

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- La gestion du diabète de type 2 sous une perspective de genre en santé : exploration des expériences et représentations des femmes face aux recommandations nutritionnelles.

Auteur : Dubuffet, Alyssia

Promoteur(s) : Ouafik, Maxence; Fournier, Alix

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24106>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

La gestion du diabète de type 2 sous une perspective de
genre en santé : exploration des expériences et
représentations des femmes face aux
recommandations diététiques.

Mémoire présenté par : **Alyssia DUBUFFET S2305241**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Science de la Santé publique

Année académique : 2024-2025

La gestion du diabète de type 2 sous une perspective de
genre en santé : exploration des expériences et
représentations des femmes face aux
recommandations diététiques.

Mémoire présenté par : **Alyssia DUBUFFET S2305241**
En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Science de la Santé publique
Année académique : 2024-2025

Promoteurs : **Dr Maxence OUAFIK et Alix FOURNIER**

Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier sincèrement mes deux promoteurs, Dr Maxence Ouafik et Alix Fournier, pour leur accompagnement tout au long de ce travail. Merci pour votre disponibilité, vos conseils et votre bienveillance. J'ai énormément appris grâce à vos retours, nos échanges, et les workshops que vous avez proposés. Je mesure pleinement l'importance d'un bon encadrement pour un travail de cette ampleur et je me considère particulièrement chanceuse d'avoir pu compter sur vous.

Je remercie également Madame Mafiamba, qui m'a permis de prendre contact avec les patientes au CHU de Liège et a grandement facilité l'avancée concrète de cette étude. Un grand merci à l'équipe diététique de la Clinique André Renard, pour avoir accepté de relayer mon flyer et pour leur soutien dans le recrutement. Merci aussi à l'UPDLF d'avoir diffusé mon appel à participation auprès des diététiciens, et à tous les professionnels qui ont bien voulu relayer l'information autour d'eux.

Enfin, je remercie du fond du cœur ma famille, mes amis, en particulier Alessio pour son aide lors de la réalisation de ce mémoire, ainsi que toutes les personnes de mon entourage pour leur soutien, leurs encouragements et leur écoute tout au long de ces mois. Leur présence m'a vraiment portée. Une mention toute particulière à ma grande sœur Sarah, que j'admire profondément et auprès de qui est née l'envie de mener cette recherche. C'est aussi grâce à elle que ce projet a pris tout son sens.

Résumé

Introduction

Le diabète de type 2 est un enjeu croissant de santé publique, touchant plus de 537 millions de personnes dans le monde en 2021. En Belgique, la prévalence atteint 7,1 %, avec un impact économique majeur, principalement dû aux complications. L'alimentation constitue un levier essentiel dans la gestion du diabète. Cependant, l'adhésion aux recommandations diététiques ne peut être pensée hors des contextes sociaux, notamment genrés, qui influencent les comportements alimentaires, en particulier chez les femmes.

Matériel et méthodes

Cette recherche qualitative exploratoire repose sur des entretiens semi-directifs menés auprès de femmes francophones atteintes de diabète de type 2, vivant en Belgique. L'échantillonnage raisonné visait à capter une diversité de profils jusqu'à saturation des données. L'analyse thématique inductive a permis de faire émerger les dynamiques sociales, corporelles et émotionnelles orientées par les normes de genre, qui façonnent l'adhésion des femmes aux recommandations diététiques.

Résultats

Quatre thèmes majeurs ressortent de l'analyse : le premier thème, « *Corps féminins face aux épreuves somatiques et à la charge d'adaptation* ». Le second, « *Un corps à surveiller : le poids des apparences* ». Le troisième thème, « *Prendre soin des autres avant soi : la santé des femmes reléguée au second plan* ». Enfin, « *Alimentation sous pression : entre bien-être, normes diététiques et refuge émotionnel* ».

Conclusion

Pour une prise en charge plus juste et efficace, il est nécessaire de dépasser les approches biomédicales standardisées et de reconnaître les contraintes sociales vécues. Une posture de soin plus sensible au genre, inclusive et participative est essentielle pour renforcer l'adhésion thérapeutique et promouvoir une santé publique plus équitable.

Mots-clés

Diabète de type 2, femmes, genre, alimentation, santé publique, recommandations diététiques.

Abstract

Introduction

Type 2 diabetes is an increasingly serious public health issue. Back in 2021, the disease affected approximately 537 million people worldwide. In Belgium, Type 2 diabetes touches 7.1% of the population and has major economic impacts, which are mainly due to health complications.

Materials and Methods

This exploratory qualitative research is based on semi-structured interviews which gather the testimonies of Belgian French-speaking women suffering from type 2 diabetes. The sampling aimed to capture a diversity of profiles allowing data saturation. This bottom-up research identified several types of dynamics including social, physical and emotional aspects. These aspects were all shaped by gender norms that influenced women's adherence to dietary recommendations.

Results

The analysis enabled to highlight four main topics: Firstly, *Female bodies facing somatic challenges and the burden of adaptation*. Secondly, *A body to be monitored: the weight of appearances*. Thirdly, *Caring for others first: women's health relegated to the background*. Finally, *Eating under pressure: between well-being, dietary norms, and emotional refuge*.

Conclusion

The use of a gender perspective enables to better understand the obstacles faced by women in dealing with diabetes. For a fairer and more effective healthcare, it is necessary to go beyond standardized biomedical approaches and acknowledge the experienced social constraints. A gender-sensitive, inclusive, and participatory healthcare approach is essential to strengthen therapeutic adherence and promote more equitable public health services.

Keywords

Type 2 diabetes, women, gender, nutrition, public health, dietary recommendations.

Table des matières

1. Préambule	1
2. Introduction.....	1
2.1. Le diabète de type 2 comme enjeu de santé publique.....	1
2.2. L'intérêt de considérer la dimension sociale et genrée	3
2.3. Les femmes diabétiques de type 2 comme choix d'étude	5
2.4. Cadre théorique mobilisé	7
3. Question de recherche et objectifs	9
3.1. Question de recherche	9
3.2. Objectifs	9
4. Matériel et méthodes	10
4.1. Type d'étude	10
4.2. Population étudiée, méthode d'échantillonnage et recrutement.....	10
4.3. Outil et organisation de la collecte des données.....	11
4.3.1. Le guide d'entretien	11
4.3.2. Confidentialités des données	12
4.4. Traitement des données et méthode d'analyse	12
4.5. Comités d'éthique et programme de l'étude	13
5. Analyse des résultats	13
5.1. Présentation de l'échantillon.....	13

5.2. Analyse thématique	14
5.3. Carte qualitative des parcours alimentaires féminins	22
6. Discussion et perspective.....	22
6.1. Discussion	22
6.2. Biais, forces et limites de l'étude	33
6.3. Perspective	34
7. Conclusion	34
8. Bibliographie.....	36
Annexes.....	46

Engagement de non plagiat.

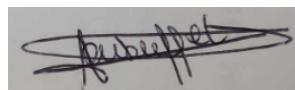
Je soussigné(e) NOM Prénom : DUBUFFET Alyssia

Matricule étudiant : s2305241

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 15/08/2025

Signature



1. Préambule

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité de mon parcours en diététique qui m'a sensibilisée à l'importance de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques, notamment le diabète de type 2. Une mauvaise gestion de cette maladie peut entraîner de lourdes complications et impacter la qualité de vie du patient. Sa prise en charge repose essentiellement sur des changements de mode de vie nécessitant une implication active et durable du patient ou de la patiente. Apprendre à vivre avec le diabète implique des ajustements quotidiens en matière d'alimentation, d'activité physique et de suivi médical.

Cette réflexion m'a poussée à approfondir mes études en santé publique avec un intérêt particulier pour les inégalités sociales de santé. En effet, au-delà des facteurs médicaux, les dimensions sociales et culturelles influencent fortement la manière dont les individus adoptent ou non les recommandations de santé. Cet enjeu est particulièrement pertinent lorsqu'on s'intéresse à la santé des femmes. C'est pour cela que je souhaite mettre en lumière comment les normes de genre et les attentes sociales associées au fait d'être une femme façonnent leurs comportements alimentaires ainsi que leur rapport aux recommandations diététiques dans le cadre de leur diabète de type 2.

C'est dans cette optique que j'ai choisi de m'orienter vers l'option « Promotion de la santé », où nous avons exploré les inégalités sociales de santé et souligné l'importance du rôle de la personne soignée en tant qu'actrice et partenaire des soignants. Ce mémoire a pour ambition de mieux comprendre le quotidien et les besoins des femmes afin de favoriser des approches plus inclusives et d'enrichir les connaissances sur la santé des femmes.

2. Introduction

2.1. Le diabète de type 2 comme enjeu de santé publique

Depuis plusieurs années, le nombre de personnes atteintes de diabète ne cesse de croître dans le monde. Considéré comme une épidémie globale, L'Atlas du diabète de la IDF (International Diabetes Federation) estimait que 10,5 % de la population adulte âgée de 20 à 79 ans était atteinte de diabète en 2021, soit environ 537 millions de personnes (1). Parmi elles, près de la moitié ignorait être concernée par la maladie (1). Les prévisions de la IDF montrent qu'un

adulte sur huit, soit environ 783 millions de personnes, souffrira de diabète d'ici 2045, soit une augmentation de 46 % (1). Ces données soulignent que le problème du diabète est un problème d'actualité et qu'il restera un défi pour les années à venir.

Parmi les personnes atteintes de diabète, 90 % souffrent de diabète de type 2, causé par des facteurs génétiques, une alimentation déséquilibrée, un mode de vie sédentaire, la modernisation et le vieillissement (2,3). Le diabète de type 2 cause une morbidité prolongée et à une mortalité plus élevée (4). Les personnes atteintes de cette maladie sont exposées à un risque beaucoup plus grand de souffrir de complications microvasculaires et macrovasculaires, telles que la neuropathie périphérique, la néphropathie, les troubles ophtalmiques et les maladies cardiovasculaires (4). Ces complications causées par le diabète de type 2 représentent un coût important pour la société et pourraient s'aggraver dans le futur. Par exemple, en Belgique, l'Agence Intermutualiste, estime à 810 000 la prévalence de Belges diagnostiqués diabétiques en 2022, cette prévalence augmente selon l'âge et est plus élevée chez les hommes à partir de 45 ans (5). En 10 ans, le taux de patients souffrant de diabète en Belgique est passé de 5,6% en 2012 à 7,1% en 2022 avec une estimation à 10% si l'on comprend les personnes non diagnostiquées (5).

Au total, les coûts médicaux liés au diabète pour le système de sécurité sociale belge s'élèvent à 5,82 milliards d'euros en 2018 (6). Une grande partie de ce budget est lié à la gestion des complications du diabète, alors que seuls 6% des dépenses sont destinées au traitement contre le diabète même (6).

Tant pour prévenir la maladie que pour éviter ses complications, l'alimentation constitue un pilier central dans la gestion du diabète de type 2. Qu'il s'agisse de modèles alimentaires spécifiques, comme le régime méditerranéen, les régimes à faible index glycémique ou riches en fibres, de nombreuses études démontrent qu'une alimentation adaptée permet de réduire la résistance à l'insuline, de favoriser une perte de poids et d'améliorer la régulation de la glycémie, autant d'effets favorables pour la réduction des complications associées au diabète (7). Ainsi, dans une perspective de santé publique, favoriser une meilleure adhésion aux recommandations diététiques constitue un enjeu majeur où l'alimentation thérapeutique s'inscrit aussi dans une approche plus globale visant à prévenir les complications et à réduire les coûts associés à la prise en charge du diabète de type 2.

Dans le cadre de cette étude, nous comprendrons les « recommandations diététiques », comme les conseils alimentaires reçus par les patientes de la part d'un diabétologue, d'un diététicien, d'un médecin, d'un infirmier ou encore d'un nutritionniste. Les expériences avec les recommandations diététiques antérieures à la découverte du diabète seront également explorées afin de s'intégrer pleinement dans l'expérience des patientes avec ces recommandations.

2.2. L'intérêt de considérer la dimension sociale et genrée

Les recommandations diététiques étant au cœur de la prise en charge du diabète de type 2, leur adhésion par les patients ne peut être pensée indépendamment de leur contexte de vie et des déterminants sociaux de la santé qui influencent l'adhésion de l'individu aux conseils médicaux et donc aux recommandations alimentaires (8). Dans ce cadre, une attention particulière portée aux rapports sociaux de genre permet d'éclairer certaines inégalités qui traversent les parcours de soin et les comportements alimentaires.

Tout d'abord, pour faciliter la compréhension de ce travail, il convient de préciser la différence entre « genre » et « sexe ». Le genre et le sexe sont souvent utilisés de façon interchangeable, or il ne s'agit pas de synonymes. Dans le cadre de ce travail, le genre se réfère aux rôles, comportements et expressions socialement attribués pour les hommes, femmes, les filles ou les garçons (9). En revanche, le sexe, fait référence à un ensemble d'attributs biologiques, notamment les chromosomes, l'expression génique et l'anatomie du système reproducteur, souvent décrit de manière binaire en tant que "femelle" ou "male", bien qu'il existe parfois des variations dans ces attributs (9).

Cette manière de différencier genre est sexe est utilisée dans ce mémoire car elle permet de dénaturaliser les différences entre femmes et hommes et de penser les inégalités de santé comme le produit d'une socialisation fabriquée (10). Elle s'inscrit dans une perspective théorique qui considère que les rôles genrés ne sont pas innés, mais produits par la socialisation, comme l'ont souligné des autrices comme Joan Scott (10). En effet, comme le formule Joan Scott, citée par Détrez : « le genre est un élément constitutif des relations sociales fondé sur des différences perçues entre les sexes, et une façon première de signifier des rapports de pouvoir » (10). Cette approche éclaire la manière dont les normes genrées

traversent les institutions, influencent les comportements de santé, les pratiques de soin, et structurent l'expérience des femmes face à la maladie.

Toutefois, cette distinction entre sexe (biologique) et genre (social) ne constitue qu'une des façons d'envisager ces notions. En sociologie, d'autres approches existent. Certaines comme celle de Christine Delphy, considèrent le sexe lui-même comme une catégorie sociale, à travers l'analyse des rapports sociaux de sexe (10). D'autres, comme Anne Fausto-Sterling, interrogent la construction même de la binarité biologique, en montrant comment les critères biologiques sont eux aussi interprétés à travers des normes sociales (10).

Dans cette étude, nous pouvons dès lors considérer les normes de genre comme des normes sociales qui déterminent les comportements considérés comme acceptables et appropriés pour les femmes, les hommes, les filles ou les garçons dans un groupe ou une société spécifique (9,11). Elles sont ancrées dans des institutions formelles et informelles, ainsi que dans les mentalités, et se perpétuent à travers les interactions sociales (11). Cette approche permet alors de penser le genre comme une catégorie d'analyse, à l'instar de la classe, de la race ou de l'âge, en tant que rapport de pouvoir structurant les relations sociales qui contribuent à l'accès inégal des femmes et des hommes aux ressources et aux libertés, affectant ainsi leur pouvoir et leur estime de soi (10–12).

Ainsi, penser les inégalités liées au genre représente une préoccupation importante pour l'équité en santé. En effet, le genre, en tant que variable sociale, joue un rôle aussi crucial que le sexe biologique dans la santé humaine, influençant les comportements des communautés, des soignants et des patients (13). Par exemple, les rôles de genre définissent les normes comportementales attribuées aux hommes et aux femmes dans la société comme leurs responsabilités familiales et professionnelles, façonnant ainsi leurs actions, leurs attentes et leurs expériences quotidiennes, y compris en matière d'alimentation, de perception du stress, de tabagisme et d'activité physique (13). Ces aspects ont un impact direct sur la santé et la prédisposition aux maladies. Comme l'affirment l'historienne Muriel Salle et la neurobiologiste Catherine Vidal, dans leur ouvrage sur les disparités de santé entre les sexes, les représentations liées au genre, associant par exemple la féminité à la fragilité, à la sensibilité ou à l'expressivité et la masculinité à la virilité ou à la prise de risque influencent la manière

dont les individus expriment leurs symptômes, leur rapport au corps et leur recours aux soins (14).

Malgré la reconnaissance croissante de l'influence du sexe et du genre dans les complications et les traitements du diabète, ces dimensions restent encore largement sous-explorées dans les recherches scientifiques actuelles (15). Une étude ayant examiné 155 articles publiés en 2015 montre que, même si le sexe des participants est souvent mentionné, seuls 6,5 % des travaux présentent des résultats distincts pour les hommes et les femmes, et moins de 1 % abordent vraiment les questions de genre dans leur analyse (15). Cela souligne l'insuffisante considération du genre comme facteur structurant dans les études sur le diabète, alors même qu'il est essentiel pour mieux comprendre les comportements de santé (8,15). Cette absence justifie pleinement la nécessité d'approches qualitatives centrées sur les expériences vécues, comme celle proposée ici.

2.3. Les femmes diabétiques de type 2 comme choix d'étude

Avant même d'envisager les dimensions sociales et genrées du diabète, le choix de se concentrer exclusivement sur des femmes dans cette étude s'est également imposé pour des raisons de faisabilité. Il aurait également été tout à fait pertinent d'étudier comment les normes de genre façonnent le rapport des hommes au diabète et à l'alimentation. Cependant, dans le cadre limité de ce mémoire, il a semblé plus cohérent de se focaliser sur un seul groupe afin de permettre une analyse plus approfondie des vécus.

Le choix spécifique de s'intéresser aux femmes atteintes de diabète de type 2 repose sur un ensemble de constats. De nombreuses recherches ont mis en évidence des différences importantes entre les hommes et les femmes dans la façon dont le diabète se manifeste, est pris en charge et vécu au quotidien. Par exemple, les femmes présentent un risque relatif plus élevé de maladies cardiovasculaires et de mortalité liées au diabète que les hommes, tout en étant moins susceptibles de bénéficier de traitements optimaux ou de stratégies de réduction du risque (16). De plus, le stress psychosocial, aggravé par les rôles assignés aux femmes, les rapports de genre et la charge mentale, a également un impact plus fort sur leur santé cardiométabolique et influence la façon dont elles gèrent leur diabète (16,17). En effet, les femmes rapportent souvent un plus grand niveau d'anxiété, de stress social et de solitude dans

la gestion de leur maladie, comparativement aux hommes (16,18). Elles sont aussi moins satisfaites de leur traitement et ont un sentiment de bien-être global plus faible (16).

Aussi, les femmes sont exposées à des variations hormonales tout au long de leur vie, ce qui impacte leur risque de maladie cardiovasculaire (16,17). De plus, l'hyperglycémie postprandiale augmente plus fortement avec l'âge chez les femmes, ce qui conduit à une prévalence plus élevée de diabète non diagnostiqué après 60 ans, et de diabète total après 70 ans (16). Et pourtant, en parallèle, les recommandations médicales actuelles ne tiennent pas compte des spécificités liées au sexe et au genre, alors que ces facteurs influencent fortement la santé (15,16).

Ces constats soulignent l'existence de spécificités dans la façon de vivre la santé chez les femmes. Le fait que ces différences soient peu prises en compte dans les pratiques médicales actuelles met en lumière un manque de reconnaissance, ou de connaissances, sur les besoins réels des femmes dans une médecine encore largement centrée sur un modèle masculin (19).

Effectivement, les sciences biomédicales, considérées comme neutres et objectives ont du mal à reconnaître que ces savoirs sont également situés et influencés par ceux qu'ils les produisent, à savoir historiquement en occident, des hommes blancs (20). C'est pour cela que nous pourrions qualifier la médecine comme « androcentrée », qui désigne une manière de penser où le monde est interprété uniquement à partir du point de vue des hommes, ce qui implique l'apparition de biais sexistes dans les sciences (19). Les recherches de la philosophe et biologiste Evelyn Fox Keller sur la biologie de la reproduction en sont un bon exemple (21).

Depuis l'Antiquité, nous pouvons percevoir que les vécus féminins, leurs comportements et leurs rôles dans la société sont expliqués par la biologie, comme l'indique la théorie du déterminisme biologique (19,22). Comme le montre Elinor Cleghorn dans son essai « Unwell Women », les femmes ont longtemps été considérées comme gouvernées par leur utérus, soumises à des pathologies liées à leur sexualité, à la maternité ou à leur règle les empêchant de faire des études et de penser leur vie en dehors du rôle de mère (23). La médecine a ainsi joué un rôle actif dans la normalisation sociale des rôles genrés (23). Ainsi, le passé historique de la considération des femmes en médecines éclaire encore aujourd'hui de nombreux angles morts dans la recherche biomédicale contemporaine, notamment dans la sous-représentation

des femmes dans les essais cliniques et la difficulté à intégrer les variations hormonales et sociales propres aux trajectoires féminines dans les protocoles de soins (24).

Au-delà de ces constats, des études ont montré que les femmes étaient enclines à apporter plus d'attention à l'alimentation lors de l'autogestion du diabète (25,26). Si hommes et femmes rencontrent des difficultés à suivre les recommandations diététiques, les femmes ressentent des difficultés plus marquées et émotionnellement chargées (25). Par exemple, certaines parlent d'un sentiment de perte ou de deuil alimentaire, lié à la privation stricte d'aliment jugé malsain, mais qu'elles appréciaient particulièrement (25,27). En comparaison, les hommes adoptent plus souvent une forme de modération au niveau de l'alimentation que de restriction stricte (25). Cette relation des femmes à la nourriture peut être façonnée par des exigences sociales autour de la minceur, du contrôle de soi et du souci des autres, qui peuvent influencer leur rapport alimentaire même dans le cadre de l'autogestion du diabète (25). Cette tension crée une relation ambivalente avec l'alimentation, parfois marquée par des excès ou un contrôle excessif (25).

À la lumière de ces éléments, les recommandations diététiques ne s'adressent pas à des individus neutres, mais à des femmes prises dans un système social où elles doivent composer avec des responsabilités, des représentations et des contraintes souvent invisibles. Dans une perspective de santé publique, cela implique de dépasser les approches standardisées, pour mieux saisir la diversité des vécus et les obstacles, souvent silencieux, qui façonnent l'adhésion aux recommandations.

En allant à la rencontre de femmes vivant avec un diabète de type 2, il s'agit de comprendre et d'approfondir comment, au quotidien, elles composent avec les attentes médicales, les injonctions sociales, leurs propres désirs et leurs contraintes personnelles. Entre contrôle, mais aussi adaptation et négociation, comment parviennent-elles à donner du sens à leur alimentation ? À travers leurs récits, cette recherche propose d'entrer au cœur de leur expérience, là où les tensions se jouent.

2.4. Cadre théorique mobilisé

Dans le champ de la santé, penser une approche relationnelle du genre permet de dépasser les interprétations fondées sur des oppositions binaires et biologiques, il ne s'agit donc pas de

comparer les femmes et les hommes comme l'avance la pensée catégorique qui oppose les « rôles masculins » et « féminins » (28). Sous la perspective relationnelle, le genre est considéré comme une relation complexe, dynamique et située dans une structure multidimensionnelle qui se déploie à travers des relations économiques, symboliques, affectives et de pouvoir, opérant aux niveaux individuel, interpersonnel, institutionnel et sociétal (28). Autrement dit, le genre n'est pas quelque chose qu'on "a", mais quelque chose qui se fait, qui s'exerce, qui se rejoue sans cesse dans des pratiques sociales concrètes (dans la famille, au travail, dans le soin, dans l'espace public...) et qui influence notre rapport à la santé (28).

Appliquer cette grille de lecture à la gestion du diabète de type 2, c'est reconnaître que les comportements alimentaires des femmes ne peuvent être analysés indépendamment des rapports sociaux et des normes de genre dans lesquels elles évoluent. Cela implique de ne pas analyser uniquement les comportements individuels, mais de s'intéresser aux conditions sociales dans lesquelles ces comportements prennent sens (28). Dans le cadre de mon mémoire, il s'agit d'interroger non seulement ce que les femmes mangent ou ne mangent pas, mais comment elles vivent ces choix alimentaires.

Certaines recherches mettent en lumière le fait que les rôles sociaux féminins et masculins influencent différemment la manière dont les individus vivent et gèrent leur diabète, avec des effets parfois positifs, parfois contraignants (16). La préparation des repas, par exemple, associé au rôle féminin, crée une tension entre les recommandations diététiques souvent centrées sur des choix individuels et les réalités collectives, sociales et genrées du quotidien (29). Là où nous pourrions penser que les femmes ont le contrôle sur ce qu'elles préparent, et par conséquent, ce qu'elles mangent, on constate un sens du sacrifice où les besoins ou envies alimentaires des autres membres du foyer sont priorisés (29). Dans le cas du diabète chez les femmes cette priorisation des besoins d'autrui peut se traduire par une moindre disponibilité de temps pour s'occuper de sa propre santé, ou encore par une difficulté à faire valoir ses besoins nutritionnels dans un cadre familial.

Dans cette perspective, adopter une approche de genre ne signifie pas nier le rôle du corps. Au contraire, elle propose une vision intégrée du biologique et du social (28,30). Il existe une codétermination entre les processus corporels et les structures sociales (30). Par exemple, comme mentionné précédemment, le stress psychosocial, aggravé par les rôles assignés aux

femmes, les rapports de genre et la charge mentale, a un impact sur leur santé cardiométabolique (16). De même, le niveau de soutien dont bénéficient les femmes dans l'écoute face aux inconforts liés à la ménopause peut transformer profondément les soins et la qualité de vie (31).

Ainsi, dans mon étude, je traite le genre comme une dimension structurant les expériences vécues par les femmes. Cela signifie qu'on ne peut réduire les difficultés d'adhésion aux recommandations diététiques à un « manque de volonté ». Ces difficultés doivent être comprises comme le produit d'un ensemble d'attentes sociales et de rôles genrés qui influencent profondément la manière dont nous prenons soin des femmes et la façon dont les femmes peuvent ou ne peuvent pas prendre soin d'elles-mêmes.

3. Question de recherche et objectifs

3.1. Question de recherche

« Comment les attentes sociales et les rôles assignés aux femmes façonnent-ils leur adhésion aux recommandations diététiques dans la gestion du diabète de type 2 ? »

3.2. Objectifs

L'étude se concentre sur les normes et attentes sociales associées au fait d'être une femme, et sur la manière dont ces éléments façonnent leurs comportements alimentaires ainsi que leurs expériences face aux recommandations dans le cadre de la gestion de leur diabète de type 2.

Cette recherche ne vise pas à comparer hommes et femmes. En me concentrant uniquement sur les femmes, je cherche à mieux comprendre comment leur position sociale, leur vécu corporel et les attentes qui les entourent influencent leur manière de vivre avec le diabète et de gérer leur alimentation.

Plus spécifiquement, cette étude explore les motivations qui soutiennent l'adhésion aux recommandations diététiques, les obstacles rencontrés, ainsi que les perceptions et attitudes que les femmes développent à leur égard. Enfin, cette étude permet d'éclairer les enjeux spécifiques auxquels elles sont confrontées et vise à nourrir une réflexion en santé publique plus attentive aux réalités sociales genrées des parcours de soins, afin de promouvoir des accompagnements plus équitables, durables et humains.

4. Matériel et méthodes

4.1. Type d'étude

Le design retenu pour cette recherche est une étude qualitative exploratoire visant à comprendre comment les femmes vivant avec un diabète de type 2 perçoivent et vivent les recommandations diététiques qui leur sont adressées. Cette approche permet d'accéder à la richesse de leurs récits, en mettant l'accent sur leurs ressentis, les défis rencontrés, ainsi que les motivations personnelles et sociales qui influencent leur adhésion.

Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs, offrant un cadre souple favorisant l'expression libre des participantes tout en garantissant une cohérence dans les thématiques abordées.

Ce travail mobilise une analyse thématique inductive. L'objectif est d'explorer, à partir des récits de chaque participante, les dynamiques sociales, corporelles et émotionnelles qui façonnent les comportements alimentaires dans une perspective de genre en santé. Cette recherche s'inscrit dans une posture réflexive, attentive à l'expérience vécue et aux rapports sociaux qui la traversent.

4.2. Population étudiée, méthode d'échantillonnage et recrutement

La population cible est composée de femmes adultes souffrant de diabète de type 2. Les critères d'inclusion précisent que les participantes doivent être majeures, francophones, diagnostiquées diabétiques de type 2 par un médecin, résider en Belgique et avoir donné leur consentement éclairé après explications orales et signature du formulaire d'information.

L'échantillonnage a été réalisé par choix raisonné en visant la saturation des données. Le recrutement s'est effectué par plusieurs canaux : contact direct avec des patientes dans la salle d'attente du service de diabétologie du CHU de Liège (avec autorisation du chef de service), relai d'informations et de flyers par les services de diabétologie et diététique de la Clinique André Renard (voir annexe 1), diffusion d'une annonce par l'Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française et implication active de deux diététiciennes auprès de leur patientèle.

Un message a également été publié sur les réseaux sociaux afin d'élargir le public et de miser sur le bouche-à-oreille. Les candidates intéressées étaient ensuite contactées par téléphone ou par email pour vérifier les critères d'inclusion, fournir plus de détails sur l'étude et s'assurer qu'elles comprenaient bien les modalités. Celles qui confirmaient leur participation signaient un consentement formel avant d'être invitée à prendre part à l'entretien.

4.3. Outil et organisation de la collecte des données

4.3.1. Le guide d'entretien

Les thèmes abordés pendant les entretiens semi-directifs se concentrent sur la manière dont les candidates perçoivent les recommandations diététiques et les appliquent au quotidien dans le cadre de leur diabète de type 2. Les thèmes qui sont également abordés explorent leur contexte de vie, leurs motivations, leurs relations avec les professionnels de santé, ainsi que les obstacles et stratégies liés à l'adhésion aux recommandations diététiques.

Mon guide d'entretien, disponible à l'annexe 2, comprend des questions visant à faire transparaître les dynamiques et normes de genre de façon implicite lorsque les candidates évoquent leur quotidien, que ce soit à travers la répartition des tâches domestiques, les responsabilités familiales, l'organisation liée à l'alimentation, ou encore dans les attentes sociales pesant sur leur rapport à la santé. Ainsi, en posant des questions ouvertes sur des aspects tels que l'organisation des repas, la gestion des responsabilités familiales, les obstacles rencontrés dans l'adhésion aux recommandations diététiques ou encore les pressions ressenties, je crée un cadre propice à l'émergence spontanée de ces dynamiques de genre.

C'est pourquoi l'entretien semi-directif utilisé dans le cadre de cette recherche qualitative offre la flexibilité nécessaire pour aborder une variété de thèmes tout en permettant aux participantes de s'exprimer librement et ainsi garantir une compréhension plus nuancée et ancrée dans la réalité des femmes, tout en évitant un questionnement trop direct qui risquerait d'induire des réponses artificielles ou surinterprétées.

Enfin, les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participantes pour permettre une retranscription fidèle des données. Les entretiens se sont déroulés dans un environnement privé et calme et ont duré approximativement une heure.

4.3.2. Confidentialités des données

Dans le cadre de ce travail, toutes les mesures nécessaires ont été mises en place pour garantir la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Seules les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs poursuivis ont été recueillies.

Les données collectées sont de type qualitatif, basées sur le récit des expériences des patientes et ont été enregistrées sur un enregistreur vocal non connecté. Les enregistrements ont ensuite été transférés sur un ordinateur sécurisé pour la retranscription. Les enregistrements audios ont été supprimés immédiatement après leur retranscription.

Les transcriptions initialement réalisées sous format Word ont ensuite été transférées dans le logiciel QualCoder version 3.6, les fichiers Word ont ensuite été supprimés. Les données codées seront conservées localement sur un ordinateur fixe sécurisé pendant une durée de trois ans. À l'issue de cette période, la liste des codes sera définitivement supprimée.

Pour assurer l'anonymisation des données, toutes les données qui pourraient permettre une réidentification par recoupement ont été modifiées ou supprimées. Les personnes qui ont accès ou pourraient avoir accès à ces données sont l'investigatrice et ses encadrants.

4.4. Traitement des données et méthode d'analyse

Une méthode d'analyse thématique a été employée pour l'analyse des données, car elle offre une grande flexibilité et permet d'explorer les expériences des participantes tout en rendant compte de la richesse et de la complexité des récits. Cette méthode qualitative consiste à identifier, organiser et interpréter des motifs récurrents dans un corpus de données afin de faire émerger des thèmes porteurs de sens (32). Cette approche s'appuie sur un processus itératif qui comprend plusieurs étapes : la familiarisation avec les données (relecture approfondie des entretiens), le codage initial (repérage et annotation des éléments significatifs), la recherche de thèmes (regroupement des codes en catégories plus larges), la révision et l'affinement des thèmes, leur définition et leur nomination, puis l'élaboration de la présentation finale (32).

Pour faciliter le codage et la structuration, le logiciel QualCoder version 3.6 a été utilisé. Ce logiciel libre, entièrement hors ligne, a permis d'organiser et de structurer les données en codant les extraits significatifs, afin de favoriser une lecture plus fine et pratique du corpus.

4.5. Comités d'éthique et programme de l'étude

Cette étude relève de la loi du 7 mai 2004 sur les expérimentations humaines. À ce titre, le projet de travail de fin d'études a été soumis à l'approbation du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire universitaire de Liège et au comité d'éthique de la Clinique André Renard. Les entretiens n'ont été réalisés qu'après l'obtention de l'accord des deux comités. L'avis favorable des deux comités d'éthique ainsi qu'un diagramme de Gantt représentant le déroulement de cette recherche se trouve à l'annexe 3.

5. Analyse des résultats

5.1. Présentation de l'échantillon

L'échantillon est composé de 11 femmes, âgées de 38 à 85 ans, toutes atteintes de diabète de type 2. Leurs parcours personnels et professionnels sont diversifiés, bien que 8 d'entre elles exercent ou ont exercé un métier du soin ou tourné vers les autres. Les participantes partagent certaines caractéristiques : toutes sont blanches, francophones, vivent en Belgique dans un contexte culturel occidental et hétéronormé. Par ailleurs, toutes sont ou ont été engagées dans des relations de couple hétérosexuelles. Ce ne sont pas des personnes isolées dans le sens où elles entretiennent des liens réguliers avec leur entourage ou avec des structures institutionnelles comme celui du système de soins. Le statut socio-économique n'a pas été explicitement exploré, mais deux patientes ont exprimé des difficultés financières lors de l'entretien. Vous trouverez un tableau reprenant le nom d'emprunt, l'âge, le statut, le nombre d'enfants et le métier de chaque participante à l'annexe 4.

Dans son ensemble, les femmes interrogées répondaient avec une certaine aisance aux questions posées et paraissaient ouvertes à l'exploration plus approfondie de leur quotidien.

5.2. Analyse thématique

L'analyse thématique a permis de mettre en évidence quatre grands thèmes. Ces thèmes ne sont pas hermétiques et reflètent des dimensions complémentaires d'une même réalité genrée.

Le premier thème, « *Corps féminins face aux épreuves somatiques et à la charge d'adaptation* », montre comment certains événements corporels spécifiques ou plus fréquents dans les trajectoires féminines (ménopause, grossesse, cancer du sein...) s'ajoutent au diabète de type 2 et exigent des ajustements complexes qui influencent le rapport des femmes à l'alimentation.

Le second, « *Un corps à surveiller : le poids des apparences* », explore la place centrale qu'occupe le poids dans la manière dont les participantes appréhendent leur diabète et leur alimentation, entre regard social, normes esthétiques, pression médicale et estime de soi.

Le troisième thème, « *Prendre soin des autres avant soi : la santé des femmes reléguée au second plan* », met en évidence l'impact du poids des responsabilités domestiques et du manque de soutien sur la capacité à prioriser sa santé et à maintenir une alimentation adaptée au diabète.

Enfin, « *Alimentation sous pression : entre bien-être, normes diététiques et refuge émotionnel* » aborde les tensions vécues entre rigueur nutritionnelle, culpabilité alimentaire, alimentation émotionnelle et leur capacité à mettre en place des changements alimentaires.

Corps féminins face aux épreuves somatiques et à la charge d'adaptation.

Ce thème regroupe l'ensemble des transformations corporelles et des processus biologiques marquants propres aux trajectoires féminines au cours desquelles la santé des femmes atteintes de diabète de type 2 est soumise à des changements nécessitant des ajustements médicaux, organisationnels et mentaux. Ces événements peuvent être naturels (grossesse, ménopause) ou pathologiques (cancer du sein). Ce thème comporte également des événements somatiques qui, sans être nécessairement spécifiques aux femmes demandent à

ces dernières une charge d'adaptation supplémentaire comme les effets indésirables aux médicaments.

Chez certaines, l'entrée en ménopause est ainsi vécue comme une période de dérèglement physique où les repères changent. Alice, 52 ans, raconte qu'elle ne se sentait plus bien, avec une fatigue persistante, des sueurs, mais aussi une intolérance à certains aliments : « je rentre en ménopause... donc là, il y a encore des modifications pour les médicaments, des aliments que je supporte plus ». Cela la mène à consulter à nouveau afin de revoir son traitement avec son diabétologue. Ce type de transition corporelle illustre comment la gestion du diabète est étroitement liée à d'autres dimensions biologiques qui demandent une reconsideration de la prise en charge initialement établie.

Chez d'autres, c'est la gestion des effets secondaires liés aux traitements pour le diabète qui devient un moteur pour reprendre en main leur alimentation. Kiara, 50 ans, évoque par exemple une acidité persistante qu'elle attribue au Metformine. Dans son cas, la gêne ressentie devient une incitation à mieux réguler son alimentation dans l'espoir de pouvoir diminuer son traitement : « j'aimerais diminuer mon Metformine et, pour ça, il faut que mon diabète soit bien, donc je mise sur mon régime. Ça me motive à suivre mon régime ».

Par ailleurs, ces ajustements corporels s'inscrivent dans un contexte social où les attentes en matière de disponibilité et de soin aux autres restent présentes. Gisèle, 57 ans, a traversé un cancer du sein et nous raconte la pression qu'elle a pu ressentir au sein même de son couple : « Parfois, c'était assez violent ... dans les paroles et tout ça. Parce qu'il se moquait de moi parce que j'ai dormi beaucoup avec le cancer. Et puis alors, il voulait faire à manger ou nettoyer, mais il me demandait toujours de l'aider ». Ce type de situation montre comment la gestion du diabète, déjà exigeante en soi, peut devenir d'autant plus difficile lorsqu'elle se combine à une épreuve comme le cancer du sein, surtout dans un contexte peu soutenant et marqué par un manque d'attention aux besoins réels de la personne.

La grossesse et le post-partum, autres formes de transformation corporelle, reviennent fréquemment dans les récits des participantes, notamment parce qu'ils reconfigurent le rapport au corps et entraînent une approche particulière de l'alimentation. Dina, 38 ans, revient sur l'après-grossesse comme un moment de rejet de son image corporelle : « après la

naissance des jumeaux, je ne voulais plus de ce corps ». Elle s'est alors lancée dans un régime extrême, dont elle préfère taire le nom, peut être par honte d'y avoir fait appel et qu'il se soit soldé par un échec : « puis au fil des années, malgré que je faisais attention, j'ai tout repris, j'ai tout repris et plus encore ». Son témoignage montre que ce changement corporel peut susciter une volonté de reprise en main rapide, parfois au détriment d'une alimentation équilibrée.

Un corps à surveiller : le poids des apparences.

Les verbatims analysés témoignent de la manière dont les normes de genre propres à l'esthétique féminine, imposées par le regard d'autrui, façonnent le rapport que les femmes entretiennent avec leur poids et leur estime de soi. Gisèle, 57 ans, explique par exemple les remarques récurrentes sur son apparence : « Oui, bah l'image par rapport aux gens aussi. Une fois que vous êtes plus costaud comme moi, on entend plein de méchanceté, plein de remarques... Et maintenant, je ne peux plus me voir dans un miroir, parce que je trouve ça horrible ». Cette image « horrible » reflétée par le regard des autres, devenue insupportable, la pousse à suivre un régime restrictif dans un objectif explicite de conformité corporelle : « J'étais contente parce que je rattrapais, je devenais plus normale, je veux dire ». Ce discours s'inscrit dans une dynamique plus large de violence que Gisèle illustre également à travers un commentaire fait par une collègue à propos de son apparence : « elle était jalouse parce que j'étais grosse et que j'étais mariée et que je n'avais pas le droit à un mari parce qu'elle, elle était mince et qu'elle n'avait pas de mari. » Ce propos, met en lumière une forme de grossophobie intériorisée, il exprime l'idée que seules les femmes minces seraient légitimes à être aimées et à réussir dans leurs relations. Gisèle, en étant à la fois « grosse » et mariée, semble transgresser cette norme implicite, ce qui suscite une forme de frustration de la part de sa collègue. Ce témoignage révèle ainsi comment les injonctions sociales au corps idéal participent à internaliser ce regard négatif sur son corps et entraînent une dévalorisation de soi, poussant à modifier son corps pour rentrer dans la norme.

La centralité du poids dans l'expérience des participantes s'exprime aussi par un besoin de contrôle chiffré, où la balance devient un juge quotidien. Même en cas d'amélioration physique ou de bien-être ressenti, un chiffre jugé décevant peut suffire à invalider ces

sensations et produit un sentiment d'échec. Dina, 38 ans, raconte par exemple : « je le sens à mes habits, comme quoi ça va mieux avec le régime. Je ne fais plus de malaises et tout... Je me suis pesée et il n'y avait pas de diminution. Et alors, du coup, je me ressens mal dans ma peau ».

À cela s'ajoute la dimension biomédicale, qui participe aussi à cette pression. L'indice de masse corporelle (IMC), central dans le suivi médical, fonctionne comme un outil de catégorisation des corps. Il établit une frontière entre les corps dits « normaux » et ceux considérés comme « en surpoids » ou « obèses », considérés comme pathologiques, sur lesquels il faudrait intervenir. Ce classement renforce le sentiment d'échec chez les patientes qui ne parviennent pas à atteindre les seuils imposés. Pour Dina, ce chiffre devient une référence incontournable : « Parce que le chiffre, c'était le chiffre objectif que je devais atteindre pour rester par rapport à ma taille et tout », confie-t-elle, soulignant à quel point cette norme chiffrée peut devenir une source de tension intérieure.

En somme, les normes esthétiques intériorisées, le poids du regard social et les normes médicales influencent profondément la manière dont les patientes interrogées vivent leur corps et évaluent leurs efforts alimentaires. Cette focalisation sur le poids devient alors à la fois une source de motivation, de stress, et un filtre à travers lequel la gestion du diabète est pensée. Alice, 52 ans, explique ainsi avoir consulté une diététicienne, non seulement pour des raisons médicales par rapport à son diabète, mais aussi pour tenter de contrôler son image corporelle : « je suis allée chez une diététicienne parce que je prenais du poids. Et ça, franchement, je ne voulais pas, je ne voulais essayer de rester à ce que j'étais au niveau de mon poids voir si c'était c'est possible de descendre ».

Prendre soin des autres avant soi : la santé des femmes reléguée au second plan.

Les participantes, véritables cheffes d'orchestre du quotidien, endosserent la majorité des responsabilités liées au foyer. Élise, 39 ans, énumère tout ce qu'il faut penser et organiser : « ce qu'il faut gérer pour soi, pour les enfants, pour la famille aussi, que les enfants partent à l'école avec le sac de gym, les sacs à dîner remplis correctement, de penser à prendre les rendez-vous médicaux, d'organiser leur après-journée, de planifier les sorties ». Malgré ce train de vie qualifié comme « source de stress » par plusieurs participantes, certaines disent

continuer à tout faire seules parce que « les autres ne le font pas assez bien », accumulant alors les tâches domestiques du foyer en plus de leur journée de travail. Mais derrière cette posture d'autonomie, elle évoque une tension permanente, un stress de fond difficile à relâcher : « maintenant, ben oui, c'est perpétuellement être avec une boule au ventre, c'est une bombe qui est perpétuellement sur ma tête, que va-t-il m'arriver en plus du boulot ?! ».

Un autre élément notable réside en la manière dont cette répartition est intériorisée, perçue comme naturelle ou attendue, sans qu'elle soit reconnue comme une charge de travail à part entière. Flora, 50 ans, résume bien cette normalisation des rôles en déclarant : « Oui, je dois assumer le rôle d'une maman, d'une épouse... il ne faut pas prendre que le bon côté des choses, il y a des avantages et des inconvénients ». Dans ses mots, on perçoit à la fois l'acceptation de cette répartition et la conscience implicite du poids qu'elle représente sans pour autant qu'elle soit ouvertement remise en question. Au contraire, elle l'amène à élaborer des stratégies d'adaptation pour tout assumer, comme le raconte à nouveau Flora en expliquant comment elle occupe ses jours de congé : « Oui ces jours-là me permettent de faire 5 kilos de bolognaise, qui me serviront plus tard. Mais oui, c'est un service que je me rends et une contrainte parce que du coup, je ne m'assieds jamais ». Cette naturalisation de leur capacité à tout gérer contribue alors à un effacement de leurs efforts, rendant peu audibles la fatigue, la surcharge ou les renoncements.

Cette surcharge organisationnelle et affective a des conséquences très concrètes sur la gestion du diabète et de l'alimentation. Le manque de temps, la fatigue accumulée, la multiplicité des priorités orientées vers le bien-être des autres conduisent les participantes à reléguer leur santé au second plan. Si Dina, 38 ans, s'inquiète d'une éventuelle aggravation de son diabète, elle explique néanmoins ne pas avoir investigué ces inquiétudes : « Oui mais ça n'a pas été plus loin, parce que j'ai mis ça de côté, j'ai essayé de faire pour mes enfants en priorité, je les ai mis eux en priorité. Je viens seulement de me prendre moi en main personnellement pour être bien ». Son témoignage illustre le décalage entre la prise en charge des autres et la difficulté à se donner la même attention, pourtant nécessaire dans la gestion d'une maladie chronique.

Cette tendance se manifeste particulièrement dans la gestion de l'alimentation, où les patientes interrogées, souvent principales responsables des repas, adaptent leur alimentation

aux préférences de leur entourage plutôt qu'à leurs propres besoins thérapeutiques. Julie, 57 ans, en témoigne lorsqu'elle évoque les recettes proposées par la diététicienne :

« Et c'est dommage parce (...) qu'avec toutes les recettes, ça sera sympa, mais je ne les faisais que pour moi et je me disais : cuisiner pour moi, puis cuisiner pour les autres pour faire ce qu'ils aiment, non, alors j'ai fait directement comme ils ont envie, comme ça c'est plus simple ».

Ce déséquilibre se présente aussi dans certains témoignages par un manque de soutien de la part des partenaires masculins. En conséquence, plusieurs participantes évoquent la difficulté, voire l'impossibilité, de s'accorder du temps pour elles-mêmes ou simplement de se reposer, faute de relais. Flora 50 ans, par exemple, souligne qu'elle ne s'arrête jamais : « je ne sais pas ce que c'est de s'asseoir dans son canapé. Ça, je ne connais pas ». Pour Béatrice, 51 ans, le soutien est théoriquement possible, mais peu fiable dans les faits : « il faut lui demander 50 fois. Et parfois, on lui demande, on lui demande, et puis il oublie... alors, autant le faire soi-même, ça ira plus vite ». Ces situations traduisent une répartition des tâches inégalitaire, qui oblige les femmes à compenser en permanence. Pourtant, quand ce soutien est présent, cela est décrit comme un soulagement, Elise, 39 ans, nous explique : « je pense que, quand je surcharge trop, je décharge sur mon mari, et donc je pense que, dans ces cas-là, il charge plus de choses que moi ». Et décrits cela comme une chance : « On fait une belle équipe, je sais que ce n'est pas comme ça chez tout le monde ».

Cet accompagnement, qu'il provienne du conjoint, de proches ou d'amies, semble constituer une condition facilitatrice essentielle dans la mise en œuvre d'activité de bien-être ou nutritionnelle, comme l'explique Kiara, 50 ans : « C'est toujours à deux, en fait. On travaille tous les deux donc on fait les courses et la cuisine ensemble. Et il fait les régimes avec moi, ça m'aide beaucoup, car je suis gourmande et, comme ça, tout le monde mange sain à la maison ! ». Mais lorsque le soutien du partenaire est absent, et que les autres femmes de l'entourage sont elles-mêmes accaparées par la charge de leur propre foyer, l'accès à un accompagnement régulier devient difficile, voire impossible. Béatrice exprime clairement ce sentiment d'isolement : « Oui, je me sens seule... Peut-être prendre, Weight Watchers, mais y aller avec quelqu'un alors. Ce qui n'est pas facile non plus au niveau de l'organisation, car ma fille a pas mal d'activité ». Elle ajoute qu'elle souhaiterait aussi plus d'implication de la part de

son compagnon : « qu'il soit présent », dit-elle, « qu'il essaie de faire un petit peu plus de choses avec moi aussi ».

Alimentation sous pression : entre bien-être, normes diététiques et refuge émotionnel

Ce thème met en lumière une tension centrale dans le vécu des femmes atteintes de diabète de type 2 entre les attentes médicales, les pressions sociales et une vie émotionnelle souvent saturée. Loin d'un manque d'information ou de volonté, les difficultés à suivre les recommandations diététiques prennent racine dans la distance perçue entre les prescriptions idéales et les réalités du quotidien, comme l'explique Béatrice, 52 ans : « La théorie, c'est oui, on va le faire, on va le faire, et la mise en pratique, on se rend compte que parfois, surtout avec des horaires comme moi, c'est difficilement faisable ».

De plus, beaucoup décrivent une perte de sens face aux recommandations diététiques, vécues comme abstraites et souvent déconnectées de leur quotidien. Coline, 70 ans, exprime ce ressenti en disant que « souvent, les médecins, c'est comme ça. Ils n'ont pas l'art de donner un mode d'emploi très facile. Ou alors, c'est tellement contraignant ». Ce sentiment est renforcé par l'impression que ces régimes, perçus comme stricts, réduisent la nourriture à une somme de calories et de nutriments, ignorant ses fonctions sociales et affectives. Béatrice, 52 ans, raconte ainsi s'être totalement privée : elle ne sortait plus, ne mangeait plus de bonbons, suivait rigoureusement les consignes à la lettre (« le lundi, vous mangez ça, vous mangez ça le matin »), allant jusqu'à peser chacun de ses aliments. Cette expérience, vécue comme trop rigide, entraîne une perte de motivation : « Ça m'a découragée. Et puis, je vous le dis, j'ai fait tous les régimes ». Son récit montre la perte de plaisir et le sentiment d'épuisement que peuvent générer ces recommandations lorsqu'elles sont trop déconnectées de la réalité et du quotidien.

Pourtant, la volonté de maîtrise est bien présente chez les participantes, certaines adoptant des solutions strictes, voire extrêmes, dans une tentative de « bien faire », de retrouver une sensation de prise sur leur trajectoire de santé. Béatrice, par exemple, a eu recours à la chirurgie bariatrique : « je suis passée sur le billard pour dire de perdre du poids pour améliorer mon diabète et de dire d'être bien dans ma peau et dans ma tête ». Mais lorsque cette quête se heurte à l'échec à la suite d'événements de la vie, un sentiment de culpabilité

s'installe : « Je sais que je ne devrais pas, mais je me sens coupable, je pensais qu'avec l'opération tout allait être simple, mais pas du tout ».

Ce découragement est d'autant plus marqué que le contrôle de l'alimentation entre en conflit avec les réalités émotionnelles du quotidien. Le corps réagit à la surcharge mentale, au stress et à l'épuisement. Plusieurs femmes décrivent un rapport émotionnel fort à la nourriture, en particulier au sucre. Manger devient un moyen de faire face à une journée difficile, à une solitude, à une pression familiale ou professionnelle. Comme l'explique Gisèle, 57 ans, il ne s'agit pas de gourmandise, mais d'une fonction régulatrice de l'alimentation et d'une manière de se relâcher : « Ben oui, ce n'est pas que j'ai faim, c'est que je mange... et ça m'apaise. Mais après, quand j'ai bien fini de manger, je culpabilise parce que je sais que je dois faire attention et ce n'est pas bon pour le sucre évidemment ».

Ainsi, plusieurs femmes expriment une fluctuation dans leur capacité à suivre les conseils alimentaires qu'elles suivent en « dents de scie », comme l'exprime Coline, directement liée à leur état émotionnel ou mental. Ce lien entre état psychique et comportements alimentaires révèle un cercle d'interdépendance, où la pression mentale affecte le rapport à la nourriture et où les écarts alimentaires renforcent à leur tour la culpabilité. « Pourquoi est-ce que j'ai bouffé du chocolat ?!! », dit Béatrice, 51 ans, après un « craquage » à la suite d'une situation stressante au travail. Le langage est brutal, retourné contre soi. Le corps est ainsi non seulement à discipliner, mais aussi à surveiller, à contrôler et à punir. La faute alimentaire est intériorisée, et ce contrôle permanent amène à une forme de fatigue.

Parfois, le discours médical est perçu comme normatif, peu ajusté aux réalités des patientes et présente la gestion du diabète comme une question de volonté personnelle. Plusieurs participantes décrivent un manque de reconnaissance de leurs efforts et de leurs expériences, voire un sentiment d'être jugées, ce qui altère leur confiance dans les professionnels de santé. Par exemple, Flora, 50 ans, raconte que son diabétologue a mis en doute sa parole en lui attribuant la responsabilité de sa prise de poids : « ce n'est pas normal que tu prennes du poids, c'est que tu manges mal et que tu ne veux pas l'avouer ». Se sentant injustement accusée, elle a mis fin au suivi : « je lui ai dit non, moi je n'ai rien à cacher... Merci, au revoir, c'est la dernière fois que je l'ai vu ». Ce type d'échange illustre le fossé qui peut se creuser entre les participantes et le corps médical lorsque leurs vécus ne sont ni entendus ni validés.

5.3. Carte qualitative des parcours alimentaires féminins

Pour accompagner et illustrer les résultats, une schématisation relationnelle permettant de rendre visibles les interactions dynamiques qui façonnent les parcours alimentaires des femmes vivant avec un diabète de type 2 se trouve à l'annexe 5. Cette carte n'a pas pour but d'expliquer ou à prédire, mais à soutenir une lecture qualitative des tensions qui façonnent à des degrés variables l'adhésion aux recommandations diététiques.

Cette schématisation offre un cadre d'exploration souple, où les dimensions sociales, émotionnelles, corporelles et contextuelles sont situées dans une perspective relationnelle de genre et à envisager dans leur coprésence.

Cette carte permet ainsi de visualiser comment, selon les contextes de vie et selon les patientes, un même facteur peut tantôt soutenir, tantôt entraver la mise en œuvre d'un suivi alimentaire. Les relations représentées sont des dynamiques interprétatives, non causales, et soulignent plutôt la complexité des situations vécues.

Cette schématisation est un outil réflexif, mobilisable dans l'analyse des récits pour mieux comprendre la place des influences des normes genrées dans les variations d'adhésion, et penser des approches d'accompagnement plus ajustées, humaines et contextualisées.

6. Discussion et perspective

6.1. Discussion

Cette discussion a pour objectif de mettre en perspective les résultats de l'enquête avec les travaux issus de la littérature scientifique, en particulier dans une approche critique et genrée de la santé. Elle vise ainsi à éclairer les dynamiques observées sur le terrain à la lumière des savoirs existants. Afin de préserver la cohérence du travail, la discussion suit la structure thématique utilisée lors de la présentation des résultats.

La santé des femmes : de compliqué à complexe.

Ménopause, grossesse et cancer du sein.

Il est essentiel de considérer comment la ménopause, la grossesse ou le cancer du sein façonnent la gestion du diabète. Bien que peu d'études, à ma connaissance, explorent directement le lien entre ces moments clés et les ajustements nutritionnels réalisés par les

femmes atteintes de diabète. Plusieurs travaux soulignent que ces événements ont des effets métaboliques importants qui peuvent déséquilibrer un diabète existant ou en favoriser l'apparition amenant la nécessité d'un accompagnement nutritionnel ajusté (17,33). Alice en témoigne par exemple en expliquant qu'elle ne supporte plus certains aliments depuis l'entrée en ménopause, ce qui l'oblige à revoir son traitement avec son diabétologue. Ces moments de transition amènent souvent les participantes à repenser leur rapport à l'alimentation, au soin et à leur corps, renforçant la centralité de la gestion alimentaire comme levier de santé, mais aussi comme espace de pression ou de transformation demandant des ajustements et une adaptation de la part des femmes concernées.

Les effets secondaires des médicaments chez les femmes

L'exemple de Kiara, qui cherche à réduire sa dose de Metformine en raison d'effets secondaires trop lourds à supporter, illustre une disparité en termes d'effets indésirables. En effet, une étude sur le Metformine montre que les femmes rapportaient significativement plus les effets indésirables gastro-intestinaux dus au médicament par rapport aux hommes (34). Cela suggère que le dosage standard, souvent élaboré à partir de populations majoritairement masculines, peut-être trop élevé pour les femmes, aggravant la tolérance au traitement (35). Ce constat rejoint des données plus larges : une revue de 300 essais cliniques randomisés montre que les femmes sont sous-représentées dans la majorité des disciplines médicales (24). Ces lacunes compromettent la compréhension des effets réels des traitements (bénéfice / risque) chez les femmes et représenteraient un risque 2 fois plus élevé de développer des effets indésirables médicamenteux que les hommes (24,35). Dans le cas de Kiara, sa volonté de réduire la dose de son Metformine pour contrôler ses effets indésirables passe par un investissement accru dans le suivi des recommandations diététiques. Cette situation constitue ainsi un autre exemple de l'androcentrisme médical évoqué en introduction, où les femmes doivent s'adapter à une prise en charge conçue sans elles.

Adapter son alimentation face aux épreuves somatiques. Qu'est-ce que cela implique ?

Les exemples précédents révèlent que les femmes ajustent leur alimentation et leur traitement suite à l'apparition d'épreuves somatiques. Ces ajustements, pourtant essentiels, ne semblent que rarement anticipés dans la prise en charge médicale (8,15). Les

bouleversements hormonaux et métaboliques rencontrés tout au long des trajectoires de vie féminines sont souvent réduits à des variables secondaires, alors qu'ils nécessitent en réalité une prise en charge globale et individualisée (33,36,37).

La littérature souligne l'importance d'une prise en charge adaptée pour limiter les déséquilibres de la glycémie et les effets secondaires, en plaidant pour une approche plus globale (36,37).

En effet, au-delà des effets biologiques bien documentés de ces « épreuves somatiques », l'adaptation à celles-ci s'inscrit aussi dans des contextes sociaux et relationnels qui influencent profondément le vécu de la maladie et le rapport au soin (8,15). Ces épreuves marquent souvent des tournants identitaires et sont porteuses de tensions, entre attentes sociales, pressions de conformité corporelle et réalités de la gestion quotidienne de pathologies chroniques, comme le diabète. Ces attentes et pressions que nous développerons juste après précèdent souvent l'apparition des épreuves somatiques et deviennent d'autant plus difficiles à satisfaire lorsqu'une épreuve somatique vient s'y ajouter. Cela fragilise les individus et met en lumière la force de ces exigences. Quelles pressions se cachent derrière le fait que Dina ait suivi un régime strict après avoir pris du poids à la suite de sa grossesse ? Pourquoi Gisèle, malgré la lourdeur du traitement contre le cancer du sein, s'est-elle sentie contrainte de rester disponible pour la gestion des repas et de ne pas perturber l'équilibre familial ? C'est entre autres ce que nous allons explorer dans la suite de cette discussion.

Le poids des apparences.

Balance ton poids.

Le rapport au poids, tel qu'exprimé dans les récits des participantes, dépasse la sphère biomédicale pour s'inscrire dans une logique sociale, culturelle et genrée. Il ne s'agit pas seulement d'atteindre des objectifs de santé, mais de répondre à un idéal corporel profondément intériorisé. Comme le souligne Erving Goffman, cité par Bonnet dans son résumé sur « Stigmate, les usages sociaux des handicaps », une personne peut être porteuse d'un stigmate lorsqu'elle présente une différence entre les attentes sociales normatives que l'on attend de cette personne et ce que la personne présente dans les faits (38). Cependant, il est à noter que toutes les différences ne sont pas forcément vues comme un stigmate (38). Par

exemple, ne pas correspondre parfaitement aux normes de beauté ou aux idéaux corporels ne veut pas toujours dire que l'on sera systématiquement jugé ou rejeté (38,39). Pour les femmes et leur rapport au corps, on peut plutôt parler d'un continuum où certaines silhouettes sont très valorisées, d'autres le sont moins et celles qui s'éloignent beaucoup de l'idéal dominant sont vraiment dévalorisées.

Le modèle valorisé est souvent façonné par les normes socioculturelles, comme en occident où la minceur des femmes est particulièrement reconnue comme l'idéal de beauté féminin (39,40). Plus l'écart à cet idéal est jugé important, plus il peut s'apparenter à un stigmate entraînant des effets négatifs sur la perception de soi et créant une dimension où le regard porté sur le corps influence directement la valeur personnelle ressentie (38–40). Plusieurs articles mettent alors en évidence un lien étroit entre l'image corporelle définie comme l'ensemble des perceptions qu'un individu a de son apparence physique et l'estime de soi, qui renvoie à la manière dont une personne évalue sa propre valeur, sa légitimité à exister socialement et à se situer dans une dynamique de comparaison sociale (39,40).

Dans une perspective proche de celle de Goffman, ce lien n'est pas seulement lié au jugement personnel, mais aussi au fait de savoir que ce corps peut être vu comme « hors norme » et donc associé à un stigmate (38). Ce regard social alimente l'insatisfaction corporelle et renforce la pression à se conformer (38). Ce sentiment dévalorisant peut susciter un profond malaise et entraîner des problèmes de santé mentale, tels que des troubles anxieux ou de dépression (39,40).

Goffman explique que les personnes stigmatisées peuvent réagir de différentes manières, comme par une volonté à se corriger (38). Dans le cadre de la gestion du poids, cette correction peut apparaître par des comportements alimentaires hyper-contrôlés, qui favorisent l'installation de troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie ou la boulimie (39,40). En Belgique, le recours à la chirurgie bariatrique illustre également cette réaction de correction où, en 2023, plus de 72 % des interventions concernaient des femmes alors que le surpoids est plus fréquent chez les hommes (41,42).

Dans cette perspective, nous pouvons rappeler la situation de Gisèle 57 ans face aux commentaires incessants sur son physique et résister le moment où sa collègue l'a trouvé

illégitime d'avoir un mari en raison de son poids. Comme une forme de dysmorphophobie qui se reflète dans le regard des autres, on retrouve une forme de décalage entre la position sociale effective que l'individu occupe dans les rapports sociaux (Gisèle est mariée) et la légitimité perçue par soi et par les autres de cette place (comment peut-elle trouver l'amour malgré son poids ?). À l'image de la dysmorphophobie clinique aussi appelée « Trouble dysmorphique corporel » où l'on perçoit une image négative et erronée de son corps dans le miroir par rapport à la réalité (39). Cette version plus sociale peut alors traduire un reflet biaisé de sa valeur en tant que personne dans le regard collectif où le corps devient un lieu de jugement permanent et où l'estime de soi se construit sur une base instable, dépendante de la conformité perçue aux standards esthétiques.

L'IMC : un indice de mécontentement corporel ?

À cela s'ajoute l'idéal corporel médical souvent déterminé à travers l'IMC (indice de masse corporelle). L'IMC, largement utilisé en médecine pour évaluer les risques de santé liés au poids, classe les individus en catégories normatives comme « normal », « en surpoids » ou « obèse » (16), bien qu'il serve d'indicateur pratique et précieux à certains égards, son usage excessif tend à simplifier la complexité des états de santé en assimilant l'écart à la norme à une mauvaise santé (17,39). En effet, la pertinence et l'importance accordées à l'IMC sont de plus en plus controversées. Bien que l'IMC reste un indicateur largement utilisé, plusieurs recherches insistent sur le fait qu'il doit être interprété en complément d'autres indicateurs, y compris qualitatifs, car il ne suffit pas, à lui seul, à prédire de manière fiable le risque individuel ou à évaluer pleinement l'efficacité des interventions thérapeutiques. (17,39).

En comparaison avec le terrain, l'IMC apparaît comme un repère central, largement valorisé dans le vécu des patientes pour évaluer la réussite dans le régime dans le cadre de la gestion du diabète. Ce n'est pas tant l'indicateur en lui-même qui pose un problème, mais son statut quasi absolu, renforçant l'idée qu'un corps sain est un corps dans la norme pondérale. Cette focalisation occulte la complexité du fait d'être en bonne santé et transforme l'IMC en outil de validation sociale autant que médicale.

Pour renforcer l'IMC dans sa dynamique sociale genrée, une méta-analyse de 2020 souligne une association négative entre IMC et image corporelle plus marquée chez les femmes que

chez les hommes, traduisant une vulnérabilité accrue aux troubles de l'image de soi liés au poids (43). Elle révèle aussi que, contrairement aux hommes, cette relation reste stable chez les femmes, quels que soient les contextes géographiques, suggérant une plus forte internalisation et l'importance accordée aux idéaux corporels auprès des femmes (43). Ces résultats invitent à interroger la relation qu'a l'IMC comme indicateur biomédical dans un contexte de pression sociale genrée, en particulier pour les femmes vivant avec un diabète.

Et quand le diabète s'emmêle...

À la lumière de ces aspects théoriques, nous pouvons mieux comprendre pourquoi le poids émerge comme une préoccupation centrale dans le vécu des participantes. En mobilisant une lecture relationnelle du genre en santé, le corps féminin est constamment situé dans des interactions sociales, médicales et le rapport à soi, est façonné par les regards extérieurs qui prescrivent des normes spécifiquement féminines, associées à la minceur. Ces normes constituent une condition implicite de reconnaissance sociale, d'estime de soi, et parfois même d'affection ou de respect. Dès lors, l'idéal de minceur structure la manière dont les femmes perçoivent leur corps, leur valeur, et leur rapport à l'alimentation. Or, dans le contexte du diabète de type 2, cette norme se heurte à une réalité frustrante, car la maladie rend souvent la perte de poids plus difficile et entrave les efforts fournis (17). Cette tension crée une dynamique où les recommandations diététiques, pourtant conçues comme un levier thérapeutique, deviennent également un terrain de lutte contre une image corporelle parfois perçue comme inadéquate. Ainsi, dans le cadre de l'adhésion aux recommandations diététiques des femmes atteintes de diabète de type 2, l'alimentation devient un espace de contrôle où ce n'est pas l'adhésion thérapeutique en soi qui motive certaines participantes, mais l'adhésion à un idéal corporel.

La santé des femmes reléguée au second plan.

Maman, boulot, dodo.

Dans les récits des participantes, le poids des diverses responsabilités se révèle comme un enjeu central de leur expérience avec la maladie, en particulier lorsqu'elles cumulent emploi salarié et responsabilités domestiques. Malgré les progrès vers l'égalité professionnelle, la répartition des tâches au sein du foyer reste largement inégalitaire, entretenant le phénomène

de la « double journée de travail » (44). L'idée de la « double journée de travail » tire ses origines dans les années 70 dans le cadre des luttes féministes en France, qui mettait en avant la « double oppression des femmes, dans la famille et dans l'entreprise » (45). Ce problème touche l'organisation quotidienne des femmes mariées, mères et qui, après une journée de travail, assument encore une charge domestique conséquente (45).

Haicault (1984) approfondit cette notion en insistant sur le fait qu'il n'existe pas de réelle séparation entre la sphère professionnelle et la sphère domestique (45). Les femmes évoluent à tous moments et simultanément dans les deux espaces où les exigences du travail et celles du foyer s'envahissent mutuellement (45). Le travail domestique y apparaît alors comme une présence constante, toujours en arrière-plan mental (la maison, les enfants, l'organisation des repas), ce qui implique une gestion du temps particulièrement complexe et la mise en place de stratégies d'adaptation souvent invisibles pour faire face à cette réalité exigeante (45). C'est dans cette continuité mentale que s'inscrit la notion de « charge mentale », qui désigne le travail invisible, cognitif et émotionnel sans distinction dans l'espace et dans le temps que les femmes réalisent pour anticiper, organiser et faire fonctionner le foyer (45). Sur le terrain, les participantes décrivent des journées surchargées où même les jours de congés sont utilisés pour anticiper la préparation des repas. La gestion du diabète, quant à elle, est rarement mise en priorité dans cet empilement de responsabilités, de plus, cette dynamique entraîne des répercussions directes sur leur santé avec comme un épuisement mental qui entraîne de la fatigue, de l'anxiété, ce qui souligne la façon dont la charge mentale interagit avec la santé (44).

« Je dois assumer le rôle d'une maman, d'une épouse... »

Dans ce cadre, il est légitime de s'interroger sur les raisons pour lesquelles les femmes assument plus largement cette charge mentale, ce qui nous conduit vers le questionnement de l'attribution des rôles genrés et du processus de socialisation. Selon Zolesio (2018), qui cite Muriel Darmon, la socialisation est « la façon dont la société forme et transforme les individus » (46). Ce processus est présent tout au long de la vie et permet l'incorporation progressive de normes, de valeurs et de comportements socialement acceptés, via des interactions avec la famille, l'école, le travail, les médias (46). Dans ce cadre, les femmes ne « naissent » pas responsables du foyer, elles le deviennent à travers les interactions, qui

attribuent au féminin des compétences tournées vers le soin, l'attention aux autres, et la gestion de la vie domestique (47). À l'inverse, il serait socialement admis que les hommes puissent se désengager des dimensions relationnelles et organisationnelles du foyer, tant qu'ils assurent un soutien matériel ou financier via leur travail (47).

Dans cette logique, les femmes sont non seulement plus souvent investies et encouragées à s'impliquer dans le travail domestique, cognitif et émotionnel, mais elles auraient aussi moins de chance de trouver un soutien logistique et émotionnel auprès de leur conjoint masculin (47). Ces mécanismes expliqueraient en partie pourquoi, dans mon terrain, la charge mentale est si largement féminine et si peu remise en question.

Appliquée au champ de la santé, cette attribution des rôles genrés contribue à invisibiliser la charge cognitive et affective que représente la gestion de la maladie au quotidien. Ce constat nous invite à penser les inégalités de genre en santé non seulement en termes de répartition des « rôles », mais aussi en termes de rapport différencié au soin, à l'attention, à la capacité d'apporter du soutien et à la légitimité de prendre soin de soi. Dans ce contexte, la prise en charge du diabète de type 2 chez les femmes et le temps consacré à elles même tendent à passer au second plan, rendant l'adhésion aux recommandations diététiques d'autant plus difficile à maintenir.

À la recherche du soutien.

Ainsi, la question du soutien apparaît comme un levier essentiel dans la capacité des femmes à s'engager durablement dans la gestion de leur diabète et de leurs suivis nutritionnels. Le soutien social peut être défini comme la qualité de la présence affective, de l'écoute et de l'engagement offerts par les proches, qu'il s'agisse de la famille, des amis ou de l'entourage (49). Bien que les mécanismes du soutien dans la gestion de maladies chroniques restent complexes, les études montrent que l'accompagnement des proches permet de diminuer le stress et favorise l'adoption de comportements bénéfiques, tels qu'une alimentation adaptée ou la régularité dans les soins médicaux (49,50).

Des recherches montrent que les formes de soutien dans l'autogestion du diabète diffèrent selon les hommes et les femmes (25,26). Les hommes perçoivent majoritairement leur conjointe comme source principale de soutien, en particulier pour l'alimentation, et observent

souvent une adaptation de toute la famille à leur nouveau mode de vie (25,26). Les femmes, en revanche, reçoivent moins de soutien de la part de leur partenaire, mais disposent d'un réseau social plus étendu (25,26). Les bénéfices de ce large réseau de soutien social font l'objet d'avis contrastés dans la littérature. Une étude suggère qu'il facilite une adhésion constante aux recommandations diététiques, en permettant aux femmes de les suivre, quel que soit le contexte social (25). À l'inverse, une recherche indique que ce soutien peut être limité par les normes de genre traditionnelles, qui assignent aux femmes la responsabilité du foyer et les ramènent à leurs obligations domestiques, les empêchant ainsi de tirer pleinement parti de ce réseau de soutien social élargi (26).

Finalement, des études mettent en évidence le fait que les soutiens dits "fonctionnels" (présence attentive, empathie, aide concrète) sont plus efficaces que la simple taille du réseau social (48,50). C'est pourquoi l'importance de la qualité du lien social au sein de la famille et en particulier du conjoint est crucial, car plus à même de soutenir activement la personne malade au quotidien (50).

Sur le terrain, cette dynamique se manifeste clairement à travers le souhait exprimé par plusieurs participantes d'être accompagnées dans leur démarche nutritionnelle, que ce soit par leur conjoint ou par des relations extérieures. Toutefois, même lorsqu'un réseau social est disponible, son efficacité reste conditionnée par la possibilité concrète de l'atteindre, ce que les normes sociales de genre tendent à freiner. À l'inverse, un soutien familial fonctionnel, notamment conjugal, s'avère souvent plus décisif dans la gestion quotidienne de la maladie et pour un respect du suivi nutritionnel robuste.

Entre bien-être, normes diététiques et refuge émotionnel.

L'alimentation comme refuge.

Dans mon terrain, il existe un décalage persistant entre les recommandations diététiques et les réalités émotionnelles, sociales et psychologiques qui entravent leur mise en pratique durable. Ce constat s'inscrit dans la continuité des sections précédentes de la discussion, notamment dans « Le poids des apparences » et « La santé des femmes reléguée au second plan » où nous avons montré comment les normes socioculturelles qui prescrivent la minceur comme idéal féminin (39,40), combiné aux rôles genrés qui attribuent aux femmes la

responsabilité première du travail domestique, cognitif et émotionnel (44,45,47), s'inscrivent dans un système où le corps et la santé des femmes sont continuellement soumis à des pressions multiples. D'un côté, l'injonction à correspondre à un idéal corporel entretient l'insatisfaction physique, alimente le stigmate associé aux corps jugés « hors norme », favorise l'émergence de troubles anxieux ou dépressifs et incite à une réaction de correction dans les pratiques alimentaires (38–40). De l'autre, la charge mentale, renforcée par l'inégalité dans la répartition des tâches et la socialisation genrée, génère un stress chronique qui relègue la prise en charge de soi au second plan, y compris dans le suivi du diabète de type 2 (44–47).

L'ensemble de ces contraintes crée un climat émotionnel et psychologique particulièrement exigeant, dans lequel l'alimentation peut devenir, pour certaines femmes, un espace de réconfort ou de compensation face aux tensions accumulées au quotidien (51). Des études montrent que les femmes ont un risque à tout âge significativement plus haut que les hommes de souffrir d'anxiété ou de troubles de l'humeur (52,53), conditions psychologiques qui influencent fortement les comportements alimentaires avec une préférence pour les aliments gras et sucrés comprenant aussi une plus grande vulnérabilité aux troubles du comportement alimentaire tels que l'hyperphagie, la boulimie ou l'anorexie (27,54–56). Ce qui est paradoxal, c'est que, dans le cadre d'un suivi alimentaire, les « craquages » peuvent engendrer un sentiment de culpabilité et d'échec, qui devient lui-même une source supplémentaire de stress et de préoccupation (57). Ce contexte éclaire le fait que les patientes interrogées dans le cadre de mon étude décrivent une perte d'adhésion aux recommandations diététiques, en particulier lors de stress ou de fatigue, des situations qui, au vu des contraintes qu'elles décrivent, semblent fréquentes.

Elles croient. Nous, nous savons.

Dans le cadre du suivi nutritionnel, les études recommandent une approche tolérante et individualisée, fondée sur la modération plutôt que sur l'interdiction stricte des aliments en catégorisant ceux-ci de façon binaire « sain vs mal sain » (58). Un encadrement plus souple et empathique est associé à une meilleure gestion alimentaire, avec moins de désinhibition et une réduction des épisodes de perte de contrôle, contrairement à un encadrement rigide souvent lié à l'échec et à la démotivation (58). Par ailleurs, la qualité de la relation entre le soignant et la patiente et le fait de faire de la patiente une partenaire de soin joue un rôle clé

dans l'adhésion aux recommandations (59). Une relation de confiance où un soignant reconnaît pleinement le savoir que la patiente se forge sur base de ses expériences favorise une approche plus globale, prenant en compte les dimensions sociales, émotionnelles et subjectives du rapport à l'alimentation (59). À l'inverse, lorsqu'un professionnel adopte une posture culpabilisante et plus normative, comme certains récits de mon terrain le montrent, cette relation peut se fragiliser, nuisant à l'efficacité du suivi (59).

Entre se sentir coupable et capable.

Parmi les facteurs influençant l'adhésion aux recommandations diététiques, se trouve aussi la croyance de la patiente en ses capacités à mettre en place ces recommandations (60). Ce sentiment que Bandura (1977) appelle l'auto-efficacité apparaît comme un facteur important (mais pas suffisant) dans l'adhésion au suivi nutritionnel (60,61). Lorsqu'il est élevé, il favorise l'engagement dans les actions nécessaires à la mise en place des changements alimentaires (60). D'après Bandura, l'auto-efficacité est influencée par quatre facteurs : les expériences de réussite antérieure, l'observation de quelqu'un d'autre qui nous ressemble en situation de succès (expérience vicariante), le soutien social et l'état émotionnel de la personne (60). Selon ces caractéristiques, et en comparaison avec mon terrain et la littérature précédente, nous pourrions envisager de retrouver un sentiment d'auto-efficacité généralement moindre chez les femmes. Or, la littérature est assez mitigée à ce sujet. Par exemple, si une première étude évalue une différence non significative au niveau de l'auto-efficacité alimentaire entre les hommes et les femmes (62), une seconde étude affirme une prévalence de sentiment d'auto-efficacité alimentaire faible presque deux fois plus élevée chez les femmes (63).

Ainsi, bien que la littérature reste contrastée l'auto-efficacité apparaît néanmoins comme une clé de lecture à tenir en compte pour comprendre l'adhésion aux recommandations diététiques des femmes diabétiques de type 2. Dans le cadre de la présente étude, on constate que les femmes vivant avec le diabète ont tendance à évoluer dans un environnement qui s'accompagne fréquemment d'obstacles émotionnels, sociaux et contextuels, tels que la charge mentale, la culpabilité, les injonctions contradictoires, l'échec de précédents régimes et le manque de soutien, qui peuvent affaiblir le sentiment d'auto-efficacité et freiner la mise en œuvre des recommandations de façon durable.

6.2. Biais, forces et limites de l'étude

Cette étude repose sur l'idée que la réalité sociale est toujours interprétée par les filtres des personnes qui l'observent, l'analysent ou la vivent. En ce sens, cette étude qualitative n'échappe pas à l'influence de la subjectivité. En tant que chercheuse, il est possible que l'approche du terrain ait été influencée de façon inconsciente par mon propre rapport au genre, à la santé ou à la norme alimentaire. Néanmoins, une posture réflexive a été adoptée tout au long de l'étude, en étant consciente de mes propres cadres d'interprétation.

Cette étude a par ailleurs cherché à dépasser un empirisme naïf qui supposerait que « la réalité se donne à voir ». En croisant les discours des participantes avec une perspective de genre en santé, et en m'efforçant de ne pas prendre leurs récits pour des représentations linéaires ou transparentes, j'ai tenté d'accéder à des dynamiques sociales complexes et implicites. Cela suppose aussi le fait que les participantes peuvent reformuler leur expérience pour qu'elle paraisse plus cohérente ou conforme à ce qu'elles pensent qu'on attend d'elles. Néanmoins, le guide d'entretien a volontairement évité d'aborder explicitement la dimension genrée de l'étude, afin de ne pas susciter de positionnements défensifs ou biaisés chez les participantes. Cette posture visait à laisser émerger les dynamiques de genre à travers leurs récits, sans les y contraindre a priori.

Même si j'ai cherché à maximiser la diversité des profils en variant les lieux de recrutement, le profil des participantes constitue une limite importante. En effet, l'ensemble des femmes interrogées sont blanches, socialement intégrées dans un cadre culturel occidental et dans un contexte hétéronormé. Par ailleurs, toutes sont ou ont été engagées dans des relations de couple hétérosexuelles. Les réalités spécifiques vécues par les femmes racisées, migrantes ou encore lesbiennes ou trans n'ont pas été abordées dans cette étude. À ce titre, même si cette recherche est ancrée dans une approche relationnelle du genre qui présente des affinités avec la perspective intersectionnelle, qui souligne que le genre ne peut être analysé isolément des autres rapports sociaux (classe, race, âge, statut migratoire, etc.). Mon analyse n'aborde pas toutes ces dimensions en détail, mais elle en reconnaît la portée et les effets.

Enfin, la saturation des données a été atteinte après onze entretiens approfondis. Cette saturation, dans le cadre d'une approche inductive, valide la pertinence et la densité des matériaux collectés, et permet de soutenir la solidité des thématiques construites.

6.3. Perspective

Les résultats de cette recherche ouvrent plusieurs pistes de réflexion et d'approfondissement pour la santé publique, en particulier en matière d'équité et d'adaptation des soins. Dans un premier temps, il serait pertinent de reproduire ce type d'enquête qualitative à plus large échelle ou de l'enrichir par des méthodes mixtes, afin d'évaluer l'ampleur et la récurrence des mécanismes identifiés ici dans d'autres contextes sociaux, culturels et médicaux. Explorer la puissance explicative des dynamiques de genre sur l'adhésion aux recommandations diététiques permettrait d'alimenter les politiques de santé avec des données plus situées, et plus représentatives de la diversité des vécus.

Par ailleurs, il serait essentiel de dépasser uniquement la perspective de genre et d'intégrer une approche intersectionnelle plus poussée pour mieux comprendre comment s'entrecroisent les rapports sociaux dans l'expérience du diabète de type 2. De plus, il serait intéressant d'étudier les parcours de femmes lesbiennes, trans, migrantes ou racisées. Ces groupes, encore largement invisibilisés dans la recherche en santé, mériteraient une attention spécifique pour ne pas reconduire des inégalités structurelles dans les pratiques de soin.

De manière complémentaire, il serait aussi pertinent de mener une étude similaire auprès d'hommes vivant avec un diabète de type 2, ce qui permettrait d'interroger la place des normes masculines dans les rapports au soin, à l'alimentation et à la santé.

Enfin, cette recherche plaide pour une intégration de la pensée écosystémique dans les dispositifs de soins. Comprendre la santé comme le produit d'interactions multiples entre corps, normes sociales, contexte relationnel et conditions matérielles invite à repenser les modèles de prise en charge. Une telle perspective dans le contexte actuel de transition épidémiologique pourrait inspirer des formations pour les professionnels, des protocoles de soin plus contextualisés et des outils cliniques attentifs aux multiples dimensions du rapport à l'alimentation thérapeutique.

7. Conclusion

Ce mémoire met en lumière la manière dont les normes de genre sous une perspective relationnelle façonnent l'adhésion des femmes vivant avec un diabète de type 2 aux

recommandations diététiques. En articulant les dimensions corporelles, sociales, émotionnelles et contextuelles, il montre que les comportements alimentaires ne peuvent être compris indépendamment des réalités genrées qui traversent la vie quotidienne des patientes. La gestion du diabète s'inscrit dans un tissu de responsabilités domestiques, de pressions esthétiques, de contraintes médicales et de vécus émotionnels, qui façonnent la relation que les femmes ont avec l'alimentation dans le cadre du diabète de type 2.

Dans une perspective de santé publique, ces résultats plaident pour une approche plus globale et contextualisée des recommandations diététiques. Il ne s'agit pas uniquement de transmettre de l'information ou d'encourager la volonté individuelle, mais de reconnaître les conditions concrètes dans lesquelles les femmes vivent, mangent, soignent et sont soignées. La médicalisation du corps féminin et le manque de représentation des femmes dans le savoir médical, la surcharge mentale liée aux rôles domestiques, la culpabilité alimentaire ou encore la quête de conformité corporelle sont autant de facteurs invisibles qui interagissent avec l'adhésion durable aux recommandations.

Par ailleurs, ces résultats montrent que certaines normes biomédicales, comme l'usage excessif de l'IMC ou les régimes restrictifs standardisés, peuvent renforcer le sentiment d'échec et l'épuisement moral des patientes. De plus, la relation au soin, lorsqu'elle est empreinte de jugement ou de rigidité, peut altérer le sentiment d'auto-efficacité et décourager l'engagement thérapeutique. À l'inverse, des pratiques de soin plus empathiques, coconstruites et situées, favorisent l'adhésion en valorisant les savoirs et les expériences des femmes.

Ainsi, intégrer une lecture relationnelle du genre en santé permet de dépasser les approches normatives et de proposer des stratégies d'accompagnement plus inclusives. Cela implique de former les professionnels à des pratiques sensibles au genre, de reconnaître la valeur du savoir expérientiel des patientes, et de développer des dispositifs de soutien plus équitables et participatifs. Penser la santé des femmes dans sa complexité sociale et genrée est une nécessité pour promouvoir une santé publique plus juste, plus robuste et plus humaine.

8. Bibliographie

1. International Diabetes Federation [Internet]. [cited 2024 May 10]. Facts & figures. Available from: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
2. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol* [Internet]. 2018 Feb [cited 2024 May 21];14(2):88–98 ; doi : <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.151>
3. Zimmet PZ. Diabetes and its drivers: the largest epidemic in human history? *Clin Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2017 Jan 18 [cited 2024 May 21];3:1 ; doi : <https://doi.org/10.1186/s40842-016-0039-3>
4. Killilea T. Long-term consequences of type 2 diabetes mellitus: economic impact on society and managed care. *The American journal of managed care*. [Internet] aug.2002(16 Suppl):S441–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12408407/>
5. admin-sciensano. Vers une Belgique en bonne santé. 2024 [cited 2025 Aug 4]. Diabète. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/diabete>
6. Le diabète en Belgique [Internet]. Belgian Diabetes Forum; 2020 Sep [cited 2024 May 21]. Available from: <https://belgiandiabetesforum.be/wp-content/uploads/2020/11/BEDF-Livre-Blanc-final.pdf>
7. Ajala O, English P, Pinkney J. Systematic review and meta-analysis of different dietary approaches to the management of type 2 diabetes123. *The American Journal of Clinical Nutrition* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2025 Aug 4];97(3):505–16 ; doi : <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.042457>

8. Caspers E, Godin I. Prévenir le diabète de type 2: un autre regard pour agir sur les déterminants de santé et tenir compte de la diversité des publics. Cahier Santé SIPES Service d'Information Promotion Éducation Santé, ESP-ULB. 2012 Bruxelle. Available from : https://www.ulb.be/medias/fichier/191_1618331473897-pdf
9. Government of Canada CI of HR. What is gender? What is sex? - CIHR [Internet]. 2014 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/48642.html>
10. Détrez C. Entretien avec Christine Détrez autour de la notion de genre [Internet]. 2016. Available from: <https://ses.ens-lyon.fr/articles/entretien-avec-christine-detrez-autour-de-la-notion-de-genre>
11. Cislaghi B, Heise L. Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science. Sociology of Health & Illness [Internet]. 2020 [cited 2024 May 21];42(2):407–22 ; doi : <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13008>
12. Pederson A, Greaves L, Poole N. Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. Health Promot Int. 2015 Mar;30(1):140–50. Available from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25231058/> ; doi : [10.1093/heapro/dau083](https://doi.org/10.1093/heapro/dau083)
13. Mauvais-Jarvis F, Merz NB, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero JJ, DeMeo DL, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. The Lancet [Internet]. 2020 Aug 22 [cited 2024 May 21];396(10250):565–82. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31561-0/fulltext#seccestitle40](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31561-0/fulltext#seccestitle40)
14. Salle M, Vidal C. Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Berlin. 2017. (Egale à égal).

15. Day S, Wu W, Mason R, Rochon PA. Measuring the data gap: inclusion of sex and gender reporting in diabetes research. *Research Integrity and Peer Review* [Internet]. 2019 May 7 [cited 2025 Jun 23];4(1):9 ; doi : <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0068-4>
16. Siddiqui MA, Khan MF, Carline TE. Gender Differences in Living with Diabetes Mellitus. *Mater Sociomed* [Internet]. 2013 [cited 2025 Feb 9];25(2):140–2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3769156/> ; doi : 10.5455/msm.2013.25.140-142
17. Kautzky-Willer A, Leutner M, Harreiter J. Sex differences in type 2 diabetes. *Diabetologia* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Feb 9];66(6):986–1002 ; doi : <https://doi.org/10.1007/s00125-023-05891-x>
18. Ciarambino T, Crispino P, Leto G, Mastrolorenzo E, Para O, Giordano M. Influence of Gender in Diabetes Mellitus and Its Complication. *International Journal of Molecular Sciences* [Internet]. 2022 Jan [cited 2025 Jun 23];23(16):8850 ; doi : <https://doi.org/10.3390/ijms23168850>
19. Flores Espínola A. Rapports sociaux de sexe dans la recherche biomédicale : une lecture de la production de savoirs dans les publications féministes anglophones. *socsoc* [Internet]. 2017 [cited 2025 Aug 5];49(1):61–87 ; doi : <https://doi.org/10.7202/1042806ar>
20. Haraway D. Le témoin modeste : diffractions féministes dans l'étude des sciences. In: *Manifeste Cyborg et autres essais Sciences – Fictions – Féminismes. Exils*. Paris; p. 309–33.
21. Keller EF. Reproduction and the central project of evolutionary theory. *Biol Philos* [Internet]. 1987 Oct 1 [cited 2025 Aug 6];2(4):383–96 ; doi : <https://doi.org/10.1007/BF00127697>

22. HIPPOCRATE : DES MALADIES DES FEMMES (livre I) [Internet]. [cited 2025 Jul 21]. Available from: <https://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/femmes.htm>
23. Cleghorn E. Unwell Women: A Journey Through Medicine and Myth in a Man-Made World. Dutton; 2021.
24. Daitch V, Turjeman A, Poran I, Tau N, Ayalon-Dangur I, Nashashibi J, et al. Underrepresentation of women in randomized controlled trials: a systematic review and meta-analysis. *Trials* [Internet]. 2022 Dec 21;23(1):1038 ; doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-022-07004-2>
25. Mathew R, Gucciardi E, De Melo M, Barata P. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* [Internet]. 2012 Dec 19 [cited 2025 Feb 20];13(1):122 ; doi : <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-122>
26. Whittemore R, Melkus GD, Grey M. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2005 [cited 2025 Feb 20];14(2):195–203 ; doi : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2004.00937.x>
27. Anversa RG, Muthmainah M, Sketriene D, Gogos A, Sumithran P, Brown RM. A review of sex differences in the mechanisms and drivers of overeating. *Frontiers in Neuroendocrinology* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2025 Jul 24];63:100941 ; doi : <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2021.100941>
28. Connell R. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2025 Mar 19];74(11):1675–83 ; doi : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>

29. Fournier T, Jarty J, Lapeyre N, Touraille P. L'alimentation, arme du genre. *Journal des anthropologues* Association française des anthropologues [Internet]. 2015 Jun 15 [cited 2025 Aug 4];(140–141):19–49 ; doi : <https://doi.org/10.4000/jda.6022>
30. Roberts C. Biological Behavior? Hormones, Psychology, and Sex. *NWSA Journal* [Internet]. 2000 [cited 2025 Jun 24];12(3):1–20. Available from: <https://www.jstor.org/stable/4316760>
31. Aninye IO, Laitner MH, Chinnappan S. Menopause preparedness: perspectives for patient, provider, and policymaker consideration. *Menopause* [Internet]. 2021 Jun 28 [cited 2025 Aug 4];28(10):1186–91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8462440/> ; doi : 10.1097/GME.0000000000001819
32. Braun V, and Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [Internet]. 2006 Jan 1 [cited 2025 Mar 19];3(2):77–101 ; doi : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
33. Jordt N, Kjærgaard KA, Thomsen RW, Borgquist S, Cronin-Fenton D. Breast cancer and incidence of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 21];202(1):11–22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10504120/> ; doi : 10.1007/s10549-023-07043-6
34. de Vries ST, Denig P, Ekhart C, Mol PGM, van Puijenbroek EP. Sex Differences in Adverse Drug Reactions of Metformin: A Longitudinal Survey Study. *Drug Saf* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 21];43(5):489–95 ; doi : <https://doi.org/10.1007/s40264-020-00913-8>

35. Zucker I, Prendergast BJ. Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women. *Biol Sex Differ* [Internet]. 2020 Jun 5 [cited 2025 Aug 6];11:32 ; doi : <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00308-5>
36. Lambrinoudaki I, Paschou SA, Armeni E, Goulis DG. The interplay between diabetes mellitus and menopause: clinical implications. *Nat Rev Endocrinol* [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2025 Jul 21];18(10):608–22 ; doi : <https://doi.org/10.1038/s41574-022-00708-0>
37. Kampmann U, Knorr S, Fuglsang J, Ovesen P. Determinants of Maternal Insulin Resistance during Pregnancy: An Updated Overview. *J Diabetes Res* [Internet]. 2019 Nov 19 [cited 2025 Jul 21];2019:5320156 ; doi : <https://doi.org/10.1155/2019/5320156>
38. Bonnet C. Stigmate, les usages sociaux des handicaps d'Erving Goffman [Internet]. 2008 Nov. Available from: https://base.afrique-gouvernance.net/docs/12_25_erving_goffman_stigmate.pdf
39. Merino M, Tornero-Aguilera JF, Rubio-Zarapuz A, Villanueva-Tobaldo CV, Martín-Rodríguez A, Clemente-Suárez VJ. Body Perceptions and Psychological Well-Being: A Review of the Impact of Social Media and Physical Measurements on Self-Esteem and Mental Health with a Focus on Body Image Satisfaction and Its Relationship with Cultural and Gender Factors. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2024 Jul 12 [cited 2025 Aug 8];12(14):1396 ; doi : <https://doi.org/10.3390/healthcare12141396>
40. Stapleton P, Crighton GJ, Carter B, Pidgeon A, hurchill, Scott D. Rédacteur en chef. Self-Esteem and Body Image in Females: The Mediating Role of Self-Compassion and Appearance Contingent Self-Worth. 2017 Sep [cited 2025 Aug 8];45(3):238–57 ; doi : <https://doi.org/10.1037/hum0000059>

41. Vers une Belgique en bonne santé. Vers une Belgique en bonne santé. [cited 2025 Jul 15]. Chirurgie bariatrique. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales/systeme-digestif/gastro-intestinal/chirurgie-bariatrique?utm>
42. sciensano.be [Internet]. [cited 2025 Aug 14]. 10 ans plus tard, la moitié de la population belge est toujours en surpoids. Available from: <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/10-ans-plus-tard-la-moitie-de-la-population-belge-est-toujours-en-surpoids>
43. He J, Sun S, Lin Z, Fan X. The association between body appreciation and body mass index among males and females: A meta-analysis. *Body Image* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2025 Jul 20];34:10–26 ; doi : <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.006>
44. Reich-Stiebert N, Froehlich L, Voltmer JB. Gendered Mental Labor: A Systematic Literature Review on the Cognitive Dimension of Unpaid Work Within the Household and Childcare. *Sex Roles* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 22];88(11–12):475–94 ; doi : <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01362-0>
45. Haicault M. La gestion ordinaire de la vie en deux. *Sociologie du travail* [Internet]. 1984;26(3):268-277. Available from: https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1984_num_26_3_2072#sotra_0038-0296_1984_num_26_3_T1_0276_0000
46. Zolesio E. Socialisations primaires / secondaires : quels enjeux ? Idées économiques et sociales [Internet]. 2018 Mar 6 [cited 2025 Aug 7];191(1):15–21. Available from: <https://shs.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2018-1-page-15>

47. Ellemers N. Gender Stereotypes. *Annual Review of Psychology* [Internet]. 2018 Jan 4 [cited 2025 Aug 5];69(Volume 69, 2018):275–98 ; doi : <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011719>
48. Adams MH, Bowden AG, Humphrey DS, McAdams LB. Social Support and Health Promotion Lifestyles of Rural Women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* [Internet]. 2000 [cited 2025 Jul 23];1(1):43–65 ; doi : <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v1i1.501>
49. DiMatteo MR. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology* [Internet]. 2004;23(2):207–18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15008666/> ; doi : 10.1037/0278-6133.23.2.207
50. Miller TA, DiMatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes* [Internet]. 2013 Nov 6 [cited 2025 Jul 23];6:421–6 ; doi : <https://doi.org/10.2147/DMSO.S36368>
51. Springmann ML, Svaldi J, Kiegelmann M. Theoretical and Methodological Considerations for Research on Eating Disorders and Gender. *Front Psychol* [Internet]. 2020 Nov 17 [cited 2025 Aug 9];11 ; doi : <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586196>
52. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2009 Jul [cited 2025 Jul 24];66(7):785–95 ; doi : <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
53. WHO. Anxiety disorders [Internet]. [cited 2025 Jul 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

54. Saccaro LF, Rutigliano G, Landi P, Spera M, Kraslavski A, Zappa MA, et al. Emotional Regulation Underlies Gender Differences in Pathological Eating Behavior Styles of Bariatric Surgery Candidates. *Women* [Internet]. 2023 Jun [cited 2025 Jul 24];3(2):189–99 ; doi : <https://doi.org/10.3390/women3020015>
55. Tsenkova V, Boylan JM, Ryff C. Stress Eating and Health: Findings from MIDUS, a National Study of U.S. Adults. *Appetite* [Internet]. 2013 Oct [cited 2025 Jul 24];69:151–5 ; doi : <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.05.020>
56. Striegel-Moore RH, Rosselli F, Perrin N, DeBar L, Wilson GT, May A, et al. Gender Difference in the Prevalence of Eating Disorder Symptoms. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2009 Jul [cited 2025 Jul 24];42(5):471–4 ; doi : <https://doi.org/10.1002/eat.20625>
57. Hagerman CJ, Ehmann MM, Taylor LC, Forman EM. The role of self-compassion and its individual components in adaptive responses to dietary lapses. *Appetite* [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2025 Jul 24];190:107009 ; doi : <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107009>
58. Meule A, Westenhöfer J, Kübler A. Food cravings mediate the relationship between rigid, but not flexible control of eating behavior and dieting success. *Appetite* [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2025 Jul 24];57(3):582–4 ; doi : <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.07.013>
59. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag* [Internet]. 2005 Sep [cited 2025 Jul 24];1(3):189–99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1661624/>
60. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191–215 ; doi : <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

61. Zaini N, Idris IB, Ahmad N, Hashim SM, Abdullah NN, Shamsusah NA. Enhancing self-care management among women with type 2 diabetes mellitus. *Sci Rep* [Internet]. 2025 Apr 16 [cited 2025 Jul 24];15(1):13093 ; doi : <https://doi.org/10.1038/s41598-025-96308-9>
62. Sood R, Jenkins SM, Sood A, Clark MM. Gender differences in self-perception of health at a wellness center [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 24]. Available from: <https://www.scopus.com/pages/publications/85074249076> ; doi : 10.5993/AJHB.43.6.10
63. Oikarinen N, Jokelainen T, Heikkilä L, Nurkkala M, Hukkanen J, Salonurmi T, et al. Low eating self-efficacy is associated with unfavorable eating behavior tendencies among individuals with overweight and obesity. *Sci Rep* [Internet]. 2023 May 12 [cited 2025 Jul 24];13(1):7730 ; doi : <https://doi.org/10.1038/s41598-023-34513-0>

Annexes

Annexe 1

Participer à une étude sur le diabète de type 2 chez les femmes !



Vous pouvez participer si :

- ✓ Vous êtes une femme adulte**
- ✓ Vous parlez français**
- ✓ Vous résidez en Belgique**
- ✓ Vous avez été diagnostiquée comme personne ayant le diabète de type 2**

En quoi consiste votre participation ?

- Un entretien bienveillant et confidentiel où vous pourrez partager votre expérience du diabète.**
- Aucune préparation nécessaire, juste votre ressenti et votre vécu.**

Pourquoi participer ?

Votre témoignage contribuera à mieux adapter les recommandations alimentaires aux réalités des femmes et à améliorer le soutien apporté aux patientes.

Intéressée ?

Etudiante en master de Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège, contactez-moi pour plus d'informations ou pour participer :

Annexe 2

Introduction

Bonjour, je m'appelle Alyssia Dubuffet, et je suis actuellement étudiante en master en Sciences de la Santé Publique. Dans le cadre de mon mémoire, je mène une recherche sur l'expérience des femmes ayant le diabète de type 2 dans le suivi des recommandations diététiques. Je cherche notamment à comprendre comment certains facteurs sociaux et personnels façonnent les décisions alimentaires et la capacité à suivre les recommandations diététiques. L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre votre expérience, les éventuelles difficultés que vous avez pu rencontrer dans l'application de ces recommandations et les facteurs qui ont pu faciliter ou freiner leur adoption. J'ai préparé quelques questions pour guider notre discussion, mais n'hésitez pas à partager toute information qui vous semble importante. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions si vous ne vous sentez pas à l'aise, et vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment.

Questions générales et familiarisation avec la patiente

1. Pour commencer, pourriez-vous me parler un peu de vous ? (Votre situation familiale, vos activités quotidiennes, ou encore votre situation professionnelle...)
2. Pourriez-vous me partager votre expérience avec le diabète ? Par exemple, comment a-t-il été découvert, depuis combien de temps vivez-vous avec, quelles ont été vos premières réactions, vos éventuelles craintes, stade du diabète, a-t-elle déjà eu des complications ?
3. Concernant votre prise en charge, comment les conseils alimentaires vous ont-ils été transmis ? Était-ce par un médecin, un(e) diététicien(ne), un(e) infirmier(ère) ou un autre professionnel de santé ? Y a-t-il un suivi régulier pour vous accompagner ? Si oui, comment décririez-vous votre relation avec cette ou ce professionnel(le) de santé ?

Corps de l'entretien et questions de relance

4. J'aimerais que vous me partagiez votre ressenti par rapport aux conseils diététiques qui vous ont été donnés. Dans quelle mesure vous sentez-vous capable d'atteindre les objectifs fixés pour votre alimentation ?
5. Quelles sont les valeurs ou motivations principales qui vous poussent à suivre ces recommandations ?

Comment gérez-vous vos responsabilités familiales et sociales (travail, enfants, etc.) tout en suivant les recommandations diététiques ? Ressentez-vous des tensions ou des difficultés entre ces responsabilités et l'application des recommandations diététiques ?

6. Comment s'organise la répartition des tâches du quotidien dans votre foyer ? Cela a-t-il un impact sur votre gestion de l'alimentation ?
7. Rencontrez-vous des contraintes dans l'application des recommandations diététiques au quotidien ? Pourriez-vous me décrire une situation où, malgré votre motivation, vous n'avez pas pu suivre une recommandation spécifique ?

Selon vous, des facteurs, comme la répartition des tâches domestiques, les responsabilités familiales ou professionnelles, ont-ils joué un rôle dans cette difficulté ?"

Comment gérez-vous vos responsabilités familiales et sociales (travail, enfants, etc.) tout en suivant les recommandations diététiques ?

8. Quel type d'aide recevez-vous pour faciliter la gestion de votre diabète de type 2 ? Qui vous apporte ce soutien et dans quelle mesure ? Existe-t-il des contraintes qui limitent l'aide dont vous pourriez bénéficier ?
9. Comment vivez-vous les éventuels échecs ou réussites liés à l'adhésion à ces recommandations ?

Fin de l'entretien

10. D'après tout ce dont nous avons discuté, de quel soutien pensez-vous avoir besoin pour faciliter votre adhésion aux recommandations diététiques ?
11. Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur votre expérience personnelle en lien avec le diabète et les recommandations diététiques ?
12. Souhaitez-vous revenir sur un des points que nous avons abordés plus tôt dans notre discussion ?

Annexe 3

Sart Tilman, le 14 mars 2025

Madame la Prof. A-F. DONNEAU
Madame Alyssia DUBUFFET
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
ULiege

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Nr EudraCT ou Nr belge : B7072024000165 ; Notre réf: 2024/513

Cher Collègue,

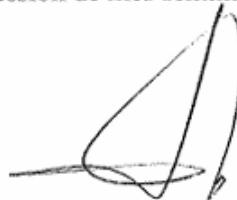
J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

"La gestion du diabète de type 2 au prisme du genre : exploration des expériences et représentations de femmes face aux recommandations diététiques."

Protocole : Version 2

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,



Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

Copie à la Direction de l'AFMPS

Herstal, le 24 février 2025

AVIS FAVORABLE

Composition du Comité d'Éthique :

- Dr Anthony Nguyen	Chirurgien cardio-vasculaire
- Dr Alexandre Schmitt	Médecin généraliste externe
- Dr Dominique Courard	Anesthésiste
- Dr Natacha Noël	Gérontologue
- Maître Jean-Luc Wenric	Avocat au Barreau de Liège
- Mme Caroline Doppagne	Médiatrice hospitalière
- Mme Akbas Yeliz	Assistante sociale
- Mme Clara Grégoire	Infirmière en Chef de USI
- Mme Laetitia Di Bartoloméo	Psychologue
- Mme Léa Berger	Pharmacienne

Concerne :

"La gestion du diabète de type II au prisme du genre : exploration des expériences et représentations des femmes face aux recommandations diététiques."

Madame Alyssia Dubbufet,

Je vous informe que le Comité d'Éthique local de la Clinique André Renard a donné une réponse favorable à la demande d'avis concernant l'étude : *"La gestion du diabète de type II au prisme du genre : exploration des expériences et représentations des femmes face aux recommandations diététiques."*

Etapes	Mois	Sept-Déc 2024	Janvier 2025	Février/Mars 2025	Avril 2025	Mai 2025	Juin/juillet 2025	Août 2025
Phase exploratoire + protocole								
Remise du protocole aux comités d'éthique								
Préparation des entretiens								
Collecte des données								
Analyse des données								
Finalisation du mémoire								
Remise du travail et préparation de la défense								

Annexe 4

Nom d'emprunt	Âge	Statut	Enfant(s)	Métier
Alice	52	Célibataire	Fille de 13 ans	Accueillante en milieu scolaire
Béatrice	51	En couple	Fille de 16 ans	Infirmière
Coline	70	Célibataire	Pas d'enfants	Retraitée/dessinatrice
Dina	38	Divorcée/ en couple	3 enfants (5 avec ceux du compagnon)	Employée dans une boucherie
Elise	39	Mariée	2 enfants	Psychologue
Flora	50	Mariée	Fille de 21 ans	Kiné
Gisèle	57	Mariée	Pas d'enfant	Arrêt de travail (femme de chambre)
Huguette	85	Mariée	2 enfants partis de la maison	Femme au foyer
Inès	68	Veuve	2 enfants	Retraitée (institutrice)
Julie	57	Mariée	2 filles parties de la maison	Fonctionnaire
Kiara	50	Mariée	1 fils de 19 ans	Pédicure médicale

Annexe 5

