

Perception des recommandations diététiques par les patients atteints de l'hypertension artérielle en Côte d'Ivoire

Koffi Gnamien Jean-Claude KOFFI
Maître de Conférences(CAMES)
Ecole Doctorale SCALL-ETAMP
Université Félix Houphouët-Boigny
Département de sociologie
nanankofie@yahoo.fr

Résumé :

La prise en charge de l'hypertension artérielle à Abidjan ne se limite pas à l'application stricte de prescriptions biomédicales. Elle se heurte également aux représentations sociales des patients et aux contraintes concrètes de leur quotidien. Cette étude qualitative explore la manière dont les recommandations diététiques sont perçues, en s'appuyant sur des entretiens semi-directifs avec des patients hypertendus, des soignants et des diététiciens. Les résultats montrent que les conseils nutritionnels sont reçus de manière ambivalente : certains aspects sont adoptés, d'autres sont rejetés, selon des facteurs multiples. Les patients évoquent des obstacles économiques, la difficulté d'accès aux aliments recommandés et la complexité d'intégrer ces conseils dans des habitudes alimentaires profondément ancrées culturellement. De plus, la médicalisation de l'alimentation est souvent ressentie comme une contrainte, en décalage avec le plaisir de manger et les moments de convivialité partagée. Ces observations révèlent la tension permanente entre les normes biomédicales et les réalités vécues. La résistance aux recommandations nutritionnelles traduit un équilibre négocié entre impératifs de santé, contraintes sociales et identité culinaire. En conclusion, pour qu'une prise en charge nutritionnelle soit réellement efficace, il est essentiel de recontextualiser les recommandations dans le cadre culturel des patients et d'adopter une approche participative qui intègre leurs pratiques alimentaires quotidiennes.

Mots clés : Perception, recommandations diététiques, hypertension artérielle

Abstract :

The management of high blood pressure in Abidjan is not limited to the strict application of biomedical guidelines. It is also influenced by patients' social perceptions and the practical constraints of their daily lives. This qualitative study explores how dietary recommendations are perceived, drawing on semi-structured interviews with patients with high blood pressure, healthcare

providers and dietitians. The results show that nutritional advice is received with mixed feelings: some aspects are adopted, others are rejected, depending on a variety of factors. Patients cite financial barriers, difficulty accessing recommended foods and the complexity of integrating this advice into deeply culturally ingrained eating habits. Furthermore, the medicalisation of diet is often perceived as a constraint, at odds with the pleasure of eating and moments of shared conviviality. These observations highlight the ongoing tension between biomedical standards and lived realities. Resistance to nutritional recommendations reflects a negotiated balance between health imperatives, social constraints and culinary identity. In conclusion, for nutritional care to be truly effective, it is essential to re-contextualise recommendations within patients' cultural frameworks and to adopt a participatory approach that incorporates their everyday eating habits.

Key words: Perception, dietary recommendations, arterial hypertension

Introduction

L'adhésion aux recommandations diététiques chez les patients hypertendus à Abidjan se révèle complexe et contrastée, révélant des tensions persistantes entre les normes biomédicales et les représentations culturelles de l'alimentation. Pour beaucoup, suivre un régime pauvre en sel, en graisses et en aliments transformés entre en contradiction avec des habitudes culinaires profondément ancrées, où les plats épicés et généreux ne sont pas seulement des nourritures, mais aussi des moments de partage et des marqueurs d'identité.

La manière dont ces recommandations sont interprétées dépend également du parcours de vie de chacun. Certains patients les ressentent comme une contrainte imposée par la médecine occidentale, tandis que d'autres y voient un signe de distinction sociale ou une manière de gérer les effets du vieillissement. À cela s'ajoute la réalité économique : les aliments jugés « sains » apparaissent souvent coûteux ou difficiles à se procurer, ce qui limite la mise en pratique des conseils nutritionnels.

Ce constat met en lumière un paradoxe majeur : alors que l'alimentation constitue un levier essentiel pour la gestion de l'hypertension, les recommandations diététiques sont appliquées de manière inégale, allant du rejet pur et simple à une adaptation partielle, voire à une réinterprétation en fonction des réalités culturelles et économiques. Cette situation soulève la question centrale de cette étude : comment les patients hypertendus à

Abidjan perçoivent-ils, s'approprient-ils et adaptent-ils ces recommandations dans leur quotidien ? L'objectif est d'analyser les dynamiques de réception, d'appropriation et de contournement de ces normes, en mettant en évidence les arbitrages quotidiens que les patients effectuent entre exigences médicales, contraintes matérielles et attaches culturelles à leurs pratiques alimentaires.

Pour comprendre cette complexité, il est utile de mobiliser les travaux de plusieurs sociologues. Fischler (1990, pp. 45-52), à travers des enquêtes qualitatives et des observations culturelles, montre que manger est à la fois biologique et culturel : les normes alimentaires ne s'imposent pas automatiquement, elles doivent s'articuler avec des « systèmes de goûts socialement configurés ». Cette perspective éclaire les tensions pouvant surgir entre prescriptions biomédicales et habitudes alimentaires locales. Dans le même ordre d'idées,

Douglas (1975, pp. 66-74) mobilise une analyse anthropologique comparative pour démontrer que les aliments portent un sens social et symbolique : certaines catégories sont valorisées ou rejetées selon leur signification culturelle, influençant la manière dont les patients perçoivent et intègrent les conseils nutritionnels. De son côté, Poulain (2017, pp. 101-110), à travers des études ethnographiques et des analyses de politiques alimentaires, montre que l'alimentation constitue un fait social total, mêlant dimensions rituelle, identitaire et économique, et souligne les contraintes structurelles qui conditionnent les choix alimentaires au-delà des prescriptions médicales.

Les inégalités sociales et la trajectoire individuelle jouent également un rôle déterminant. Bourdieu (1979, pp. 97-110), à partir d'enquêtes statistiques et d'entretiens sociologiques, conceptualise l'habitus alimentaire et montre comment les préférences gustatives et les pratiques diététiques sont structurées par le capital culturel et les trajectoires sociales. Cela permet de comprendre pourquoi certains patients adaptent ou rejettent les recommandations selon leur position sociale. Goffman (1963, pp. 12-18), à travers observations participantes et récits de vie, souligne que le diagnostic et la gestion de maladies comme l'hypertension peuvent être stigmatisant : les individus négocient leur image sociale à travers leurs pratiques alimentaires, ce qui influence directement l'application des prescriptions. Ehrenberg

(2000, pp. 55-62), en combinant analyses historiques et sociologiques, explore l'impact des normes de santé publique sur les subjectivités, montrant que les injonctions nutritionnelles peuvent générer tension et incertitude dans le quotidien des patients.

La manière dont les recommandations sont perçues dépend aussi des savoirs et des représentations. Foucault (1976, pp. 129-135), à partir de l'analyse historique et critique de textes médicaux, conceptualise les savoirs et pouvoirs médicaux, permettant de saisir comment les prescriptions diététiques se transforment en normes disciplinaires, vécues différemment selon le contexte social. Hall (1997, pp. 44-51), à travers l'analyse critique des médias et des discours, montre que les messages nutritionnels sont socialement construits et interprétés selon les références culturelles locales, ce qui influence leur réappropriation ou leur rejet. Hochschild (1979, pp. 183-190), grâce à des entretiens et observations de terrain, introduit la notion de travail émotionnel, permettant de comprendre l'investissement affectif nécessaire pour concilier plaisir gustatif et contraintes médicales.

Les pratiques alimentaires sont également inscrites dans des systèmes symboliques et historiques. Goody (1982, pp. 75-84), en combinant études de terrain et analyse comparative, montre que la cuisine est un marqueur identitaire et un vecteur de sociabilité, expliquant la difficulté d'adopter des régimes perçus comme étrangers. Mintz (1985, pp. 39-46), via une approche historique et économique, analyse l'importance du sucre, du sel et des graisses dans les logiques alimentaires mondiales, éclairant ce que les patients considèrent comme « sain » ou « désirable ». Appadurai (1988, pp. 16-24), grâce à des études ethnographiques et la sociologie économique, souligne que les aliments ont une biographie sociale : ils circulent, se transforment et se reconfigurent dans les réseaux sociaux, ce qui illustre la négociation quotidienne des recommandations nutritionnelles.

En effet, les contraintes matérielles et structurelles façonnent également les choix alimentaires. Sen (1999, pp. 57-63), en combinant analyses théoriques et études de cas économiques, montre que les limitations financières structurent les décisions individuelles, ce qui aide à comprendre l'impact de la précarité sur l'adhésion aux prescriptions diététiques. Krieger (2001, pp. 119-

126), à travers analyses quantitatives et qualitatives des déterminants sociaux de la santé, rappelle que les pratiques alimentaires ne peuvent être dissociées des structures sociales et économiques. Hoffmann (2014, pp. 203-211) met en dialogue différentes approches théoriques et méthodologiques pour démontrer que l'analyse des pratiques de santé doit toujours être contextualisée dans des conditions culturelles et structurelles complexes.

Ainsi, la perception, l'appropriation et l'adaptation des recommandations diététiques par les patients hypertendus à Abidjan s'expliquent par l'interaction complexe entre normes médicales, significations culturelles, contraintes sociales et ressources économiques, ce qui souligne la nécessité d'une approche nutritionnelle participative et culturellement sensible.

1. Ancrage théorique & méthodologique

L'objet d'étude est éclairé par la théorie des habitus de Pierre Bourdieu (1979) et la théorie de la réception de Stuart Hall (1997). La première permet de comprendre que les pratiques alimentaires ne sont pas de simples choix individuels, mais des dispositions durables et incorporées qui reflètent des trajectoires sociales, culturelles et économiques spécifiques. Concrètement, cela signifie que les recommandations diététiques, issues d'un savoir biomédical standardisé, entrent souvent en tension avec des habitudes alimentaires façonnées depuis l'enfance et renforcées par le capital culturel et social des patients. Cette perspective opère sur plusieurs postulats : d'une part, que les goûts et préférences alimentaires sont socialement construits et incorporés dans le corps et le quotidien ; d'autre part, que ces habitudes structurent l'adhésion ou le rejet des normes nutritionnelles, indépendamment de leur pertinence médicale immédiate.

La théorie de la réception de Hall (1997) complète cette approche en s'intéressant à la manière dont les patients interprètent les messages nutritionnels. Selon Hall, toute communication est sujette à différentes modalités de réception : certains patients adoptent les recommandations telles quelles (lecture hégémonique), d'autres les ajustent en fonction de leurs propres pratiques et contraintes (lecture négociée), tandis que

d'autres encore les rejettent, les considérant inadaptées ou contraignantes (lecture oppositionnelle). Cette théorie met en lumière l'appropriation active des normes par les patients et montre que la simple prescription biomédicale ne garantit pas l'adhésion aux régimes alimentaires proposés. L'opérationnalisation de ce postulat consiste à observer et analyser comment les patients transforment les recommandations en pratiques effectives ou les adaptent selon leurs référentiels culturels et leurs expériences personnelles.

Toutefois, ces deux approches présentent des limites. L'analyse bourdieusienne, en insistant sur le poids des habitus, peut sous-estimer l'autonomie des patients, c'est-à-dire leur capacité à reconfigurer leurs pratiques alimentaires malgré les contraintes sociales et culturelles. De son côté, la théorie de la réception, bien qu'éclairante sur la diversité des interprétations, ne prend pas suffisamment en compte les déterminants structurels tels que le coût des aliments diététiques, leur accessibilité ou la disponibilité des produits locaux sains. Ces contraintes matérielles jouent un rôle central dans l'adhésion ou le contournement des recommandations, et ne peuvent être ignorées pour comprendre la réalité quotidienne des patients hypertendus.

L'originalité de cette étude réside donc dans l'articulation de ces deux perspectives. Elle permet, d'une part, d'analyser comment les patients naviguent entre prescriptions médicales et habitudes alimentaires socialement ancrées, et d'autre part, de mettre en lumière les stratégies de réception et d'appropriation des normes nutritionnelles dans un contexte urbain où les déterminants économiques, culturels et symboliques redéfinissent l'acceptabilité et la faisabilité des recommandations diététiques. Cette approche intégrée offre ainsi un cadre robuste pour comprendre non seulement le « quoi » des pratiques alimentaires, mais surtout le « comment » et le « pourquoi » des adaptations observées chez les patients hypertendus à Abidjan.

L'approche méthodologique adoptée dans cette étude s'est exclusivement inscrite dans une démarche qualitative afin d'analyser la perception des recommandations diététiques par les patients atteints d'hypertension artérielle à Abidjan. Le choix de ce site s'est justifié par son statut de métropole où les transformations socio-économiques et culturelles modifiaient les habitudes

alimentaires et les rapports à la santé. L'enquête s'est appuyée sur des entretiens semi-directifs menés auprès de patients hypertendus suivis dans des structures de soins publiques et privées, ainsi qu'auprès de professionnels de santé (nutritionnistes, cardiologues, infirmiers) impliqués dans leur prise en charge. Ont été exclus de l'étude les patients récemment diagnostiqués, dont l'expérience des recommandations diététiques restait encore limitée, ainsi que ceux présentant des comorbidités sévères susceptibles d'influencer leur régime alimentaire de manière spécifique. L'échantillonnage s'est opéré selon une méthode raisonnée, en veillant à inclure des patients issus de divers milieux socio-économiques, niveaux d'instruction et quartiers de résidence, afin d'identifier les variations dans l'adhésion aux prescriptions diététiques et les facteurs influençant leur appropriation ou leur rejet.

Le dépouillement des données s'est appuyé sur une retranscription exhaustive des entretiens, suivie d'un codage thématique structurant l'analyse autour des représentations de l'alimentation, des contraintes et facilitations perçues dans l'application des recommandations médicales, ainsi que des stratégies d'adaptation développées par les patients. L'analyse des données a mobilisé une approche inductive inspirée de la théorisation ancrée, permettant de faire émerger des catégories analytiques à partir des discours des enquêtés, tout en les confrontant aux cadres théoriques sur la construction sociale des pratiques alimentaires, les inégalités d'accès à une alimentation équilibrée et les tensions entre savoir biomédical et habitudes culturelles. Une attention particulière a été accordée à la manière dont les patients perçoivent les interdits alimentaires, aux choix difficiles qu'ils doivent faire entre les prescriptions médicales et leurs contraintes économiques, ainsi qu'aux formes de résistance ou de réinterprétation des conseils nutritionnels. Cette approche a permis de révéler les logiques sociales et culturelles qui sous-tendent l'adhésion aux recommandations diététiques, tout en mettant en lumière les défis que posent l'éducation nutritionnelle et la mise en œuvre de politiques de prévention réellement adaptées aux réalités locales.

2. Résultats

2.1. Entre tradition et prescriptions médicales : négociation des pratiques alimentaires chez les patients hypertendus à Abidjan

L'étude a mis en évidence une tension persistante entre les recommandations diététiques prescrites par les professionnels de santé et les habitudes alimentaires profondément ancrées dans la culture ivoirienne. Pour de nombreux patients, adopter un régime pauvre en sel et en matières grasses représente une contrainte difficile à tenir, en raison de la place centrale des plats traditionnels dans leur quotidien. Certains estimaient que ces recommandations étaient trop exigeantes ou peu adaptées à leur mode de vie. Un commerçant de 58 ans, diagnostiqué hypertendu depuis cinq ans, illustre cette difficulté :

« Le médecin m'a dit de ne plus manger trop salé ni trop gras, mais ici, on ne peut pas manger sans sauce graine ou sans un peu d'huile rouge. Si je fais ça, ma famille va dire que je suis devenu trop compliqué ! »

Cette tension entre les normes alimentaires traditionnelles et les recommandations médicales met en lumière un véritable dilemme pour les patients : suivre les conseils de santé tout en respectant les pratiques culturelles du « manger ensemble ». Manger n'est pas seulement un acte individuel, c'est un rituel social, tissé de traditions, de partage et d'héritages culinaires. Interdire certaines sauces ou huiles ne se limite pas à un simple ajustement de menu : cela remet en cause des habitudes profondément enracinées dans la vie familiale et sociale. Pour beaucoup, se conformer à ces prescriptions peut être ressenti comme une transgression, une forme de déviance qui expose à des critiques ou à une marginalisation symbolique au sein du cercle familial. L'alimentation devient ainsi un véritable terrain de négociation, où s'affrontent tradition et modernité, et où les impératifs sociaux prennent souvent le pas sur les impératifs de santé.

D'autres témoignages confirment cette réalité :

Une institutrice de 42 ans explique : « Je sais que je devrais éviter le gras, mais quand je prépare le foutou et la sauce pour mes enfants, je ne peux pas réduire l'huile, sinon ils ne mangeront pas ».

Un chauffeur de taxi de 50 ans ajoute : « Je prends parfois mes repas sur le pouce, la nourriture diététique coûte trop cher, alors je continue comme avant ».

Une vendeuse de marché de 35 ans confie : « J'essaie de limiter le sel, mais mes clients veulent le poisson bien assaisonné. Je ne peux pas changer pour moi seule ».

Un enseignant retraité de 62 ans remarque : « Je comprends les conseils, mais mon plaisir de manger avec mes amis et ma famille passe avant le régime ».

Une étudiante de 23 ans témoigne : « Je lis les brochures sur l'hypertension, mais je n'ai pas le temps ni l'argent pour acheter des produits spéciaux, alors je fais de mon mieux ».

Ces récits illustrent comment les patients naviguent entre recommandations médicales, contraintes économiques et obligations sociales. L'alimentation, au-delà de sa fonction nutritive, reste un vecteur d'identité, de liens sociaux et de traditions, rendant complexe la mise en œuvre des régimes prescrits. Les pratiques alimentaires s'inscrivent donc dans un équilibre fragile entre conformité aux normes de santé et maintien des codes sociaux, révélant que l'adhésion aux recommandations diététiques est autant culturelle et économique que biomédicale.

Une lecture plus critique des injonctions diététiques montre que les discours sur la nutrition et la santé ne sont jamais neutres : ils reflètent des normes sociales et des rapports de pouvoir. Limiter le gras et le sel, par exemple, ne prend pas toujours en compte les réalités culturelles et sociales qui façonnent l'alimentation. Lorsque certaines pratiques culinaires sont jugées « problématiques », le message médical entre en tension avec un ordre social qui valorise la tradition, le partage et la convivialité. Dans ce contexte, suivre ou ne pas suivre ces recommandations devient un véritable exercice de négociation identitaire : l'individu se trouve partagé entre une injonction sanitaire individualisée et une appartenance collective qui structure et donne du sens à ses habitudes alimentaires. Cette observation souligne l'importance de penser les

politiques de santé publique de manière contextualisée, en intégrant les dimensions symboliques et sociales de l'alimentation pour que les stratégies de prévention nutritionnelle soient réellement adaptées et acceptables.

2.2. Quand économie et culture façonnent l'alimentation : entre conseils diététiques et pratiques sociales à Abidjan

Un autre résultat marquant de l'étude concerne l'impact déterminant des contraintes économiques sur l'adhésion aux recommandations diététiques. Pour de nombreux patients issus de milieux modestes, suivre un régime alimentaire spécifique était perçu comme un luxe difficilement accessible. Les prescriptions recommandant davantage de légumes, de fruits ou de poisson entraient souvent en contradiction avec la réalité du pouvoir d'achat, obligeant certains à privilégier des aliments plus abordables, mais moins adaptés à leur état de santé.

Une vendeuse de 63 ans, diagnostiquée hypertendue, témoigne :

« On me dit de manger plus de légumes et d'éviter l'huile, mais le poisson coûte cher, et les légumes aussi. Moi, je mange ce que je peux acheter. Si je dois choisir entre acheter des médicaments et manger bien, je préfère avoir mes comprimés. »

Ce propos met en lumière les inégalités sociales qui traversent la santé et l'alimentation. Les choix nutritionnels ne sont pas seulement une question de volonté individuelle ; ils sont fortement contraints par des facteurs économiques et structurels. De fait, l'arbitrage entre le coût des aliments sains et l'achat de médicaments traduit une logique de survie immédiate, où la prévention nutritionnelle cède face à la nécessité de traitements accessibles. Plusieurs autres enquêtés confirment cette tension :

Un chauffeur de taxi de 52 ans explique : « Je prends parfois mes repas sur le pouce, la nourriture diététique coûte trop cher, alors je continue comme avant. »

Une étudiante de 24 ans confie : « Je lis les brochures sur l'hypertension, mais je n'ai pas le temps ni l'argent pour

acheter des produits spéciaux, alors je fais de mon mieux. »

Une enseignante de 45 ans ajoute : « J'aimerais suivre le régime, mais avec mes enfants et les courses quotidiennes, je ne peux pas tout respecter. »

Un retraité de 61 ans note : « Je comprends les conseils, mais mes habitudes et les repas en famille passent avant le régime. »

Une commerçante de 39 ans partage : « Même si je sais qu'il faudrait moins de sel et de gras, mes clients veulent que le plat soit savoureux. Je ne peux pas changer pour moi seule. »

Ces récits mettent en lumière à quel point les choix alimentaires des patients s'inscrivent dans un équilibre délicat, où se confrontent recommandations biomédicales, contraintes économiques et exigences sociales. L'alimentation dépasse le simple acte individuel : elle est porteuse d'identité, de liens sociaux et de traditions partagées, et reflète les valeurs d'un groupe autant que les besoins physiologiques.

Dans cette optique, les analyses critiques soulignent que les injonctions diététiques ne sont jamais neutres : elles s'insèrent dans des normes sociales et des rapports de pouvoir implicites. Certaines pratiques culinaires, considérées comme « problématiques » par le discours médical, entrent ainsi en tension avec un ordre social qui valorise le partage, la convivialité et le respect des traditions. Les patients se trouvent alors confrontés à des arbitrages complexes : respecter strictement les recommandations ou préserver leurs habitudes et leur lien social. Cette réalité traduit une forme de médicalisation des inégalités, où les traitements pharmacologiques apparaissent plus accessibles que les transformations structurelles nécessaires à une alimentation réellement saine.

Face à cette situation, il devient essentiel d'adopter une approche socio-économique dans la conception des politiques de santé publique. Il s'agit de proposer des alternatives nutritionnelles réalistes, abordables et culturellement acceptables, capables de réduire les inégalités et de favoriser une prévention alimentaire véritablement efficace et durable.

3. Discussion

L'analyse des résultats met en évidence une réception ambivalente des conseils nutritionnels, qui ne se traduit ni par une adhésion totale ni par un rejet systématique, mais plutôt par une adaptation sélective influencée par divers facteurs. D'une part, les contraintes économiques jouent un rôle central : de nombreux patients soulignent la difficulté d'accéder aux aliments recommandés en raison de leur coût élevé, notamment les produits frais, biologiques ou importés. D'autre part, ces recommandations se heurtent à des habitudes alimentaires profondément enracinées dans des traditions familiales et culturelles, rendant leur adoption d'autant plus complexe. Modifier son régime alimentaire ne relève pas seulement d'un choix individuel, mais implique une réorganisation des pratiques domestiques et des dynamiques familiales, ce qui peut susciter des résistances, voire un sentiment de rupture avec des repères identitaires et symboliques.

En parallèle, la médicalisation croissante de l'alimentation est souvent perçue comme une contrainte pesante, en contradiction avec le plaisir gustatif et les pratiques de convivialité alimentaire. Pour certains, suivre des prescriptions diététiques strictes revient à transformer l'acte de manger en une obligation médicale dénuée de plaisir, renforçant ainsi les réticences. Cette perception est d'autant plus marquée dans des contextes où les repas sont des moments de partage social et de construction du lien communautaire. Dès lors, les recommandations nutritionnelles entrent en tension avec des logiques de sociabilité qui dépassent les simples considérations sanitaires. Cette ambivalence illustre la nécessité d'une approche plus contextualisée de la prévention et de la prise en charge des maladies liées à l'alimentation, prenant en compte les dimensions économiques, culturelles et sociales des pratiques alimentaires.

À la lumière des résultats obtenus, nous privilégions une approche analytique centrée. Cette démarche épistémologique permet de ne pas examiner en détail l'ensemble des éléments de la matrice des résultats, afin d'éviter les redondances. Ainsi, notre réflexion porte sur : «Quand économie et culture façonnent

l'alimentation : entre conseils diététiques et pratiques sociales à Abidjan ».

L'étude révèle que les contraintes économiques constituent un facteur majeur influençant l'adhésion des patients hypertendus aux recommandations diététiques. Pour de nombreux individus issus de milieux modestes, adopter un régime équilibré riche en légumes, fruits ou poisson et pauvre en sel et en matières grasses est perçu comme un luxe difficilement accessible.

Le coût élevé des aliments considérés comme « sains » oblige souvent à privilégier des alternatives plus abordables, mais moins adaptées à leur état de santé. Les témoignages recueillis illustrent cette tension : certains patients choisissent d'acheter leurs médicaments plutôt que de respecter strictement le régime, d'autres adaptent leurs pratiques alimentaires en fonction des besoins familiaux ou professionnels, ou restent attachés à des habitudes culturelles partagées.

Ces situations mettent en évidence que les choix alimentaires dépassent le simple acte individuel : ils reflètent à la fois l'identité, les liens sociaux, les traditions et les contraintes économiques des patients. Les recommandations médicales, bien qu'orientées vers la prévention, entrent souvent en tension avec ces réalités, révélant une médicalisation des inégalités où les solutions pharmacologiques apparaissent plus accessibles que les transformations structurelles nécessaires à une alimentation saine.

Ce constat souligne l'importance d'adopter une approche socio-économique et culturellement sensible dans l'élaboration des politiques de santé publique. Proposer des alternatives nutritionnelles réalistes, abordables et acceptables sur le plan culturel est indispensable pour réduire les inégalités, favoriser l'adhésion aux régimes et assurer une prévention nutritionnelle efficace et durable.

Ce résultat s'éclaire pleinement à la lumière des travaux en sociologie de l'alimentation et de la santé. L'étude révèle que les contraintes économiques jouent un rôle central dans l'adhésion des patients hypertendus aux recommandations diététiques : pour beaucoup, adopter un régime équilibré riche en légumes, fruits ou poisson et pauvre en sel et en matières grasses relève d'un véritable luxe, difficilement accessible pour ceux issus de milieux modestes. Cette tension entre prescriptions médicales et réalités

économiques illustre que manger n'est jamais un acte purement biologique : c'est un fait social, façonné par des goûts socialement configurés, des pratiques collectives et des normes culturelles. Les injonctions à limiter certains aliments entrent ainsi en conflit avec des habitudes culinaires profondément partagées, où l'alimentation constitue un vecteur d'identité, de cohésion familiale et de socialisation.

Douglas (1975) rappelle que les aliments portent également une charge symbolique : certaines préparations traditionnelles sauces, huiles, plats communautaires sont valorisées socialement, et leur restriction peut être perçue comme une transgression des codes de convivialité. À Abidjan, les patients ne refusent pas les conseils diététiques par mépris pour la santé ; ils doivent composer avec les exigences sociales et culturelles du « manger ensemble », qui imposent des arbitrages délicats entre suivre le régime et préserver les pratiques collectives.

La notion d'habitus de Bourdieu (1979) éclaire aussi cette dynamique : les pratiques alimentaires sont profondément incorporées, durables et façonnées par les trajectoires sociales et le capital culturel. Les habitudes culinaires des patients hypertendus reflètent leur identité sociale et influencent la manière dont ils adaptent ou négocient les conseils nutritionnels. Ces adaptations rejoignent la perspective de Stuart Hall (1997) sur la réception : les messages diététiques ne sont jamais reçus passivement, mais interprétés, négociés ou parfois rejetés en fonction des contraintes économiques et des référentiels culturels.

Les arbitrages alimentaires ont aussi une dimension émotionnelle et sociale forte. Hochschild (1979) et Goffman (1963) montrent que respecter ou transgresser un régime peut générer une charge psychologique importante, plaçant le patient face à un dilemme entre conformité sanitaire et maintien de son image familiale et sociale. Ehrenberg (2000) complète cette analyse en soulignant que les injonctions de santé publique peuvent accroître l'incertitude et le stress quand elles s'éloignent des pratiques culturelles ou des capacités économiques des individus.

En somme, une lecture historique et critique, à la lumière de Foucault (1976), Goody (1982), Mintz (1985), Appadurai (1988) et Krieger (2001), situe ces enjeux dans un cadre plus large : l'alimentation apparaît comme un objet de pouvoir et un marqueur

social. Les régimes prescrits par la médecine biomédicale s'inscrivent dans un réseau complexe où s'entrelacent impératifs sanitaires, contraintes économiques et logiques culturelles, renforçant parfois les inégalités structurelles. Les arbitrages auxquels se confrontent les patients illustrent ainsi une véritable médicalisation des inégalités, où les traitements pharmacologiques sont plus accessibles que l'adoption d'une alimentation réellement saine.

Ces observations soulignent la nécessité d'une approche socio-économique et culturellement sensible dans la conception des politiques de prévention nutritionnelle. Il s'agit de proposer des alternatives réalistes, abordables et culturellement acceptables, capables de réduire les inégalités, de favoriser l'adhésion aux régimes et d'assurer une prévention alimentaire efficace et durable, en phase avec les pratiques sociales et les contraintes économiques des populations.

Conclusion

L'analyse des pratiques alimentaires des patients hypertendus à Abidjan révèle une réalité complexe : l'alimentation ne se réduit pas à un simple acte biologique, mais se situe à l'intersection de la santé, de la culture, de l'économie et des relations sociales. Manger est un fait social structuré par des systèmes de goûts et des pratiques collectives ; dans ce contexte, les recommandations diététiques se heurtent à des habitudes culinaires profondément ancrées, vecteurs d'identité et de cohésion familiale. Les aliments portent une charge symbolique : certaines préparations traditionnelles sont valorisées socialement, et leur restriction peut être perçue comme une transgression des codes de convivialité.

Les patients naviguent ainsi entre prescriptions médicales, obligations familiales, attentes sociales et impératifs financiers. Les pratiques alimentaires sont incorporées et durables, façonnées par les trajectoires sociales et le capital culturel. Les messages diététiques ne sont pas simplement reçus passivement : ils sont interprétés, négociés ou adaptés en fonction du contexte économique et culturel. Les dimensions émotionnelles et symboliques de ces arbitrages sont centrales : respecter ou transgresser un régime peut générer une charge psychologique et

sociale importante, confrontant le patient à un dilemme entre conformité sanitaire et maintien de son image sociale et familiale.

La médicalisation des choix alimentaires, où le traitement pharmacologique apparaît souvent plus accessible que la prévention nutritionnelle, illustre les inégalités structurelles et les rapports de pouvoir qui traversent la santé et l'alimentation. L'alimentation devient ainsi à la fois un objet de santé, un marqueur social et un bien économique, soumis aux tensions entre impératifs biomédicaux, contraintes économiques et logiques culturelles.

Cette analyse souligne l'importance de concevoir des politiques de santé publique contextualisées et culturellement sensibles. Proposer des alternatives nutritionnelles réalistes, abordables et socialement acceptables est essentiel pour réduire les inégalités, favoriser l'adhésion aux régimes et assurer une prévention alimentaire efficace et durable, compatible avec les pratiques et les contraintes réelles des populations à Abidjan.

Bibliographie

APPADURAI, Arjun, 1988. *The Social Life of Things*, Cambridge University Press, Cambridge.

BOURDIEU, Pierre, 1979. *La Distinction*, Les Éditions de Minuit, Paris.

EHRENBERG, Alain, 2000. *L'individu incertain*, Odile Jacob, Paris.

DOUGLAS, Mary, 1975. *Impuretés et danger*, Éditions du Seuil, Paris.

FISCHLER, Claude, 1990. *L'Homnivore*, Odile Jacob, Paris.

FOUCAULT, Michel, 1976. *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris.

GOFFMAN, Erving, 1963. *Stigmate*, Les Presses Universitaires de France, Paris.

GOODY, Jack, 1982. *Cooking, Cuisine and Class*, Cambridge University Press, Cambridge.

HALL, Stuart, 1997. *Representation*, Sage Publications, London.

HOFFMANN, Bridget, 2014. *Classical and Contemporary Sociological Theory*, Routledge, London.

HOCHSCHILD, Arlie, 1979. *The Managed Heart*, University of California Press, Berkeley.

KRIEGER, Nancy, 2001. *Epidemiology and the People's Health*, Oxford University Press, New York.

MINTZ, Sidney, 1985. *Sweetness and Power*, Penguin Books, Harmondsworth.

POULAIN, Jean Pierre, 2017. *Sociologie de l'alimentation*, La Découverte, Paris.

SEN, Amartya, 1999. *Development as Freedom*, Oxford University Press, Oxford.