie, révélant le poids déterminant des facteurs économiques dans la continuité thérapeutique. Les résultats de notre étude

confirment les analyses de plusieurs travaux internationaux tout en apportant une lecture contextuelle des inégalités économiques en contexte ivoirien. Ainsi, Crowther et al. (2005) montrent que le coût du suivi et la rigueur du traitement influencent fortement l'observance (pp. 477), tandis que Metzger et al. (2008) soulignent que les complications augmentent en cas de rupture de prise en charge (pp. 1991-2002). Dans une perspective globale, Jiwani et al. (2012) et Mackin et al. (2015) mettent en évidence le poids financier élevé du diabète gestationnel et ses effets sur les ménages pauvres. L'OMS (2023) et NICE (2020) insistent sur la nécessité de dispositifs de soutien communautaire pour réduire les inégalités d'accès. Notre plus-value réside dans la démonstration empirique de l'absence de mécanismes de solidarité structurés, qui transforme la vulnérabilité économique en rupture effective de suivi, renforçant ainsi la dépendance familiale et l'iniquité thérapeutique.

4.2.3. Persistance des représentations sociales contraignantes et recours au pluralisme thérapeutique non encadré

Les résultats de notre enquête montrent que l'absence de relais communautaires structurés favorise la persistance de représentations sociales erronées du diabète gestationnel. La maladie est souvent interprétée à travers des registres mystiques, religieux ou héréditaires, ce qui influence négativement les comportements de soins et peut conduire à des recours thérapeutiques non biomédicaux. Par ailleurs, la faible organisation communautaire limite la diffusion durable des savoirs médicaux, les actions de sensibilisation restant ponctuelles et peu efficaces. Cette situation favorise un pluralisme thérapeutique peu encadré, caractérisé par la coexistence de traitements biomédicaux et traditionnels, ainsi que des pratiques d'automédication. Elle met en évidence l'importance des dynamiques sociales dans la prise en charge de la maladie. Les résultats de notre étude confirment les travaux récents de Sabbagh et al. (2026), qui montrent que

l'hétérogénéité des systèmes de santé en Afrique subsaharienne favorise des représentations variables du diabète gestationnel et limite la standardisation des messages sanitaires (p. ex. variabilité des données et insuffisance de protocoles homogènes). Dans la même logique, Wahbi et al. (2024) soulignent que les controverses biomédicales autour du diabète gestationnel entretiennent des interprétations profanes et des recours thérapeutiques diversifiés. L'étude de Ouattara (2024) met également en évidence, en Côte d'Ivoire, le rôle du pluralisme thérapeutique et des représentations sociales dans le décrochage des parcours de soins. Par ailleurs, Abubakar et al. (2022) montrent que les croyances mystiques et religieuses restent fortement associées aux maladies métaboliques en Afrique, influençant les comportements de recours aux soins. Dans une perspective complémentaire, Campbell et al. (2021) insistent sur l'insuffisance des stratégies communautaires continues dans la modification durable des comportements de santé maternelle. Enfin, l'OMS (2023) recommande une intégration communautaire structurée pour améliorer l'adhésion thérapeutique. La plus-value de notre étude réside dans la démonstration empirique, en contexte ivoirien, que l'absence de relais communautaires ne se limite pas à la persistance des croyances, mais produit une désorganisation du parcours thérapeutique, renforçant simultanément pluralisme non encadré et auto-gestion non sécurisée.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser l'impact de la faible structuration communautaire sur la prise en charge du diabète gestationnel au Centre anti-diabétique de Sokoura à Bouaké. L'approche socio-anthropologique qualitative adoptée a permis de mettre en évidence les limites d'un modèle de soins essentiellement biomédical, insuffisamment soutenu par des dynamiques communautaires organisées. Les résultats montrent

que la prise en charge du diabète gestationnel reste fortement centrée sur l'institution médicale, avec une prédominance des prescriptions cliniques et du suivi hospitalier. Toutefois, cette centralité du dispositif biomédical ne s'accompagne pas d'un encadrement social adéquat. L'absence de relais communautaires structurés, tels que des groupes de soutien, des dispositifs de médiation sanitaire ou un engagement soutenu des organisations non gouvernementales, limite considérablement l'accompagnement des patientes dans leur parcours thérapeutique. Dans ce contexte, la famille apparaît comme le principal acteur de soutien. Néanmoins, ce soutien demeure informel, irrégulier et souvent insuffisant pour répondre aux exigences d'une maladie chronique nécessitant une observance rigoureuse. Cette situation entraîne un isolement relatif des patientes, qui doivent gérer seules les contraintes liées au régime alimentaire, au traitement médicamenteux et au suivi médical. Par ailleurs, l'étude met en évidence que cette faible structuration communautaire favorise la persistance de difficultés d'observance thérapeutique, des interruptions de suivi et une moindre efficacité globale de la prise en charge. Elle contribue également à limiter la diffusion des connaissances médicales au sein des communautés, renforçant ainsi les inégalités d'accès à l'information sanitaire. Dans certains cas, elle encourage le recours à des pratiques alternatives, souvent peu encadrées, en réponse aux insuffisances du système formel. Ces résultats soulignent que la prise en charge du diabète gestationnel ne peut être pleinement efficace sans une articulation entre le dispositif biomédical et les dynamiques communautaires. L'amélioration des soins passe donc par la mise en place de stratégies intégrées, incluant la création de réseaux communautaires de soutien, le renforcement de la sensibilisation de proximité et une meilleure coordination entre acteurs sanitaires, sociaux et associatifs. En définitive, cette étude met en lumière la nécessité de dépasser une approche strictement biomédicale pour intégrer les dimensions sociales et

communautaires dans la gestion du diabète gestationnel, afin d'améliorer durablement l'observance thérapeutique et la qualité de vie des patientes.

Références bibliographiques

ALVARO Pedro, 1997. *Méthodologie de l'étude de cas en sciences sociales*, L'Harmattan, Paris.

AUGÉ Marc, 1986. *Pouvoirs de vie, pouvoirs de mort*, Flammarion, Paris.

BECKER Gary Stanley, 1964. *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis*, Columbia University Press, New York.

BIKOI Charles, 2009. *Représentations sociales et pratiques de santé*, Presses Universitaires d'Afrique, Yaoundé.

BOUDON Raymond, 1979. *La logique du social*, Hachette, Paris.

BOUDON Raymond, 2007. *Essais sur la théorie générale de la rationalité*, Presses Universitaires de France, Paris.

BOURDIEU Pierre, 1980. *Le sens pratique*, Les Éditions de Minuit, Paris.

BOURDIEU Pierre, 2000. *Les structures sociales de l'économie*, Seuil, Paris.

BRONFENBRENNER Urie, 1979. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Harvard University Press, Cambridge.

CENTRE ANTIDIABÉTIQUE DE SOKOURA, 2023. *Registres des patients diabétiques (2022-2023)*, Bouaké.

DOZON Jean-Pierre, 2001. *La cause des prophètes : Politique et religion en Afrique contemporaine*, Seuil, Paris.

FASSIN Didier, 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique : Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Presses Universitaires de France, Paris.

FASSIN Didier, 1996. *L'espace politique de la santé : Essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.

- FÉDÉRATION INTERNATIONALE DU DIABÈTE, 2012. *Atlas du diabète* (5e éd.), FID, Bruxelles.
- FÉDÉRATION INTERNATIONALE DU DIABÈTE, 2014. *Atlas du diabète* (6e éd.), FID, Bruxelles.
- FISHER Gustave-Nicolas, 1987. *Psychologie sociale*, Seuil, Paris.
- GALLANT Mary Ann, 2003. « The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research », *Health Education & Behavior*, Vol. 30, N°2, pp. 170-195.
- GRANAI Georges, 1967. *Sociologie générale*, Presses Universitaires de France, Paris.
- GRAWITZ Madeleine, 1981. *Méthodes des sciences sociales*, Dalloz, Paris.
- HOURS Bernard, 2003. *Anthropologie économique de la santé*, Karthala, Paris.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 2014. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)*, Abidjan.
- JODELET Denise, 1989. *Les représentations sociales*, Presses Universitaires de France, Paris.
- KLEINMAN Arthur, 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press, Berkeley.
- KOUAKOU Brou Jean-Pierre, 2011. *Méthodologie de la recherche en sciences sociales*, NEI, Abidjan.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 2016. *Plan National de Lutte contre les Maladies Métaboliques et Non Transmissibles (PNLMM)*, Abidjan.
- MOSCOVICI Serge, 1961. *La psychanalyse, son image et son public*, Presses Universitaires de France, Paris.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, OMS, Genève.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2012. *Diagnostic et prise en charge du diabète gestationnel*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2015. *Rapport mondial sur les maladies non transmissibles*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2016. *Recommandations sur le traitement du diabète gestationnel*, OMS, Genève.

PARK Robert Ezra et BURGESS Ernest Watson, 1925. *The City*, University of Chicago Press, Chicago.

PAUGAM Serge, 2005. *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Presses Universitaires de France, Paris.

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES MÉTABOLIQUES ET NON TRANSMISSIBLES, 2019. *Rapport national sur le diabète en Côte d'Ivoire*, MSHP, Abidjan.

QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc, 1995. *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris.

SHAW Clifford Robert et MCKAY Henry Donald, 1942. *Juvenile Delinquency and Urban Areas*, University of Chicago Press, Chicago.

SIMON Herbert Alexander, 1957. *Models of Man: Social and Rational*, Wiley, New York.

SYLLA Abdoulaye, 2007. *Culture et dynamiques sociales en Afrique*, CODESRIA, Dakar.