

Faculté de santé publique

**L'influence des déterminants
socioculturels sur les comportements
en santé et sur l'autosoin des adultes
d'origine maghrébine vivant avec un
diabète de type 2.**

Etude réalisée dans la région de Bruxelles-capitale

Mémoire réalisé par

TATSINKOU NZOUEBON Audrey

Promoteur·rice(s)

William D'HOORE

Nathalie THOMAS

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique

***Finalités spécialisées : Approche communautaire en santé &
Comportements et compétences en santé***

Remerciements

Je tiens à remercier mes promoteurs, Monsieur **William D'Hoore** et Madame **Nathalie Thomas**, qui ont bien voulu me suivre durant cette aventure qu'a représentée pour moi la rédaction de ce mémoire, pour leur réactivité, leurs conseils et leurs apports méthodologiques précieux.

Je remercie profondément tous les membres de ma famille pour leur amour et soutien inconditionnel durant ce parcours. Grosse mention à ma sœur **Patricia** pour le soutien indéfectible.

Je remercie mon partenaire de vie, mon partenaire de révision, mon soutien, sans qui je n'aurais pas poursuivi, ni réussi ce master, **Wilfred**.

Je remercie mes amis d'avoir cru en ma réussite (même quand moi je n'y croyais pas) et de m'avoir soutenue durant toutes les épreuves heureuses et malheureuses vécues durant ces deux années. Un grand merci à ma binôme de toujours, **Safiatou**.

Je remercie les professionnels de la santé et du social qui m'ont fait confiance et mis en contact avec les participantes de ce mémoire. Je remercie également les participantes, qui ont voulu répondre à mes interviews.

Pour finir, je me remercie moi-même d'avoir tenu bon, malgré les hauts et les bas vécus durant ces deux années de master, et de ne pas avoir lâché mes études, **BRAVO MISS AUDREY**

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Usage de l'intelligence artificielle

Dans la rédaction de ce mémoire, l'intelligence artificielle a été utilisée uniquement pour des tâches formelles. Il n'y a eu aucune intervention sur le contenu scientifique ou sur les choix d'analyse et d'interprétation, qui restent entièrement de mon fait. L'utilisation de ces outils s'est limitée à reformuler et améliorer le style de certains passages pour en renforcer la clarté et la cohérence. Toutes les idées, les arguments, les analyses et les conclusions présentés dans ce travail relèvent de ma seule responsabilité intellectuelle.

Auteur : TATSINKOU NZOUEBON Audrey – Août 2026

Titre du mémoire : « L'influence des déterminants socioculturels sur les comportements en santé et sur l'autosoin des adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2. Etude réalisée dans la région de Bruxelles-Capitale »

Année académique 2025-2026 : Master en sciences de la santé publique : Finalités spécialisées : Approche communautaire en santé & Comportements et compétences en santé

Promoteurs : D'HOORE William & THOMAS Nathalie

Contenu : Le diabète de type 2 (DT2) est une maladie chronique dont la prévalence mondiale ne cesse d'augmenter, avec des répercussions majeures en matière de morbidité et de coûts sociétaux. Les populations migrantes, dont les personnes originaires du Maghreb installées en Belgique depuis les années 60, présentent une prévalence de DT2 plus élevée et un contrôle glycémique moins favorable que la population belge d'origine. Ces inégalités de santé s'expliquent par des facteurs génétiques, pré et post-migratoires, socio-économiques et culturels. Ce mémoire visait à comprendre l'influence des déterminants socioculturels sur les comportements de santé et les pratiques d'autosoin des adultes d'origine maghrébine vivant avec un DT2, dans une perspective de prévention tertiaire, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique. Trois objectifs ont guidé la recherche : comprendre les représentations de la maladie et leur incidence sur l'autosoin ; identifier les obstacles et facilitateurs socioculturels de l'autosoin ; et explorer le rôle du contexte social, du soutien familial et du relais communautaire dans ces pratiques.

Méthodes : Une méthode qualitative a été privilégiée. L'échantillon, constitué par recrutement via des maisons médicales, des associations bruxelloises et un effet boule de neige, comprend huit adultes dont sept femmes et un homme d'origine maghrébine vivant avec un DT2 dans plusieurs communes bruxelloises. Des entretiens semi-directifs ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement puis soumis à une analyse thématique. L'étude a reçu un avis favorable du comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de Saint-Luc.

Résultats : Les pratiques d'autosoin des participant.e.s sont façonnées par leurs représentations de la maladie (hérédité, stress, croyances spirituelles) et par leur vécu émotionnel du diagnostic marqué par un cheminement entre le choc, le déni et l'acceptation progressive. Les entretiens révèlent une forte diversité de pratiques d'autosoin combinant les recommandations médicales, les médicaments traditionnels, les pratiques religieuses et une négociation constante entre les exigences médicales et les pratiques culturelles. Le soutien social, familial et communautaire apparaît comme un facteur déterminant de l'adhésion thérapeutique des participantes. Les résultats confirment que l'autosoin du DT2 nécessite une approche systémique intégrant les représentations, les pratiques traditionnelles et les contraintes sociales. Ce mémoire plaide pour une éducation thérapeutique culturellement adaptée, susceptible de renforcer l'adhésion aux soins et de retarder l'apparition des complications liées au DT2.

Mots-clés : *Diabète de type 2, Education thérapeutique, Autosoin, Migrants, Maghreb, Déterminants sociaux de la santé.*

Glossaire :

Une **personne immigrée** est une personne qui a quitté son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent dans un autre pays. Cette migration peut être liée à différents motifs tels le travail, les études, le regroupement familial, la pauvreté, les troubles politiques ou les catastrophes naturelles (OIM, 2019).

Une **personne issue de l'immigration** est une « personne qui a migré vers son pays de résidence actuel ; qui possédait auparavant une nationalité différente de son pays de résidence actuel et/ou dont au moins un des parents est entré auparavant dans le pays de résidence comme migrant » (OIM, 2019). Une personne immigrée peut ensuite posséder la nationalité de son pays d'accueil.

Une **personne d'origine étrangère** désigne une personne qui possédait une nationalité étrangère à la naissance, indépendamment de sa nationalité actuelle. Cette catégorie inclut donc les personnes étrangères nées à l'étranger, les personnes étrangères nées en Belgique, ainsi que les personnes devenues belges après leur naissance. Le critère principal retenu est donc la nationalité à la naissance ainsi que celle de ses parents, et non la nationalité actuelle (Myria, 2015; OIM, 2019).

Un **étranger** est une personne qui possède une nationalité différente de celle du pays dans lequel il réside. Ici le critère est la nationalité actuelle (Myria, 2015).

La **nationalité belge** se constitue le lien juridique unissant une personne à l'Etat belge, lui conférant des droits et des obligations. Elle peut être **acquise** à partir de 18 ans moyennant une résidence légale ininterrompue d'au moins cinq ans et le paiement des droits d'enregistrement de 1080 €. Cette acquisition peut être faite après un mariage entre une personne de nationalité étrangère et une personne de nationalité belge. La nationalité peut être **attribuée** pour les mineurs lorsque les conditions légales d'âge, de résidence en Belgique et de séjour légal du parent sont remplies pour le montant de 50€. Elle peut être obtenue par **naturalisation** à partir de 18 ans à condition de séjourner légalement en Belgique au moment de la demande et de pouvoir témoigner le mérite exceptionnel dans certains domaines, moyennant un droit d'enregistrement de 1030 € (Bastenier et Dassetto, 1981; SPF, 2026).

La **double nationalité** désigne la situation d'une personne qui possède simultanément deux nationalités. Elle peut résulter de l'acquisition de la nationalité du pays de résidence sans perte de la nationalité d'origine, ou de l'attribution de plusieurs nationalités dès la naissance (OIM, 2019).

La **prévention tertiaire** regroupe l'ensemble des actions mises en place, visant à prévenir la survenue de complications et de rechutes, tout en préservant et optimisant la qualité de vie des personnes déjà atteintes d'une maladie (ANESM, 2015)

Abréviations :

- ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- BELHES : Belgian Health Examination Survey
- DSS : Déterminants sociaux de la santé
- DT1 : Diabète de type 1
- DT2 : Diabète de type 2
- HTA : Hypertension artérielle
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- MCV : Maladie Cardiovasculaire
- MRR : Mortality Rate Ratios
- OIM : Organisation internationale des migrants
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- RR : Risque Relatif
- SPF : Service public fédéral
- UPF : Ultra-processed foods : Ultra transformés

Table de matières

Introduction	1
1. Choix de la thématique	1
2. Problématique.....	1
Partie théorique.....	3
1. Diabète	3
1.1. Généralités et enjeux chez les populations migrantes	3
1.2. Prise en charge du diabète de type 2 et pratiques d'autosoin	5
2. Migration	8
2.1. Clarification des notions liées à la migration	8
2.2. Histoire de la migration maghrébine	10
2.3. Conséquences de la migration sur l'autosoin du diabète de type 2	12
3. Représentations sociales du diabète de type 2.....	15
3.1. Représentations de la maladie et croyances	15
3.2. Obstacles à l'autogestion du diabète de type 2	17
3.3. Limites des méthodes standards	18
Partie pratique	20
1. Question de recherche	20
2. Objectifs de recherche	20
3. Méthodes	21
3.1. Choix du type d'étude.....	21
3.2. Echantillonnage	22
3.3. Stratégies de recrutement	22
3.4. Déroulement et modalités des entretiens	24
3.4.1. Déroulement des entretiens	24
3.4.2. Enregistrement et retranscription	25
3.5. Guide d'entretien	25
3.6. Considérations éthiques	26
4. Résultats.....	26
4.1 Présentation de l'échantillonnage	26
4.2 Thèmes issus de l'analyse.....	28
4.2.1 Expériences vécues du diabète	28

4.2.2 Représentations de la maladie	30
4.2.3 Pratiques d'autosoin.....	32
4.2.4 Soutien social et communautaire	39
4.2.5 Influence de la culture et de la génération	42
5. Discussion	45
5.1 Synthèse des résultats	45
5.2 Interprétation des résultats.....	48
5.3 Limites de l'étude.....	57
5.4 Forces de l'étude.....	58
5.5 Recommandations et perspectives	59
Conclusion	62
Bibliographie.....	64
Annexes	69
1. Guide d'entretien.....	69
2. Flyer	73
3. Avis favorable du comité d'éthique	74
4. Assurance responsabilité sans faute.....	77
5. Formulaire de consentement	79
6. Arbre thématique synthétisé	80

Introduction

1. Choix de la thématique

Dans le cadre de mon master en santé publique, j'ai souhaité réaliser un mémoire mobilisant mes compétences en santé globale en articulant la dimension médicale et la dimension collective de la santé. Mon travail porte sur le diabète de type 2, une pathologie chronique aux enjeux multiples. Celle-ci entraîne des répercussions sur la santé physique et psychique des personnes concernées, mais également des implications majeures en santé publique, notamment en matière de coûts, de prévention et d'éducation thérapeutique.

Titulaire d'un bachelier en soins infirmiers généraux obtenu en 2024, j'ai acquis des expériences variées dans des hôpitaux bruxellois, des maisons médicales et des maisons de repos. Mon activité d'infirmière intérimaire m'a permis de découvrir une grande variété de milieux de soins, caractérisés par une forte multiculturalité, tant chez les patients qu'au sein des équipes soignantes.

Dans ce mémoire, je me suis intéressée à l'autosoin des patients diabétiques de type 2 d'origine maghrébine. Ce choix s'est fait à partir de situations rencontrées lors des missions dans des services de chirurgie, de revalidation et à domicile. J'y ai accompagné des patients diabétiques parfois hospitalisés pour des complications sévères pouvant être liées à des difficultés de suivi, d'accès à l'information ou d'adhésion aux recommandations thérapeutiques. Les visites à domicile et les séances d'éducation thérapeutique ont mis en évidence des situations marquées par l'isolement social et un manque d'informations sur la maladie.

Ces constats m'ont conduit à interroger l'influence des déterminants sociaux sur la prise en soin du diabète type 2 et à réfléchir aux stratégies permettant d'améliorer la qualité des soins préventifs, curatifs et éducatifs ainsi que des programmes en santé communautaire dans un contexte multiculturel auprès de la population maghrébine, particulièrement représentée à Bruxelles.

2. Problématique

Le nombre de personnes atteintes de diabète augmente considérablement dans le monde (Cole et Florez, 2020). Le diabète de type 2 fait partie des maladies non transmissibles (MNT) qui

séviennent sur le long cours et est le résultat de l'association de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux. Il constitue aujourd'hui l'une des maladies chroniques les plus répandues et les plus coûteuses à l'échelle mondiale (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; OMS, 2025c; Umpierrez et Ali, 2025).

Cette progression du diabète s'observe à l'échelle mondiale, avec une augmentation particulièrement marquée dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Selon l'Organisation mondiale de la santé, le nombre de personnes atteintes de diabète est passé de 200 millions en 1990 à 830 millions en 2022. En 2021, le diabète a été la cause directe de 1,6 million de décès, dont 47 % sont survenus avant l'âge de 70 ans (OMS, 2025b).

Au-delà de sa prévalence élevée, le diabète constitue également un enjeu important en matière de dépistage, de suivi et de prévention des complications. Une partie importante des personnes concernées ignore leur maladie ou vit avec un diabète insuffisamment contrôlé. Cette situation peut entraîner des conséquences graves sur la santé globale (Sciensano, 2025; Association du diabète, sd).

En Belgique, le diabète de type 2 touche environ 7,6 % de la population, soit près de 880 000 personnes diagnostiquées et sous traitement. Entre 2013 et 2023, le nombre de personnes concernées a augmenté de près d'un tiers. L'étude Belgian Health Examination Survey, réalisée en 2023, met en évidence des inégalités régionales, avec une prévalence du diabète plus élevée en Région de Bruxelles-Capitale et en Wallonie qu'en Flandre, malgré une population plus âgée en Flandre. Elle souligne également une prévalence accrue du diabète au sein des populations présentant un statut socio-économique défavorisé (Sciensano, 2025).

Le diabète constitue également un enjeu majeur de santé publique pour les populations migrantes en Europe. Le diabète de type 2 y est particulièrement présent en raison de l'interaction entre des prédispositions génétiques, le stress lié au parcours migratoire, les conditions socio-économiques, les habitudes de vie et les obstacles rencontrés dans l'accès aux soins (Cole et Florez, 2020; Beulens, 2024; Umpierrez et Ali, 2025). Plusieurs études montrent que de nombreux groupes de migrants présentent une prévalence du diabète et une mortalité liée à ses complications supérieures à celles observées chez les populations non migrantes. Ces écarts varient notamment selon le pays de naissance et l'origine des personnes concernées (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021).

Dans ce contexte, les adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2 constituent une population particulièrement pertinente à étudier. Ce mémoire vise ainsi à comprendre comment les déterminants socioculturels influencent leurs comportements de santé et leurs pratiques d'autosoin. Pour répondre à cette question, une première partie théorique présentera les enjeux liés au diabète, à la migration et aux représentations sociales de la maladie.

Partie théorique

Cette partie du mémoire vise à clarifier les concepts essentiels à la compréhension de la problématique. Dans un premier temps, le diabète sera présenté en se concentrant sur le diabète de type 2, ses mécanismes physiopathologiques, ses complications potentielles, ainsi que les pratiques d'autosoin et d'éducation thérapeutique nécessaires à une meilleure prise en soin. Dans un second temps, une attention spécifique sera portée à la migration des personnes d'origine maghrébine en Belgique, afin d'inscrire l'analyse dans son contexte socioculturel, historique et social. Cette partie permettra également de comprendre comment le parcours migratoire et les conditions de vie peuvent influencer la santé et les capacités d'autosoin. Enfin, cette partie abordera les déterminants sociaux et culturels, les représentations de la maladie ainsi que les croyances pouvant influencer les comportements de santé et les pratiques d'autosoin des adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2. Ces éléments seront analysés dans une perspective de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique.

1. Diabète

1.1. Généralités et enjeux chez les populations migrantes

Le diabète est une maladie métabolique chronique caractérisée par une hyperglycémie persistante. Il est dû soit à une sécrétion insuffisante d'insuline, comme dans le diabète type 1 (DT1), soit à la résistance à l'insuline, comme dans le diabète type 2 (DT2) (Klandorf, 2024). La glycémie, ou taux de glucose sanguin, varie pour de nombreuses raisons chez les personnes diabétiques, ce qui rend son contrôle quotidien indispensable. Le diagnostic de diabète est généralement posé lorsque la glycémie à jeun est supérieure à 1,26 g/L ou lorsqu'elle est

supérieure ou égale à 2 g/L à tout moment de la journée (Association du diabète, sd; Fédération Française des Diabétiques, sd).

Le diabète de type 1, ou diabète insulino-dépendant, est caractérisé par un déficit absolu d'insuline. Il touche principalement les enfants et représente entre 5 et 10% des personnes diabétiques. Il résulte d'un processus auto-immun entraînant la destruction des cellules du pancréas responsables de la production d'insuline, chez des personnes ayant une prédisposition génétique. Le traitement repose sur l'injection d'insuline afin de compenser le déficit et d'assurer une régulation glycémique (Klandorf, 2024).

Le diabète de type 2 (DT2), ou diabète non insulino-dépendant est caractérisé par une résistance à l'insuline, entraînant une augmentation compensatoire de sa sécrétion afin de maintenir une glycémie dans la norme. Le DT2 concerne 90 à 95% des personnes diabétiques et est associé à des facteurs liés au mode de vie, tels que l'obésité, le manque d'exercice physique, ainsi que des prédispositions génétiques. Souvent peu symptomatique, le DT2 est qualifié de « tueur silencieux », car son diagnostic peut survenir tardivement, parfois après l'apparition de complications chroniques (Klandorf, 2024; OMS, 2025b).

Ces complications peuvent avoir des conséquences majeures sur la qualité de vie des personnes concernées, en favorisant notamment les maladies cardiovasculaires, la rétinopathie diabétique, l'insuffisance rénale, les neuropathies ou encore les plaies du pied diabétique. Le diabète constitue donc une maladie chronique exigeante, qui nécessite un suivi régulier et une implication quotidienne de la personne dans la gestion de sa santé (Sciensano, 2025).

Selon la littérature, les personnes immigrées présentent des taux de mortalité liés aux complications du diabète plus élevés que les populations natives (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021). Dans une étude portant sur la mortalité due au diabète de type 2 dans sept pays européens, Vandenheede, Deboosere, Stirbu, *et al.*, (2012) montrent que les taux de mortalité sont deux fois plus élevés chez les migrants originaires de l'Afrique du Nord, d'Asie du Sud ou de pays à faible PIB. Le rapport de mortalité (MRR) s'élève à 1,9 chez les hommes et à 2,2 chez les femmes (Vandenheede, Deboosere, Stirbu, *et al.*, 2012; Umpierrez et Ali, 2025).

Par ailleurs, la présence d'antécédents familiaux multiplie par trois le risque de développer la maladie (Klandorf, 2024; OMS, 2025b). L'étude BELHES (Belgian Health Examination Survey) met en évidence que les individus avec un faible niveau d'instruction présentent un risque significativement accru de diabète non diagnostiqué ou mal contrôlé comparativement à ceux ayant un niveau d'instruction plus élevé (Risque Relatif = $RR = 3,6$ ajusté selon l'âge et le sexe). Ce résultat suggère l'existence d'inégalités socio-économiques dans les pratiques de dépistage et de prise en charge du diabète (Sciensano, 2025).

En Belgique, une étude menée auprès d'adultes âgés de 35 à 74 ans met également en évidence une prévalence du diabète de type 2 plus élevée chez les populations d'origine turque et marocaine que chez la population d'origine belge. Cette surreprésentation est particulièrement marquée chez les femmes et augmente après 50 ans chez les migrants de première génération. Elle est associée à plusieurs facteurs, notamment l'indice de masse corporelle, le niveau d'éducation et le lieu de résidence, la maladie étant plus fréquente en milieu urbain, où la sédentarité et l'obésité sont plus répandues (Vandenheede et Deboosere, 2025).

Une autre étude, comparant des personnes atteintes de DT2 d'origine marocaine et d'origine belge vivant en Belgique, met en évidence un contrôle glycémique moins favorable chez les personnes d'origine marocaine, caractérisée par une glycémie à jeun élevée, un IMC supérieur et une prévalence accrue de complications. Ces différences, observées dans un contexte socioéconomique comparable, pourraient s'expliquer par une combinaison de facteurs génétiques, tels que les antécédents familiaux et les prédispositions génétiques ; et des déterminants multifactoriels comme le mode de vie, et les croyances culturelles, qui feront l'objet d'un développement ultérieur dans ce mémoire (Riffi, Devroey et Van De Vijver, 2012).

Ces données montrent que le diabète de type 2 ne peut pas être compris uniquement comme une pathologie individuelle. Il s'inscrit dans un ensemble de facteurs qui influencent à la fois le risque de développer la maladie, le moment du diagnostic, l'accès aux soins et la capacité des personnes à mettre en place des pratiques d'autosoin adaptées.

1.2. Prise en charge du diabète de type 2 et pratiques d'autosoin

Les pratiques d'autosoin sont définies par l'OMS comme étant la capacité des personnes à prévenir les maladies, rester en bonne santé et faire face à la maladie avec ou sans l'accompagnement des soignants (OMS, 2024). Le diagnostic du diabète repose sur un examen

sanguin simple et peu coûteux, tandis que sa prise en charge devient plus onéreuse avec la progression de la maladie et l'apparition de complications. Le DT2 nécessite un suivi à long terme afin de prévenir les complications et la mortalité (OMS, 2025b).

Les pratiques d'autosoin occupent une place centrale dans le cas du diabète de type 2, car la personne doit apprendre à gérer sa maladie dans sa vie quotidienne. Cela implique notamment l'adoption d'une alimentation équilibrée, la pratique d'une activité physique régulière, le maintien d'un poids stable, l'arrêt du tabac et un sommeil suffisant. Ces éléments contribuent à limiter l'évolution de la maladie et à préserver une meilleure santé physique et mentale (OMS, 2025b; Association du diabète, sd).

Toutefois, l'adoption de ces recommandations ne dépend pas uniquement de la volonté individuelle. Chez les populations migrantes, les pratiques d'autosoin peuvent être influencées par des facteurs prémigratoires, post-migratoires et familiaux, incluant les conditions de vie avant et après la migration ainsi que les prédispositions génétiques et culturelles. Ces facteurs influencent les conditions socio-économique, l'accès aux soins et la littératie en santé (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; Bennet et Agyemang, 2025).

Lorsque les adaptations du mode de vie, à elles seules, ne permettent plus de maintenir une glycémie optimale à long terme, les personnes diabétiques de type 2 devront prendre des traitements médicaux en complément. Ces traitements comprennent principalement des antidiabétiques oraux (ADO), les injectables non insuliniques et l'insulinothérapie. Ceux-ci nécessitent une prise quotidienne et des connaissances sur la prise en soin de sa maladie (Brutsaert, 2023).

Les ADO constituent généralement la première ligne de traitement du DT2 et n'ont aucun effet sur les diabétiques de type 1. La Metformine, traitement de référence, réduit la production hépatique de glucose et améliore la sensibilité à l'insuline (Brutsaert, 2023). Lorsque le contrôle glycémique reste insuffisant, des traitements injectables non insuliniques, tels que les analogues du GLP-1, peuvent être introduits. Parmi eux, le sémaglutide (Ozempic), disponible sur le marché belge depuis 2018, stimule la sécrétion d'insuline, inhibe la libération de glucagon et ralentit la vidange gastrique, ce qui contribue à améliorer le contrôle glycémique et à favoriser une perte de poids. Bien que ce traitement puisse améliorer la qualité de vie des personnes

diabétiques, son accès demeure limité en raison de son coût élevé, ce qui peut renforcer les inégalités sociales de santé, en particulier auprès de populations déjà vulnérables (CBIP, 2025). Chez certaines personnes atteintes de diabète de type 2, le recours à l'insulinothérapie devient nécessaire lorsque les traitements oraux et injectables non insuliniques ne permettent plus un contrôle satisfaisant de la glycémie. La mise en place de ce traitement requiert une littératie en santé suffisante afin d'assurer des soins efficaces. Les injections peuvent être réalisées par la personne elle-même, par son entourage ou avec l'aide d'une infirmière à domicile. Cette prise en soin implique toutefois une bonne connaissance de soi, des symptômes d'hypoglycémie et d'hyperglycémie, ainsi qu'une compréhension des principes d'adaptation du traitement (Klandorf, 2024).

En plus de traitements pour réguler la glycémie, les personnes diabétiques de type 2 doivent souvent prendre des antihypertenseurs et des statines afin de réduire les risques de complications cardiovasculaires. Elles nécessitent une prise en charge intégrée, telle qu'un suivi podologique pour prévenir et traiter les ulcères, le dépistage et la prise en charge des maladies rénales, ainsi que des examens ophtalmologiques réguliers des yeux afin de dépister précocement la rétinopathie diabétique, qui peut causer la cécité. L'ensemble de ces interventions souligne que le diabète est une maladie chronique exigeante qui nécessite de mobiliser des ressources en termes de temps, de coûts et de compétences en autosoin, tant dans le traitement que dans le suivi médical sur le long terme (Brutsaert, 2023).

Cette exigence thérapeutique s'accroît encore lorsque la maladie s'inscrit dans des pratiques religieuses spécifiques, comme le jeûne du Ramadan. Le Ramadan est une période de jeûne durant laquelle les musulmans s'abstiennent de manger, boire et fumer, de l'aube au coucher du soleil. Chez les personnes vivant avec un DT2, ce jeûne peut entraîner des variations glycémiques importantes : des hypoglycémies en journée et des hyperglycémies, notamment à la rupture du jeûne (Farid, Rosenberg et Bartlett, 2014).

L'éducation thérapeutique vise à renforcer chez les malades les capacités d'autosoin de leur maladie chronique, en tenant compte des défis quotidiens et de l'évolution de la maladie afin de prévenir l'aggravation de leur état de santé et l'apparition de complications (OMS, 2023). Toutefois, chez les populations migrantes, les programmes standards de prévention et d'éducation thérapeutique peuvent montrer leurs limites lorsqu'ils ne tiennent pas suffisamment compte des contextes culturels, sociaux et familiaux. Cela souligne la nécessité de développer

des interventions mieux adaptées aux réalités de vie des personnes concernées (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; Bennet et Agyemang, 2025).

2. Migration

Cette partie se propose d'analyser la migration en l'abordant comme un phénomène social, historique et sanitaire. Elle vise à comprendre comment le parcours migratoire, les conditions de vie dans le pays d'accueil et le contexte socioculturel propre aux populations d'origine maghrébine peuvent influencer leur santé ainsi que leurs pratiques d'autosoin face au diabète de type 2.

2.1. Clarification des notions liées à la migration

La migration constitue un phénomène social complexe. Elle s'inscrit dans des trajectoires de vie marquées par des ruptures géographiques, culturelles et sociales susceptibles d'entraîner des répercussions à court, moyen et long terme sur la santé physique et psychique des individus. En 2022, le nombre de migrants internationaux s'élevait à environ 281 millions de personnes, ce qui représente 3,6 % de la population mondiale (Castañeda *et al.*, 2015; OIM, 2024).

En santé publique, la migration est reconnue comme étant un déterminant social de la santé, bien que ce champ demeure insuffisamment documenté. Les déterminants sociaux regroupent l'ensemble des facteurs sociaux, politiques, économiques, environnementaux et culturels. Ils se définissent comme l'ensemble des conditions de vie et des contextes socio-économiques dans lesquels les individus naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent (OMS, 2025a).

Il est essentiel de s'attarder sur les déterminants sociaux de la santé, car ils permettent de comprendre les causes profondes des inégalités entre les populations migrantes et autochtones (Bennet et Agyemang, 2025). Ces inégalités résultent souvent de désavantages sociaux cumulés, liés notamment à l'accès limité aux ressources, aux conditions de logement, au niveau d'éducation, à l'emploi, au capital social, ainsi qu'aux situations de pauvreté et de discrimination structurelle. Dans ce contexte, la migration peut être considérée comme un déterminant social transversal, qui interagit avec d'autres déterminants et contribue à influencer le risque de diabète de type 2, ses complications et les capacités d'autosoin des personnes concernées (Castañeda *et al.*, 2015; Six *et al.*, 2024; OMS, 2025a).

Afin d'éviter toute confusion dans l'analyse du phénomène migratoire, il apparaît également nécessaire de clarifier les termes mobilisés dans ce mémoire. Les notions de personne issue de l'immigration, d'étranger, de personne d'origine étrangère, de nationalité et de double nationalité sont ainsi définies dans le glossaire.

Une personne d'origine étrangère ne relève pas nécessairement de la catégorie des personnes immigrées. Il peut s'agir d'individus nés dans le pays de résidence, enfants de parents immigrés, ayant conservé la nationalité étrangère des parents sans avoir eux-mêmes vécu le parcours migratoire. Ces personnes sont alors communément désignées dans la littérature comme appartenant à la deuxième génération de l'immigration (Myria, 2015).

Afin de clarifier les catégories mobilisées dans ce travail, il convient de distinguer les différentes générations issues de l'immigration. La première génération désigne les personnes ayant elles-mêmes vécu le processus migratoire, c'est-à-dire nées à l'étranger et ayant migré vers la Belgique pour s'y installer. La deuxième génération correspond aux descendants directs de cette première génération. Ces individus sont généralement nés ou arrivés avant l'âge de 6 ans en Belgique et ont au moins un parent né à l'étranger. Ils n'ont pas personnellement vécu l'expérience migratoire ou ne l'ont pas forcément choisi, et ils peuvent porter les effets indirects à travers leur socialisation familiale et leur environnement socio-économique. Entre ces deux générations, il existe une génération intermédiaire appelée *génération 1,5*, qui est composée de personnes nées à l'étranger, et arrivées en Belgique entre 6 et 17 ans. Cette catégorie permet de distinguer les personnes ayant migré durant l'adolescence, dont les trajectoires peuvent différer à la fois de celles des personnes de la première génération arrivées à l'âge adulte et de celles des personnes de la deuxième génération nées ou socialisées très tôt en Belgique. La troisième génération quant à elle, désigne les descendants de la deuxième génération, nés et socialisés en Belgique. Ils ne sont pas considérés comme immigrés, puisqu'ils n'ont pas connu de parcours migratoire. Bien qu'ils maîtrisent les codes du pays de résidence, certaines vulnérabilités peuvent néanmoins persister par transmission intergénérationnelle (Schoonvaere, 2014; Myria, 2015; Insee, 2023).

La population étudiée dans ce mémoire appartient à une minorité ethnique en Belgique et elle constitue un des groupes les plus importants issus de l'immigration en Belgique en termes d'effectifs et d'ancienneté d'installation (Loriaux, 2004). Elle est composée d'adultes, hommes et femmes, issus de l'immigration maghrébine, originaires du Maroc, de l'Algérie, de la Tunisie,

de la Libye et de la Mauritanie (Marco et Andrea, 2023; Vandenheede et Deboosere, 2025). Cette population étudiée comprend des personnes de première, deuxième et de la génération intermédiaire issues de l'immigration, permettant une analyse intergénérationnelle de l'autosoin du diabète de type 2.

Les personnes d'origine étrangère présentent souvent des habitudes alimentaires liées à leur culture, qui comportent à la fois des points forts et des limites pour la gestion du DT2. Celles-ci sont un mélange entre les habitudes alimentaires du pays d'origine et celles du pays d'accueil. Chez les femmes d'origine turque et marocaine, on observe par exemple une alimentation riche en fruits et légumes et moins chargée en graisses saturées, ce qui est un atout. Toutefois, certaines irrégularités alimentaires persistent telles que la consommation de repas chauds accompagnés de pain blanc, un aliment à index glycémique élevé. De plus, des habitudes de consommation à horaires irréguliers, souvent associées à des portions importantes, peuvent augmenter la charge glycémique globale et favoriser un apport énergétique excessif. Ces éléments pourraient contribuer à la prévalence plus élevée du diabète observée au sein de cette communauté (Riffi, Devroey et Van De Vijver, 2012; Vandenheede et Deboosere, 2025).

2.2. Histoire de la migration maghrébine

En Belgique, la population se caractérise par une hétérogénéité croissante au fil des années à propos des origines : 65,5 % sont des Belges d'origine belge, 21 % des Belges d'origine étrangère et 13,5 % sont des étrangers, soit des personnes non-Belges (Marco et Andrea, 2023). Cette configuration démographique s'inscrit dans un contexte de mobilité internationale soutenue avec un solde migratoire international positif estimé à 66 044 personnes en 2024 (StatBel, 2025).

Parmi les populations issues de l'immigration, les personnes d'origine marocaine occupent une place importante. En 2015, les Marocains occupent la première place au sein de la population d'origine étrangère (303 470 personnes) alors qu'ils sont en quatrième place parmi les personnes de nationalité étrangère (80 720 personnes) ; cela explique un fort phénomène d'acquisition de la nationalité belge dans cette population (Myria, 2015). En 2022, la population marocaine résidant légalement en Belgique représentait environ 10,5 % de la population étrangère, ce qui correspond à 220 000 personnes (Loriaux, 2004).

La littérature situe l'origine de la présence des populations d'origine maghrébine en Belgique dans un contexte de reconstruction post-Seconde Guerre mondiale. La Belgique était confrontée

à un important besoin de main-d'œuvre, en particulier dans le secteur minier. Dans ce contexte, l'Etat belge a mis en place une politique de recrutement des travailleurs étrangers, d'abord avec des accords bilatéraux avec l'Italie, et à partir des années soixante avec plusieurs pays : le Maroc, la Turquie, la Tunisie et l'Algérie, marquant ainsi le début de l'immigration issue du Maghreb. Cette volonté initialement économique a progressivement évolué vers un rétablissement du dynamisme démographique, particulièrement en Wallonie, amenant la Belgique à ouvrir ses portes à l'accès au regroupement familial des personnes immigrées. Actuellement, les populations d'origine maghrébine sont installées de manière durable en Belgique (Marco et Andrea, 2023).

Bien que plusieurs générations de personnes issues de l'immigration maghrébine soient durablement installées en Belgique, la littérature met en évidence des inégalités structurelles persistantes. Les études montrent que les populations migrantes originaires de pays à revenu faible comme ceux du Maghreb présentent une prévalence de diabète de type 2 plus élevée que les populations du pays d'accueil. Plusieurs études dont celle de Vandenheede et Deboosere en 2025 montrent que le DT2 se développe chez les populations migrantes 10 à 20 ans plus tôt que chez les populations européennes. Cette précocité est encore plus marquée chez les migrants de la deuxième génération, avec un âge moyen du moment du diagnostic du diabète plus bas (43,6 ans) que celui de la première génération (50 ans) ; suggérant un effet cumulatif des facteurs liés à la migration et aux conditions de vie du pays d'accueil (Marco et Andrea, 2023; Bennet et Agyemang, 2025; Vandenheede et Deboosere, 2025).

Cette évolution peut notamment être associée à une plus grande sédentarité, à une prévalence accrue de l'obésité dès l'enfance ainsi qu'à un niveau d'activité physique parfois plus faible dans certains groupes issus de la migration. Elle résulte vraisemblablement d'une interaction complexe entre des facteurs culturels, religieux, sociaux et environnementaux, auxquels s'ajoutent des déterminants liés au genre, des prédispositions génétiques, des habitudes de vie antérieures à la migration, ainsi que des difficultés d'accès ou de recours aux soins dans le pays d'accueil (Langøien *et al.*, 2017; Savall, 2017; Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; OMS, 2025b).

Dans leur étude sociologique pionnière sur la deuxième génération d'immigrés en Belgique, Bastenier et Dassetto (1981) montrent que, malgré une insertion dans la société d'accueil, ces personnes occupaient souvent des positions professionnelles comparables à celles de la

première génération, caractérisées par des emplois peu qualifiés et une insertion socioéconomique limitée. Cette reproduction partielle des inégalités structurelles illustre le poids persistant des déterminants sociaux liés à l'origine migratoire (Bastenier et Dassetto, 1981).

En effet, la combinaison entre des conditions socio-économiques, de l'héritage socio-culturel ainsi que de l'exposition progressive aux modes de vie du pays d'accueil notamment en matière d'alimentation, de sédentarité, et de stress social, contribue à accroître le risque de DT2. Ainsi, les deuxième et troisième générations se situent à l'intersection de déterminants sociaux, culturels et structurels qui façonnent leurs capacités d'autosoin et leurs trajectoires de santé.

2.3. Conséquences de la migration sur l'autosoin du diabète de type 2

La migration est un déterminant social qui a un impact longitudinal sur la santé mentale et physique des personnes qui en sont issues. Les migrants de première génération, primo-arrivants, connaissent un changement sociétal rapide lorsqu'ils quittent leurs pays d'origine à ressources économiques limitées pour s'installer dans des pays d'accueil avec des ressources économiques avancées. Le contexte de vie change en termes de social, économique et culturel, notamment caractérisée par une modification du réseau de soutien familial et communautaire et l'exposition à de nouvelles normes institutionnelles (Bennet et Agyemang, 2025; Vandenheede et Deboosere, 2025).

A la suite de la migration, des études rapportent que la prévalence de diabète est plus élevée chez les femmes migrantes comparativement aux hommes migrants (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; Vandenheede et Deboosere, 2025). Selon Vandenheede et Deboosere (2025), la migration peut entraîner une reconfiguration des rôles sociaux, conduisant certaines femmes migrantes à assumer davantage de responsabilités domestiques dans un contexte où ce rôle est culturellement valorisé. Cette situation peut toutefois avoir des conséquences comme une limitation de la participation à la vie sociale et professionnelle, entraînant un isolement et une sédentarité accrue, lesquels peuvent à leur tour influencer le poids et augmenter le risque de développer le DT2 (Savall, 2017; Vandenheede et Deboosere, 2025).

Des études montrent que les groupes de migrants ont une prévalence de complications liées au DT2 supérieure aux populations des pays d'accueil (Agyemang, Van Der Linden et Bennet,

2021; Umpierrez et Ali, 2025). Selon la littérature, les facteurs potentiels d'une prévalence élevée de diabète chez les migrants sont les facteurs pré- et post- migratoires accompagnés des prédispositions génétiques. L'organigramme ci-dessous présente les principales voies explicatives par lesquelles le processus migratoire peut contribuer à l'augmentation du risque de diabète de type 2.

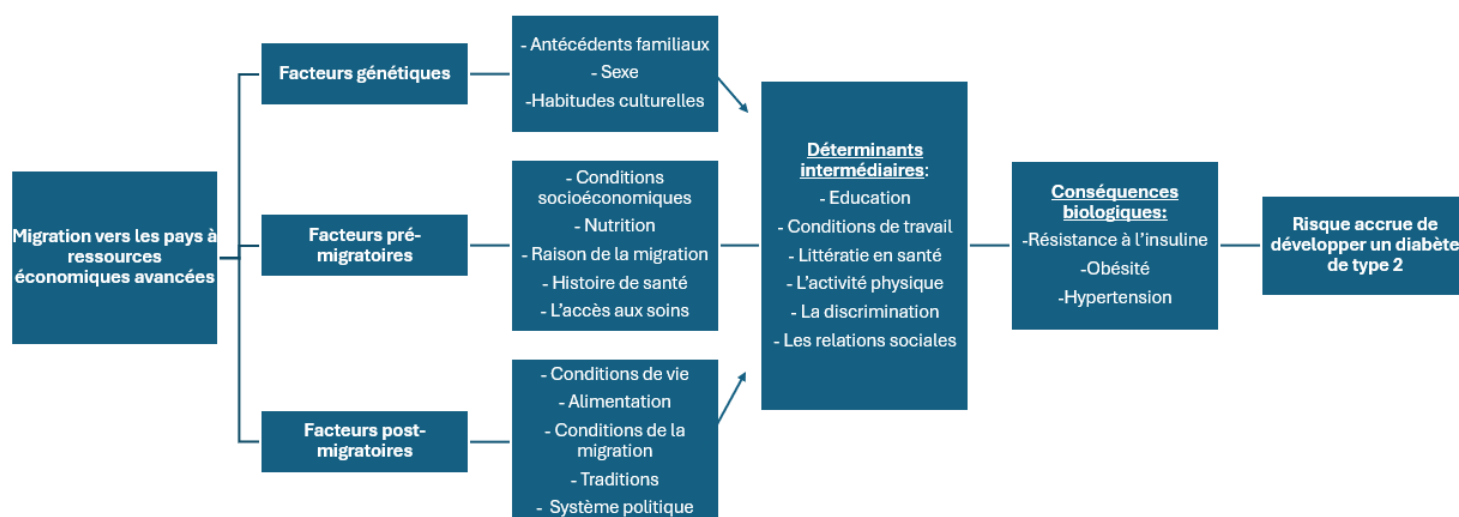


Figure 1 : Mécanismes pré- et post-migratoires contribuant au risque de diabète de type 2 chez les populations migrantes
Source : adapté de Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; Bennet et Agyemang, 2025.

Les facteurs prémigratoires correspondent à l'ensemble des facteurs qui précèdent le départ du pays d'origine et qui façonnent l'état de santé initial du migrant. Il s'agit des différentes conditions de vie sociales, économiques et environnementales. Le faible statut socio-économique, accompagné de la dénutrition maternelle durant la grossesse, est associé à une insuffisance pondérale à la naissance, laquelle constitue un facteur de risque accru de DT2 chez l'enfant. Par ailleurs, le stress psychosocial lié aux conditions de vie défavorables avant la migration a un impact négatif sur la santé des migrants à long terme, pouvant aussi être l'une des causes du diabète de type 2. Selon les conditions de la migration, ce stress peut également être à l'origine d'un stress post-traumatique qui aurait un impact sur la santé physique et psychique des migrants. Ces expériences psychosociales peuvent favoriser l'adoption de comportements de santé défavorables, comme le tabagisme, le trouble de l'usage de l'alcool ou la sédentarité, pouvant être la cause de l'apparition du DT2 (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021). L'exposition à un stress chronique, souvent accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle, contribue à une élévation du taux de cortisol et au stockage tissulaire adipeux. Ces mécanismes sont favorables au développement du DT2 (Vandenhede et Deboosere, 2025).

Les facteurs post-migratoires correspondent aux conditions de vie auxquelles les migrants sont confrontés après leur arrivée dans le pays d'accueil. Il s'agit ici du changement d'alimentation dû à l'intégration, de la perte des repères, de l'accès limité aux services de santé et de l'augmentation du stress (Bennet et Agyemang, 2025). Tous ces facteurs sont des causes potentielles du risque de diabète de type 2.

Le mécanisme sous-jacent au stress psychosocial pré- et post-migratoire constitue un facteur déterminant dans l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 chez les personnes immigrées (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; Vandenheede et Deboosere, 2025).

Le faible statut socio-économique, l'exposition à des discriminations et une faible participation aux activités culturelles contribuent ainsi à une augmentation globale du stress. Une étude de l'Observatoire des politiques culturelles (OPC, 2021) montre que les personnes d'origine étrangère participent en moyenne moins aux activités culturelles que celles d'origine belge. Cette différence s'explique principalement par des facteurs socio-économiques, notamment un niveau d'éducation et de ressources généralement plus faibles. L'étude souligne également que leurs pratiques culturelles sont davantage centrées sur la sphère familiale et communautaire que sur les institutions culturelles telles que les musées ou les théâtres.

Par ailleurs, des différences générationnelles sont observées : les premières générations présentent des pratiques distinctes, tandis que les deuxième et troisième générations apparaissent généralement plus ouvertes et davantage intégrées aux pratiques culturelles du pays d'accueil (Van Campenhoudt, 2021).

Les conséquences du parcours migratoire ne se limitent pas à l'augmentation de la prévalence chez les personnes immigrées. La migration exerce aussi une influence sur la capacité des individus à gérer leur état de santé au quotidien. La littérature met en évidence que, chez certaines personnes migrantes atteintes de DT2, un déficit de connaissance sur la pathologie persiste en matière d'autosoin. Ce déficit s'explique par des barrières linguistiques et communicationnelles persistantes, ainsi que par une inadéquation perçue des services de soins (Majeed-Ariss *et al.*, 2015).

3. Représentations sociales du diabète de type 2

Dans cette partie du travail, nous aborderons la notion des représentations sociales, plus précisément dans le cas du diabète de type 2 et analyserons la manière dont la maladie est prise en charge, tant sur le plan individuel que collectif, dans le contexte de la population d'origine maghrébine.

3.1. Représentations de la maladie et croyances

Les représentations sociales désignent un ensemble de connaissances, croyances, valeurs et attitudes socialement construites et partagées par un groupe, qui permettent aux individus d'interpréter la réalité et d'orienter leurs comportements. Elles constituent un filtre à travers lequel les individus perçoivent le monde et influencent leurs réalités et leurs pratiques, notamment en matière de santé (Perrin, 2025).

La manière dont les individus se définissent et s'identifient constitue un facteur déterminant de la capacité à assurer une autogestion efficace du diabète de type 2 (Majeed-Ariss *et al.*, 2015). De plus, selon la littérature, les croyances individuelles, culturelles et religieuses influencent de manière significative les comportements en santé des personnes vivant avec le DT2 (Bennet et Agyemang, 2025).

Chaque individu interprète une situation à travers un prisme qui est influencé par son expérience personnelle, son parcours professionnel, son environnement social et les savoirs transmis dans le courant de sa vie. Ce cadre de référence conditionne ses actions, ses compréhensions de la maladie et ses interactions avec les autres. Ce processus d'interprétation trouve son sens dans *le modèle théorique de l'action raisonné* développé par Fishbein et Ajzen en 1975. Il s'agit d'un modèle socio-cognitif qui inclut une mesure de la façon dont les personnes se représentent leur monde social. Ce modèle permet de prédire l'intention de comportement des individus. Il inclut la notion de norme subjective qui correspond à la perception de l'individu concernant l'attente sociale vis-à-vis de l'adoption d'un comportement (Aujoulat, 2025b).

Dans le cas du DT2, la littérature suggère que le mauvais contrôle de la glycémie chez certains groupes de migrants pourrait s'expliquer par une observance insuffisante des recommandations thérapeutiques et des modifications du mode de vie. Ces difficultés seraient liées à un manque

de connaissance en santé ou à une qualité des soins perçue comme inadéquate, et ce malgré la fréquence des actions de sensibilisation auprès de ces groupes (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021).

Une étude menée à Bruxelles auprès de deux groupes de patients DT2, d'origine marocaine et belge, met en évidence des différences dans la conception et la représentation d'un mode de vie sain. Chez les personnes d'origine marocaine, le mode de vie sain est principalement associé à une réduction de la consommation d'aliments riches en sucres, tandis que l'activité physique est peu intégrée dans les pratiques de santé. Dans ce groupe, l'adhésion aux recommandations alimentaires apparaît par ailleurs difficile. Chez les personnes d'origine marocaine, le diabète de type 2 est une pathologie bien connue, souvent présente au sein de l'entourage familial et/ou social. Certaines personnes du groupe associent la survenue de leur DT2 à leurs croyances religieuses. Selon eux, il s'agit d'une volonté divine (Farid, Rosenberg et Bartlett, 2014; Savall, 2017; Six *et al.*, 2024).

Le cas du jeûne du Ramadan en constitue un exemple important de croyance religieuse qui influence l'autosoin. Bien que les textes religieux exemptent les personnes malades du jeûne, cette dispense est parfois peu mobilisée par les personnes diabétiques. Certaines personnes considèrent en effet le diabète comme une maladie compatible avec la pratique du jeûne, malgré les risques possibles pour leur santé. Cette pratique relève d'une grande valeur socioculturelle et spirituelle, ce qui peut expliquer la volonté de la maintenir malgré les recommandations médicales (Farid, Rosenberg et Bartlett, 2014).

Par ailleurs, les croyances populaires relatives au diabète sont variables en fonction du niveau d'éducation, des connaissances de la maladie et des représentations collectives qui y sont associées. Plusieurs études rapportent que les personnes d'origine marocaine ainsi que d'autres groupes de migrants attribuent l'apparition du diabète au stress et aux conditions climatiques du pays d'accueil. D'autres privilégient le recours à des formes de médecine alternative afin de traiter la maladie, tandis que d'autres personnes ont une perception de l'activité physique comme égoïste et incompatible avec certaines normes sociales (Langøien *et al.*, 2017). Ces croyances et représentations de la maladie sont susceptibles d'influencer l'adhésion aux recommandations thérapeutiques et peuvent être associées à une gestion thérapeutique moins optimale (Peeters *et al.*, 2015; Six *et al.*, 2024).

3.2. Obstacles à l'autogestion du diabète de type 2

L'efficacité de l'autogestion du DT2 chez les populations migrantes est compromise par une série d'obstacles. Parmi eux, le coût du matériel médical et des soins nécessaires au suivi de la maladie apparaît comme un frein important à l'adhésion aux recommandations thérapeutiques (Six *et al.*, 2024).

L'accès limité aux ressources financières compromet la continuité des soins. Ces difficultés économiques s'inscrivent dans une vulnérabilité sociale. La littérature souligne que le faible statut socio-économique, associé à un niveau d'instruction limité, constitue l'un des principaux obstacles rencontrés par les personnes migrantes tout au long du parcours de soins (Paduch *et al.*, 2017; Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; Sciensano, 2025). Par ailleurs, les migrants eux-mêmes identifient leur compréhension limitée du diabète comme un obstacle à une autogestion efficace de la maladie (Majeed-Ariss *et al.*, 2015).

Face à ces constats, la littérature souligne l'importance de diversifier les sources d'information et de soutien. Les patients expriment un intérêt marqué pour la diversification des sources d'informations intégrant à la fois les professionnels de la santé et leurs proches (Majeed-Ariss *et al.*, 2015; Six *et al.*, 2024).

La littérature met en évidence que les patients issus de la migration rencontrent des difficultés spécifiques dans l'adhésion et la continuité du traitement du DT2. Parmi ces difficultés figurent notamment une réticence à l'autosurveillance de la glycémie ainsi qu'un des obstacles à l'adoption des recommandations liées aux changements du mode de vie, telles que l'organisation des repas et le respect du rythme de prise de traitement (Paduch *et al.*, 2017).

Ces difficultés s'expliquent en partie par le contexte familial et social dans lequel les personnes évoluent. Lorsque la personne diabétique est la seule malade au sein du foyer, le respect des recommandations alimentaires peut s'avérer particulièrement contraignant, favorisant des écarts au régime prescrit. Cette situation met en évidence l'importance du soutien familial et communautaire dans la prise en charge du diabète, celui-ci pouvant constituer un facteur clé de l'adhésion thérapeutique (Majeed-Ariss *et al.*, 2015; Savall, 2017; Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; Six *et al.*, 2024). Par ailleurs, des études montrent une difficulté supplémentaire rencontrée par les personnes issues de la migration maghrébine réalisant des

déplacements réguliers vers leur pays d'origine. Durant ces périodes, il y a un basculement des normes ; le passage d'un environnement à un autre entraîne une modification des habitudes alimentaires et médicamenteuses. Dans cette perspective, l'intégration d'une approche de santé communautaire apparaît pertinente. Elle permettrait de renforcer l'autogestion du diabète en tenant compte du régime alimentaire dans une vision collective du soin (Majeed-Ariss *et al.*, 2015; Savall, 2017; Six *et al.*, 2024)

Les difficultés rencontrées par certaines personnes DT2 peuvent être interprétées à la lumière du concept d'acculturation. Celui-ci désigne le résultat de la rencontre entre deux cultures, entraînant des ajustements dans les normes, les valeurs et les pratiques individuelles. Dans le cas des personnes maghrébines issues de l'immigration, l'acculturation renvoie à un décalage culturel entre les référentiels du pays d'origine, pour les premières générations, ou ceux hérités de l'histoire familiale, et ceux du pays d'accueil. Dans ce contexte, des tensions peuvent émerger entre les recommandations médicales, les normes sociales et l'environnement. Le processus d'acculturation influence également la compréhension du système de soins, des messages de prévention ainsi que l'adhésion thérapeutique (Savall, 2017; Mandiangu, Roy et Tremblay, 2022).

3.3. Limites des méthodes standards

Les approches standards de la prise en charge du diabète de type 2 reposent principalement sur la modification du mode de vie et l'instauration de traitements hypoglycémiants et de l'insulinothérapie, dans le cadre d'une gestion globale de la maladie (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; Association du diabète, sd). Toutefois, les données spécifiques concernant les personnes diabétiques issues de la migration demeurent limitées. La littérature suggère que les stratégies de gestion du diabète de type 2 actuellement recommandées et appliquées à ces populations ne sont pas toujours adaptées et peuvent s'avérer insuffisantes pour soutenir une autogestion efficace (Vandenhede, Deboosere, Stirbu, *et al.*, 2012; Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; Bennet et Agyemang, 2025).

Les études recommandent le développement d'approches éducatives culturellement adaptées aux populations migrantes. La littérature souligne que ces personnes expriment un besoin de gestion collective de la maladie, notamment à travers des groupes de soutien pour personnes diabétiques. Ce soutien communautaire peut également s'ancrer dans les réseaux de proximité

du quotidien, tels que le voisinage, les interactions dans les lieux de vie partagés du quartier, notamment les pharmacies, les clubs de sport, les lieux de culte religieux, les magasins et différents espaces de rencontre informels. Ces espaces constituent des ressources sociales potentielles pour la diffusion d'informations, le soutien mutuel et le renforcement des capacités d'autosoin. Par ailleurs, dans la littérature, les personnes migrantes expriment le besoin d'être accompagnées par des professionnels de santé sensibles à leur contexte social et à leurs réalités de vie. Certains soulignent également l'importance de pouvoir communiquer avec les soignants dans leur langue maternelle, afin de favoriser une meilleure compréhension des termes médicaux et techniques, et de renforcer la confiance entre le patient et le soignant (Peeters *et al.*, 2015; Savall, 2017; Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021; Pinder, 2021; Six *et al.*, 2024).

Cette inadéquation s'inscrit dans un contexte plus large de sous-représentation des minorités ethniques et migrantes dans la recherche (Vandenhede, Deboosere, Stirbu, *et al.*, 2012). L'inclusion de ces populations constitue pourtant un enjeu majeur de santé publique pour la réduction des inégalités. Le manque d'évaluation de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé par ces populations, ainsi que l'absence de données selon l'origine ethnique dans les statistiques européennes, limitent l'analyse des inégalités de santé. Notons que dans cette étude, les populations migrantes interrogées partagent leur volonté de contribuer à la recherche lorsque les barrières linguistiques et de confiance avec les professionnels seront levées (Bhopal, 2012).

Partie pratique

1. Question de recherche

Ma question de recherche est la suivante : « *Quelle est l'influence des déterminants socioculturels sur les comportements de santé et les pratiques d'autosoin des adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2, dans une perspective de prévention tertiaire, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique ?* »

Le choix de la population se justifie par mon expérience personnelle et par l'ancrage durable des personnes d'origine maghrébine en Belgique depuis les années 1960, à la suite des vagues migratoires liées notamment aux accords de main-d'œuvre. Elles constituent une part importante et stable de la population belge. Ce choix s'explique également par les inégalités de santé observées en matière de diabète au sein des populations issues de l'immigration, notamment en ce qui concerne la prévalence de la maladie, l'accès aux soins et les pratiques d'autosoin (Marco et Andrea, 2023; Vandenneede et Deboosere, 2025).

L'étude inclura les personnes issues de la première et deuxième générations de migration, ainsi que les personnes issues de la génération intermédiaire. Ceci vise à comprendre à la fois l'impact du parcours migratoire et la transmission intergénérationnelle des normes, valeurs et comportements liés à la santé.

Dans un contexte belge marqué par une diversité culturelle, il apparaît essentiel d'adapter les stratégies de prévention, d'éducation thérapeutique et de prise en soin aux réalités sociales et socioculturelles (Bennet et Agyemang, 2025). Ainsi, comprendre comment le statut socio-économique, l'histoire migratoire, le lien maintenu avec le pays d'origine, ainsi que les normes sociales et les représentations de la santé influencent les pratiques d'autosoin, constitue un enjeu important pour réduire les inégalités et améliorer la pertinence des interventions en santé publique.

2. Objectifs de recherche

Afin de tenter de répondre à ma question de recherche, les objectifs de recherche ci-dessous me permettront de structurer l'analyse :

- 1) Comprendre les représentations de la maladie chez les adultes d'origine maghrébine ainsi que l'incidence sur l'autosoin de leur diabète de type 2.
- 2) Identifier les obstacles et les facilitateurs socioculturels de l'autosoin du diabète de type 2 rencontrés.
- 3) Explorer le rôle du contexte social, le soutien familial et du relais communautaire dans les comportements de santé et les pratiques d'autosoin chez les adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2, dans une perspective de prévention tertiaire et de promotion de la santé.

3. Méthodes

Dans le cadre de ce mémoire, cette partie permet de détailler la méthodologie utilisée afin de répondre à la question de recherche et à mes objectifs de recherche. Elle décrit les choix méthodologiques retenus ainsi que leur pertinence pour cette étude.

3.1. Choix du type d'étude

Une approche qualitative est privilégiée et particulièrement adaptée à mon étude, car elle apparaît plus pertinente pour répondre à la question de recherche et pour compléter les informations recueillies dans la littérature. Cette méthode permet de comprendre en profondeur les expériences vécues par les personnes d'origine maghrébine vivant avec un DT2, de décrire et comprendre les différents enjeux socioculturels qui influencent l'autosoin. La méthode qualitative se caractérise par sa volonté de comprendre et interpréter des interactions sociales et les expériences vécues (Aujoulat, 2025a). Pour ce faire, le guide d'entretien¹ a été l'outil privilégié pour mener les entretiens semi-directifs. Le but des entretiens est de recueillir le vécu et les expériences des participants, afin de comprendre comment ils ont perçu leur diagnostic de diabète de type 2 et comment ils réagissent face à la maladie. Il s'agit également d'explorer le contexte dans lequel ils prennent soin de leur santé au quotidien, ainsi que les stratégies mises en place pour gérer la maladie.

¹ Annexe 1

3.2. Echantillonnage

Afin de garantir la pertinence et la cohérence de l'échantillon avec les objectifs de la recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis. Ceux-ci permettent de sélectionner des participants correspondant aux nécessités de l'étude, tout en essayant d'assurer une hétérogénéité en termes de genre et de génération issue de l'immigration.

- Critères d'inclusion :

- Personnes adultes (>18 ans), hommes ou femmes
- Personnes d'origine maghrébine (Maroc, Algérie, Tunisie, Libye et Mauritanie), et appartenant à la première ou deuxième génération issue de l'immigration
- Personnes diagnostiquées diabétiques de type 2

- Critères d'exclusion :

- Personnes vivant avec un diabète de type 1
- Personnes ne correspondant pas à l'origine définie par l'étude
- Personnes ayant des difficultés linguistiques et/ou cognitives

Le choix a été fait de ne pas réaliser d'entretiens avec des personnes présentant des difficultés linguistiques en français, car je n'étais pas en mesure de mettre en place un service d'interprétation. Par ailleurs, le recours à un interprète issu de la famille aurait pu, selon moi, influencer les échanges et limiter la liberté de parole des participants.

3.3. Stratégies de recrutement

Les entretiens avec les participants sont individuels et semi-directifs afin de donner la liberté de parole tout en gardant un cadre prédéfini. Ce type d'entretien permet de comprendre la problématique en tenant compte du contexte spécifique de l'expérience de chaque participant (Aujoulat, 2025a).

La taille de l'échantillon n'est pas prédéfinie. Celui-ci sera complet lorsque j'arriverai à saturation, c'est-à-dire lorsque de nouveaux thèmes et sous-thèmes ne me sembleraient plus émerger. Il est envisagé un maximum de 15 participants avec une répartition équilibrée des genres en fonction de l'aisance du recrutement.

Afin d'atteindre la population cible, la stratégie de recrutement a principalement reposé sur la prise de contact avec des organismes bruxellois reconnus pour leur travail autour de la

thématique du diabète. L'objectif était de créer un premier lien avec la population concernée, afin que les personnes intéressées puissent ensuite me recontacter pour participer à un entretien.

Dans ce cadre, plusieurs organismes ont été contactés : l'ASBL Les Pissenlits, le Réseau Diabète et l'Association du Diabète à Bruxelles. Les retours obtenus ont été mitigés. L'Association du Diabète m'a indiqué qu'aucune des personnes participant à ses activités ne correspondait à mes critères d'inclusion. Toutefois, elle a accepté de diffuser le flyer² lors de ses actions de terrain. Le Réseau Diabète, quant à lui, n'a pas donné de suite favorable à ma demande. L'ASBL Les Pissenlits a accepté la présentation de l'étude lors d'une activité consacrée au diabète. Une demande d'interprétation en langue des signes avait été formulée afin d'inclure les personnes malentendantes, mais celle-ci n'a pas pu être mise en place pour des raisons financières et logistiques. Cette collaboration a permis d'entrer directement en contact avec les participants de mon étude.

En complément, un flyer a également été diffusé auprès de différents lieux de soins et de passage, tels que les maisons médicales, des pharmacies, les services de consultations diabétiques hospitaliers bruxellois ainsi qu'auprès de passants lors de maraudes. Les actions de diffusion se sont concentrées dans plusieurs communes bruxelloises, à savoir Schaerbeek, Molenbeek, Woluwe-Saint-Lambert, Anderlecht, Koekelberg, Saint-Joose, Saint-Gilles, Berchem-Sainte-Agathe et Jette. De plus, une large diffusion du flyer a été faite via mon réseau personnel et via les réseaux sociaux. Le flyer a été un bon moyen de diffusion de mon étude et il s'agissait d'un support visuel pertinent.

Par ailleurs, une démarche proactive a été menée auprès des soignants des maisons médicales (infirmier.es, médecins, diététicienne). Celle-ci consistait en un contact direct avec eux, afin de demander de relayer directement l'information de mon étude auprès de patients correspondant aux critères d'inclusion. En tant qu'acteurs de confiance pour le public cible, ces soignants constituent un levier essentiel dans le processus de recrutement. Certains d'entre eux ont, par la suite, facilité la mise en relation avec des participants intéressés.

En complément, un formulaire Microsoft Forms a été mis en place afin de permettre aux personnes intéressées de transmettre directement leurs coordonnées (numéro de téléphone et/ou adresse e-mail), en vue d'être recontactées pour la réalisation d'un entretien. Toutefois, cette

² Annexe 2

démarche s'est révélée peu concluante : une seule personne a transmis ses coordonnées, mais n'a finalement pas donné suite.

D'autre part, le recrutement des participants s'est également appuyé sur une méthode d'échantillonnage par effet boule de neige. En effet, certains participants ayant pris part à l'entretien ont partagé le contact de personnes qui répondaient aux critères et qui étaient disposés à participer à l'étude.

Le processus de recrutement s'est heurté à plusieurs obstacles ayant conduit à des retours négatifs ou à des démarches inabouties. D'une part, certains collaborateurs sollicités pour relayer l'étude se sont montrés peu disposés à en parler aux personnes concernées. D'autre part, plusieurs personnes éligibles ont décliné la proposition, estimant n'avoir « rien à dire » au sujet de leur maladie. À l'inverse, des personnes ne répondant pas aux critères d'inclusion ont manifesté le souhait de participer, de même que des proches (enfants ou membres de la famille) non atteints de diabète, désireux de témoigner de leur vécu en tant qu'aidants. La barrière linguistique (français, arabe, langue des signes) a également constitué un frein à la réalisation de certains entretiens, tout comme les différences culturelles, qui ont parfois rendu l'échange plus difficile. Enfin, les délais de réponse des institutions sollicitées se sont révélés particulièrement longs, ce qui a ralenti l'avancement du recrutement.

3.4. Déroulement et modalités des entretiens

3.4.1. Déroulement des entretiens

Les institutions ayant permis un contact avec leurs patients étaient l'entraide des Marolles via un médecin généraliste, l'Asbl les Pissenlits via les chargés de projet en promotion de la santé, la maison médicale Canal Santé via une infirmière et la maison médicale Norman Béthune via une infirmière. Lorsque les personnes de contact dans les différentes institutions m'ont transmis les contacts des participant.es intéressé.es, un contact téléphonique a été établi via appel ou WhatsApp. Durant celui-ci, un temps pour me présenter a été pris, j'ai pu nommer la personne qui m'a donné le contact et ensuite une explication a été donnée sur la thématique de la recherche ainsi que ses objectifs. Le passage par le comité d'éthique a été mentionné en précisant que la recherche est confidentielle et anonyme. Une fois les critères d'inclusion validés, un rendez-vous en présentiel ou par téléphone a été pris selon les convenances des participants. Les rencontres en présentiel se sont faites dans des lieux qui convenaient aux

participants : maison médicale, domicile, café, bureau de l'école de santé publique, lieu de service.

Les rencontres étaient en français et réalisées de manière individuelle, à part pour une participante sourde qui était accompagnée d'un interprète en langue des signes. Tous les participant.e.s ont signé un document de consentement éclairé de participation à l'étude et ils ont reçu une copie. Durant la rencontre, je les ai remercié·es de m'avoir accordé leur temps et leurs expériences, je suis revenue sur la thématique de l'étude, j'ai précisé que l'entretien dure en moyenne 30 minutes et qu'il s'agit d'une discussion ouverte. L'entretien a été guidé grâce au guide d'entretien (en annexe) conçu pour me permettre de ne pas oublier des questions et avoir des questions de relance pour développer l'entretien et mieux comprendre certains sujets abordés. Durant l'entretien, des notes complémentaires sur le non-verbal de l'échange ont été prises. A la fin des échanges, je les ai remercié·es, certains étaient ravis que le sujet soit étudié sur l'angle culturel, certains m'ont demandé d'avoir les résultats de mon étude, chose qui sera transmise.

3.4.2. Enregistrement et retranscription

Les entretiens sont tous enregistrés via le dictaphone externe et confidentiel dédié uniquement à ma recherche. Ceux-ci sont sauvegardés sur un support sécurisé accessible uniquement par moi. Les enregistrements ainsi que les retranscriptions des entretiens sont supprimés à la fin de la réalisation de mon étude. J'ai réalisé une retranscription manuelle des entretiens grâce aux enregistrements audio ; celle-ci était anonyme, intégrale et fidèle. Le délai entre les enregistrements et les retranscriptions étaient de trois jours maximum. Ceux-ci sont analysés puis les verbatims qui en sont sortis sont classés sous forme de thématiques et de sous-thématiques.

3.5. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été rédigé sur la base de mes objectifs de recherche et de ma revue de la littérature. Celui-ci contient 16 questions ouvertes et des questions de relance et se structure autour de ces différentes thématiques, celles-ci n'étant pas figées :

- Présentation et contexte familial et migratoire
- Expérience du diabète et représentation de la maladie
- Pratiques d'autosoin et adhésion et/ou difficulté d'adhésion aux soins
- Influence du contexte social et familial
- Influence de la génération, et de la culture sur l'autosoin

Il s'agit d'un support souple qui m'a permis d'orienter les discussions durant les entretiens semi-directifs. Il a évolué légèrement en termes de formulation de questions afin de me permettre de recueillir des données plus qualitatives. Celui-ci a été porté au regard de mes promoteurs et a été validé. J'ai aussi réalisé un pré-test du guide d'entretien qui a duré 29 minutes auprès d'un proche, ceci m'a permis d'être plus à mon aise avec le guide, de garantir la compréhension des questions par le répondant afin de réaliser des ajustements.

3.6. Considérations éthiques

Mon étude a sollicité le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de Saint-Luc le 03 mars 2026 et a reçu un avis favorable³ le 27 mars 2026. Le dossier de soumission comprenait les documents suivants : un protocole de recherche, une assurance responsabilité sans faute⁴, un résumé, ainsi qu'un guide d'entretien et un formulaire de consentement⁵. Chaque participant a lu et signé le formulaire de consentement éclairé me permettant ainsi de réaliser l'enregistrement audio. Chaque entretien a débuté et s'est terminé avec un rappel de la confidentialité et de l'anonymisation de ses informations. Par ailleurs, une assurance sans faute a été souscrite pour couvrir le risque de non-respect de l'engagement de confidentialité des données.

4. Résultats

4.1 Présentation de l'échantillonnage

Tous les entretiens se sont déroulés entre avril 2026 et mai 2026. Les rencontres ont une durée moyenne d'environ 41 minutes, avec l'entretien le plus court qui était de 28 minutes et le plus long de 61 minutes.

L'échantillon est constitué de 8 participants (7 femmes et 1 homme), âgés de 50 à 86 ans, avec une moyenne d'âge de 61 ans.

Compte tenu de la composition de l'échantillon majoritairement féminin, dans la suite du texte le féminin sera utilisé pour désigner l'ensemble des participantes et le participant. Ce choix vise

³ Annexe 3

⁴ Annexe 4

⁵ Annexe 5

à faciliter la rédaction et la lecture du texte, sans pour autant invisibiliser la présence du participant masculin, dont les propos sont également intégrés à l'analyse.

Les participantes étaient d'origine marocaine pour 7 d'entre elles et d'origine tunisienne pour une participante.

La répartition selon les générations d'immigration n'était pas homogène. Quatre participantes appartenaient à la première génération, c'est-à-dire des personnes arrivées en Belgique à l'âge adulte. Deux participantes relevaient de la génération intermédiaire, étant arrivées en Belgique entre 6 et 17 ans. Enfin, deux participantes appartenaient à la deuxième génération, étant nées en Belgique ou arrivées avant l'âge de 6 ans. Toutes les participantes résident à Bruxelles, dans différentes communes.

Tableau 1 : Les caractéristiques des participantes

	Genre	Pays d'origine	Age	Génération de l'immigration	Contact Via	Statut marital	Quartier	Age du diagnostic
P01	F	Maroc	50	1 ^{ère} génération	Maison médicale Canal santé	Divorcée, Sans enfants	Molenbeek-Saint-Jean	41 ans
P02	M	Tunisie	86	1 ^{ère} génération	Maison médicale entraide des Marolles	Divorcé, Sans enfants	Les Marolles	X
P03	F	Maroc	65	1 ^{ère} génération	Marche exploratoire Koekelberg	Divorcée, Avec enfants	Schaerbeek	47 ans
P04	F	Maroc	63	2 ^{ème} génération	Les Pissenlits	Mariée, Avec enfants	Anderlecht	56 ans
P05	F	Maroc	58	Génération 1,5	Maison médicale Norman Béthune	Mariée, Avec enfants	Molenbeek-Saint-Jean	X

P06	F	Maroc	61	1 ^{ère} génération	Maison médicale Canal santé	Divorcée, Avec enfants	Molenbeek- Saint-Jean	46 ans
P07	F	Maroc	56	2 ^{ème} génération	Effet boule de neige	Mariée, Avec enfants	Woluwe- Saint-Pierre	49 ans
P08	F	Maroc	66	Génération 1,5	Les pissenlits	Mariée, Avec enfants	Anderlecht	48 ans

P : Participant ; M : Masculin ; F : Féminin

4.2 Thèmes issus de l'analyse

L'analyse thématique des entretiens a permis de dégager cinq thèmes en lien avec mes objectifs de recherche et qui sont visualisés sous forme d'arbre thématique⁶. Ces thèmes sont les **expériences vécues du diabète**, les **représentations de la maladie**, les **pratiques d'autosoin**, le **soutien social et communautaire** et l'**influence de la culture et de la génération**.

4.2.1 Expériences vécues du diabète

4.2.1.1 Vécu émotionnel du diagnostic

Choc et tristesse

L'annonce du diagnostic du DT2 est souvent décrite par les participantes comme un moment de choc, de tristesse et d'incompréhension. Pour plusieurs d'entre elles, le diagnostic vient rompre l'image qu'elles avaient de leur état de santé, surtout lorsqu'elles estimaient bien faire les choses. « *Je pleure, je dis, mais non, pourquoi moi ? Je mange bien, je fais du sport* » P01. « *Ça m'a fait bizarre parce que, comme j'étais toujours bien dans ma prise de sang et d'un coup, j'avais une hausse comme ça de glycémie* » P04.

Ce choc s'accompagne d'une difficulté à accepter le diagnostic et d'une montée du stress liée à la perspective de modifier ses habitudes de vie. « *Le stress encore plus. Je ne sais pas quoi manger. Je ne sais pas quoi faire. Je ne dors pas bien. Je me stresse encore plus [...]* » P06.

⁶ Annexe 6

Le choc émotionnel au moment du diagnostic concernait aussi l'entourage qui a également réagi avec inquiétude, tristesse et incompréhension : « *Ils ont pleuré ! [...] C'était une forme de choc* » P08.

Banalisation et déni

Deux participants décrivent une réaction qui s'écarte du choc immédiat, en adoptant une posture de minimisation ou de refus face au diagnostic. Dans ces situations, le diabète n'a pas été immédiatement perçu comme une maladie nécessitant une prise en charge rapide, ce qui a impacté la gestion de la maladie : « *Je n'ai pas pris ça au sérieux. Et donc, je n'ai plus pris de médicaments.* » P07.

Tandis que le diagnostic chez P05 était autant banalisé qu'anticipé au vu de ses antécédents familiaux, celle-ci était dans une anticipation rationnelle qui a désamorcé le choc : « *Je me disais que c'est venu vite. Je sais pas. J'attendais qu'il y ait le diabète. C'était pas un choc, vraiment.* » P05.

Ces deux postures, bien que différentes dans leur mécanisme, ont en commun de retarder l'inscription du diabète dans leur prise en soin active.

Processus d'acceptation

Après le choc, la tristesse et même le déni, plusieurs participantes ont fait un cheminement vers l'acceptation de la maladie. Cette acceptation a pris différentes formes selon les ressources mobilisées. Trois registres émergent de l'analyse.

Un premier registre est celui de **l'acceptation contrainte**, vécue comme une résignation face à la maladie qui s'impose à leur réalité. Ici l'acceptation revient à une absence d'alternative, souvent en lien avec les croyances religieuses : « *Mais c'est comme ça, on va accepter, on est obligé.* » P03.

Un deuxième registre est celui de **l'acceptation par la requalification de la maladie**. Ici, la maladie devient alors une réalité avec laquelle il faut apprendre à vivre. Cette stratégie permet d'enlever la charge anxiogène de la maladie : « *Je le considère pas comme une maladie. [...] C'est une période. Je peux vivre avec lui. Le diabète et moi, nous sommes des amis. [...]* » P01.

Un troisième registre est celui de la **relativisation spirituelle**. Certaines participantes inscrivent l'acceptation de la maladie dans une référence religieuse. La maladie est alors interprétée comme une épreuve à dimension éducative permettant de prendre davantage conscience de

l'importance de la santé et de la vie : « *Comme on dit chez nous, toujours Alhamdulillah. Il y a toujours pire. On a plein de choses bien.* » P06.

4.2.1.2 Regard des autres

Cette section explore l'influence du regard de l'entourage sur le vécu du diagnostic, l'expérience de la maladie et les pratiques d'autosoins des participantes. Cette dimension me permet de comprendre comment le diabète, au-delà de sa prise en charge médicale, s'inscrit également dans des interactions sociales pouvant influencer le rapport à la maladie.

Chez certaines participantes, le regard d'autrui est vécu comme stigmatisant ou culpabilisant, notamment autour de l'alimentation : « *Des fois, on va manger un petit gâteau, donc ils disent "non, non, il ne faut pas prendre ça, il ne faut pas prendre ça, parce que tu as le diabète"* » P04. Certaines expriment également un refus d'être réduites à leur maladie ou d'être placées dans une position de fragilité : « *Moi, je n'aime pas les gens qui viennent me parler que de ça. Ça m'énerve ! [...] J'en ai marre qu'on me plaigne* » P08. Quant à P01, elle explique éviter certaines invitations lorsqu'elle craint que ses besoins alimentaires ne soient pas respectés.

À l'inverse, plusieurs participantes affirment une indifférence revendiquée vis-à-vis du regard des autres, rappelant l'invisibilité du diabète et la connaissance de la maladie dans l'environnement social : « *Je fais ce que je fais pour moi, mais j'ai peur des conséquences, surtout d'avoir des autres maladies. Mais ce que pensent les gens, ce qu'ils regardent, non. Je ne vois pas ce que ça peut changer ma vie* » P06.

Ainsi, le regard des autres apparaît ambivalent : il peut être source de jugement, de stress et d'évitement, mais aussi, une source de normalisation et de soutien lorsque la maladie est connue ou partagée dans l'entourage.

4.2.2 Représentations de la maladie

4.2.2.1 Causalité attribuée au diabète

Durant les entretiens, j'ai voulu questionner les participantes sur leurs représentations personnelles du diabète et sur les différentes causes qu'elles attribuent à la maladie. Celles-ci m'ont fait part de la dimension héréditaire du diabète. Elles m'ont parlé de différents facteurs déclencheurs qui ont possiblement causé leur maladie ainsi que certaines croyances qui peuvent impacter ou non leurs représentations du diabète.

Hérédité

L'hérédité occupe une place centrale dans la manière dont les participantes inscrivent leur diabète dans une trajectoire familiale. Toutes rapportent la présence d'au moins un membre de leur famille proche ou élargie vivant avec un DT2, ce qui structure leur compréhension de la maladie comme une transmission biologique.

L'intensité de cet ancrage varie selon les participantes. Chez P01, cela prend une forme totalisante : « *Non, ce n'est pas d'autres personnes, c'est toute la famille. Presque 10, 11, tout le monde.* ».

D'autres participantes, P04 et P05, décrivent une hérédité qui se déploie sur plusieurs générations (mère, mari, enfants) et sous plusieurs formes (diabète gestationnel).

À l'inverse, P03 et P08 décrivent un schéma héréditaire plus restreint où seuls un frère ou un oncle sont concernés.

En définitive, l'hérédité apparaît comme un cadre explicatif hétérogène : pour certaines, l'atteinte de plusieurs membres confère à la maladie une cause familiale et rassurante qui la normalise au sein de la lignée ; pour d'autres, le faible nombre d'antécédents invite à mobiliser d'autres registres explicatifs, explorés dans la catégorie suivante.

Facteurs déclencheurs

Au-delà de l'hérédité, les participantes associent l'apparition du diabète à plusieurs événements déclencheurs. Pour certaines, le stress est perçu comme un facteur influençant à la fois la glycémie et les comportements alimentaires. Celui-ci participe à l'apparition, l'aggravation ou la récurrence du diabète : « *Quelques années après, ça revient. Je ne sais pas pourquoi... Peut-être parce que je suis trop stressée, que je mange mal, que je ne mange pas à l'heure qu'il faut.[...] et voilà, ça revenait.* » P06.

D'autres participantes évoquent plus largement les chocs émotionnels et le contexte social négatif comme des éléments pouvant déclencher la maladie. L'apparition du diabète est alors reliée à des périodes de surcharge, de difficultés personnelles ou de dépression : « *Mon frère aîné, [...] suite à une dépression nerveuse, etc. Il était en affaires, ses affaires n'allaient pas bien. Il a déprimé, et suite à cela, il a attrapé, le diabète* » P02.

Certaines participantes évoquent des facteurs biologiques comme la cause de l'apparition de leur maladie. P04 évoque son AVC, tandis que P08 met en avant les grossesses, qui ont entraîné

une prise de poids durable. Dans le cas de P07, le diabète gestationnel est à l'origine, selon elle, de l'apparition de son DT2 plus tard.

Enfin, chez certaines participantes, l'âge et la sédentarité sont également cités comme des facteurs ayant contribué à l'installation du diabète de type 2.

En définitive, les facteurs déclencheurs évoqués par les participantes montrent que le diabète est compris comme le résultat d'un ensemble d'éléments biologiques, émotionnels et sociaux. Ces représentations sont importantes, car elles influencent aussi la manière dont les personnes interprètent leur maladie et adaptent leurs pratiques d'autosoin au quotidien.

Croyances associées au diabète

Au-delà des causes identifiées, les participantes expriment différentes croyances qui orientent leurs compréhensions de l'origine de la maladie : « *Croyez-moi que le diabète, c'est ici. [Montre la tête] Ce n'est pas ici [montre l'estomac], à l'estomac, non. Ça, c'est mon expérience.* » P01. Ici, la participante rattache sa maladie à une prédiction reçue enfant, perçue comme une prophétie réalisée : « *Là, je me rappelle un médecin [...]. Il m'a dit tu seras diabétique à l'âge de 38 ans, 37 ans, comme ça. Ah oui. Parce que c'est héréditaire et il est présent dans les cellules.* » P01. Dans ce récit, l'hérédité de la maladie est comprise à la fois comme un facteur biologique au vu des antécédents familiaux, complété par des facteurs déclencheurs comme le stress et confirmé plus jeune par une destinée presque inévitable.

A l'inverse, P05 et P08 expriment une incertitude assumée sur la causalité de leurs diabètes. « *Je crois que c'est normal que c'est héréditaire ou peut-être pas...* » P05.

Enfin, plusieurs participantes adoptent une vision fataliste de l'évolution de la maladie, en lui attribuant un caractère instable et une dépendance durable au traitement : « *Il n'y a personne qui va stabiliser le diabète. Le diabète, ça monte et ça descend* » P03.

En définitive, le diabète est compris sous plusieurs registres. Ces représentations influencent la manière d'interpréter la maladie, de comprendre ses causes et de mettre en place des pratiques de soin adaptées.

4.2.3 Pratiques d'autosoin

L'analyse des entretiens met en évidence la diversité des pratiques d'autosoin mobilisées par les participantes pour vivre avec leur diabète de type 2. Ces pratiques s'articulent autour de cinq dimensions : l'alimentation, l'activité physique, l'hygiène de vie, la spiritualité et la gestion

médicamenteuse. Ceux-ci constituent une partie des déterminants socio culturels qui influencent les pratiques d'autosoins des participantes au quotidien.

4.2.3.1 Alimentation

L'alimentation est un point central dans les pratiques d'autosoin des participantes. Elle est présentée comme un élément essentiel de la gestion du diabète nécessitant à la fois une discipline, le recours à des alternatives et la nécessité d'une autorégulation au quotidien.

Habitudes et discipline alimentaire

Certaines participantes décrivent une adaptation particulière qui a dû être adoptée concernant le choix des aliments, notamment la réduction du sucre, la suppression de certains aliments hyperglycémisants et transformés, ainsi que la réduction des quantités consommées. Cette attention portée à l'alimentation s'inscrit dans une volonté de mieux contrôler la glycémie au quotidien. *« Je fais attention, en fait, c'est tout. C'est la quantité que je mange, quel plat que je dois manger, ça, oui, je fais attention. »* P05

D'autres, en revanche, s'inscrivaient déjà dans une discipline alimentaire avant l'apparition du diabète. Ces habitudes traduisaient un mode de vie déjà modéré, reposant sur des connaissances acquises à travers les expériences personnelles ou grâce aux professionnels de la santé. *« Au niveau de l'alimentation, J'ai toujours été réglo. Je fais attention à mon alimentation et à la boisson aussi. »* P02

Difficultés alimentaires

Les participantes évoquent des difficultés alimentaires fréquemment rencontrées dans la gestion quotidienne du diabète. Plusieurs soulignent la présence importante du sucre dans l'alimentation courante, ce qui rend difficile le choix des aliments et donne le sentiment d'être limité dans les possibilités alimentaires. *« Tout à manger, ça remonte la diabète. Qu'est-ce qu'il n'y a pas de sucre maintenant. Du pain, il y a du sucre. Qu'est-ce qu'on va manger ? Il y a du sucre dans tout. »* P03

Certaines évoquent la difficulté de s'autoréguler et de dire non à certains aliments. Ces contraintes peuvent être renforcées par des épisodes de stress émotionnel ou par l'incapacité de résister à certains aliments appréciés, parfois intégrés dans les habitudes quotidiennes. *« Par contre, j'ai une addiction, c'est le chocolat. Fameuse addiction. Alors, il arrive que quand j'ai des crises émotionnelles, dans tout le service ici, je peux demander du chocolat »* P07

D'autres participantes mettent en avant la dimension sociale des difficultés alimentaires rencontrées au quotidien. Celles-ci apparaissent notamment à travers l'alimentation des autres membres de la famille ou lors des fêtes, où les aliments proposés ne correspondent pas toujours aux besoins des personnes diabétiques. « *C'est dur, les fêtes. Parce qu'il y a énormément de sucre dans les fêtes. [...] Donc c'est pas facile de trouver de quoi s'arranger avec ce qui est proposé dans des buffets.* » P08

Autorégulation alimentaire

L'alimentation n'est toutefois pas toujours vécue comme une discipline totalement rigide. Les participantes mettent en place des stratégies d'autorégulation afin d'ajuster leurs pratiques selon leur état de santé, leurs envies ou les situations sociales. Plusieurs participantes décrivent une autorégulation tolérante, où les extras alimentaires sont intégrés dans une routine globalement contrôlée. « *Le dimanche, je fais des bêtises entre nous... Je prends un croissant. C'est interdit, mais je m'en fous, parce que le lundi, je jeûne* » P01. Ici la participante mobilise ses propres ressources personnelles et ses adaptations afin de tenir face à la maladie.

L'autorégulation passe par la reconnaissance des signes corporels et des symptômes afin de pouvoir effectuer certaines adaptations de leurs pratiques. Une partie des participantes évoque alors une fatigue de devoir toujours faire attention, ce qui fragilise la discipline alimentaire : « *C'est vraiment une discipline. [...] Je pense que je ne m'en suis pas encore sortie. Je ne sais pas si j'arriverais à m'en sortir un jour* » P07. « *On n'a pas envie de faire tous les jours attention. On a envie parfois d'être en vacances, de lâcher du lest, de se laisser aller.* » P08

Alternatives mises en place

Afin de maintenir une certaine qualité de leurs pratiques alimentaires héritées de leur culture d'origine, tout en respectant les multiples contraintes dues à la maladie, certaines participantes ont fait part des différentes alternatives mises en place au quotidien. Il s'agissait principalement de remplacer certains aliments, d'adapter des recettes ou d'utiliser d'autres aliments plus compatibles avec le diabète.

La pratique d'autorégulation choisie par le participant P02 a été de communiquer son diabète aux restaurants qu'il côtoie, afin de bénéficier de plats adaptés. « *J'ai un très bon contact avec les restaurateurs ici. Ils savent que j'ai le diabète. J'ai annoncé, j'ai le diabète. Et ils prennent ça très bien et s'adaptent notamment à ma situation* » P02

Ainsi, l'alimentation apparaît comme une application majeure de l'autosoin dans la gestion du diabète. Les participantes développent des stratégies variées. Toutefois, cette gestion reste marquée par des tensions entre discipline, plaisir alimentaire, émotions et contraintes sociales.

4.2.3.2 Activité physique

Représentations et place dans le quotidien

L'ensemble des participantes évoque l'activité physique comme une dimension essentielle dans la prise en charge quotidienne du diabète. Pour certaines, le sport était d'abord un moyen d'éviter l'isolement et de rester actives au quotidien, puis celui-ci a progressivement été perçu comme une nécessité pour préserver leur santé. « *Avant, je bougeais pour travailler. Pour faire mes choses. Mais maintenant, je bouge pour ma santé* » P06

Cependant, quelques participantes soulignent que toutes les activités sportives ne sont pas envisageables pour des raisons de contraintes financières ou organisationnelles. C'est ainsi que la marche apparaît comme une activité gratuite et accessible. « *C'est pour ça que j'avais incorporé la marche. C'était le plus accessible pour moi, gratuit* » P07

Les activités domestiques, l'éducation et le soutien des enfants sont considérés par certaines participantes comme une forme d'activité physique suffisante qui répond aux recommandations médicales. Toutefois, d'autres insistent sur la réalisation d'une activité sportive en dehors du ménage domestique. « *Je fais beaucoup de ménage à la maison, mais ce qui est important, c'est de marcher. Parce qu'à la maison, ce n'est pas suffisant.* » P08

Difficultés physiques

Malgré la compréhension de l'activité physique comme essentielle, plusieurs participantes expriment faire face à des difficultés physiques les restreignant dans la pratique régulière de sport, ceci dû à des comorbidités ou à des limitations (physiques). « *En fait, moi, quand j'ai eu mon AVC, [...] j'ai perdu l'équilibre et la sensibilité de la main droite [...] je sais pas faire la gymnastique. Parce que j'ai pas d'équilibre. Je suis vite fatiguée. Mon cerveau est fatigué.* » P04

D'autres participantes évoquent des limitations physiques liées à l'âge, à certaines opérations ou aux complications du diabète. Ces éléments peuvent entraîner une diminution des capacités physiques et obligent les personnes à adapter leurs pratiques en fonction de leur état de santé. Dans certains cas, la crainte de faire une hypoglycémie limite également la pratique d'exercice plus soutenue. « *La vieillesse, je ne la souhaite à personne, franchement. Parce qu'on se sent*

tout à fait diminué de plus en plus. [...] Le corps, l'organisme, ne suit plus. (...) On doit s'adapter à la réalité, et la réalité parfois est imposante » P02

Une autre limite évoquée par certaines participantes concerne le manque de temps pour prendre soin d'elles. Bien qu'elles reconnaissent l'importance de l'activité physique dans la gestion du diabète, certaines expliquent que les responsabilités familiales, la présence d'enfants ou les contraintes professionnelles limitent leur disponibilité pour pratiquer une activité sportive régulière.

Adaptations

Face aux limitations rencontrées, certaines participantes expliquent avoir dû mettre certaines pratiques en pause ou les adapter à leur état de santé. Des alternatives ont ainsi été mises en place afin de pallier ces difficultés et de maintenir une forme d'activité physique malgré les contraintes physiques ou organisationnelles. *« On a acheté un tapis de course ici, dans mon appartement, un vélo d'appartement, et de temps en temps, j'allais dessus » P04. « On s'adapte, en maintenant les mouvements, la marche. Je fais ce que tous les vieux font » P02*

4.2.3.3 Habitudes de vie

Au-delà de l'alimentation et de l'activité physique, les participantes structurent la gestion de leur maladie autour d'habitudes quotidiennes et d'ajustements réalisés lors de leurs séjours à l'étranger. Ces éléments peuvent influencer la manière dont elles prennent soin de leur diabète au quotidien.

Habitudes quotidiennes

Certaines participantes décrivent une hygiène de vie structurée autour de routines structurées et anticipées qui mobilisent des règles parfois strictes en matière de sommeil et d'alimentation telles que l'absence de consommation d'alcool et le suivi régulier de la glycémie. Ces différentes routines leur apportent un sentiment de maîtrise de la maladie. *« Moi, toujours, je me lève à 5 heures du matin. Quoi qu'il se passe parce que je dors comme les cocos. À 21 heures, impossible de me trouver comme ça, les yeux ouverts. À 19h30, le téléphone off... Le conseil c'est d'être sérieux et être vraiment stricte » P01.*

A l'inverse, certaines participantes décrivent une organisation quotidienne moins structurée, dans laquelle l'autosoin se négocie en fonction des envies et de l'environnement immédiat. *« Mais c'est pas toujours facile parce qu'on se prive quelque part et qu'on a envie. Quand on le*

voit, on est attiré, quoi. Et donc à la maison, si je reste à la maison, c'est cata, c'est beaucoup plus compliqué. Parce que c'est dans les armoires, en fait. » P08

Pratiques à l'étranger

Certaines participantes déclarent conserver leurs habitudes strictes lors de leurs déplacements à l'étranger notamment sur le plan alimentaire et en emportant systématiquement leurs traitements avec elles. Cette continuité thérapeutique traduit une compréhension de leurs besoins médicamenteux et une indifférence des habitudes quotidiennes en fonction du lieu. « *Je maintiens mes habitudes, notamment alimentaires, etc. Très peu de choses qui changent, pratiquement* » P02. « *Je n'ai pas changé mes habitudes. Jamais. (...) Quand je rentre au Maroc, c'est comme je rentre chez moi* » P01.

À l'inverse, d'autres participantes associent les séjours à l'étranger à un relâchement des habitudes, principalement alimentaires. Les écarts sont alors justifiés par le contexte des vacances, la convivialité familiale et le plaisir de retrouver les mets traditionnels : « *Ça déboussole puisque le contexte, le lieu en fait déjà est différent. C'est des vacances où on se la coule un peu plus douce* » P07.

Enfin, quelques participantes comparent leurs habitudes en Belgique et à l'étranger et estiment que les pratiques alimentaires sont très différentes selon le lieu. Certaines pensent que c'est la Belgique qui les rend plus malades et que dans leur pays d'origine, leur état s'améliore. « *Mon diabète est bien là-bas. [...] Je mange bien, il y a la joie. Il y a le soleil. Je marche beaucoup. Je vais à la mer.* » P06

Conditions socioéconomiques

Toutes les participantes reconnaissent que le coût de leurs médicaments n'est pas un frein en lui-même pour prendre soin d'elles, mais certaines conditions socio-économiques apparaissent également comme des éléments influençant les pratiques d'autosoin des participantes. Certaines évoquent le coût du matériel médical ainsi que le coût d'une alimentation favorable comme des freins dans leurs pratiques d'autosoin. « *Il faut acheter des Tigettes. C'est 25 euros. Si je le fais tout le temps, c'est cher.* » P06. « *La nourriture est chère aussi. [...] Mais il faut essayer de prendre des aliments de bonne qualité* » P08.

4.2.3.4 Pratiques spirituelles

Plusieurs pratiques spirituelles ont été citées par les participantes comme des ressources permettant de soutenir leurs pratiques d'autosoin. Les sept participantes sont toutes musulmanes pratiquantes, le seul participant est athée.

Le jeûne occupe une place centrale et est perçu comme un moyen de faire attention à sa santé et de décentrer la nourriture du quotidien. Pour certaines, il s'agit premièrement d'une pratique régulière, pour d'autres, il s'inscrit uniquement dans la période religieuse du Ramadan, bien tolérée par certaines : « *Je fais le ramadan, je fais tout. Je prie tout. Il n'y a pas de changement avec moi, (...) Même si je suis diabétique, je fais même presque la même chose que pour tout le monde* » P05. D'autres participantes ne peuvent pas le pratiquer en raison de la prise d'insuline ou de la gestion complexe de leur glycémie, et mettent en place des adaptations pour continuer à vivre leur foi malgré la maladie : « *Par exemple, ma prière, je ne sais pas la faire à genoux. Je dois prendre une chaise, et je fais mes prières assise.* » P03

Au-delà du jeûne, la prière, la lecture et la méditation sont décrites comme des moments d'apaisement permettant d'oublier momentanément la maladie. Plus largement, la foi apparaît comme un cadre d'acceptation qui permet de relativiser le diabète et de l'intégrer à la vie quotidienne : « *C'est peut-être un mal pour un bien, pour faire plus attention à sa santé, pour être calme et prenne conscience que la vie est importante* » P06

4.2.3.5 Pratiques médicales

La majorité des participantes sont traitées par une médication orale, principalement la metformine. À l'inverse, deux participantes bénéficient d'une insulinothérapie. Les pratiques d'autosoin diffèrent selon le type de traitement suivi.

Plusieurs participantes complètent par ailleurs leur médication par des remèdes traditionnels. Ces pratiques non conventionnelles, souvent transmises culturellement, sont perçues comme un soutien complémentaire au traitement médical : « *Au Maroc, en fait, il y a des remèdes plus naturels, par exemple des dattes, des olives, des choses comme ça et qu'on mélange* » P08. Les différentes ressources citées sont les tisanes, les graines, les fruits, le fenugrec et certaines plantes. Toutes sont connues et parfois partagées au sein de la communauté, et sont vendues comme des traitements hypoglycémisants essentiels permettant de réduire les symptômes du diabète, voire d'arrêter la maladie. Une participante évoque par ailleurs l'utilisation de compléments alimentaires lui permettant de réduire ses portions : « *Mes compléments*

*alimentaires sont toujours là. En fait, je ne sais pas si vous avez déjà vu ça, non ? [montre le complément] C'est en fait du maté. Et le maté a pour bon, on va dire ça. **Le maté**, c'est plus fort que le café et plus fort que le thé. Et ça produit une hormone de la dopamine. Et donc une hormone aussi de satiété qui permet d'être plus heureux et d'être plus concentrée.* » P07

Le seul participant P02 fait exception et refuse catégoriquement toute médecine traditionnelle, privilégiant exclusivement les traitements conventionnels.

4.2.4 Soutien social et communautaire

4.2.4.1 Soutien familial et entourage

Isolement social

Plusieurs participantes décrivent une forme d'isolement social liée à différents facteurs. Le premier facteur cité est la migration, qui a pour conséquence un éloignement de la famille restée pour la plupart dans le pays d'origine « *Je suis la première ici, j'ai rien du tout, pas de parents ici, je suis toute seule toute ma famille est au Maroc* » P01.

L'absence d'enfants est également évoquée mais vécue différemment selon les participantes. Pour P01, qui ne peut pas en avoir, cette absence constitue un manque dans son quotidien qu'elle compense activement en participant aux activités collectives organisées par la maison médicale. A l'inverse, P02, le seul participant, présente cette absence comme un choix de vie positif qui lui convient et il refuse catégoriquement de participer à des activités collectives où il pourrait rencontrer plus de monde.

Pour d'autres participantes, l'isolement social est forcé et lié à la charge mentale quotidienne. Elles décrivent une incapacité à voir leurs amis car elles sont prises entre les responsabilités « *Je n'ai pas beaucoup d'amis. Le travail, la famille, on n'a plus le temps.* » P07

Une participante a présenté son isolement social comme un choix actif de fuir certaines situations stressantes vécues en public afin de préserver son équilibre personnel « *J'essaie d'éviter les gens qui me stressent. C'est vrai. Je m'éloigne de tout le monde. (...) Je n'ai plus envie de voir personne* » P06

Soutien social et familial

Le soutien familial est la forme de soutien la plus fréquemment évoquée par les participantes. La majorité d'entre elles estime recevoir un soutien d'au moins un membre de leur famille proche ou élargie. Celui-ci provient le plus souvent des enfants, parfois du conjoint et même

d'un neveu, qui constitue une source de réconfort dans le quotidien « *J'ai mes filles, j'ai mes garçons, j'ai mes sept enfants. Je suis bien. Alhamdulillah. J'ai mes enfants à côté de moi. Ils partent toujours avec moi à l'hôpital* » P03.

Le soutien social est vécu différemment par les participantes, ainsi, il prend des formes singulières. Une participante a évoqué le soutien animal, celle-ci a un chat qui est vraiment une source quotidienne de soutien surtout dans son isolement. Une autre participante évoque un soutien digital fait via un groupe WhatsApp de conseils nutritionnels où elle trouve un soutien qu'elle n'a pas avec ses proches. « *On parle de ce sujet-là. Et on se conseille mutuellement. Mais ça, tout se passe en digital. Ce ne sont pas des personnes... C'est par le monde. C'est des groupes WhatsApp où on se parle* » P07.

Une autre forme de soutien évoquée est le soutien de voisinage, par les amis ou les connaissances qui portent une attention particulière à ces participantes. P02 décrit ainsi les relations de proximité régulières qu'il entretient avec ses voisins, ses amis et les commerçants de son quartier « *J'ai plein d'amis ici, enfin, des voisins. J'ai une excellente relation avec mes voisins de palier. Ici, au niveau du marché, les jeunes, j'ai un contact avec les jeunes vendeurs* » P02.

A l'inverse une participante exprime une absence complète de soutien par son entourage surtout dans le cadre de son diabète « *Il n'y a personne qui va te soutenir quand tu es malade. C'est difficile de trouver quelqu'un. Ça, c'est impossible. Il n'y a pas ça. Quand tu tombes malade, c'est fini ça* » P03.

4.2.4.2 Soutien communautaire

Relation soignant-soigné

La relation entre le professionnel de santé et le patient diabétique occupe une place centrale dans le suivi de la maladie et est vécue de manière contrastée par les participantes. Plusieurs d'entre elles décrivent une relation de confiance avec leur médecin, qui constitue un repère essentiel dans leur parcours et leur permet de mieux vivre la maladie au quotidien « *J'ai une adorable doctoresse, je l'adore. [...] Je ne veux pas changer ma maison médicale grâce à elle* » P01. Cette relation de confiance passe par un suivi régulier. Certaines participantes voient leur médecin généraliste tous les mois, tandis que d'autres consultent des spécialistes moins régulièrement.

À l'inverse, d'autres participantes décrivent une relation plus complexe avec les soignants, marquée par des conseils inadaptés à leur situation et un manque d'écoute. Certaines

revendiquent ainsi une volonté d'autonomie dans le choix des soignants afin d'être affiliées à des professionnels répondant à leurs besoins personnels « *Moi, je n'aime pas quand je suis prisonnier. Tu n'aimes pas un docteur, tu vas changer (...) Le médecin est pas d'accord, je vais changer le docteur* » P03. Une autre participante P08 exprime une confiance fluctuante envers son médecin, conditionnée par les résultats des examens sanguins, générateurs d'anxiété « *Et donc, depuis 4-5 mois, je suis suivie à l'hôpital. Au départ, je ne voulais pas. Mais parfois, quand je vais à l'hôpital, je suis stressée. Parce que je me dis mais qu'est-ce qu'on va me dire ? Est-ce que je vais me faire engueuler ? Mais parfois, j'ai peur qu'on me dise que ça va pas du tout. Puis alors, paf, 'Vous avez grossi' Et donc, j'ai peur, parfois, de ce que l'hôpital peut m'annoncer. 'Le sucre est trop haut.' Ou 'Il y a des hypoglycémies dans vos résultats.' Et pour ça, c'est la prise de sang. Et on ne peut pas tricher, évidemment. Parce que je sais que tout se lit dans la prise de sang. Et donc, il faut être en confiance avec son médecin. C'est très important. Et parfois, avec le médecin, ça se passe moins bien. Donc, ça dépend.* » P08

Ressources communautaires

Plusieurs participantes affirment ne pas faire partie d'une communauté, soit parce qu'elles ne connaissent pas l'existence de ces groupes autour d'elles, soit par manque de renseignement ou par absence d'envie d'y participer. À l'inverse, d'autres participantes font partie de groupes d'entraide dans leur maison médicale, dans une Asbl appelée Les Pissenlits, ou encore dans des groupes constitués via les réseaux sociaux « *Oui, oui. Ma communauté, c'est ici. C'est la maison médicale* » P01

4.2.4.3 Entraides entre pairs

Plusieurs participantes évoquent le fait que le diabète reste un sujet tabou dans le discours de leurs proches, ce qui les gêne au quotidien. Certaines évitent d'en parler autour d'elles afin de ne pas attirer l'attention sur la maladie : « *Je ne dis pas notamment aux quatre coins de la terre que je suis malade. C'est que le diabète, quoi* » P02

À l'inverse, d'autres participantes cherchent à sortir de ce tabou et abordent ouvertement la maladie avec leur entourage. Plusieurs deviennent même une source de conseils pour leurs proches diabétiques ou non « *On parle du diabète qu'avec mes copines. C'est tout. On se dit qu'on est comme ça, on va se soigner, on va faire des régimes, on ne va pas manger ça, on va faire du courage. On se dit courage, c'est tout* » P03

4.2.5 Influence de la culture et de la génération

J'ai voulu questionner les participantes sur la manière dont leur culture d'origine et leur génération de l'immigration, comparées à celles de leurs enfants et leurs parents, influencent leur manière de prendre soin de leur diabète de type 2.

4.2.5.1 Transmission intergénérationnelle

Les transmissions intergénérationnelles apparaissent pour certaines participantes comme un levier leur permettant d'acquérir les bases nécessaires pour mieux prendre soin d'elles, et pour d'autres comme un fossé qui les fragilise « *Parce que je suis d'une famille de personnes qui sont tous des nutritionnistes, des médecins généralistes, des médecins spécialistes* » P01

J'ai interrogé les participantes sur leur perception de la génération de leurs parents et de celle de leurs enfants, ainsi que sur la manière dont l'autosoin évolue d'une génération à l'autre. Les réponses sont divergentes.

Génération des parents

Une partie des participantes estime que la génération des parents était plus forte mentalement et physiquement que la leur et que celle de leurs enfants. Elles considèrent que leurs parents disposaient d'une certaine autonomie et d'un certain sérieux qui se sont perdus au fil des générations, notamment en raison de la migration. Elles évoquent également une alimentation chez leurs parents plus saine, plus équilibrée et moins transformée : « *Les générations d'avant gèrent plus leur vie. Peut-être d'une autre manière que nous. Oui, je pense que la génération de mes parents gère mieux les maladies que d'autres générations. D'ailleurs, ils n'ont pas trop de maladies* » P06.

À l'inverse, d'autres participantes estiment que la génération de leurs parents, du fait d'avoir vécu au Maghreb, ne disposait pas des connaissances nécessaires pour prendre correctement soin d'elles. Elles évoquent un manque de littératie en santé et un accès limité aux moyens permettant de se faire diagnostiquer. Elles ajoutent que même celles qui vivent en Europe restent attachées à leur culture d'origine et refusent d'adapter leur hygiène de vie malgré la maladie « *Oui, par exemple pour la génération de ma mère, elle ne fait pas attention. Si c'est pour le pain, comme ils ont été toujours habitués avec le pain, par exemple. [...] Elle a quand même plus difficile ma mère avec son diabète, oui* » P04.

Génération des enfants

La génération des enfants est fortement critiquée par la majorité des participantes. Elle est associée à la consommation de produits industriels qui exercent une influence néfaste sur leur

santé, particulièrement sur leur poids. Cette génération est qualifiée de fragile face à la maladie et la plupart des participantes craignent l'avenir de leur gestion du diabète « *C'est bien dommage, je vois maintenant, les enfants de maintenant, ils ont des hanches, des garçons qui ont des hanches. Et ils mangent n'importe quoi* » P01.

Quelques participantes voient au contraire en leurs enfants un espoir dans leur manière de prendre soin de leur santé. « *Mes enfants sont plus attentifs, eux déjà à 30 ans, voilà. [...] En tout cas, je vois que mon fils est kiné. Il sait l'importance de tout ça* » P07.

4.2.5.2 Influence de la culture sur la santé

En questionnant les participantes sur l'influence de leur culture sur la manière de prendre soin de leur santé, plusieurs points ont émergé, notamment celui de l'influence du pays de résidence.

Selon la majorité des participantes, le mode de vie en Belgique influence négativement leur autosoin, en particulier sur le plan alimentaire. Elles évoquent une alimentation plus industrialisée, une vie plus sédentaire rythmée par les activités professionnelles, un environnement quotidien stressant et un climat froid. La culture européenne est ainsi perçue par certaines comme un cadre qui aggrave la maladie « *Quand les gens sont venus ici, ils n'avaient pas de diabète, parce qu'ils mangeaient plus naturellement* » P08.

Toutefois, la culture maghrébine est décrite par certaines participantes comme riche en huile et en sucre, ce qui a un impact négatif sur la gestion du diabète de type 2 « *Notre culture, elle est riche. Elle est très riche en gras. Et si je m'écoute, si j'écoute ma culture, tous les jours je me retrouve avec de la viande. (...) C'est des couscous. Il y a des matières quand même assez grasses. On frit, on cuit à l'huile. Ici* » P07

J'ai par ailleurs interrogé les participantes sur l'adéquation des soins de santé à leur culture. Plusieurs d'entre elles estiment que les recommandations médicales reçues ne tiennent pas suffisamment compte de leur culture d'origine, en particulier sur le plan alimentaire et spirituel. Les conseils donnés sont souvent jugés trop génériques et difficiles à appliquer dans un contexte où elles souhaitent manger des plats traditionnels ou pratiquer le Ramadan « *Ce sont des conseils généraux, purement et simplement d'hygiène, de santé c'est tout* » P02. D'autres participantes estiment au contraire que les soins n'ont pas besoin d'être adaptés à la culture, dans la mesure où la maladie ne dépend pas de l'origine « *La maladie, elle ne dit pas, moi Marocaine, moi Juif, moi Belge, s'il y a une maladie, tu dois juste respecter ton médicament et tout* » P03

En évoquant la culture, plusieurs participantes mentionnent également le genre comme un facteur influençant la santé. Selon certaines, les femmes auraient plus de difficultés à prendre soin de leur santé que les hommes, en raison d'une sédentarité plus marquée et, pour d'autres, d'un manque d'effort « *Les femmes, c'est différent des hommes. Je trouve que c'est un peu plus difficile, les femmes. [...] Les femmes ont plus faim que les hommes. Elles font le ménage. Elles sont chez elles. [...] L'homme peut, il est occupé, il peut passer des heures sans manger. Que les femmes, je trouve, ont plus de fringales, etc* » P08.

5. Discussion

Nous allons débiter la partie discussion en rappelant ma question de recherche : « *Quelle est l'influence des déterminants socioculturels sur les comportements de santé et les pratiques d'autosoin des adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2, dans une perspective de prévention tertiaire, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique ?* »

Pour rappel, mes objectifs de recherche sont : Comprendre les représentations de la maladie chez les adultes d'origine maghrébine ainsi que l'incidence sur l'autosoin de leur DT2 ; Identifier les obstacles et les facilitateurs socioculturels de l'autosoin du DT2 rencontrés ; Explorer le rôle du contexte social, le soutien familial et le relais communautaire dans l'adhésion thérapeutique et les pratiques d'autosoin du DT2 chez les adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2, dans une perspective de promotion de la santé et de prévention tertiaire.

L'analyse thématique des différents entretiens permet de mettre en évidence plusieurs thématiques essentielles afin de répondre à ma question de recherche et à mes objectifs de recherche. Cette partie s'articule en quatre temps. Dans un premier temps, les résultats des entretiens seront synthétisés. Ceux-ci seront ensuite interprétés en mettant en dialogue les résultats et la littérature. La partie suivante servira à exposer les limites et les forces de ma recherche. Enfin, les recommandations pour la pratique clôtureront cette discussion.

5.1 Synthèse des résultats

Les résultats de cette étude s'articulent autour de cinq thèmes principaux : **les expériences vécues du diabète**, les **représentations de la maladie**, les **pratiques d'autosoin des participantes**, le **soutien social et communautaire** ainsi que **l'influence de la culture et de la génération sur les pratiques d'autosoin**. Ces thèmes mettent en évidence les déterminants socioculturels qui influencent les comportements de santé des participantes.

Le premier thème porte sur l'expérience vécue du diabète. Le vécu émotionnel des participantes se révèle hétérogène. Il est marqué soit par un choc au moment diagnostique, soit par une forme de banalisation par certaines ; ainsi, ce vécu influence les comportements de santé des participantes. Celui-ci semble orienter leur manière d'adapter leurs pratiques d'autosoin et montre ainsi trois formes principales d'acceptation du diagnostic : la résignation face à la

maladie qui s'impose, l'acceptation progressive d'une réalité avec laquelle elles ont appris à vivre et la relativisation, notamment spirituelle, qui permet de donner un sens à l'épreuve.

Les entretiens permettent également de comprendre que le regard de l'entourage peut avoir un impact sur les comportements de santé de certaines participantes. Ce regard se manifeste à travers des remarques sur l'alimentation des participantes, et celui-ci est parfois perçu comme culpabilisant et intrusif. Chez certaines, cela provoque de la colère ou de l'agacement car elles ont le sentiment d'être constamment ramenées à leur statut de personne diabétique. D'autres développent des stratégies d'évitement, par exemple en refusant certaines invitations. Ce regard n'a pas le même effet pour toutes, certaines participantes disent ne pas en tenir compte.

Le deuxième thème met en évidence la manière dont les participantes comprennent et expliquent l'apparition de leur diabète de type 2, ainsi que l'influence de ces représentations sur leurs pratiques quotidiennes. L'hérédité constitue le cadre explicatif le plus fréquemment mobilisé. Mais cette cause de l'apparition du DT2 coexiste, selon les participantes, avec d'autres facteurs déclencheurs, à savoir le stress, les chocs émotionnels, les facteurs biologiques et pour certaines participantes, une dimension spirituelle. Au niveau des croyances sur la maladie des participantes, plusieurs croyances ont été évoquées ; celles-ci traduisent des compréhensions personnelles de la maladie, influencées par des prédictions et l'histoire familiale du diabète. D'autres croyances confirment que le stress et l'hérédité sont les causes absolues de la maladie. Enfin, certaines participantes sont très fatalistes par rapport à l'issue de leur maladie et la tendance instable du diabète qui risque d'aboutir à la mort.

Le troisième thème aborde les pratiques d'autosoin. Les entretiens révèlent que les participantes mettent en place différentes pratiques d'autosoin pour gérer leur DT2 en Belgique et à l'étranger, mais ces pratiques ne relèvent pas uniquement de la capacité à suivre les conseils donnés par les professionnels de la santé. Il a été particulièrement intéressant de recueillir certaines informations, notamment les pratiques de soins connues, les différentes représentations que les participantes ont de ces pratiques, le contexte de leur mise en place, ainsi que les différentes difficultés rencontrées et les adaptations réalisées dans leur quotidien à la suite des conseils reçus. Les pratiques les plus utilisées par les participantes correspondent aux recommandations dans la littérature, notamment l'adaptation de l'alimentation, l'activité physique ainsi que la gestion médicamenteuse. Pour l'alimentation, les participantes évoquent des efforts pour réduire les aliments hyperglycémisants et pour adapter leurs repas. Cependant, ces changements sont parfois difficiles à maintenir dans la durée, notamment lorsque les habitudes sont fortement ancrées dans le quotidien familial et culturel. L'activité physique,

quant à elle, est moins systématique et facile à mettre en place, en raison de contraintes organisationnelles. Néanmoins les participantes semblent être bien conscientes de sa nécessité et mettent en place des alternatives. La gestion médicamenteuse occupe une place importante dans les pratiques d'autosoin afin de faire réguler le diabète, mais les participantes complètent celle-ci par des pratiques non conventionnelles. Les pratiques spirituelles font aussi partie des portes d'entrée des pratiques d'autosoin qui permettent aux participantes de mieux vivre avec la maladie.

Le quatrième thème, quant à lui, souligne l'importance du soutien social et communautaire dans le vécu du DT2 et son influence sur les pratiques d'autosoin des participantes. Les résultats montrent que ce soutien est très variable. Certaines participantes décrivent un isolement social important, lié à la migration, à l'absence d'enfants, à l'éloignement de la famille restée au pays d'origine ou encore à la charge mentale quotidienne. Cet isolement fragilise le vécu de la maladie car il limite parfois les ressources disponibles au quotidien pour mieux gérer celle-ci.

Par ailleurs, plusieurs participantes bénéficient tout de même d'autres formes de soutien. Celui-ci provient des enfants, du conjoint mais aussi des voisins, des professionnels de la santé, d'un animal de compagnie ou même des échanges via les réseaux sociaux. Ces formes de soutien familial, social ou communautaire, montrent que l'accompagnement ne se limite pas à la famille proche, mais il peut aussi passer par des liens informels, numériques ou de proximité, ce qui apporte un réconfort et des conseils. Pour certaines participantes, lorsque la relation avec les professionnels de la santé repose sur un lien de confiance et d'écoute, cela constitue un repère essentiel dans leur autosoin, ce qui favorise l'adhésion thérapeutique.

Les entretiens montrent que des ressources communautaires existent en région bruxelloise pour offrir des espaces de soutien aux personnes vivant avec un diabète. Toutefois, ces ressources restent peu connues de certaines participantes ou ne suscitent pas toujours leur envie d'y participer. Malgré cela, pour celles qui les mobilisent, elles constituent un espace d'échange, de conseils et de soutien dans le vécu de la maladie.

Enfin, le dernier thème montre que la culture, la génération et le genre influencent la manière dont les participantes comprennent et prennent soin de leur diabète de type 2. Les transmissions intergénérationnelles sont perçues de façon contrastée. Certaines participantes estiment que la génération de leurs parents ayant vécu avec le DT2, disposait de conditions plus favorables : une alimentation plus naturelle, une meilleure résistance physique et une plus grande autonomie. D'autres soulignent au contraire une littératie plus faible de cette génération, ce qui

a causé des difficultés dans la gestion de la maladie. La génération des enfants est également décrite de manière ambivalente. Elle est souvent critiquée pour ses habitudes alimentaires plus industrialisées, marquées par une consommation accrue d'aliments ultra transformés (UPF), ainsi que pour sa sédentarité plus marquée. Cependant, cette génération représente aussi un espoir pour certaines participantes, ces dernières percevant les plus jeunes comme davantage informés et attentifs à leur santé.

Le genre apparaît aussi comme facteur influençant l'autosoin. Certaines participantes estiment que les femmes rencontrent plus de difficultés à prendre soin de leur santé, notamment en raison de la sédentarité, des responsabilités domestiques et de la charge mentale quotidienne.

Les résultats des entretiens montrent également que l'autosoin est influencé par le contexte culturel et migratoire. Le mode de vie en Belgique est parfois perçu comme défavorable à la santé, tandis que certaines pratiques alimentaires maghrébines sont également questionnées en raison de leur richesse en sucre et en graisses. Ainsi, l'autosoin se construit à l'intersection de la culture, de la génération et du genre.

Les résultats de cette étude permettent de répondre à la question et aux objectifs de recherche en montrant que les déterminants socioculturels influencent les pratiques d'autosoin des personnes diabétiques de type 2 à plusieurs niveaux. Au niveau psychosocial et identitaire, les représentations de la maladie qui se construisent autour de l'hérédité, du stress et des croyances personnelles, vont conditionner la façon dont les participantes vont interpréter la maladie. En ce qui la mise en place de pratiques d'autosoin, celles-ci se heurtent à des contraintes culturelles et migratoires des participantes. Enfin, du point de vue social, le soutien de l'entourage et du réseau communautaire apparaît comme un levier de l'adhésion thérapeutique. Les comportements de santé pour l'autosoin du DT2 s'inscrivent dans un ensemble de déterminants à prendre en compte dans la prévention tertiaire, la promotion de la santé et dans l'éducation thérapeutique.

5.2 Interprétation des résultats

L'expérience vécue du diabète

L'acceptation de la maladie constitue un processus qui dépasse la seule dimension médicale ; elle touche à l'identité, au rapport à soi et au sens donné à la maladie. Après être passées par le choc, la tristesse et le déni au moment du diagnostic du DT2, les participantes ne se contentent pas d'intégrer les recommandations médicales dans leur quotidien. Celles-ci cherchent à inscrire la maladie dans leur identité. Elles font preuve de différents cheminements vers

l'acceptation de la maladie. La littérature confirme que l'expérience du diabète ne peut se limiter à sa dimension médicale. Selon Majeed-Ariss et al. (2015), chez les personnes issues de minorités ethniques vivant avec un DT2, l'autosoin est lié au rapport à soi, à l'identité et au sens donné à la maladie. Dans cette perspective, le processus d'acceptation observé chez les participantes peut être interprété comme visant à attribuer une signification au diagnostic.

Plus précisément, trois registres d'acceptation ont été identifiés durant les entretiens : la résignation, l'acceptation et la relativisation. Ce résultat des entretiens rejoint Savall (2017), qui souligne que le diabète invite les personnes atteintes de la maladie à dépasser la logique de la guérison pour entrer dans une logique de vivre avec la maladie. Dans l'acceptation de la maladie, la référence religieuse est citée par les participantes comme ressource qui inscrit la maladie dans une dimension plus large de l'existence humaine, ce qui leur permet d'y donner du sens et de relativiser le diagnostic. Les participantes expriment une forme de gratitude spirituelle face à l'épreuve : « *Comme on dit chez nous, toujours Alhamdulillah. Il y a toujours pire. On a plein de choses bien.* » P06. Ainsi, l'acceptation du diabète de type 2 par les participantes apparaît comme un processus progressif, à la fois identitaire, culturel et même spirituel, qui influence la manière dont les participantes se représentent la maladie et adaptent leurs pratiques d'autosoin.

Certaines participantes ont évoqué la peur des conséquences du diabète comme un élément ayant influencé leurs comportements de santé. Pour celles qui avaient initialement banalisé le DT2 au moment du diagnostic, la connaissance des complications possibles telles que les amputations, le recours illimité à l'insuline ou même le risque de décès, a favorisé une prise de conscience et la mise en place de pratiques pour mieux prendre soins d'elles. Ce résultat fait écho à l'article de Majeed-Ariss *et al.*, (2015) qui identifie la peur du diabète et de ses complications comme un élément présent de manière générale dans l'expérience d'autosoin du DT2 chez les minorités ethniques. Dans ce sens, la peur ne se limite pas à une émotion négative, mais elle peut participer à la construction d'un comportement de santé recommandé.

Au-delà du rapport individuel à la maladie, le regard de l'entourage constitue un déterminant social de l'autosoin qui dépasse la dimension affective et qui participe à l'observance des soins chez les participantes. En effet, les pratiques d'autosoin ne se développent pas seulement dans la relation individuelle avec la maladie, mais aussi dans les interactions avec les proches. Les entretiens montrent que les remarques répétées sur l'alimentation ou les conseils non sollicités génèrent chez les participantes de l'agacement, voire des stratégies d'évitement. Ces réactions ne sont pas anodines ; elles traduisent une tension entre le besoin de soutien de la part de

l'entourage et la pression normative qui en résulte. Les études de Villani *et al.* (2013) et Six *et al.* (2024) montrent que l'observance thérapeutique des personnes atteintes d'une maladie chronique est influencée par l'environnement social. Les auteurs soulignent que le manque de soutien des proches peut être un obstacle au suivi des recommandations médicales. Dans cette perspective, la minimisation de la maladie par les proches peut donner le sentiment de ne pas être pris au sérieux, tandis que la surprotection peut générer un sentiment de fardeau. Ainsi, chez les participantes, l'observance thérapeutique ne dépend pas uniquement de la volonté ou des connaissances sur la maladie. Elle est également influencée par la manière dont l'entourage comprend, commente et accompagne la personne dans la maladie.

Représentations de la maladie

Parmi les facteurs déclencheurs du DT2 identifiés, certaines participantes interprètent les maternités successives comme un facteur déclencheur de leur diabète. Celles-ci estiment qu'à travers les différentes maternités, elles ont accumulé une prise de poids, ayant causé pour certaines du diabète gestationnel, qui a abouti à un diabète de type 2. Ces perceptions trouvent un appui dans la littérature ; les auteurs confirment que le diabète gestationnel peut constituer un facteur de risque qui contribuerait à l'apparition du DT2. Les femmes issues de groupes migrants sont particulièrement plus exposées au développement du DT2 par rapport aux femmes européennes (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021). L'étude de Vandenneede, Deboosere, Gadeyne, et al (2012) renforce cette interprétation en faisant le lien entre les facteurs liés à la reproduction chez les femmes et l'impact sur la mortalité lié au DT2, tel que l'âge à la première naissance et la parité.

Au-delà des facteurs reproductifs, les participantes ont également évoqué l'âge, le stress et la sédentarité comme facteurs déclencheurs du diabète. Cette perspective est expliquée dans la littérature, notamment par Sciensano (2025), qui démontre que le diabète de type 2 est une maladie dont la fréquence augmente en fonction des facteurs sociodémographiques tels que l'âge. De plus, les résultats font écho aux données de l'OMS (2025b), qui identifie le manque d'activité physique comme l'un des facteurs contribuant au développement du DT2. Plus précisément dans le contexte des minorités ethniques et des groupes migrants, Langøien et al. (2017) confirment que l'association entre la sédentarité et le diabète existe, tout en nuancant le constat. La capacité à pratiquer une activité physique régulière est contrainte par un ensemble de facteurs. Sur le plan psychosocial et migratoire, le stress lié au parcours migratoire, les expériences de discriminations, ainsi que la précarité socio-économique peuvent réduire la motivation et l'adoption d'un mode de vie sain. Sur le plan culturel, les normes de genre ainsi

que les représentations du corps peuvent constituer des freins. Enfin, sur le plan environnemental, le manque d'accès aux infrastructures sportives adaptées limite les possibilités de pratique sportive.

Tous les facteurs cités dans les résultats participent à la manière dont les participantes donnent du sens à la maladie et l'acceptent. Ainsi, ces représentations ont une incidence concrète sur l'engagement à l'autosoin des participantes. Elles modulent la perception de la gravité de la maladie, l'adhésion thérapeutique, la régularité dans la prise des traitements et le choix des pratiques d'autosoin. Lorsque les représentations de la maladie des participantes soutiennent l'idée d'avoir un contrôle possible de la maladie, cela favorise l'engagement dans une meilleure prise en soin. A l'inverse, certaines représentations, peuvent entraîner une adaptation partielle ou moindre des recommandations des pratiques (Majeed-Ariss *et al.*, 2015).

Pratiques d'autosoin

L'OMS (2025b) rappelle qu'une alimentation saine, une activité physique régulière, un poids stable et un dépistage régulier constituent les piliers de la prévention et de la gestion du DT2. Les entretiens montrent que les participantes connaissent ces recommandations, et cherchent à les mettre en œuvre, mais leur application se heurte à des réalités sociales, culturelles et économiques qui complexifient la mise en pratique.

Sur le plan alimentaire, les participantes décrivent des efforts réels pour adapter leurs habitudes aux recommandations médicales. Cependant, ces efforts se heurtent à des habitudes culturelles et sociales profondes, rendant l'effort plus complexe. D'après les participantes, l'alimentation dans la culture maghrébine est riche en sucre et en graisses, et elle est fortement ancrée socialement rendant compliqué le respect du régime alimentaire durant les événements sociaux. Selon Savall (2017) et Mandiangu, Roy et Tremblay (2022), il existe chez les femmes maghrébines immigrées vivant avec un DT2, une négociation constante entre les exigences médicales, les normes culturelles et les impératifs sociaux. Cette négociation traduit une complexité de l'autosoin lorsque les recommandations médicales sont en tension avec des pratiques culturelles valorisées. L'enjeu est d'intégrer les recommandations alimentaires à un quotidien déjà façonné par la culture, sans y voir une absence d'adhésion aux soins, mais plutôt un besoin de rendre les recommandations compatibles avec la réalité culturelle.

L'activité physique est unanimement reconnue comme nécessaire par les participantes, mais sa mise en œuvre reste difficile pour certaines. Les contraintes organisationnelles, les douleurs physiques liées aux comorbidités et la charge domestique qui leur incombe en limitent la

pratique régulière ; la marche s'est donc imposée comme une alternative accessible dans un cadre moins structuré. Langøien et al. (2017) confirment que chez les minorités ethniques en Europe, la capacité de réaliser une activité physique régulière est fortement conditionnée par des facteurs psychosociaux, culturels et environnementaux. Les auteurs identifient des barrières au niveau individuel, à savoir le manque de motivation et la fatigue ; au niveau social, le regard de l'entourage et les normes de genre qui pèsent sur les femmes, notamment en matière de responsabilités domestiques et familiales qui limitent le temps disponible pour l'activité physique ; au niveau environnemental, l'accès à des infrastructures sportives adaptées et abordables. Ces obstacles combinés expliquent pourquoi chez certaines participantes, les recommandations médicales standards sur l'activité physique restent souvent inapplicables. Ce décalage entre la connaissance des représentations de l'activité physique comme enjeu essentiel de l'autosoin du DT2 et l'incapacité de mise en place de certaines actions illustre les limites d'une approche éducative centrée uniquement sur la transmission des informations de santé sans adaptation aux situations spécifiques des individus.

Les pratiques d'autosoin des participantes ne se limitent pas aux recommandations médicales conventionnelles. Parmi les participantes, plusieurs déclarent recourir à des remèdes traditionnels à base de plantes, hérités de leur culture, en complément de leur traitement médicamenteux. Le fenugrec est l'une des plantes fréquemment citées par les participantes, en raison des propriétés hypoglycémiantes qui lui sont attribuées. Skalli, Hassikou et Arahou (2019) rapportent également que cette plante est couramment utilisée par des patients marocains atteints de diabète de type 1 et 2 dans le but de contrôler leur glycémie. Ces différentes pratiques sont un moyen facilitant pour les participantes de conjuguer la culture européenne et la culture maghrébine. Peeters et al., (2015) observent le même phénomène chez les femmes d'origine turque vivant avec un DT2 en Belgique. Ils soulignent que le recours aux médecines traditionnelles s'inscrit dans une complémentarité des savoirs.

Les pratiques spirituelles occupent également une place dans l'autosoin des participantes. La prière, le jeûne ainsi que la méditation sont des ressources mobilisées afin de faire face à la maladie et maintenir un équilibre intérieur. Majeed-Ariss et al., (2015) décrivent la dimension spirituelle comme une composante transversale intégrée dans les pratiques d'autosoin des minorités ethniques vivant avec un DT2. Ce constat invite à reconnaître les pratiques spirituelles comme une ressource mobilisable pour améliorer les comportements en santé.

Plusieurs participantes décrivent une amélioration de leur état de santé lors de leurs séjours dans leur pays d'origine. Elles expliquent ce ressenti par la présence d'une alimentation moins

industrialisée, une exposition réduite au stress et par la présence d'une convivialité sociale. La littérature confirme que les conditions migratoires et les conditions de vie dans le pays d'accueil jouent un rôle déterminant dans la santé des populations migrantes, suggérant que l'environnement social du pays d'origine peut constituer un facteur protecteur pour leur bien-être (Agyemang, Van Der Linden et Bennet, 2021).

Enfin, les conditions économiques constituent un déterminant structurel de l'autosoin qui mérite d'être interrogé, même si les participantes ne l'ont pas spontanément identifié comme une contrainte majeure. Les remarques portaient davantage sur le coût de l'alimentation saine et sur le prix du matériel de surveillance glycémique, non remboursé. Ces observations restent significatives : elles traduisent une forme de renoncement silencieux, où certaines pratiques d'autosoin recommandées deviennent inaccessibles non par manque de volonté, mais par manque de moyens. Ce constat prend une résonance particulière dans le contexte belge actuel. Depuis janvier 2026, une participation financière minimale est désormais requise pour les antidiabétiques oraux et les insulines, rompant ainsi avec une prise en charge jusqu'alors intégrale. Si cette réforme n'a pas encore produit d'effets mesurables dans les entretiens, elle soulève une question de fond pour la pratique professionnelle : dans quelle mesure cette évolution va-t-elle fragiliser l'adhésion thérapeutique des personnes diabétiques les plus précaires ? (Association du diabète, 2026)

Les résultats de l'étude mettent en évidence les facteurs facilitant les pratiques d'autosoin, ainsi que les obstacles rencontrés par les adultes d'origine maghrébine vivant avec un DT2. Ces obstacles sont d'ordre culturel, en raison des tensions entre les normes alimentaires maghrébines et les recommandations médicales ; liés au genre, du fait de la charge domestique qui limite la disponibilité pour faire de l'activité physique régulière ; environnementaux, en raison du manque d'accès à des infrastructures adaptées ; et économiques, compte tenu du coût croissant des traitements et du matériel de soins.

Néanmoins, les facteurs facilitant les pratiques d'autosoin ont également été identifiés chez les participantes, notamment l'adaptation des plats aux recommandations tout en préservant les habitudes culturelles, le recours aux médecines traditionnelles, les pratiques spirituelles comme ressource émotionnelle, ainsi que le retour dans le pays d'origine. Ces résultats confirment que les pratiques d'autosoin s'inscrivent dans un ensemble de déterminants socioculturels qui conditionnent leur mise en œuvre.

Soutien social et communautaire

Le soutien social est un déterminant de l'autosoin du DT2, dont l'influence peut s'exercer au niveau familial, social et communautaire. Il joue un rôle protecteur dans la gestion des maladies chroniques en fournissant les ressources émotionnelles, informationnelles et pratiques qui soutiennent l'autosoin. Les résultats des entretiens montrent que son absence peut fragiliser la capacité à maintenir des pratiques d'autosoin par les participantes. L'isolement social décrit par certaines participantes traduit une rupture structurelle du capital social primaire, causée parfois par la migration et qui est difficile à reconstituer dans le pays d'accueil. Selon Castañeda et al. (2015), la migration constitue un déterminant social de la santé : elle expose les migrants à des conditions de vulnérabilité sociale, génère des ruptures relationnelles, expose les migrants à un isolement et fragilise leur capacité à faire face à la maladie. Lorsqu'il existe, le soutien familial est une ressource sur laquelle les participantes peuvent s'accrocher. Selon Six et al. (2024), le soutien familial est un facilitateur central de l'adhésion thérapeutique chez les personnes marocaines en Belgique.

Les formes de soutien non conventionnelles identifiées dans les entretiens témoignent d'une capacité d'adaptation active des participantes face à l'incapacité d'avoir des liens traditionnels. Il s'agissait principalement des participantes fortement sollicitées dans leur quotidien, qui n'ont pas le temps de bénéficier du soutien de l'entourage ou de participer à des activités communautaires en présentiel. La communauté digitale représente une alternative pertinente, afin de bénéficier aussi d'un espace d'échange et de conseils et de pouvoir se tourner vers des personnes qui partagent une expérience similaire. Pinder (2021) souligne à cet égard que les liens communautaires informels peuvent jouer un rôle essentiel dans la gestion d'une maladie chronique en offrant des espaces de normalisation de la maladie.

La polarisation observée dans la relation soignant-soigné révèle un déficit de compétence culturelle dans le système de soins entraînant des effets concrets sur l'adhésion thérapeutique des participantes. Les conseils inadaptés à la réalité culturelle des participantes, combinés parfois à un sentiment de manque d'écoute, voire à des propos désobligeants, génèrent de la méfiance et de l'évitement du corps médical. Paduch et al. (2017) confirment que parmi les obstacles entraînant un effet significatif sur l'autosoin des personnes vivant avec un DT2, on compte les barrières psychosociales, telles que la peur du jugement, ainsi que le manque de confiance dans les relations thérapeutiques. Dans l'étude de Six et al. (2024), les patients marocains de Belgique interrogés expriment un besoin important d'une relation soignant-soigné qui prend compte de leur contexte culturel ; ce qui fait lien avec le besoin de certaines

participantes durant les entretiens. La qualité de cette relation thérapeutique conditionnera directement l'efficacité des suivis.

Le fait que les participantes méconnaissent les ressources communautaires disponibles en région bruxelloise peut traduire un manque de visibilité et d'accessibilité de ces offres de soin. Pour permettre aux personnes vivant avec un DT2 de mobiliser ces ressources, ces offres doivent être plus accessibles et adaptées aux réalités et besoins des populations concernées. Al-Murani *et al.* (2019) mettent en évidence les difficultés de collaboration entre les communautés et les acteurs de la santé et du social dans la prévention et la prise en charge du DT2. Les auteurs soulignent la nécessité de renforcer les liens entre les communautés et les institutions de soins, tout en développant des actions adaptées à leurs besoins sociaux et culturels. Selon Pinder (2021), l'action communautaire est un levier efficace d'une gestion du DT2 si celle-ci s'appuie sur une confiance dans les communautés concernées. Zehra *et al.* (2025) montrent également que la réussite des interventions communautaires repose notamment sur l'engagement des communautés, la disponibilité de ressources suffisantes, l'accessibilité des dispositifs et l'existence de parcours d'orientation vers les services de soin. Cela correspondrait, dans le contexte des participantes interrogées pour les entretiens, à des actions communautaires avec une accessibilité linguistique et inclusive pour personnes malentendantes, à l'adaptation culturelle des activités aux participantes, ainsi qu'à un investissement dans la communication des informations, afin que les populations les plus éloignées du soin soient informées.

Les résultats des entretiens montrent que le diabète demeure parfois un sujet tabou dans certains milieux, en lien avec une forme de stigmatisation sociale de la maladie. Le silence autour du diabète peut limiter les échanges et priver les participantes d'un soutien, pourtant nécessaire au maintien des pratiques d'autosoin. Toutefois, la majorité des participantes déclare dépasser ce tabou et joue parfois un rôle d'éducation par les pairs au sein de leur réseau, en partageant les informations, des conseils alimentaires et des encouragements auprès d'autres personnes moins informées. Ce partage d'expériences fait partie des valeurs de la promotion de la santé afin de renforcer le pouvoir d'agir au sein de l'entourage.

Dans l'ensemble, les résultats de l'étude montrent que le contexte social, le soutien familial et le relais communautaire peuvent agir à la fois comme des freins et des leviers de l'adhésion thérapeutique. Ces résultats s'inscrivent dans une perspective de promotion de la santé puisqu'ils soulignent l'importance de renforcer les ressources individuelles et collectives ainsi que le pouvoir d'agir des participantes. Ils relèvent également de la prévention tertiaire, dans la

mesure où le soutien à l'adhésion thérapeutique par le relais communautaire et familial, contribue à l'amélioration de la gestion du DT2 et à retarder l'apparition de complications.

Influence de la culture et de la génération

Le fait d'associer la génération des parents à une alimentation de meilleure qualité et une plus grande résistance physique pourrait traduire une forme de nostalgie du mode de vie dans le pays d'origine. Cette représentation peut être rapprochée du *healthy migrant effect* décrit dans la littérature, selon lequel les migrants présentent, au moment de leur arrivée dans le pays d'accueil, un état de santé généralement meilleur que celui des populations, en raison d'un effet de sélection durant le processus migratoire (Berchet et Jusot, 2010).

Cette lecture ne tient toutefois pas compte des conditions de vie antérieures de la génération des parents, marquées par des inégalités de sociales ainsi que par une faible littératie en santé de cette génération. Les données épidémiologiques nuancent d'ailleurs cette représentation en montrant que la mortalité du DT2 était particulièrement plus élevée chez les personnes d'origine marocaine vivant en Belgique (Vandenneede, Deboosere, Stirbu, *et al.*, 2012; Vandenneede et Deboosere, 2025). Ce décalage entre les données et la représentation nostalgique montre comment les perceptions intergénérationnelles peuvent contribuer à construire des croyances sur la santé et orienter les comportements d'autosoin.

Ces tensions intergénérationnelles peuvent également s'expliquer par le concept d'acculturation présenté plus haut dans ce mémoire. Ce concept désigne la manière dont les habitudes et valeurs d'une personne évoluent au contact d'une nouvelle culture. Il permet de comprendre pourquoi les participantes n'ont pas toutes le même rapport à leur maladie, indépendamment de leur génération d'immigration, et pourquoi ce rapport diffère parfois de celui qu'elles attribuent à leurs parents ou à leurs enfants.

Le genre joue également un rôle sur l'autosoin des participantes, et il dépasse une difficulté individuelle. Il s'installe dans une norme sociale qui a été soulevée par les participantes, assignant aux femmes la charge mentale de devoir s'occuper du foyer, parfois au détriment de leur santé. Savall (2017) met en évidence ce mécanisme chez les femmes maghrébines immigrées vivant avec un DT2. Il montre que la gestion de la maladie s'ajoute à un ensemble de responsabilités domestiques déjà épuisantes. Cette réalité est vécue par les participantes comme ayant un impact sur leur alimentation et sur leur disponibilité à réaliser une activité sportive régulière. Castañeda et al., (2015) complètent l'idée en disant que la migration entraîne chez les populations une hiérarchie de genre et constitue un déterminant structurel de la santé

de ces populations. Pour l'éducation thérapeutique des participantes, il faudrait tenir compte de leur rôle dans le foyer et adapter les recommandations de soin à leur quotidien.

Les participantes décrivent l'effet de l'environnement social sur l'équilibre de leur DT2. Celles-ci font la comparaison entre le contexte social belge et celui du pays d'origine. Ce que les participantes ressentent rejoint ce que la littérature documente. Agyemang, Van Der Linden et Bennet (2021) montrent que les populations migrantes d'origine d'Afrique du Nord peuvent être exposées dans le pays d'accueil à plusieurs facteurs psychosociaux, notamment le stress chronique et les expériences de discrimination, ainsi qu'à des facteurs liés au mode de vie tels qu'une alimentation industrialisée et une sédentarité plus marquée. Ces facteurs contribuent à la dégradation de l'équilibre quotidien et les difficultés rencontrées dans l'autosoin sont alors à attribuer au contexte migratoire et à l'environnement d'accueil.

Dans l'ensemble, les résultats de l'étude montrent que les pratiques d'autosoin sont également influencées par les représentations intergénérationnelles, par les normes culturelles et de genre, ainsi que par le contexte migratoire. Ces facteurs peuvent soutenir, mais aussi limiter l'adhésion thérapeutique. Ils soulignent ainsi la nécessité d'une éducation thérapeutique adaptée aux réalités et vécus culturels des participantes.

5.3 Limites de l'étude

Dans le cadre de ma recherche, il est important d'identifier les limites méthodologiques auxquelles mon travail fait face. Je suis consciente que ma position d'enquêtrice et mes choix ont pu influencer l'interprétation des données. Mon parcours d'infirmière, ainsi que mes représentations de la gestion du diabète ont pu influencer l'analyse des données. Le choix des thèmes et l'interprétation des témoignages ne sont pas entièrement neutres. Afin de limiter cette influence, une attention particulière a été portée au maintien des propos dans leurs contextes ainsi qu'à la distinction entre les discours des participantes et mes propres représentations.

La première limite de mon étude concerne la taille réduite de l'échantillon. Je souhaitais avoir entre 10 et 15 participants, mais en raison des difficultés rencontrées au cours du processus de recrutement, mon échantillon s'est limité à 8 participants. Cette taille réduite ne permet pas de prétendre à une représentativité de l'ensemble des adultes d'origine maghrébine vivant avec un DT2 à Bruxelles. L'échantillon étant majoritairement composé de femmes d'origine marocaine, la diversité des expériences recueillies reste également limitée en matière de genre et de pays

d'origine. Les résultats ne rendent pas compte de la variété des expériences au sein de la population maghrébine dans son ensemble.

La barrière linguistique a constitué un autre obstacle significatif au recrutement. Le fait de mener cette étude auprès d'une population comprenant des personnes arabophones, sans disposer des compétences linguistiques nécessaires pour conduire les entretiens en arabe, a exclu plusieurs volontaires potentiels. Cette limite a pu introduire un biais de sélection en faveur des personnes maîtrisant davantage le français et potentiellement plus intégrées sur le plan linguistique et social. Cette barrière de la langue m'a également empêchée d'accéder aux expériences de personnes susceptibles de rencontrer davantage de difficultés dans leurs parcours de soins dû à la difficulté de communication.

La différence culturelle entre les participantes et moi-même a pu aussi influencer la relation établie pendant les entretiens et influencer le déroulement de ceux-ci. Cette distance culturelle a pu générer une forme de méfiance ou de retenue dans les témoignages de certaines participantes qui auraient pu craindre d'être jugées sur leurs pratiques quotidiennes. A l'inverse, cette position extérieure au groupe culturel a pu encourager certaines participantes à expliciter davantage certaines pratiques ou représentations.

Une autre limite rencontrée concerne les lieux fréquentés par la population étudiée. Certaines associations comme l'Association du Diabète m'ont indiqué qu'aucune des personnes participant à leurs activités ne correspondait à mes critères d'inclusion pour mon recrutement (adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2). Ce constat a limité les possibilités de recrutement, alors même que ces structures constituent des acteurs importants de la promotion de la santé autour du diabète à Bruxelles.

5.4 Forces de l'étude

Malgré ces limites, cette recherche présente plusieurs forces qui contribuent à sa pertinence scientifique et pratique.

Le recrutement réalisé dans plusieurs communes bruxelloises et par l'intermédiaire de différents canaux associatifs a permis de rencontrer des participantes avec une diversité socio-démographique, ce qui renforce la richesse des données collectées.

Le recours à un support visuel, sous la forme d'un flyer, a constitué un outil pertinent pour diffuser l'appel à la participation auprès des institutions et de la population concernée. Il a

permis de présenter de manière accessible les objectifs de la recherche ainsi que les critères de participation.

Le respect des considérations éthiques, à travers la soumission du projet au comité d'éthique et la signature d'un document de consentement éclairé par les participantes, garantit la confidentialité des données et renforce la crédibilité de l'étude.

Le recours à des entretiens semi-directifs a permis de recueillir des données riches et contextualisées, adaptées à l'exploration des déterminants socioculturels influençant les pratiques d'autosoin des personnes vivant avec un DT2.

Enfin, la mobilisation de la littérature scientifique a permis de mettre les résultats des entretiens en dialogue avec les données scientifiques existantes et d'émettre des recommandations pour la pratique.

5.5 Recommandations et perspectives

Les résultats de cette étude, ainsi que les interprétations développées précédemment, permettent de dégager plusieurs recommandations pour la pratique et des perspectives destinées tant aux futurs chercheurs qu'aux professionnels de la santé. Celles-ci s'articulent autour des trois dimensions mises en évidence dans la question de recherche : la prévention tertiaire, la promotion de la santé et l'éducation thérapeutique.

Recommandations

Les résultats soulignent la nécessité de développer une éducation thérapeutique culturellement adaptée aux adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2. Cette adaptation consisterait à prendre en compte de manière explicite, lors des accompagnements par les professionnels de la santé, les habitudes alimentaires, les croyances relatives à la maladie et ses conséquences sur le long terme, ainsi que les conditions de vie individuelles. L'OMS (2023) rappelle, à cet égard, que l'éducation thérapeutique du patient doit être centrée sur la personne et ses besoins et intégrer ses représentations, ses ressources et son contexte de vie.

Les recommandations alimentaires pourraient être davantage personnalisées et s'appuyer sur les pratiques individuelles des participantes. Il serait notamment pertinent de proposer des adaptations concrètes des plats traditionnellement consommés au quotidien. Cette approche permettrait de préserver chez les personnes la dimension culturelle de l'alimentation tout en

maintenant un équilibre glycémique. Les recommandations pour l'activité physique devraient tenir compte des contraintes liées au genre, telles que la charge domestique chez les femmes, afin de recommander des activités accessibles et compatibles avec les responsabilités quotidiennes.

Les professionnels de la santé devraient aborder de manière décomplexée les pratiques traditionnelles et spirituelles des patients. Cela permettrait, d'une part, aux patients de s'exprimer librement et, d'autre part, de réduire les risques liés aux interactions éventuelles entre les médicaments traditionnels et conventionnels. Les résultats mettent aussi en évidence la nécessité d'améliorer la qualité des relations entre les professionnels et les patients. Ainsi, une communication fondée sur la confiance, l'écoute, et l'absence de jugement permettrait de renforcer l'adhésion thérapeutique.

Le soutien communautaire devrait davantage être intégré dans l'éducation thérapeutique, en fonction des besoins des personnes. Il pourrait prendre la forme de groupes de parole, d'ateliers communautaires ou des dispositifs d'accompagnement organisés en présentiel ou au moyen d'outils numériques. Ces dispositifs permettraient aux personnes de partager leurs expériences, leurs difficultés et leurs stratégies d'adaptation. Cette initiative pourrait être encadrée (ou non) par des professionnels, afin de garantir la qualité des informations échangées.

Enfin, les ressources communautaires existantes devraient être rendues plus visibles et plus accessibles. La communication à leur sujet pourrait être renforcée dans les maisons médicales, les hôpitaux, les pharmacies, les magasins de certains quartiers, les mosquées et les associations. Les activités devraient tenir compte des besoins linguistiques et culturels (Pinder, 2021).

L'ensemble de ces recommandations s'inscrit dans une perspective de prévention tertiaire. Ces recommandations visent à soutenir l'adhésion thérapeutique des adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2, en renforçant leurs pratiques d'autosoin, dans l'objectif de retarder les complications liées à la maladie.

Perspectives

Au-delà des recommandations formulées pour la pratique, cette recherche ouvre plusieurs pistes pour de futurs travaux. Il serait tout d'abord pertinent de reproduire cette étude auprès d'un échantillon plus large et plus diversifié, incluant notamment des hommes, différentes générations issues de l'immigration, ainsi que des personnes originaires de plusieurs pays du

Maghreb. Une telle diversification de l'échantillon permettrait d'identifier les expériences communes, mais également les variations liées au genre, à l'âge, au pays d'origine et au parcours migratoire.

De futures recherches pourraient également adopter une approche participative en associant les personnes vivant avec un diabète de type 2, leurs proches ainsi que les professionnels de la santé et du social. Le croisement de ces différents points de vue permettrait de coconstruire des interventions davantage adaptées aux besoins, aux ressources et aux réalités quotidiennes des populations concernées.

Par ailleurs, il serait pertinent d'explorer l'utilisation d'outils numériques par les patients atteints de maladies chroniques, en tant qu'outil d'éducation thérapeutique susceptible de contribuer à l'amélioration des pratiques d'autosoin. Il conviendrait notamment d'étudier l'accessibilité et l'efficacité des groupes de parole en ligne, des applications et des contenus diffusés sur les réseaux sociaux comme moyens de soutenir l'éducation thérapeutique et le partage d'expériences. Une attention particulière devrait ainsi être accordée aux inégalités numériques, aux compétences linguistiques ainsi qu'à la fiabilité des informations diffusées.

Enfin, une étude longitudinale pourrait être réalisée afin d'observer l'évolution des pratiques d'autosoins et de l'adhésion thérapeutique en fonction de certains événements clés, tels que la réforme des remboursements de janvier 2026. Une attention particulière devrait être accordée aux effets de cette réforme afin d'analyser son impact sur l'adhésion thérapeutique des personnes.

Conclusion

Ce mémoire avait pour ambition de comprendre l'influence des déterminants socioculturels sur les comportements de santé et les pratiques d'autosoin des adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2 dans la région de Bruxelles. Il s'inscrivait dans une perspective de prévention tertiaire, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique.

La partie théorique a permis de comprendre les enjeux propres au diabète de type 2 chez les populations migrantes, en s'appuyant notamment sur les mécanismes pré et post-migratoires et sur les représentations sociales de la maladie. Afin de répondre à la question de recherche, la méthode qualitative a été privilégiée et celle-ci reposait sur des entretiens semi-directifs menés auprès de huit participantes appartenant à des générations différentes de l'immigration maghrébine en Belgique.

Les résultats de cette étude ont mis en évidence que les pratiques d'autosoin sont façonnées par les représentations de la maladie, les expériences vécues, le soutien familial et communautaire ainsi que la culture et la génération. Les participantes donnent des significations diverses à leur diabète, qu'elles associent notamment à l'hérédité, au stress et à des croyances spirituelles.

Ces représentations orientent concrètement la manière dont les participantes acceptent leur diagnostic, adhèrent aux traitements et adaptent leur quotidien. L'alimentation, l'activité physique et la gestion des médicaments apparaissent comme les piliers de l'autosoin. Toutefois, leur mise en place se heurte à des tensions telles que les habitudes culturelles et les contraintes sociales du quotidien. Les résultats ont montré que le soutien social, qu'il soit familial, communautaire, médical ou même digital, joue un rôle déterminant dans l'adhésion thérapeutique lorsqu'il est présent, et peut fragiliser les capacités des participantes à faire face à la maladie, lorsqu'il fait défaut.

Ce travail met en évidence, pour les professionnels de la santé, la nécessité de repenser l'accompagnement des personnes diabétiques d'origine maghrébine en tenant compte de leur réalité socioculturelle. Une éducation thérapeutique attentive aux représentations, aux pratiques spirituelles et culturelles, ainsi qu'au genre et au parcours de migration, semble une piste incontournable pour améliorer l'adhésion aux soins et prévenir les complications liées à la maladie sur le long terme. Ce travail présente comme force la diversité des lieux de recrutement au sein de plusieurs communes bruxelloises. Il a toutefois été confronté à la limite d'un échantillon réduit, qui ne permet pas une représentativité suffisante de l'ensemble de la

population maghrébine vivant avec un diabète de type 2. Ces limites invitent les futures recherches à reproduire cette étude auprès d'un échantillon plus large et plus diversifié, notamment en incluant davantage d'hommes ainsi que des personnes issues d'autres origines maghrébines.

En définitive, ce mémoire rappelle que l'autosoin du diabète de type 2 chez les adultes d'origine maghrébine à Bruxelles ne se limite pas à une question de volonté individuelle ou de littératie en santé. La mise en place de pratiques d'autosoin s'inscrit dans un ensemble de déterminants sociaux et culturels qu'il est essentiel de reconnaître et d'intégrer dans les actions de prévention, de promotion de la santé et dans les méthodes d'éducation thérapeutique.

Bibliographie

Agyemang, C., Van Der Linden, E.L. et Bennet, L. (2021) « Type 2 diabetes burden among migrants in Europe: unravelling the causal pathways », *Diabetologia*, 64(12), p. 2665-2675. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05586-1>.

Al-Murani, F. *et al.* (2019) « Community and stakeholders' engagement in the prevention and management of Type 2 diabetes: a qualitative study in socioeconomically disadvantaged suburbs in region Stockholm », *Global Health Action*, 12(1). Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1609313>.

ANESM (2015) « Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives : Présentation générale. » Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Association du diabète (2026) *Évolution des tickets modérateurs depuis le 1er janvier*, Association Belge du Diabète. Disponible sur: <https://www.diabete.be/actualites-et-agenda-6/actualite-196/evolution-des-tickets-moderateurs-en-2026-852> (Consulté le: 13 juin 2026).

Association du diabète (sd) *Le diabète est une maladie chronique*, Association Belge du Diabète. Disponible sur: <https://www.diabete.be/le-diabete-2/complications-15/les-complications-832> (Consulté le: 5 novembre 2025).

Aujoulat, I. (2025a) « Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique Séance 1 ». [Support de cours].

Aujoulat, I. (2025b) « WFSP2241-Influencer les comportements de santé : apports et limites des modèles explicatifs ». [Support de cours].

Bastenier, A. et Dassetto, F. (1981) « La deuxième génération d'immigrés en Belgique: », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n° 907-908(2), p. 1-46. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/cris.907.0001>.

Bennet, L. et Agyemang, C. (2025) « Prevention of type 2 diabetes in migrant populations from low- and middle-income countries living in high-income countries », *Diabetologia*, 68(11), p. 2405-2419. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00125-025-06465-9>.

Berchet, C. et Jusot, F. (2010) « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France: Une analyse selon le genre et l'origine », *Revue économique*, 61(6), p. 1075-1098. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/reco.616.1075>.

Beulens, J. (2024) *Type 2 diabetes complications in ethnic minority compared with European host populations: a systematic review and meta-analysis* - PubMed. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39515847/> (Consulté le: 6 février 2026).

Bhopal, R.S. (2012) « Research agenda for tackling inequalities related to migration and ethnicity in Europe », *Journal of Public Health*, 34(2), p. 167-173. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds004>.

Brutsaert, E. (2023) *Traitement médicamenteux du diabète - Troubles hormonaux et métaboliques, Manuels MSD pour le grand public*. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-hormonaux-et-metaboliques/diabete-sucres-et-troubles-du-metabolisme-de-la-glycemie/traitement-medicamenteux-du-diabete> (Consulté le: 10 novembre 2025).

Castañeda, H. *et al.* (2015) « Immigration as a Social Determinant of Health », *Annual Review of Public Health*, 36(Volume 36, 2015), p. 375-392. Disponible sur: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>.

CBIP (2025) *Résultat de la recherche sémaglutide, CBIP*. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/keywords/s%25C3%25A9maglutide?type=substance> (Consulté le: 4 décembre 2025).

Cole, J.B. et Florez, J.C. (2020) « Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications », *Nature Reviews Nephrology*, 16(7), p. 377-390. Disponible sur: <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0278-5>.

Farid, D., Rosenberg, E. et Bartlett, G. (2014) « Importance de l'éducation dans la prise en charge du diabète de type 2 durant le Ramadan », *Canadian Family Physician*, 60(6), p. 518-520.

Fédération Française des Diabétiques (sd) *Glycémie | Normes de Glycémie | Taux de Sucre dans le Sang*. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie> (Consulté le: 10 novembre 2025).

Insee (2023) *Définition - Immigrés (descendant d') | Insee*. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1676> (Consulté le: 13 décembre 2025).

Klandorf, H. (2024) *Diabetes mellitus | Research Starters | EBSCO Research, EBSCO*. Disponible sur: <https://www.ebsco.com> (Consulté le: 10 novembre 2025).

Langøien, L.J. *et al.* (2017) « Systematic mapping review of the factors influencing physical activity and sedentary behaviour in ethnic minority groups in Europe: a DEDIPAC study », *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), p. 99. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0554-3>.

Loriaux, F. (2004) « L'immigration marocaine en Belgique (1964-2004) ». Disponible sur: https://www.academia.edu/106106138/Limmigration_marocaine_en_Belgique_1964_2004_ (Consulté le: 12 décembre 2025).

Majeed-Ariss, R. *et al.* (2015) « A systematic review of research into black and ethnic minority patients' views on self-management of type 2 diabetes », *Health Expectations*, 18(5), p. 625-642. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/hex.12080>.

Mandiangu, G., Roy, B. et Tremblay, M.-C. (2022) « Acte alimentaire, normativité sociale et diabète de type 2 chez des migrants originaires d'Afrique subsaharienne », 2022 [Preprint].

Marco, M. et Andrea, R. (2023) « Une brève histoire de l'immigration en Belgique », *Centre de recherche PHISOC - GERME* [Preprint]. Disponible sur: <https://germe.phisoc.ulb.be/publications/toutes-les-publications-du-centre-livres-chapitres->

articles-revues-et-ouvrages-collectifs/une-breve-histoire-de-limmigration-en-belgique (Consulté le: 24 novembre 2025).

Myria (2015) *Immigré, étranger, Belge d'origine étrangère : de qui parle-t-on ?*, Myria. Disponible sur: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.myria.be/files/Myriatics2__layout.pdf (Consulté le: 12 février 2026).

OIM (2019) *Termes clés de la migration*, International Organization for Migration. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration> (Consulté le: 4 décembre 2025).

OIM (2024) *Check out the Foreword of the World Migration Report 2024 #WMR2024*, World Migration Report. Disponible sur: <https://worldmigrationreport.iom.int/what-we-do/foreword/foreword> (Consulté le: 12 décembre 2025).

OMS (2023) *Éducation thérapeutique du patient: guide introductif*. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/publications/i/item/9789289060219> (Consulté le: 6 février 2026).

OMS (2024) *L'auto-prise en charge au service de la santé et du bien-être*. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being> (Consulté le: 6 février 2026).

OMS (2025a) *Déterminants sociaux de la santé*. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health> (Consulté le: 15 novembre 2025).

OMS (2025b) *Diabète*. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (Consulté le: 10 novembre 2025).

OMS (2025c) *Maladies non transmissibles*. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Consulté le: 10 novembre 2025).

Paduch, A. *et al.* (2017) « Psychosocial barriers to healthcare use among individuals with diabetes mellitus: A systematic review », *Primary Care Diabetes*, 11(6), p. 495-514. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2017.07.009>.

Peeters, B. *et al.* (2015) « Understanding medication adherence among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: a qualitative study », *Ethnicity & Health*, 20(1), p. 87-105. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/13557858.2014.890174>.

Perrin, C. (2025) « Le pouvoir des représentations et normes sociales dans les décisions et comportements humains ». [Support de cours].

Pinder, S. (2021) « Community action – a winning formula to defeat T2D? », *Health Awareness*, 28 octobre. Disponible sur: <https://www.healthawareness.co.uk/diabetes/community-action-a-winning-formula-to-defeat-t2d/> (Consulté le: 22 février 2026).

Riffi, A., Devroey, D. et Van De Vijver, E. (2012) « A comparison between Moroccan and Belgian type-2 diabetic patients », *Acta Clinica Belgica*, 67(4), p. 246-249. Disponible sur: <https://doi.org/10.2143/ACB.67.4.2062667>.

Savall, A. (2017) « Le diabète à l'épreuve du domestique : le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier », *Sciences sociales et santé*, 35(1), p. 5-30. Disponible sur: <https://doi.org/10.1684/sss.2017.0101>.

Schoonvaere, Q. (2014) « Belgique - Maroc 50 années de migration Étude démographique de la population d'origine marocaine en Belgique. Centre de recherche en démographie et sociétés, Université catholique de Louvain & Centre fédéral Migration/Myria ». Disponible sur: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.myria.be/files/Belgique-Maroc-50-annees.pdf> (Consulté le: 7 mai 2026).

Sciensano (2025) *Diabète, Vers une Belgique en bonne santé*. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/diabete> (Consulté le: 5 novembre 2025).

Six, S. *et al.* (2024) « Insights into cultural and compliance challenges in type 2 diabetes care: A qualitative study of Moroccan and Belgian patients in Belgium », *PloS One*, 19(11), p. e0310800. Disponible sur: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310800>.

Skalli, S., Hassikou, R. et Arahou, M. (2019) « An ethnobotanical survey of medicinal plants used for diabetes treatment in Rabat, Morocco », *Heliyon*, 5(3), p. e01421. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01421>.

SPF, J. (2026) *Nationalité | Service public fédéral Justice*. Disponible sur: https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/personnes_et_familles/nationalite (Consulté le: 12 février 2026).

StatBel (2025) *Migrations | Statbel*. Disponible sur: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mouvement-de-la-population/migrations> (Consulté le: 12 décembre 2025).

Umpierrez, G.E. et Ali, M.K. (2025) « Diabetes in migrant communities: a rising healthcare priority ». Disponible sur: <https://doi.org/10.1136/%20bmjdrc-2024-004698>.

Van Campenhoudt, M. (2021) *Pratiques et participation culturelles de la population d'origine étrangère de "première et deuxième générations" résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles : réflexions méthodologiques et résultats, OPC*. Disponible sur: <https://opc.cfwb.be/publications/etudes/> (Consulté le: 14 février 2026).

Vandenheede et Deboosere (2025) « Type 2 diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin. Arch Public Health. 2009 Nov 18;67(2):62–87. » Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/0778-7367-67-2-62>.

Vandenheede, H., Deboosere, P., Gadeyne, S., *et al.* (2012) « Les liens entre nationalité, antécédents de fertilité et mortalité liée au diabète : une étude de cohorte rétrospective dans la Région de Bruxelles-Capitale (2001-2005) », *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 34(1), p. 100-107. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr045>.

Vandenheede, H., Deboosere, P., Stirbu, I., *et al.* (2012) « Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change », *European Journal of Epidemiology*, 27(2), p. 109-117. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s10654-011-9638-6>.

Villani, M. *et al.* (2013) « Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : revue de littérature et illustration clinique », *Bulletin de psychologie*, 528(6), p. 477-487. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/bupsy.528.0477>.

Zehra, A. *et al.* (2025) « A Scoping Review on Community-based Diabetes Screening Interventions: Paving the Pathway to Early Care and Prevention of Diabetes », *Current Diabetes Reports*, 25(1), p. 51. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s11892-025-01605-2>.

Annexes

1. Guide d'entretien

Guide d'entretien mémoire - Audrey Tatsinkou

« Quelle est l'influence des déterminants socioculturels sur les comportements de santé et les pratiques d'autosoin des adultes d'origine maghrébine souffrant de diabète de type 2, dans une perspective de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique ? »

- Critères d'inclusion :

- Personnes adultes (>18 ans), hommes ou femmes
- Personnes d'origine maghrébine (Maroc, Algérie, Tunisie, Libye et Mauritanie), et appartenant à la première ou la deuxième génération issue de l'immigration
- Personnes diagnostiqué(e)s diabétiques de type 2

- Critères d'exclusion :

- Personnes atteintes du DT1
 - Personnes ne correspondant pas à l'origine définie par l'étude
 - Personnes ayant des difficultés cognitives
-

Bonjour,

Je m'appelle Audrey Tatsinkou, je suis étudiante en master en santé publique et je réalise mon mémoire sur la façon dont l'environnement social peut influencer la manière dont les personnes atteintes du diabète de type 2 prennent soin de leur santé.

Ma recherche vise à identifier et à comprendre les facteurs qui peuvent vous aider, ou au contraire rendre complexe votre prise en charge du diabète. Je m'intéresse aussi au rôle de la famille, de l'entourage, des professionnel.le.s de la santé dans votre suivi médical.

L'entretien sera mené de façon individuelle. Il s'agit d'une discussion ouverte dans laquelle vous pouvez exprimer librement votre expérience, vos ressentis, je suis à votre écoute.

Cela durera 30 à 60 minutes, vous pouvez faire une pause ou y mettre un terme quand vous le souhaitez.

Afin de faciliter l'analyse et de ne pas perdre d'informations importantes, m'autorisez-vous à enregistrer notre conversation ?

Je vous assure que votre anonymat et strictement confidentiel, que les informations recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche et seront supprimées à l'issue de ma recherche.

Avez-vous des questions ? Je vous remercie de votre participation, ma première question est la suivante :

1. Présentation

Questions principales	Questions de relances
- Pouvez-vous vous présenter ?	➤ Nom, prénom, âge, genre, origine, lieu de résidence, situation familiale ?
- Depuis combien de temps êtes-vous en Belgique ?	➤ Pouvez-vous me parler de votre parcours, depuis votre pays d'origine ? ➤ Dans quel pays êtes-vous né.e ? Et vos parents ?

2. Expérience du diabète

Questions principales	Questions de relances
- Pouvez-vous me raconter quand et comment vous avez découvert votre diabète ?	➤ Par qui ? Où ? ➤ Avez-vous d'autres personnes de votre famille ou de votre entourage qui souffrent du DT2 ?
- Comment avez-vous vécu cette annonce ?	➤ Et votre famille ?
- Pouvez-vous me décrire une journée type avec votre diabète du matin au soir ?	➤ Quel type de traitements prenez-vous ? Comment cela s'intègre-t-il dans votre quotidien ? Activité physique ? ➤ Utilisez-vous d'autres formes de traitements pour votre diabète? (traditionnels, naturels)
- Pouvez-vous me parler de vos habitudes de vie à l'étranger ou dans votre pays d'origine par exemple ?	➤ Qu'est ce qui change ?

3. Pratiques d'autosoin et adhésion thérapeutique

Questions principales	Questions de relances
-----------------------	-----------------------

- Pouvez-vous me parler des conseils que vous avez reçus des professionnel.le.s de la santé concernant votre diabète?	➤ Avez-vous des difficultés à comprendre ces conseils ? ➤ Comment utilisez-vous ces conseils dans votre vie quotidienne ? ➤ Est-ce qu'ils semblaient adaptés à votre manière de vivre ? (culturellement) ➤ Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour suivre ces recommandations ? ➤ Aviez-vous eu besoin d'un interprète ?
- Comment ces recommandations s'intègrent-elles dans vos habitudes de vie ?	➤ Quelles sont les habitudes les plus faciles à mettre en place ? ➤ Quelles sont les plus difficiles ?
- Qu'est-ce qui vous aide ou au contraire vous rend plus difficile la gestion votre diabète ?	➤ Pouvez-vous me donner des exemples concrets ? ➤ Avez-vous un soutien familial, amical, communautaire ?
- Comment votre environnement social influence votre manière de gérer votre diabète ?	➤ Manière de voir la maladie ➤ Niveau de l'alimentation
- Comment l'alimentation industrielle influence votre diabète ?	

4. Influence du contexte social et familial

Questions principales	Questions de relances
- Comment votre famille/entourage adapte ses habitudes de vie depuis votre diagnostic? - Quels habitudes avez-vous mis en place pour une meilleure gestion quotidienne ?	➤ Est-ce que votre diabète a eu une influence sur les habitudes alimentaires de votre famille / entourage? ➤ Des changements alimentaires ? ➤ Quelle organisation avez-vous avec vos repas ?
- Quel regard pensez-vous que les autres portent sur vous	➤ Celui-ci influence votre manière de prendre soin de votre santé ?

depuis votre diagnostic de diabète ?	
- Recevez-vous du soutien en dehors de votre cadre familial ?	➤ Via des professionnel.le.s de la santé/ Via des groupes d'entraides entre personnes diabétiques ? ou des voisins ? ➤ Et vous arrive-t-il d'être un aidant pour d'autres personnes de diabétiques ?
- Existe-t-il près de chez vous, des lieux où vous pouvez trouver des conseils et/ou du soutien pour votre santé ?	➤ Des lieux religieux, des lieux culturels, magasins? ➤ Ressentez-vous le besoin d'avoir ces types de lieux pour mieux gérer votre maladie ?
- Est-ce que vos pratiques culturelles ou religieuses influencent votre manière de gérer le diabète	➤ Quel impact a le jeûne/ramadan sur votre gestion du diabète ?

5. Dynamique intergénérationnelle

Questions principales	Questions de relances
- Avez-vous l'impression qu'il y a des différences entre les générations (première et deuxième) dans la manière de vivre avec le diabète ?	➤ Entre la génération de vos parents et la vôtre dans votre gestion de la maladie ?

6. Conclusion

Questions principales	Questions de relances
- Pensez-vous que nous avons abordé tous les aspects de votre maladie ?	➤ Voulez-vous encore dire l'une ou l'autre chose importante selon vous?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour la confiance que vous m'avez témoignée en partageant votre expérience. Votre témoignage est précieux.

2. Flyer

Recherche participant.e.s pour mon mémoire

Je m'appelle Audrey,
je travaille sur votre **prise en charge du diabète de type 2**
→ ce qui vous facilite ou complique le quotidien

Entretien d'environ
30 min



Vous participez si :

- ✓ Vous êtes **diabétique de type 2**
- ✓ Vous êtes d'origine **marocaine, algérienne, tunisienne, libyenne ou mauritanienne**
- ✓ Vous avez **plus de 18 ans**

Parlons de votre vécu, de vos habitudes de quotidiennes et de vos besoins, **sans jugement !**

Vous êtes intéressé ? ***Contactez-moi !***



Audrey.tatsinkou@
student.uclouvain.be



0466 38 22 08

Laissez moi votre ***contact via la QR code !***



Nos échanges resteront anonymes et confidentiels

Merci !

 UCLouvain

3. Avis favorable du comité d'éthique



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 25 mars 2026

A l'investigateur responsable :
Mme Audrey TATSINKOU
Aarschotsesteenweg 158
3300 Tienen

AVIS FAVORABLE DEFINITIF

Concerne : 2026/03MAR/113

Intitulé : L'influence des déterminants socioculturels sur les comportements en santé et sur l'autosoin des adultes maghrébins souffrant de diabète de type 2. Etude réalisée dans la région de Bruxelles-capitale

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents concernant cette étude, y compris les documents modifiés suite aux remarques :

- **Protocole :** V1.0 dd 02MARS2026
- **Résumé du protocole :** V reçue le 03MARS2026
- **Document d'information et de consentement :** V2 dd 19MARS2026
- **Guide d'entretien :** V reçue le 03MARS2026
- **Certificat d'assurance :** MS Amlin police LXX111372 dd 03MARS2026
- **Questionnaire RGPD :** V dd 03MARS2026
- **CV** Audrey Tatsinkou

En tant que comité d'éthique principal désigné par le promoteur (unique en Belgique), selon les directives de la loi du 07 mai 2004, nous donnons un avis favorable définitif à ce projet.

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et au promoteur qu'il est responsable de la conformité linguistique des formulaires d'information et de consentement.

Aucun participant ne peut être admis dans une expérimentation ou un essai clinique avant que le comité d'éthique (IRB/IEC) n'ait donné un avis écrit favorable au projet.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Le comité d'éthique principal déclare qu'il procède selon les directives ICH/GCP, les lois et règlements applicables, et ses propres procédures écrites.

Le comité d'éthique principal déclare qu'aucun de ses membres ayant une affiliation avec l'étude ou le sponsor n'a voté pour cette étude.

Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03 - 1200 Bruxelles
Tél. : 02/436.19.84 E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Comité d'Éthique Hospitolo-Facultaire

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Le comité d'éthique principal sera continuellement informé de tous les SUSAR et déviations liées à ce protocole et qui se sont produits en Belgique.

Le comité d'éthique sera également informé du statut de l'étude sur base continue (comme requis par les directives ICG-GCP 4.10.1).

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Pharm. C. VERBIST
Coordinatrice scientifique CEHF



Prof. B. BRICHARD
Présidente CEHF

	Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif	
CEHF-FORM-006-24.0		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 12/01/2026

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF)	
▪ Présidente ▪ Vice-présidente ▪ Secrétaire de séance plénière ▪ Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL ▪ Médecin Omnipraticien extérieur aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Ethicien ▪ Juristes ▪ Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) ▪ Psychologue ▪ Sociologue ▪ Pharmacien Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Méthodologiste ▪ Médecin Méthodologiste ▪ Collaboratrices Scientifiques ▪ Représentants Patients ▪ Représentant Volontaires Sains	▪ Bénédicte BRICHARD, Docteur en médecine ▪ Véronique DUVEILLER, Pharmacien hospitalier ▪ Isabelle SCHEERS, Docteur en médecine ▪ Martine BERLIERE^s ▪ Yves HORSMANS^s ▪ Luc ROEGIER^s ▪ Christiane VERMYLEN ▪ Anne MOURIN ▪ Jean-Marie MALOTEAUX^s ▪ Tchilalo BOUKPESSI ▪ Nada KANAAN^s ▪ Pierre COULIE^s ▪ Ivan BORBATH^s ▪ Dominique LAMY^s ▪ Olivier BERNARD ▪ Eric GAZIAUX^s ▪ Alain LOUTE ▪ Geneviève SCHAMPS^s ▪ Emmanuelle VAN HELLEPUTTE ▪ Cécile COUPEZ ▪ Oknam MICHOTTE^s ▪ Özlem ALTINTAS ▪ Nicolas VERMEULEN^s ▪ Olivier SCHMITZ ▪ Séverine HALLEUX ▪ Niko SPEYBROECK^s ▪ Marie-Laurence LAMBERT ▪ Noemi VAN HUL^s, PhD ▪ Anne GABRIEL^s, PhD ▪ Pascale de PIERPONT, Pharmacien hospitalier ▪ Catherine VERBIST^s, Pharmacien hospitalier ▪ Luc DUVEILLER^s/Aurélien CARLIER^s ▪ Stéphanie CHAPUT^s

imprimé le 12 Mar 2026 13:20

Page 1 de 1

^s : membre suppléant

4. Assurance responsabilité sans faute



ATTESTATION D'ASSURANCE

POLICE LXX111372

MS AMLIN INSURANCE SE, établie à 1030 Bruxelles, Bd. du Roi Albert II n° 37, atteste par la présente que les garanties du présent contrat sont acquises à

Université Catholique de Louvain
Place de l'Université 1
1348 Louvain-La-Neuve

Responsabilité assurée

La responsabilité civile légale même sans faute du fait de l'organisation d'expérimentations sur la personne humaine.

Expérimentation assurée

- Titre de l'étude : L'influence des déterminants socioculturels sur les comportements en santé et sur l'autosoin des adultes maghrébins souffrant de diabète de type2
- Promoteur : Tatsinkou Nzouebon Audrey
- Nombre de participants en Belgique : 15
- Monocentrique : ☒
- Multi-centrique : ☐
- Liste des différents sites :
- Durée : 03/03/2026 au 30/09/2026

☒ Classe 1.A

Etudes de cohortes (type prospectif ou rétrospectif) : simple observation clinique (volontaires sains). Observation clinique de patients capables de donner leur consentement. Questionnaire à compléter par des patients. Etudes sur échantillon : urines, salives, sécrétions diverses, sauf lorsque l'obtention de l'échantillon fait partie de l'expérimentation et nécessite des actes autres que le simple prélèvement externe. Expérimentation avec prise de sang par veine périphérique lorsque cette prise de sang aurait de toute façon dû être effectuée.

☐ Classe 1.B

Observation clinique de personnes incapables de donner leur consentement. Examen clinique simple sans aucune manœuvre thérapeutique. Investigation non invasive permise : échographie, électroencéphalogramme, électrocardiogramme, radiographie standard ou CT-Scanner sans contraste. Test à l'effort sous-maximal sans plus sur des volontaires ou des patients en l'absence de risques connus ischémie coronaire au cours d'un test.

MS Amlin Insurance SE | Boulevard Roi Albert II 37, 1030 Bruxelles | Tel +32 (0)2 894 70 00 | www.msamlin.com

Assureur agréé par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 3092

RPM Bruxelles – TVA BE0644 921 425 - Banque : IBAN BE77 2100 0008 6342 - BIC GEBABEBB



Montant assuré

2.500.000 € par sinistre et par expérimentation, pour tous dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus.

L'assurance est conforme à la loi belge du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Fait à LLN , le 3 mars 2026

Pour la compagnie,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Olivier Brisaer'.

Olivier Brisaer
Underwriting Liability

5. Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PARTICIPANT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)), déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à « Influence des déterminants socioculturels sur les comportements de santé et l'autosoin des adultes d'origine maghrébine vivant avec un diabète de type 2 en Belgique »
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
 - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
 - les réglementations européennes et belges en vigueur (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018 et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée).
7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.
8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....

Nom, prénom et Signature

du (de la) participant(e)

...../...../20.....

Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) participant(e) mentionné(e) ci-dessus.

.....

Signature de la personne qui procure l'information

...../...../20.....

Date (jour/mois/année)

6. Arbre thématique synthétisé

