Médecins, malades et prise en charge de l'hypertension artérielle au Maroc

Josiane Carine TANTCHOU[1], Marc-Eric GRUÉNAIS[2]

(1) Chargée de recherche - anthropologie sociale- CNRS - UMR PRODIG 8586,
(2) Pr. émérite - anthropologie sociale - Université de Bordeaux - UMR LAM 5115

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.7720
Reçu le : 13/11/2020 | Accepté le : 24/10/2022

Résumé : Les travaux sur les systèmes de santé en Afrique ont mis en évidence la « mauvaise » qualité des relations soignants-soignés. La plupart de ces travaux a analysé les relations soignants-soignés du point de vue des patients. Dans cet article, nous adoptons une autre posture en analysant le point de vue des médecins. En prenant l'exemple des interactions qui se mettent en place dans le cadre de la prise en charge de l'hypertension artérielle, nous suggérons que la « mauvaise » qualité des relations soignants-soignés est en partie le fait de contraintes structurelles, qui privent les médecins de la possibilité d'une relation thérapeutique souhaitée suivie avec leurs patients. Or, celle-ci garantirait la « motivation », la « volonté », la « discipline » requise de la part du patient pour parvenir à une stabilisation de sa tension artérielle. Face à ces contraintes qui limitent les succès thérapeutiques et sur lesquelles il ne peut intervenir, le médecin n'a pas d'autre alternative que de « blâmer la victime » pour expliquer ses échecs. De la sorte, cet article apporte une contribution modeste aux discussions sur la nécessité d'une approche salutogénique de la santé publique qui s'attache à ce qui contribue à la santé, plutôt que sur les origines de la maladie et les facteurs de risque.

Mots-clés : Hypertension, indiscipline, médecins, patients

Abstract: Studies of health systems in Africa highlighted the "poor" quality of patients-providers relations. Most of the studies have analysed these relations from patients' perspective. This article, adopt a different approach by analyzing the doctors' perspective. Using the example of interactions between doctors and patients with hypertension, we suggest that the "poor" quality of patients-providers' relations is also due to the structural constraints, which deprive physicians of the possibility of establishing an ongoing therapeutic relationship with their patients. Yet, this is perceived as guaranteeing "motivation", "will" and "discipline" required from the patient to achieve stabilization of their blood pressure. Facing these constraints on which they have no power, but which nevertheless limit therapeutic successes, physicians probably has no alternative but to explain their failures by the "blaming of victims". As such, this article is also a modest contribution to debates on the necessity of a salutogenic approach of public health that focuses on what contributes to health rather than the causes of diseases and risk factors.

Keywords: Hypertension, undisciplined, doctors, patients

Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) dite « essentielle », considérée comme facteur de risque cardiovasculaire, associée à aucune autre pathologie, est désormais perçue comme une pathologie à part entière (Sarrandon-Eck, 2007). En l'absence de complication, elle n'est pas invalidante, mais nécessite un traitement et une surveillance médicale prolongés. C'est une maladie banalisée dans le discours médical et social ; elle ne fait pas l'objet de stigmatisation, et ne donne guère lieu à des engagements politiques ou associatifs visibles[1] (Sarrandon-Eck, 2007). C'est une maladie souvent asymptomatique. Elle peut évoluer pendant des années sans complications cliniquement décelables, et elle n'est pas toujours détectée aussi tôt que les médecins le souhaiteraient. L'OMS consacrait en 2013 sa Journée mondiale de la santé à l'hypertension, la qualifiant de « tueur silencieux ».

En Région africaine la prévalence de l'hypertension est l'une des plus élevées au monde ; elle touche 46% des adultes âgés de 25 ans et plus (WHO, 2013). Au Maroc l'hypertension artérielle serait un des principaux motifs de consultation dans les structures de soins de proximité (Ministère de la santé-Service des maladies cardiovasculaires, 2016). Sa prévalence globale est de 33,6% : 30,2% chez les hommes, 37% chez les femmes (Nejjari et *al.*, 2013). Elle augmente significativement avec l'âge : 53,8% chez les personnes âgées de plus de 40 ans ; 72,2% chez les 65 ans et plus[2]. Le nombre de personnes atteintes d'HTA aigüe a évolué considérablement en passant de 20 739 en 2008 à 43 856 en 2014, soit une augmentation globale de 111% en l'espace de 6 ans, avec une évolution annuelle moyenne de 13%. Cette hausse est en partie attribuée au changement des modes de vie, en particulier les habitudes alimentaires et la sédentarité, au diabète, à l'hypercholestérolémie et à l'obésité (Ziyyat et *al.,* 2014 *;* Chadli et *al.* 2018). Précisons que ces chiffres se rapportent aux seuls assurés sociaux de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS), soit la caisse d'assurance maladie pour le seul secteur public (CNOPS 2015). Les travaux disponibles mettent en évidence les problèmes posés par sa prise en charge (retard de diagnostic, non observance…), ainsi que les avantages de la mesure ambulatoire de la pression artérielle pour le suivi des patients (Elkarimi et *al.*, 2013 ; Mouine et *al.*, 2011 ; Nejjari et *al.*, 2013 ; Saïle et *al.*, 2009 ; Wadrahmane et Benhalla, 2011).

L'équilibre de la tension artérielle, la prévention des risques et des complications associées, reposeraient selon les médecins rencontrés sur la « motivation », la « volonté », du patient, et sur sa « discipline » à suivre les recommandations, dans le contexte d'une relation de confiance instaurée dans la durée entre patients et soignants, censés être à l'écoute des premiers pour répondre notamment à leurs préoccupations.

Or, les travaux sur l'offre de soins en Afrique ont mis en évidence la « mauvaise » qualité des relations soignants-soignés (Bouanani, 2012 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Jamai, 2016 ; Mebtoul, 2001 ; Vidal et *al.*, 2005), attribuée à l'insuffisance des ressources humaines en santé, aux conditions de travail des soignants (Chen et *al.*,

[1] Une mobilisation est cependant repérable au niveau international avec l'International Society of Hypertension, la Ligue mondiale contre l'hypertension, la Fédération mondiale du Cœur, ou encore l'Organisation mondiale contre l'Accident vasculaire cérébral.

[2] http ://www.sante.gov.ma/Pages/SanteNews.aspx ?IDSnews=21

2004 ; Dovlo, 2005 ; Gruénais, 2011 ; Tantchou, 2018) ; les conditions d'émergence des professions soignantes (Chiffoleau, 1997 ; Gobatto, 1999 ; Jewkes et *al.*, 1998), les facteurs structurels principalement macroéconomiques qui ont eu un impact sur le statut et les revenus des soignants, engendrant des pratiques de corruption et de débrouille (Badaka, 2000 ; Bayemi, 2008 ; Courade, 2000 ; El Khamlichi, 2015 ; Israr, 2000) ; l'implication d'acteurs internationaux dans le cadre de politiques de santé ciblées, les inégalités et contradictions générées par leurs interventions (Brown et *al.*, 2012 ; Chiffoleau, 2005 ; Eboko, 1999) ont également été évoquées. D'autres travaux ont montré que la qualité de la relation s'améliorait lorsque patients et soignants étaient confrontés à une pathologie chronique (Hane, 2007).

La plupart de ces travaux ont surtout analysé les relations soignants-soignés du point de vue des patients, même si certains parmi ces auteurs se sont intéressés aux rapports entre les conditions de travail, la relation aux rôles professionnels, la frustration et le burnout (Raviola et *al.*, 2002 ; Tantchou, 2014 ; Tantchou et Gruénais, 2009). Les conséquences négatives de ce syndrome sur la qualité des interactions ont été relevées (Maslach et Leiter, 1997 ; Truchot, 2004). Le présent article propose une approche différente. À partir de l'analyse des pratiques discursives des médecins, nous suggérerons ici que la « mauvaise » qualité des relations soignants-soignés est également due aux contraintes structurelles et organisationnelles qui empêchent les médecins de mener un travail clinique rigoureux et d'instaurer une relation suivie avec les patients, ceux-ci étant alors qualifiés de « sujets âgés indisciplinés ».

Pour documenter ces pratiques discursives et éclairer leur fondement, nous mobilisons des entretiens approfondis menés auprès des médecins généralistes responsables de la prise en charge de l'hypertension (n=28) dans les établissements de santé publics de proximité, appelés « établissements de soins de santé de base » à Rabat[3]. Ces entretiens[4] ont été enregistrés et transcrits. Ils ont été complétés par des entretiens informels avec des patients hypertendus recrutés dans ces établissements (n=10), entretiens qui portaient principalement sur les changements engendrés par le diagnostic dans la vie quotidienne. Des groupes de discussion (n=2) ont également été organisés avec des femmes, pour explorer leurs perceptions des établissements publics de soins de santé. Outre le recours aux entretiens approfondis, nous avons observé, dans les salles d'attente des établissements de santé de base, les interactions entre patients, écouté leurs inquiétudes, leurs disputes et leurs commentaires au sujet de l'offre de soins. Nous avons suivi et observé les médecins généralistes au cours de leurs activités quotidiennes, lors des consultations, mais aussi lors de leur déjeuner et de leur travail administratif (remplissage des documents). Nous avons accordé une attention particulière à la posture des patients durant la prise de tension, à l'utilisation du tensiomètre, à la façon dont ces appareils étaient ajustés et calibrés (Mol et Law 1994) pour remplir leurs fonctions de manière optimale. Les consultations qui donnaient lieu

[3]Une autorisation de recherche a été obtenue du ministère de la Santé (Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies - DELM) et du service d'infrastructures d'actions ambulatoires provincial (SIAAP) qui coordonne les activités des établissements de santé de base.

[4]Dans les verbatim, nous avons fait le choix de ne mentionner ni les statuts professionnels, ni les lieux d'enquête. En effet, à partir de ces deux éléments, il est aisé de retrouver l'identité des personnes enquêtées, car dans les établissements de santé de base, des médecins clairement identifiés s'occupent des patients souffrant de maladies chroniques.

à l'annonce d'un diagnostic d'hypertension ont également été observées. Nous avons été attentifs aux attitudes et commentaires des patients dans le cabinet du médecin après le diagnostic, écouté leurs questions et les réponses des médecins au cours des consultations. L'ensemble du matériau a été traité avec le logiciel Nvivo Pro 11, qui permet le classement et l'analyse de ce type de données de terrain.

Le texte suivant est organisé en trois parties. Nous commençons par présenter les caractéristiques des patients ayant une hypertension artérielle telles qu'elles apparaissent dans les discours des médecins. Nous explorons ensuite les pratiques discursives relatives au suivi des patients, à l'observance des traitements et des mesures dites hygiéno-diététiques, pour mettre en exergue les contraintes structurelles et organisationnelles qui empêchent les médecins de mener un travail clinique rigoureux et d'instaurer, avec les patients, la relation suivie qu'ils souhaiteraient. Il s'avère alors ainsi que nous le relevons dans la troisième partie, que les obstacles sont moins relatifs aux savoirs des patients qu'à leur incapacité à mobiliser leurs savoirs dans les situations quotidiennes, du fait de l'absence de ressources, de problèmes structurels propres au système de santé et à l'organisation sociale. À cet effet, l'apport original de l'article réside dans sa contribution modeste aux approches qui promeuvent une approche salutogénique de la santé publique, en se concentrant sur ce qui contribue à la santé, plutôt que sur les origines de la maladie et les facteurs de risque (Mittelmark et *al.*, 2017).

1 Le sujet hypertendu

1.1 Il est « âgé, pauvre et indiscipliné »

Selon les discours des médecins généralistes exerçant dans le secteur public que nous avons rencontrés, le patient hypertendu est de manière générale un « sujet âgé », « qui a au moins 60 ans ». La limite à partir de laquelle un patient est qualifié de « âgé » est dictée par les directives du ministère de la Santé selon lesquelles à partir de 60 ans, la prise de la tension artérielle lors de la consultation est obligatoire. Or, « comme la mesure doit être objective, elle est décontextualisée des circonstances dans lesquelles les capacités ou les incapacités se mettent en acte » (Hardy et *al.* 2020 : 92). On peut voir là une invitation à opérer un diagnostic à un moment précis. Ce moment du diagnostic, doit s'inscrire notamment dans une temporalité médicale qui va de l'identification du problème du patient jusqu'aux solutions envisagées/envisageables et qui mobilise un ensemble de paramètres liés entre autres aux définitions de la maladie, à l'organisation de l'offre de soins, à la disponibilité des dispositifs médicaux, à l'histoire particulière du patient, aux problèmes financiers, etc. comme Berg l'a modélisé en 1992 (Berg, 1992).

D'après les médecins interrogés, le patient âgé est « nécessiteux », « indigent » et « pauvre ». « Ils ne peuvent même pas ramener les photos qui doivent être apposées sur les dossiers de malades conservés dans les centres de santé », disait un médecin. Ils sont dans l'impossibilité d'acheter les médicaments complémentaires lorsque la dotation des centres de santé ne permet pas de fournir à l'ensemble des patients la totalité du traitement. Il s'agit souvent d'une femme, veuve ou mariée, qui réside chez son fils ou sa fille. Il/elle a un « niveau intellectuel et un niveau socio-économique bas ».

Enfin, toujours selon les médecins, le sujet âgé est « indiscipliné » car il ne respecte pas les rendez-vous et il n'est pas observant. Analysons plus précisément ces deux derniers éléments au cœur du discours médical.

1.2 Il ne respecte pas les rendez-vous

Les médecins affirment que la consultation des « patients chroniques » doit impérativement être effectuée sur rendez-vous. Ils établissent une différence entre la consultation des malades chroniques et la consultation « tout venant ». L'hypertension étant « une maladie chronique, on doit prendre son temps, travailler tranquillement, sans être pressé » ; le médecin doit être « apte à bien recevoir le patient » physiquement, intellectuellement, émotionnellement. Les « consultations chroniques demandent du temps ; il faut avoir le temps d'expliquer beaucoup de choses aux malades. Il ne faut pas que le malade vienne et reparte en disant : « J'ai attendu une bonne partie de la matinée, et il ne m'a même pas consacré du temps ! ». Pour toutes ces raisons, le médecin s'organise pour recevoir un nombre limité de patients souffrant de maladie chronique, environ une dizaine par journée de consultation des « patients chroniques » qui ont lieu une à deux fois par semaine selon les établissements.

En pratique, les médecins ont effectivement un agenda de rendez-vous, mais ils reçoivent souvent deux fois plus de patients que prévu. Rappelons que les médecins dont il s'agit sont des médecins fonctionnaires du ministère de la Santé et que leur revenu n'est pas lié au nombre de patients consultés. À côté des malades qui viennent à leurs rendez-vous, ils reçoivent ceux qui viennent « embêter » pour des « bobos », ou « des faux problèmes », avec des demandes du type : « Donnez-moi s'il vous plaît ce médicament ! », « Je dois refaire ce papier administratif ! », « J'ai laissé mon papier (ordonnance) là-bas ; je veux le traitement ! », autant de demandes que les médecins se disent contraints de satisfaire sur-le-champ. Ils reconnaissent néanmoins que parmi les consultants qui viennent sans rendez-vous, il y a des urgences, principalement des « nouveaux cas » qu'ils ne peuvent renvoyer, mais ceux-ci ne représentent que « trois à quatre [patients] par jour ». En prévision de ces consultations « en urgence », qui structurent l'emploi du temps des médecins, les rendez-vous sont donnés aux malades chroniques, mais sans précision d'heure. À devoir satisfaire toutes les demandes dans l'immédiat, l'attente des patients programmés se trouve singulièrement allongée, au risque de démotiver ceux-ci d'honorer leurs rendez-vous.

Le sujet âgé serait « indiscipliné » parce qu'il ne respecte pas toujours le jour fixé pour son rendez-vous. Lorsqu'il se présentera finalement, commente un médecin, après avoir manqué un rendez-vous, il se justifiera en invoquant son obligation à participer à des cérémonies familiales (deuil, mariage, baptême) ou à se déplacer le jour initialement fixé pour son rendez-vous. D'une manière générale, et plus spécifiquement pour les personnes âgées, il est difficile de se soustraire aux obligations familiales. Les mêmes médecins qui critiquent leurs patients d'accorder la priorité aux obligations familiales par rapport à leur suivi médical, ont été amenés à interrompre leurs journées de consultations pour manifester leur solidarité à l'égard d'un parent, d'un ami, d'un collègue, d'un chef de service affecté par un décès. Ils s'arrogent ainsi des droits qu'ils refusent à leurs patients. Dans un tout autre contexte (celui de l'Afrique du sud), il a été montré que la sévérité des soignants à l'égard des patients doit être aussi envisagée

comme l'affirmation d'une relation hiérarchique, d'une coupure entre eux (les patients) et nous (les soignants), notamment dans des situations de soins de proximité où les statuts des uns diffèrent peu de ceux des autres (Walker et Gilson, 2004).

Au bout du compte, à considérer les « consultations d'urgence », les absences des médecins, et les patients souffrant de maladies chroniques qui n'honorent pas les rendez-vous, les plannings initialement fixés ne coïncident pas avec l'organisation effective d'une journée de consultation. Ces discontinuités, dont les patients sont rendus responsables, déconcentrent les médecins : « Ça me dérange un peu. Je vois que je sors un peu du suivi – des malades. Et je suis dans n'importe quoi ! Ça me déconcentre ! ». Mais parce que les patients sont âgés, les médecins s'estiment obligés de les recevoir sans rendez-vous, y compris pour des « faux problèmes » ; « on ne va pas les renvoyer sans les recevoir parce qu'il faut limiter le nombre des consultations », affirment-ils.

Cette désorganisation des agendas est aussi l'occasion pour les médecins de rappeler le déficit en qualité et en quantité des ressources humaines dans les structures de soins publiques. Ils mettent notamment en avant l'insuffisance du nombre de paramédicaux dans leur structure, mais aussi le manque de compétences de ceux-ci. Ils estiment que des paramédicaux bien formés pourraient répondre à certaines demandes de sujets âgés qui viennent sans rendez-vous, et limiter ainsi le nombre de consultations médicales. Mais les infirmiers, déjà en nombre insuffisant, n'osent pas prendre de décisions, et les médecins s'estiment obligés de répondre à l'ensemble des sollicitations. La flexibilité des agendas qui aboutit à la désorganisation des journées de consultation et à l'allongement des durées d'attente pour les personnes âgées, apparaît néanmoins comme une manifestation de l'empathie du clinicien soucieux du bien-être du patient, et une assurance de qualité du suivi palliant l'incompétence de certains personnels.

2 Le sujet hypertendu n'est pas observant

2.1 La non-observance médicamenteuse

Dans les établissements de santé de base, les soins sont gratuits (consultation et médicaments). Les rendez-vous sont donnés trimestriellement aux patients, et c'est à l'occasion de ces rendez-vous que les patients hypertendus sont censés recevoir gratuitement leur traitement pour trois mois. Toutefois, la dotation en médicaments de l'établissement est parfois insuffisante pour couvrir l'ensemble des besoins, sans compter les ruptures de stock ou encore l'absence de spécialités à ce niveau de la pyramide sanitaire. Dès lors les médecins doivent régulièrement arbitrer pour savoir à qui donner ou refuser un traitement complet. Un médecin explique : « Tu vas voir un malade aujourd'hui. Le prochain rendez-vous est dans trois mois. La dotation que tu as te permet de lui fournir un mois de traitement. Tu lui expliques que pour le reste, il faudra qu'il se débrouille. Parfois, tu peux même lui donner deux mois, et tu lui dis que pour le dernier mois, il faudra qu'il se débrouille, qu'il essaie de se procurer le traitement. Le coût des médicaments pour l'hypertension a baissé. Certains sont à moins de 15 euros[5]. De toutes les façons, pour nos malades, ce n'est même pas la peine de prescrire un médicament au-delà de 20 euros. Si tu lui donnes deux mois de

[5]La monnaie est le dirham. Le taux de conversion approximativement de 1 euro pour 10 dirhams. Par souci de simplification, nous donnerons le montant en euros.

traitement, cela lui laisse le temps de trouver de l'argent pour le dernier mois avant le [prochain] rendez-vous. Lorsqu'il revient, tu lui prends la tension, elle est élevée. Tu lui demandes s'il a pris ses médicaments, il te répond qu'il n'avait pas d'argent. Après avoir épuisé les traitements que tu lui as donnés, il n'en a plus pris parce qu'il n'a pas pu se les acheter. Qu'est-ce que tu vas faire ? ».

L'accès au type de médicament adapté à l'état du patient peut également poser problème eu égard aux irrégularités d'approvisionnement en médicaments des centres de santé. Selon un praticien : « Je vois que le traitement ce n'est pas ça ! Si on donne par exemple du Losartan pendant trois mois, le patient prend [ce médicament pendant] trois mois. Après, je me rends compte qu'il y a l'Amlodipine et pas le Losartan. Et moi j'ai beaucoup de patients indigents et je me retrouve dans l'embarras : est-ce que je dois changer ? Comment je dois convaincre le patient d'acheter [le Losartan] alors qu'il n'a pas les moyens ? Moi, ça me dérange. On donne un traitement et à un certain moment on leur dit qu'on n'en a pas, donc, j'ai l'impression qu'on ne fait rien parce qu'on risque d'arrêter. Donc tout le travail qui a été fait avant est perdu ». Les médecins doivent alors « parler », expliquer aux patients que le traitement a changé parce que leur état s'est aggravé, expliquer la différence entre un médicament générique et une spécialité, expliquer la posologie du nouveau médicament prescrit. Ils reprennent ainsi, de leur point de vue, tout le travail d'éducation thérapeutique proposé pour le précédent médicament prescrit, ce qui leur donne « le sentiment de tourner en rond ».

Face à cette gestion erratique des approvisionnements en médicaments des centres de santé, avec des distributions incomplètes des traitements, les patients sont amenés à faire des choix, informés par leur savoir spécifique sur leur corps. À titre d'exemple, un patient nous racontait qu'il ne respectait pas la posologie de la prescription, parce qu'il savait que sa tension dépendait de sa relation avec son épouse : lorsqu'elle était en colère, sa tension s'élevait, et il ressentait alors le besoin d'observer les recommandations du médecin ; autrement, il réduisait de moitié la prise de médicaments.

Les médecins s'accordent pour affirmer que la plupart de leurs patients sont pauvres. Néanmoins, ils admettent difficilement que leur manque de ressources puisse être tel qu'il les empêche d'acheter un complément de traitement qui « ne leur coûterait que 3 euros ». Alors, ils leur suggèrent par exemple de se priver de viande pendant quelques jours, et de mettre l'argent ainsi épargné de côté pour acquérir le complément du traitement prescrit. En faisant cette recommandation, ils semblent oublier que ces sujets âgés « nécessiteux », résident chez leurs enfants, sont donc dépendants financièrement de ceux-ci, et ne mangent pas de viande régulièrement. Mais surtout ils n'ont pas la main sur la gestion des dépenses du ménage. Comment faire des économies sur une ressource dont on ne dispose pas ? Certes, les patients reçoivent ponctuellement de l'aide des proches pour faire face aux coûts de leur traitement (achat des médicaments, examens biologiques et radiologiques), mais cette aide n'est pas donnée *a priori* et elle est fonction des possibilités de mobilisation financière du ménage à un moment donné. Par conséquent, les patients sont très dépendants des traitements qui leur sont procurés gratuitement par le centre de santé.

Dans la critique de l'attitude des patients, on retrouve ici le registre normatif caractéristique du discours sur la non-observance, qui ne prend pas en compte les insuffisances

de l'offre de soins, les failles de communication des soignants, les mondes sociaux des patients, et qui empêche les soignants d'accepter parfois le choix des patients de ne pas respecter les prescriptions (Donovan et Blake, 1992 ; Ross, 1991 ; Trostle, 1988). La non-observance concerne aussi les mesures hygiéno-diététiques.

2.2 La non-observance des mesures hygiéno-diététiques

Les mesures hygiéno-diététiques sont considérées comme des « mesures obligatoires », des « piliers du traitement », et doivent accompagner la médication. D'ailleurs, d'après les généralistes, « il ne sert à rien de prescrire si les gens sont toujours en surpoids, s'ils sont sédentaires, s'ils ne changent pas leur comportement alimentaire ». Ils rappellent qu'il est recommandé de « mettre le patient au régime pendant un minimum de trois mois, mesurer le résultat », avant de passer à un traitement médicamenteux. Dans la pratique, le traitement est prescrit en même temps que les règles hygiéno-diététiques, car « les règles hygiéno-diététiques sans traitement ne vont pas changer beaucoup de choses ». Les patients doivent être invités à « amorcer un changement alimentaire à l'échelle individuelle et le maintenir sur le long terme » (Fournier, 2012 : 37), et doivent réduire la consommation de certains ingrédients.

La réduction de consommation concerne principalement le sel. Il s'agit d'avoir une alimentation « modérément » salée, plutôt qu'un régime sans sel. Les praticiens emploient les termes « régime hypo-sodique », « hyposodé », « très peu salé ». Il s'agit aussi de réduire la consommation de matières grasses et de sucre. Un hypertendu disent-ils, « doit absolument suivre un régime hypo lipidique, un régime hypo glycémique, parce qu'il est disposé à faire tout cela (hypercholestérolémie, diabète) ». Il doit aussi réduire la consommation des « poisons blancs » qui sont outre le sel, le sucre et la farine blanche, réduire les quantités de thé ou boire du thé sans « beaucoup » de sucre[6], ainsi que la consommation de café.

Les conseils de réduction de consommation d'alcool sont théoriquement incongrus car les Marocains, musulmans, ne sont pas censés en boire, et les médecins de souligner que ceux qui consomment de l'alcool « sont vraiment rares »[7] . Les patients hypertendus sont également invités à arrêter de fumer. En revanche, ils doivent augmenter la consommation de fruits et légumes, jusqu'à cinq fois par jour, prendre trois repas réguliers, ne pas grignoter entre les repas. Ils doivent surtout pratiquer une activité physique régulière. Il doit « bouger, et bien sûr selon ses capacités… s'il a une cardiopathie, on ne va pas lui demander de faire un sport qui est difficile. Marcher de façon quotidienne, sinon un jour sur deux ».

[6]Rappelons qu'une boisson particulièrement prisée au Maroc dont la consommation ponctue les moments de sociabilité ordinaire, est le thé à la menthe dont la préparation habituelle requiert une importante quantité de sucre.

[7]L'article 28 de l'arrêté n° 3-177-66 du 17/07/1967 qui régit le commerce des boissons alcooliques ou alcoolisées stipule qu'il est interdit à tout exploitant d'un établissement soumis à licence de vendre ou d'offrir gratuitement des boissons alcoolisées à des Marocains musulmans. Mais les quotidiens et hebdomadaires relèvent régulièrement l'hypocrisie du Maroc par rapport à cette question, par ailleurs producteur de vin, avançant que l'alcoolisme est un réel problème et que si cette loi venait à être appliquée correctement, tous les établissements seraient fermés (*cf. L'Economiste*, n° 1266 du 10/05/2002 https://www.leconomiste.com/article/debits-dalcool-que-dit-la-loi, consulté le 24 janvier 2019 ; Abdelhak Najib, « L'Alcoolisme au Maroc : virée dans l'univers des laissés-pour-compte », *La Gazette du Maroc* du 12/03/2007 https://www.maghress.com/fr/lagazette/12898, consulté le 24 janvier 2019.

Les praticiens estiment que la plupart de leurs patients ont déjà entendu parler de l'hypertension artérielle, au moins une fois. Ils affirment le constater au cours de leurs consultations qui deviendraient ainsi « de moins en moins lourdes », grâce notamment aux émissions radiophoniques qui informent sur la « bonne hygiène de vie ». Les règles hygiéno-diététiques sont expliquées aux patients nouvellement diagnostiqués lors d'une consultation initiale dont la durée peut varier de dix minutes à trois quarts d'heure selon nos observations ; les médecins estiment que très peu de choses sont à ajouter aux connaissances des patients. Les observations des consultations montrent, lorsque les patients ou leurs accompagnants osent poser des questions (la plupart du temps le médecin est le seul à parler), qu'ils ont effectivement connaissance des règles hygiéno-diététiques (activité physique, réduire le sel, le sucre, éliminer l'alcool, la cigarette, consommer des fruits et des légumes, etc.).

Se pose alors la question de l'intégration de ces règles hygiéno-diététiques au quotidien d'un ménage, d'une famille au sein de laquelle le « sujet âgé » n'a que très peu, sinon aucune marge de manœuvre en ce qui concerne les choix alimentaires et la préparation des repas. Prenons l'exemple du sel. Comment réduire la quantité de sel, alors que les ingrédients ne sont pas pesés pendant les préparations ? En l'absence d'éléments précis pour évaluer les consommations initiales[8] , et avant de recommander une restriction de consommation, les médecins font des suggestions qui mettent en valeur le critère du plaisir de manger, perçu comme un facteur favorisant l'observance des prescriptions diététiques dans la durée. Ils insistent sur la consommation d'un aliment prééminent dans l'alimentation : le pain (Derouiche et *al.*, 2014).

Selon la Fédération Nationale des Boulangeries Pâtisseries (FNBP), plus de 100 millions d'unités de pain sont consommées chaque jour au Maroc. En 2014, une étude menée pour évaluer la teneur en sel du pain vendu au Maroc a montré que la plupart des boulangeries utilisaient entre 15-20 g de sel/kg dans la fabrication du pain. Sachant que la quantité de pain consommée par jour et par personne est d'environ 500 g (Mokhtar et *al.*, 2001), les auteurs évaluaient l'apport journalier en sel de 8 à 9 g uniquement à travers la consommation de pain. Pour les auteurs, dans la mesure où la consommation de sel évaluée à partir de la teneur en sel dans le pain aboutissait à une surconsommation de sel, en réduire la quantité dans le pain était pertinent, à condition que la démarche ne soit pas contrecarrée par une augmentation de sel dans les tagines qui se mangent avec du pain utilisé comme couvert[9] (Derouiche et *al.*, 2014).

Les recommandations aux patients porteront principalement sur les manières d'accommoder pain et tagine, pour parvenir à une réduction de la consommation de sel. À ce sujet, les conseils divergent et on peut clairement identifier deux groupes de praticiens. Les premiers affirment que, pour réduire la quantité de sel, « on demande

[8]L'apport quotidien du sel dans l'alimentation des Marocains demeure inconnu à l'exception d'une estimation à partir de la consommation du pain boulanger. Il a été montré que seuls 28,8% des participants à une étude spécifique avait une consommation de sodium inférieure à 2000 mg, le seuil recommandé par l'OMS, soit, soit 5g de sel (Derouiche, El Kardi et *al.* 2016).

[9]Tajine ou tagine désigne un plat de cuisson(https://fr.wikipedia.org/wiki/Cuisson) creux en terre cuite, surmonté d'un couvercle conique, et le met préparé dans cet ustensile : ragoût, pouvant être composé de viandes ou poissons, légumes, fruits secs et d'épices. Le tajine est, par tradition, un plat familial et convivial. La famille s'installe autour du plat, posé en sorte que l'ensemble des personnes présentes puissent y avoir accès. On mange dans le plat avec les doigts, en utilisant un morceau de pain pour prendre les aliments.

aux patients de consommer du pain sans sel et le tagine un peu salé » ou « salé comme d'habitude ». Car le pain, bien cuisiné, « peut se manger sans accompagnement, tellement il est bon ! », cela quand bien même il ne serait pas salé. Pour les seconds, le pain est un aliment essentiel, il faut alors « qu'il ait du goût », d'autant que les plus démunis le consomment souvent avec un verre de *lben* (petit-lait fermenté) ou sans accompagnement. Si le pain n'a pas de goût, ils ne pourront observer les prescriptions diététiques dans la durée. Ce deuxième groupe de praticiens trouvera donc « plus logique de manger du pain qui est normalement salé et réduire la quantité de sel dans le tagine ». Car, si on demande l'inverse, « ils vont mettre beaucoup de sel dans le tagine et viendront dire : 'je mange le pain sans sel' ». Les médecins de ce groupe proposent alors de manger du pain « salé normalement » et consommer un tagine « modérément » salé pour diminuer la consommation globale de sel.

Qu'entend-on par un repas « modérément salé », par « un petit peu », « une petite pincée », « une petite quantité » de sel ? Selon les praticiens, « manger du pain sans sel » en accompagnement d'un tagine « salé normalement », ou du pain salé en accompagnement d'un tagine « modérément salé » sont des recommandations pratiques, faciles à intégrer aux habitudes alimentaires. Néanmoins, qualifiés de « nécessiteux », les sujets âgés sont aussi des patients qui, selon les praticiens, ne vont pas suivre les recommandations diététiques ; alors « on va les trouver toujours déséquilibrés », c'est-à-dire qu'ils n'arriveront pas à normaliser leur tension artérielle[10]. Les praticiens l'expliquent par une détestation des régimes et un contexte général caractérisé par la « malbouffe ». On verra alors que dans ce contexte, l'éducation thérapeutique, quelle que soit la volonté des médecins ou des patients restera inefficace car ces derniers ne seront pas en mesure de mettre en place les recommandations reçues et assimilées.

3 Un contexte social prégnant, pourtant mis à distance

3.1 Au Maroc, une alimentation catastrophique

Selon les médecins, les patients et patientes hypertendus, plus particulièrement les hommes, « n'aiment pas le régime, ils te disent je préfère mourir ». Ils affirment vouloir manger « comme ils le désirent, manger normalement comme le reste de la famille. Ils disent que de toutes les façons, à leur âge les dégâts sont là et, si jusqu'à présent rien ne s'est passé, ils n'ont rien à craindre », soulignent certains praticiens. Ils n'hésitent pas à évoquer « l'inconscience » des patients qui s'imaginent que le traitement va inhiber les effets possibles des « aliments dangereux » : « Ils sont inconscients les pauvres ! Ils sont inconscients de la gravité de la situation ! … Vous voyez un patient, lorsque vous posez la question, est-ce que vous faites le régime ? Il dit : 'Je mange tout'. Qu'est-ce que vous allez dire à ce patient ? Il n'est pas conscient que le régime c'est la base du traitement. Donc pour lui, il prend les comprimés, il peut manger tout ce qu'il veut, le traitement va inhiber tout ce qu'il va manger. Ils pensent que le traitement permet d'annuler le régime. Donc on essaie d'expliquer, on essaie d'insister sur le régime, c'est la grande difficulté ». D'autres affirment que les patients sont « habitués à certaines saveurs, à manger sucré et salé et ils ne s'imaginent pas devoir s'en passer ». Ainsi,

[10] La tension artérielle est dite « normale » lorsque les valeurs sont inférieures à 140/90, respectivement pression systolique et diastolique (Ministère de la santé, service des maladies cardiovasculaires, 2016).

les médecins constatent parfois « que lorsqu'on leur annonce le diagnostic, c'est le choc, non parce qu'ils sont malades, mais parce qu'ils vont avoir une nourriture qui est totalement différente [de celle à laquelle ils sont habitués], parce que le régime, ça reste un régime ! Oui, il y a les pâtisseries, elles sont délicieuses. Et tu ne peux pas acheter un plat sans sel, tu ne peux pas acheter un plat sans huile. Alors c'est la catastrophe pour eux. 'Je fais le maximum pour réduire un peu, mais je n'y arrive pas', dira un malade. C'est pour cela qu'ils sont à 99% sous traitement [médicamenteux] ».

Les habitudes alimentaires des patients hypertendus et leurs conséquences sur la santé révèlent les mauvaises habitudes alimentaires de l'ensemble de la population marocaine, selon les praticiens. L'alimentation au Maroc est « très grasse, très salée, très sucrée. On mange n'importe comment et n'importe quoi. La vérité est qu'on ne mange pas du tout comme il faut. Les tagines sont gras. Hyper salés. Le sel est prédominant et on pense que lorsque c'est salé, c'est bon ! On peut faire un steak avec des légumes plutôt que de manger un tagine avec du gras ! Donc l'alimentation est déjà catastrophique sur le plan santé ».

La période du ramadan est évoquée comme un temps d'excès et de « malbouffe » par excellence : « Par exemple, pendant la période du ramadan, vous connaissez *chbakiya*, les gâteaux sucrés… si je vous dis combien on en consomme au Maroc, vous allez être affolée ! Deux kilogrammes par jour ! Oui, pour une famille ! Alors vous imaginez le taux de sucre, le taux de graisse. C'est le top sucré, cuit dans le sel, dans le miel, donc tout ce que vous pouvez imaginer. Je vois des gens qui achètent deux kilos par jour, qu'allez-vous dire à ces gens-là ! ». En fin de compte, il ne s'agirait pas seulement de changer les habitudes alimentaires des patients, mais de faire un travail d'éducation au sein de la population générale, soulignent quelques médecins. « Il faut qu'un travail de sensibilisation soit effectué au sein de la population générale. Quand est-ce que l'État va assurer ça ? C'est difficile, qu'est-ce qu'ils vont faire ? Ce n'est pas un truc impossible pour que l'État ne puisse investir dans ce domaine. C'est un truc qui peut se faire. Ici on est nul en publicité pour l'alimentation saine ».

Les remarques des praticiens vont au-delà des seules préparations culinaires, le problème viendrait aussi de la mauvaise qualité des ingrédients utilisés dans ces préparations[11] et qui amènerait une demande croissante des Marocains pour les produits de l'agriculture biologique. « Au marché, on vend des légumes qui sont restés au réfrigérateur pendant un mois ; c'est sûr qu'ils ne vont pas apporter du bien à la santé. Ils ont perdu leurs nutriments. Il y a des régions où on peut avoir des légumes qui sont issus de l'agriculture biologique. Ils sont très bons, ils sont délicieux. Mais la plupart du temps on achète des légumes qui n'ont pas de goût. On mange n'importe quoi. C'est pourquoi, il y a de plus en plus de gens qui se déplacent dans des régions où on vend des légumes issus de l'agriculture biologique. On commence à avoir cette culture au Maroc, surtout des gens aisés. Des trucs qui ne vont leur faire que du bien ! Mais il faut avoir les moyens. De plus en plus de gens se déplacent dans des régions à 20 ou

[11] L'appel à l'intervention étatique pour le contrôle de la qualité des produits agricoles a trouvé un écho particulier avec l'intervention de l'Office national de sécurité sanitaire des produits alimentaires fin mai 2019 avec la demande d'interdiction de commercialisation des feuilles de menthe contaminées par des pesticides (*cf.* par exemple Bladinet, 4 juin 2019 https://www.bladi.net/pesticide-maroc-menthe,56346.html)

30 km pour avoir des légumes qu'ils ramènent chez eux, ils savent de quoi il s'agit, ils savent la différence. Ils sont moins chers, bénéfiques pour la santé, mais il faut avoir le transport, il faut avoir juste des moyens ». Or, ces moyens manquent aux « sujets âgés » dont on a vu qu'ils étaient aussi « nécessiteux ».

3.2 Coûts économiques et sociaux du respect des recommandations

Les personnes âgées sont le plus souvent dépendantes économiquement de membres de leur famille avec lesquels elles vivent. Les médecins conseillent alors à ces patients qui résident chez un parent (chez le fils ou chez la fille) de se procurer par leurs propres moyens du pain sans sel. « Même les hommes peuvent s'acheter du pain sans sel. Ils n'ont pas à demander qu'on le leur prépare, ça se vend partout » à 0,15 euro, ce qui ne « représente pas grand-chose » de l'avis de quelques praticiens. Ainsi, les effets de la maladie sur la vie quotidienne sont réduits. La cuisinière ne serait plus amenée à devoir changer ses habitudes et ses automatismes pour limiter la quantité de sel utilisée dans le plat destiné à toute la famille. De la sorte, en choisissant d'acheter « son » pain sans sel, la personne malade n'induit pas de contrainte supplémentaire dans la préparation quotidienne des repas, et en achetant du pain sans sel, elle peut partager le tagine familial, consommer un plat aux saveurs auxquelles elle est habituée.

Mais encore faut-il que la personne puisse disposer de manière autonome d'un minimum de ressources financières pour se procurer ce pain sans sel tous les jours, ce qui n'est pas le cas pour la majorité des patients qui dépendent financièrement de leurs enfants. À défaut de pouvoir acheter régulièrement ce pain sans sel, la personne préparant le repas, en pratique, doit penser à saler uniquement en fin de cuisson en ayant pensé à mettre de côté la part de la personne malade. Un médecin rapporte :

« Oui, c'est un grand problème, c'est un grand grand problème et on a beaucoup de cas comme ça ; on a beaucoup de cas parce qu'ils vivent avec la belle-famille, et elle ne veut pas leur préparer à manger. Avant je convoquais les gens qui s'occupent d'eux. Je demande au malade de ramener sa fille ou sa belle-fille. Je lui dis gentiment, voilà ce qui se passe : vous préparez le repas pour tout le monde, mais sans sel. Vous prenez un petit peu, et vous mettez le sel pour le reste de la famille. Ça ne peut pas vous faire de mal. Le pain c'est facile, on peut pétrir le pain sans sel, et ajouter le sel à la fin. Moi je me rappelle très bien avant, ma mère quand elle nous a appris, quand elle préparait le pain elle ajoutait le sel en dernier. On pétrit la pâte on la travaille, on la travaille, ce n'est qu'à la fin qu'on ajoute l'eau petit à petit avec le sel et donc comme ça, tu prends un petit peu tu mets à côté pour le monsieur ou pour la dame avant de rajouter le sel. Mais les belles-filles refusent, elles refusent de mettre le sel à la fin. Et puis avec le robot, où on met tous les ingrédients en même temps, ce n'est pas facile ».

Il reste des praticiens qui estiment qu'une fille ou une belle-fille ne refusera pas de réduire la quantité de sel dans les repas ou de préparer du pain sans sel pour ses parents ou ses beaux-parents, voire pour l'ensemble de la famille alors qu'elle sait qu'il est bénéfique de réduire sa consommation de sel. C'est la raison pour laquelle les médecins conseillent, voire insistent auprès des patients dont ils n'arrivent pas à équilibrer la tension ou qui ne réalisent pas les examens demandés, pour qu'ils viennent

en consultation avec un parent. Mais ces mêmes médecins déplorent que lorsque « les gens ont des enfants et lorsque les enfants grandissent ils ont leurs occupations. Ils négligent un peu les parents. Donc ça, c'est fréquent ». Bien conscients de ces situations, les médecins soulèvent la nécessité de pouvoir bénéficier du soutien d'une assistante sociale qui pourrait écouter les patients, prendre le temps de discuter avec eux, et vers laquelle ils pourraient se tourner en cas de difficultés financières. L'assistante sociale pourrait gérer une réserve de pain sans sel, qu'elle fournirait aux patients dans le besoin.

« Les maladies chroniques, il faut quand même un entretien psychique, parce que prendre chaque matin les médicaments, ce n'est pas évident. Tu peux prendre les médicaments pour huit jours, puis tu en as marre. Tu oublies, ou tu n'en veux plus, alors que c'est quotidien. Ajoutez à cela les changements sur le plan alimentaire… alors qu'ils ne vivent pas chez eux, ils n'ont pas de ressources, ils sont dépendants. Il faut qu'il y ait des gens qui leur viennent en aide. Il faut leur donner beaucoup de temps. Moi je ne peux pas », constate un généraliste.

Les réaménagements de la vie quotidienne engendrés par une pathologie chronique sont susceptibles de générer des tensions au sein de la cellule familiale (Ababou et *al.*, 2008 ; Baszanger, 1986). Lors des discussions avec les médecins pendant les consultations que nous avons observées, les filles et belles-filles ont quelquefois souligné qu'il ne s'agissait ni d'absence de volonté, ni de négligence, mais simplement du fait qu'il faut du temps pour modifier ses habitudes. Certaines affirmaient que de manière générale, elles commençaient la préparation des repas avec l'intention de saler à la fin, ou quand elles faisaient du pain, de mettre une quantité de pâte de côté avant de rajouter le sel. Mais elles salaient automatiquement avant la fin de la cuisson pour apprécier le goût du mêt et, le cas échéant, ajuster les saveurs. Immédiatement après avoir salé le plat, elles se rappelaient qu'elles auraient dû mettre une portion du mets ou de la pâte à pain de côté, avant d'ajouter du sel. Le résultat générait des tensions, car elles ne pouvaient faire preuve de leur bonne volonté. Comment montrer qu'elles avaient eu l'intention de saler après avoir mis de côté le repas de la personne malade ?

De plus, dans ces moments de sociabilité que représente le partage d'un repas, avoir « son pain » et « son plat » tend à particulariser la personne concernée au sein du groupe. Cela peut être particulièrement gênant, voire impossible, dans des moments de fête comme les repas de mariage, de baptême ou toute autre occasion collective de partage d'un repas. Cela peut se révéler stigmatisant lors des périodes de ramadan, ponctuées quotidiennement, pendant un mois, par des pratiques d'alimentation très spécifiques, avec des aliments sucrés et des plats en sauce consommés collectivement après la rupture du jeûne. Ababou et *al.* (2008) ont bien montré, pour les diabétiques, la difficulté d'avoir une alimentation « équilibrée » pendant cette période avec le risque de perdre à cette occasion tous les bénéfices liés aux traitements et au respect des recommandations hygiéno-diététiques.

Vouloir modifier les habitudes alimentaires d'un individu, c'est comme le relève encore T. Fournier, prendre le risque d'interférer avec ces mécanismes sociaux. Ici on voit que les obligations sociales, les habitudes, les codes sociaux inhérents au « manger ensemble » et au « vivre ensemble » expliquent aussi le non-suivi ou le suivi irrégulier

des prescriptions diététiques. Les malades sortis de consultation et revenus à leur quotidien doivent jongler avec plus ou moins de succès entre souci de soi et normes de sociabilité (Fournier, 2012), alors qu'ils n'ont pas nécessairement d'emprise sur la préparation des aliments dans la mesure où ils habitent chez leurs enfants qui prennent en charge médication, argent de poche, examens, etc.

Pour les médecins, « c'est une question d'éducation, de niveau intellectuel. Ce sont des sujets âgés, 60 ans, niveau intellectuel bas, niveau socio-économique aussi ». Au cours d'une consultation, une patiente interpellait un médecin : « vous me demandez de faire un régime, mais je n'ai même pas de quoi manger ! ». D'une manière générale, de telles questions sont soulevées de manière récurrente lors des consultations et des discussions avec les patients et leurs accompagnants. Par exemple, comment « marcher au moins une demi-heure par jour » quand on a besoin d'être accompagné du fait d'une mobilité parfois hésitante en raison de l'âge, ou lorsque l'environnement immédiat ne s'y prête pas du fait de l'absence de trottoirs, de l'encombrement des rues, de l'intense circulation notamment des deux roues, etc. Les fruits et légumes sont souvent onéreux rapportés au niveau de vie ; de plus, leur consommation régulière n'entre pas dans les habitudes de consommation habituelles, et leur préparation exigerait de particulariser le plat de la personne âgée par rapport au plat de l'ensemble des commensaux de l'unité domestique. Sur quelles bases opérer la réduction de la consommation de sel alors que les ingrédients ne sont pas pesés pendant les préparations, et comment attester d'une telle réduction lorsque la consommation initiale n'a pas été évaluée ? Ces questions revenaient régulièrement dans les entretiens avec les patients et leurs accompagnants.

4 Conclusion

Établir un diagnostic d'hypertension artérielle, soit d'une maladie chronique qualifiée de « tueur silencieux », que l'on pourrait caractériser comme une maladie du cumul, c'est aussi ponctuer médicalement une histoire sociale et économique longue à l'échelle d'un individu. Là encore, les médecins en sont bien conscients lorsqu'ils incriminent la mauvaise qualité des ingrédients qui entrent dans l'alimentation des Marocains, leurs habitudes alimentaires néfastes pour la santé, et en appellent à la responsabilité de l'État pour modifier la situation. Rappelons ici que les défaillances du système de santé, pointées par les médecins, telle la question des irrégularités d'approvisionnement en médicaments des centres de santé ou encore le manque de personnels de santé formés font partie du « problème du patient » et de son insolvabilité relative.

Mais, par ailleurs, comme le rappelle Bell (2014) pour un tout autre domaine (l'infertilité) et dans un tout autre contexte (les USA), le diagnostic décontextualise l'expérience de la maladie-*illness* en focalisant sur la maladie-*disease* (Bell, 2014), en précisant que la biomédecine met l'accent sur les caractéristiques individuelles, transformant un problème social en une caractéristique individuelle. Ainsi le problème identifié devient le label qui « colle » au patient[12] . Les médecins rencontrés sont bien

[12]La phrase en anglais : "Biomedicine individualises experiences by focusing on individual attributes. It transforms a social process into an individual trait whereby infertility becomes a label that adheres to a patient" (Bell, 2014 : 518). On pourrait tout à fait remplacer ici "infertilité" par "hypertension artérielle".

conscients des contraintes financières, sociales, traditionnelles auxquelles leurs patients âgés doivent faire face. Ils jonglent comme ils le peuvent avec leurs connaissances des patients pour leur prodiguer des conseils qui pourraient les amener à modifier leurs habitudes. Mais ils ont devant eux *un* patient que le pouvoir médical caractérise avant toute chose par ses signes cliniques (Clavreul, 1978 ; Even, 2001).

Le colloque singulier entre le médecin et le patient se construit dans un contexte politique, économique, social spécifique, que le médecin, avec son diagnostic d'une maladie chronique, maladie de l'accumulation, s'attache à maintenir à distance (voir par exemple les propos du médecin, p. 12).

Pour s'en sortir, le médecin n'a sans doute pas d'autre alternative que de « blâmer la victime » (Farmer, 1996 ; Finerman et Bennet, 1995 ; Ryan, 1976). Le sujet âgé, que le médecin reçoit dans son cabinet, ne respecte pas les rendez-vous, n'est pas observant, ne suit pas les conseils hygiéno-diététique. Face au diagnostic médical, au bout du compte, sa responsabilité individuelle apparaît engagée et, s'il ne peut même pas s'acheter quotidiennement du pain sans sel à 0,15 euro l'unité, il est qualifié d'« indiscipliné ».

On pourrait alors conclure qu'en présentant les patients comme « indisciplinés », les médecins masquent leur impossibilité d'avoir une relation thérapeutique suivie avec eux du fait de problèmes organisationnels, d'une charge de travail parfois très importante et d'une formation qui ne les a pas préparés à écouter les patients au-delà des signes cliniques qu'ils peuvent présenter (Clavreul, 1978 ; Even, 2001).

Pour l'ensemble de ces raisons, s'inscrire dans une approche salutogénique (Mittelmark et *al.*, 2017) semble pertinent et urgent. Suggérée par A. Antonovsky (1979 ; 1987), cette approche ne s'attache pas à rechercher les causes des maladies, mais les éléments qui maintiennent en bonne santé. A. Antonovsky établissait un lien de causalité directe entre le stress et la maladie et voulait mettre à nu les facteurs permettant de s'adapter et de se maintenir en bonne santé au quotidien, sachant que les facteurs de stress sont omniprésents et inévitables. Il s'agissait dès lors d'identifier dans l'environnement social, politique et économique du patient, quelles que soient les contraintes, les ressources permettant de résister au stress (*General Resistance Resources* – GRR) et de maintenir un sens général de cohérence (*Sense Of Coherence* – SOC). Ce *sense of coherence* peut être compris comme l'acceptation de l'inévitabilité d'expériences stressantes, la confiance en sa capacité propre à mobiliser les registres socioculturels pertinents, les ressources personnelles et sociétales disponibles pour les expliquer et y faire face (Antonovsky, 1987). Dans cette approche ce sont ces deux leviers majeurs de bonne santé, qui doivent être renforcés. On dépasse alors l'éducation pour la santé pour s'inscrire dans une approche de promotion de la santé au travers d'actions et politiques fondées sur une connaissance fine des contextes locaux. L'approche salutogénique est compréhensive et particulièrement adaptée aux contextes comme celui qui est étudié ici, où des facteurs organisationnels, structurels, rendent le diagnostic, la prescription médicamenteuse inefficace quand bien même ils seraient accompagnés d'un effort information, éducation et de communication pour la santé.

Références bibliographiques

Ababou, M., Ababou, R., et Abderrahman, E. M. (2008). Le jeûne du Ramadan au Maroc : un dilemne pour les patients diabétiques et les soignants. *Sciences sociales et santé*, 26, 2, 79-104.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.

Badaka, M. (2000). Profession : médecin. *Afrique Contemporaine*, 195, 250-258.

Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de sociologie*, 27(1), 3-27.

Bayemi, V. (2008). Corruption et crise des hôpitaux publics à Douala : le schéma d'une organisation tripolaire. Dans M. Sama et V. K. Nguyen (Eds.), *Governing health systems in Africa,* (pp. 34-43). Codesria.

Bell, A. V. (2014). Diagnostic diversity : The role of social class in diagnostic experiences of infertility. *Sociology of Health et Illness*, 36, 4, 516-530.

Berg, M. (1992). The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice. *Sociology of health and illness*, 14(2), 151-180.

Bouanani, A. (2012). *L'hôpital*. Verdier.

Brown, T., Craddock, S. et Ingram, A. (2012). Critical Interventions in Global Health : Governmentality, Risk, and Assemblage. *Annales of the Association of American Geographers*, 102(5), 1182-1189.

Chadli, S., Taqarort, N., El Houate, B. et Oulkheir, S. (2018). Epidemiological transition in Morocco (1960-2015). *Med Sante Trop*, 28(2), 201-205.

Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J. I., Brown, H., Chowdhury, M.,… Stilwell, B. (2004). Human resources for health : overcoming the crisis. *The Lancet, 364,* 9449, 1984-1990.

Chiffoleau, S. (1997). *Médecines et médecins en Egypte. Construction d'une identité professionnelle et projet médical*. L'Harmattan.

Chiffoleau, S. (2005). Politiques de santé sous influence internationale. Acteurs et processus. Dans S. Chiffoleau (Ed.), *Politiques de santé sous influence internationale. Afrique, Moyen-Orient*. Maisonneuve et Larose - Servedit -Maison de l'Orient et de la Méditerranée.

Clavreul, J. (1978). *L'ordre médical*. Editions du Seuil.

Courade, G. (Ed.) (2000). *Le désarroi Camerounais. L'épreuve de l'économie-Monde*. Karthala.

Derouiche, A., Jafri, A., Elkardi, Y., Jabari, M., Habbal, R., El Attaoui, K. et Alami, M. (2014). *Should bread be targeted as a vector to reduce sodium intake in Morocco*. Peer J PrePrints.

Donovan, J. et Blake, D. (1992). Patient non-compliance : deviance or reasoned decision-making ? *Social Science and Medicine*, 34(5), 507-513.

Dovlo, D. (2005). Wastage in the health workforce : some perspective from African countries. *Human Recources for Health*, 3(6), 1251-1261.

Eboko, F. (1999). Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun. *Autrepart*, 12, 123-140.

El Khamlichi, A. (2015). *C.H.U. en détresse. La formation médicale en danger*. La croisée des chemins.

Elkarimi, S., Elhattaoui, M., Chbakou, L., Merzouk, F.-Z., Sebbani, M., Amine, M.,… Lamghari, G. (2013). L'apport de la mesure ambulatoire de la pression artérielle dans l'évaluation du contrôle tensionnel chez les diabétiques hypertendus : étude chez 60 diabétiques hypertendus traités, au Maroc *Médecine des Maladies Métaboliques*, 7(6), 521-524.

Even, G. (2001). Chute chez le vieillard. Le médecin et ses malades. *Champ psychosomatique*, 4(24), 37-44.

Farmer, P. (1996). *Sida en Haïti : la victime accusée.*Karthala.

Finerman, R. et A, B. L. (1995). Guilt, blame and shame : responsibility in health and sickness. *Social Science and Medicine*, 40(1), 1-3.

Fournier, T. (2012). Suivre ou s'écarter de la prescription diététique. Les effets du « manger ensemble » et du « vivre ensemble » chez des personnes hypercholestérolémiques en France. *Sciences sociales et santé*, 30(2), 35-60.

Gobatto, I. (1999). *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*. L'Harmattan.

Hane, F. (2007). *Émergence de la fonction soignante. Reconfigurations professionnelles et politiques publiques autour de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal*. (Ph.D.), EHESS, Marseille.

Hardy, A.-C., Lecordier, D., Perrot, A. et Péréon, Y. (2020). Des patients difficiles ? Analyse qualitative des interactions médecins-patients dans le contexte de la maladie de Steinert. *Sciences sociales et santé, 38,* 2, 77-102.

Israr, S. (2000). Coping strategies of health personnel during economic crisis : a case study from Cameroon. *Tropical Medicine and International Health*, 5(4), 288-292.

Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Apad-Karthala.

Jamai, S. (2016). *Un toubib dans la ville*. Afrique Orient.

Jewkes, R., Naeemah, A. et Mvo, Z. (1998). Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services *Social Science* et *Medicine, 47,* 11, 1781-1795

Lindström, B. et Ericksson, M. (2012). *La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé* (M. Roy & M. O'Neill, Trans.). Presses de l'Université Laval.

Maslach, C. et Leiter, M. P. (1997). *The thruth about burnout. How organizations cause personnal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.

Mebtoul, M. (2001). Les acteurs sociaux face à la santé publique : médecins, Etat et usagers (Algérie), Les Professionnels de santé. *Réseau Anthropologie de la santé,* Bulletin N° 2, 155-164.

Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., BauerJürgen, G. F., Pelikan, M., Lindström, B. et Espnes, G. A. (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer.

Mokhtar, N., Belhadj, H., Kress, D., Zerrari, A., Chaouki, N. et Aguenaou, H. (2001). Food fortification program in Morocco. *Food and nutrition bulletin*, 22(4), 427-430.

Mouine, N., Raissouni, M., Bouzerda, A., Sabry, M., Chaib, A., Boukili, A. et Zbir, E. M. (2011). Evaluation of the management of hypertension : the experience of a Moroccan hospital, *Journal of Men's Health*, 8(3), 232-233.

Mol, A. et Law, J. (1994). Regions, networks and fluids : anemia and social topology. *Social Studies of Science*, 24(4), 641-671.

Nejjari, C., Arharbi, M., Chentir, M.-T., Boujnah, R., Kemmou, O., Megdiche, H.,... Bulatov, V. (2013). Epidemiological Trial Hypertension in North Africa (ETHNA) : an international multicentre study in Algeria, Morocco and Tunisia. *Journal of Hypertension*, 31(1), 49-62.

Raviola, G., Machoki, M., Mwaikambo, E. et Good, M. (2002). HIV, disease plague, demoralization and "burnout" : resident experience of the medical profession in Nairobi, Kenya. *Culture Medicine Psychiatry*, 26(1), 55-86.

Ross, F. M. (1991). Patient compliance : whose responsibility ? *Social Science and Medicine*, 32(1), 89-94.

Ryan, W. (1976). *Blaming the victim*. Vintage books.

Saïle, R., Essiarab, F., Jarir, J., Taki, H. et Ghalim, N. (2009). The incidence of obesity and others cardiovascular risk factors associated at the Moroccan population. *Atherosclerosis Supplements, 10,* 2, e1394.

Sarrandon-Eck, A. (2007). Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues. *Sciences sociales et santé*, 25(2), 5-36.

Tantchou, J. (2014). Poor working conditions, HIV/AIDS and burnout : a study in Cameroon. *Anthropology in action*, 21(3), 31-42.

Tantchou, J. (2018). Materiality of care and nurses' attitude problem. *Sciences Technology and Human values*, 43(2), 270-320.

Tantchou, J. et Gruénais, M.-E. (2009). Involving new actors to achieve ART scaling-up : difficulties in an HIV/AIDS counselling and testing centre in Cameroon. *International Nursing Review*, 56, 50-57.

Trostle, J. (1988). Medical compliance as an ideology. *Social Science* et *Medicine, 27,* 12, 1299-1308.

Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions*. Dunod.

Vidal, L., Salam Fall, A., et Gadou, D. (2005). *Les Professionnels de santé en Afrique de l'Ouest, entre savoirs et pratiques : paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*. L'Harmattan.

Wadrahmane, F. et Benhalla, H. (2011). The epidemiological profile of Moroccan coronary disease, *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, 3(1), 14.

Walker, L. et Gilson, L. (2004). We are bitter but we are satisfied : nurses as street level bureaucrats in South Africa. *Social Science and Medicine*, 59, 1251-1261.

Ziyyat, A., Ramdani, N., Bouanani, N. H., Vanderpas, J., Hassani, B., Boutayeb, A.,… Bnouham, M. (2014). Epidemiology of hypertension and its relationship with type 2 diabetes and obesity in eastern Morocco. *SpringerPlus*, 3, 644.

Références institutionnelles

Gruénais, M.-E. (2011). *Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc : Études de cas.* Rapport de santé. Observatoire National du Développement Humain, Maroc.

Ministère de la santé-Service des maladies cardiovasculaires. (2016). *Guide du programme de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle*.

WHO. (2013). *A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis, global public health crisis : World Health Day 2013*. Geneva : World Health Organization.