
Décider d'accéder à des soins de santé au Maroc. À propos du « premier délai »

Marc-Éric GRUÉNAIS⁽¹⁾
Élise GUILLERMET⁽²⁾

En 1994, Thaddeus et Maine publiaient un article se rapportant à la prise en charge des soins obstétricaux en Afrique du sud et identifiaient trois dimensions à prendre en compte pour comprendre les retards de prise en charge des parturientes ; c'est le modèle des « trois délais ». Le premier délai a trait au temps de la décision - de l'individu et/ou de sa famille - de recourir à des soins de santé. Le second délai concerne le temps mis pour atteindre une structure de soins. Le troisième délai est lié à la prise en charge effective adaptée au problème de santé. Chacune de ces dimensions peuvent avoir des poids relatifs distincts selon les contextes, mais aussi peuvent se cumuler et allonger les délais des recours. La pertinence de ce modèle ne se limite pas aux soins obstétricaux et, à notre avis, peut être étendu à toute situation qui requiert d'accéder à une structure de soins. Le troisième délai qui a trait aux interactions entre usagers des structures de soins et soignants est désormais très bien documenté depuis les analyses classiques de la sociologie américaine (Parsons, 1955 ; Freidson, 1984) jusqu'à celles des contextes africains (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Jewkes & *al.*, 1998 ; Mebtoul, 1994 ; Vidal & *al.*, 2005 ; Walker et Gilson, 2004). Le second, et surtout le premier délai ont été moins explorés. Dans cet article, nous voudrions mettre l'accent sur les enjeux de genre et de positionnement dans la hiérarchie générationnelle, ainsi que sur les statuts socioéconomiques inscrits dans des enjeux locaux de différenciation qui entoure la décision de recourir à une structure de soins au Maroc.

⁽¹⁾ Université de Bordeaux, Département Santé et populations, 01630, Saint-Genis-Pouilly, France.

⁽²⁾ Anthropologue (EpiLinks).

L'essentiel du présent article aura trait au premier délai. Nous nous fonderons sur les résultats d'une étude réalisée au Maroc de décembre 2010 à mai 2011, dans deux sites ruraux et un site urbain (Gruénais, 2011), pour mettre en évidence les contraintes auxquelles les usagers des structures de soins doivent faire face pour prendre la décision de recourir à une structure de soins (premier délai), en considérant notamment les difficultés d'accès géographiques (second délai). Cette étude a procédé par études de cas dans trois régions du Maroc : la Province de Figuig, située à l'extrême sud-est du Maroc en zone présaharienne ; la Province d'Azilal, au centre du pays, zone montagneuse à cheval sur le Moyen Atlas et le Haut Atlas ; la Préfecture de Salé, jumelle de la ville de Rabat, où sont représentées toutes les catégories de population, depuis les classes moyennes, jusqu'à des agriculteurs péri-urbains en passant par les nouveaux citadins habitant dans des quartiers irréguliers, voire dans des bidonvilles. Dans une première partie, nous reviendrons sur la problématique de l'accès aux soins, et sur quelques données de contexte et en donnant quelques informations supplémentaires sur les sites de l'étude. Dans une seconde partie, nous présenterons les données de l'étude réalisée en donnant largement la parole à des habitants des zones enquêtées.

Accéder à des soins de santé

La distance et la culture sont-elles des barrières à l'accès aux soins de santé ?

Lorsque l'on évoque la question de l'accès aux soins de santé, on pense, en premier lieu, à la distance à franchir pour aller du domicile à une structure de soins. Si la distance en elle-même est souvent un facteur déterminant, ses effets peuvent être amplifiés par une multitude de causes. Si l'on est suffisamment fortuné, que l'on dispose d'une bonne mutuelle, que l'on peut bénéficier d'un hébergement proche du lieu de consultation, la distance n'est pas nécessairement un obstacle insurmontable. Inversement, des études ont montré qu'il n'y avait pas nécessairement de corrélation entre une densité importante de structures de soins situées à proximité de son domicile en milieu urbain et une bonne accessibilité (cf. par exemple Ergler, Sakdapolrak & al., 2001). Pour améliorer l'accès aux structures de soins et augmenter leur fréquentation, il ne suffit pas de multiplier les structures de soins et de respecter les standards de distance ; il convient aussi que les structures de soins susceptibles de répondre au problème de santé à résoudre soient localisées aux « bons endroits » avec les « bons personnels » (Benson

2001). Les expériences de la maladie et des problèmes de santé en général vécues antérieurement par la personne concernée ou par l'entourage (Kleinman & Kleinman, 1991), et la perception de la gravité du problème de santé à résoudre (Charmaz, 1995 ; Chrisman, 1977) vont influencer sur le moment de la décision de recourir (ou non) à une structure de soins.

Une des raisons du non-recours à des soins médicaux fréquemment évoquée est la préférence attribuée aux pratiques traditionnelles. Mais quelle est l'ampleur du phénomène et dans quelle mesure exclurait-il le recours aux soins médicaux ? L'attachement à des pratiques et des croyances traditionnelles peut être, en partie, explicatif du faible recours aux structures de santé. Lorsque l'accouchement, par exemple, est considéré par la société locale comme un « test d'endurance » pour les femmes censées faire preuve de résistance à la douleur « comme leurs aînées » qui ont accouché à domicile, cela explique, en partie, l'absence de suivi médical de la grossesse et de l'accouchement (Bantebya Kyomuhendo, 2003).

Les mêmes auteurs, qui évoquent l'importance de l'attachement à des valeurs et à des pratiques traditionnelles comme une des causes de la faible médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, soulignent également combien les réticences des femmes à accoucher en milieu surveillé et à recourir à des soins de santé en cas de complications s'expliquent aussi par le manque de personnels qualifiés au niveau des soins primaires, les attitudes des personnels de santé, la négligence et la mauvaise qualité des traitements médicaux, le peu d'informations délivrées aux femmes (Bantebya Kyomuhendo, 2003). Les femmes accouchent parfois à domicile dans des pays à ressources limitées non par choix, mais par dépit, faute d'avoir pu accéder à une maternité (Zongo, 2016). Nous avons, par ailleurs, montré combien il pouvait y avoir, en Afrique, successions de recours à des soins biomédicaux et non biomédicaux de toute sorte (devins-guérisseurs, prophètes, herboristes...) dont les registres explicatifs de la maladie ressortissaient à des « croyances traditionnelles » sans que l'on puisse a priori déceler un ordre (Gruénais, 1990) et qu'il existait une véritable « culture de l'hôpital » quel que soit le niveau socio-économique et culturel des individus (Gruénais 1996).

Au Maroc, comme partout ailleurs, dans le domaine du diabète, par exemple, le recours aux plantes médicinales est une pratique très courante (Ababou, 2009) et les individus confrontés à un épisode de maladie ont recours à toute sorte de spécialistes (Radi, 2013). Néanmoins, les recours « traditionnels » sont loin d'être privilégiés. « L'enquête nationale sur les

valeurs » réalisée au Maroc auprès d'un échantillon représentatif de la population a montré que « Le recours au médecin vient en premier lieu (46%), puis les soins traditionnels (25%), la pharmacie (24%) La *zaiara* n'est citée que par 2% [des enquêtés]. Si on groupe les recours selon qu'ils sont traditionnels (soins traditionnels et *zaiara*) ou modernes (pharmacien, médecin et infirmier), nous remarquons que la majorité (72%) recourt aux pratiques modernes » (Rachik et *al.*, 2005, p. 37). Rappelons aussi, comme l'ont montré depuis longtemps des travaux restés célèbres menés au Nigéria (Orubuloye & Caldwell, 1975), la baisse continue de la mortalité est moins une question « d'ignorance » des populations, soit du faible niveau de scolarisation, qu'une question d'offre de soins de santé adaptés et suffisamment dense. Tout cela amène alors à relativiser le poids des facteurs dits « culturels », liés à l'attachement à une certaine tradition, pour expliquer le retard à la prise de décision pour recourir à un prestataire de soins.

Quelques éléments sur la situation au Maroc

L'Enquête nationale sur la consommation et les dépenses des ménages (ENRDM 2006/2007) a montré que le personnel médico-sanitaire le plus sollicité par les malades reste le médecin qui s'accapare 92,2% des consultations. Les cabinets privés attirent la proportion la plus importante des malades (51,9%), devant les dispensaires et les centres de santé (24,7%) et les hôpitaux publics (17,7%) (Ezzrari & El Alami El Fellousse 2007 : 6). Le recours des plus pauvres aux structures privées représente une proportion non négligeable (30% si l'on cumule le recours à une clinique privée et le recours à un cabinet privé) (Ministère de la santé 2007 : 39). Le bilan global que l'on trouve dans nombre de rapports ayant trait à l'offre de soins au Maroc fait état de disparités régionales très importantes, en particulier entre le milieu urbain et le milieu rural, en dépit de tous les efforts fournis ; une qualité des prestations insuffisantes et une mauvaise distribution spatiale sont avancées comme causes de sous-utilisation des structures publiques (Belghiti & Hachri, 2007, p. 18). Au déficit quantitatif et aux disparités régionales s'ajoute un déficit en qualité : « 12% des malades (hommes ou femmes) n'ont pas trouvé une réponse à leurs besoins de soins au moment de la demande. Il est aussi paradoxal de constater que même en milieu urbain 11,8% de la population est concernée par ce constat (13,5% en rural) » (Ministère de la santé 2007 : 89). Les habitants du milieu urbain ne se sentent donc pas toujours mieux lotis que ceux du milieu rural.

Les sites de l'étude

Ce constat d'inégalités d'accès aux soins au Maroc, brièvement résumé ci-dessus, a justifié la réalisation de l'étude dans trois sites, la Province de Figuig, la Province d'Azilal, et la ville de Salé, dont nous présenterons très rapidement les caractéristiques.

La Province de Figuig est très éloignée des grands centres de décision du pays ; elle est très étendue avec une très faible densité de population : elle totalisait en 2004 129.430 habitants pour une superficie de 55.990 km², soit une densité moyenne 2,3 hab/km². L'élevage extensif (essentiellement d'ovins et de caprins) est l'activité prédominante dans la province qui est aussi connue pour sa population rurale qualifiée de « nomade » ; en fait de « population nomade » il s'agit surtout de populations vivant dans des campements très dispersés, pratiquant un élevage extensif, avec des bergers faisant transhumer les troupeaux sur de vastes territoires. La province de Figuig fait partie des provinces particulièrement pauvres du Royaume. Elle ne comprenait en 2010 que deux communes urbaines et était desservie par un hôpital provincial, deux centres de santé urbains et douze centres de santé ruraux auxquels viennent s'ajouter sept dispensaires ruraux. La dispersion et la faible densité de la population essentiellement rurale, le peu d'équipements, l'éloignement de structures de référence ont motivé le choix de cette zone.

La Province d'Azilal, essentiellement berbérophone, a été choisie en raison de son contexte montagnoux ; en hiver, mais aussi parfois au printemps, certains villages sont totalement isolés en raison des intempéries (neige et pluies rendant les gués infranchissables)¹. De plus, Azilal est aussi une zone où a été expérimenté le Régime d'assurance médical pour les économiquement démunis (Ramed), soit un mode de couverture sanitaire qui assure la gratuité des soins dans les hôpitaux publics pour les populations les plus vulnérables². La Province regroupait 504.501 habitants en 2004, dont 453.023 en milieu rural (RGPH 2004). L'essentiel de l'activité est tournée vers l'agriculture (principalement céréales et arboriculture) et l'élevage (caprins et ovins essentiellement). La province d'Azilal est desservie par un hôpital provincial d'une capacité de 130 lits, et d'un hôpital local à l'ouest de la province. Elle totalise 76 formations sanitaires. Il convient d'ajouter que l'on trouve

¹ Selon un des responsables de l'administration provinciale, la Province compterait 14 communes rurales « enclavées », c'est-à-dire inaccessibles en hiver.

² Aujourd'hui, le Ramed a été étendu à l'ensemble du territoire marocain.

également dans la Province 12 cabinets de consultation privée et 36 pharmacies ou dépôts pharmaceutiques³.

Les habitants des villes rencontrent aussi des problèmes d'accessibilité en dépit de la proximité et de l'abondance relative de structures de soins. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi la ville de Salé, ville jumelle de Rabat. Elle comptait 769.500 en 2004; la part de la population rurale représentait 12,1% en 2004 dans la Préfecture de Salé (RGPH 2004) avec un fort accroissement annuel créant des besoins importants en infrastructures (notamment école et santé) pour absorber les effets de l'augmentation de la population. En 2010, la population de la Préfecture de Salé était desservie par 26 établissements de soins, dont 2 dispensaires ruraux et 2 centres de santé avec module d'accouchement. Salé bénéficie également des services d'un hôpital, et de centres spécialisés (maladies respiratoires, hémodialyse, santé scolaire). Le secteur privé est bien représenté avec 5 cliniques et 128 médecins généralistes dénombrés en 2007⁴.

Au cours de notre étude, 127 personnes, au total, ont été interrogées pour l'ensemble des trois sites (48 à Figuig, 30 à Azilal, 49 à Salé) dont une majorité de femmes (64%). Ces personnes ont été choisies au hasard, les entretiens ayant été réalisés à domicile, à proximité du lieu de travail, dans les souks ou encore à proximité de centres de santé. La très grande majorité des personnes interrogées s'est déclarée mariée (n=102). La plupart sont membres d'un ménage qui comporte, au moins, un actif (seuls 18% des chefs de ménage de notre échantillon se sont déclarés sans emploi), et dont le chef de ménage est un homme (militaires, fonctionnaires, ouvriers, artisans, commerçant, éleveurs/agriculteurs). Plus des deux tiers des personnes interrogées étaient membres d'un ménage qui ne disposait d'aucune couverture médicale. On pourrait dire que les personnes interrogées, au vu de leurs caractéristiques sociodémographiques, constituent une population très « ordinaire » de familles, disposant de revenus peu élevés, étant à même de faire face à certaines dépenses mais aussi confrontée aux difficultés de la vie quotidienne que rencontre sans doute la majorité des Marocains. Nous présenterons ci-dessous quelques situations, relatives aux trois sites, et qui sont particulièrement illustratives des contraintes liées à la prise de décision pour recourir à une structure de santé, en différenciant les prises de décision concernant les femmes, les enfants et les hommes.

³ Monographie de la Province d'Azilal 2010 - santé. Royaume du Maroc - Ministère de la Santé - Province d'Azilal.

⁴ Plan d'intervention sanitaire en situation de catastrophe 2007. Salé, Préfecture médicale de Salé - Ministère de la santé.

Parcours de soins

Les femmes

Être femme n'est pas un facteur explicatif, en tant que tel, de parcours de soins spécifiques, et le genre influe différemment sur les situations selon les contextes. Au cours de nos entretiens, trois variables associées sont apparues déterminantes : le lieu de résidence et sa proximité avec le centre de santé, le statut matrimonial lié au statut socioéconomique, et la situation dans la hiérarchie générationnelle.

Les femmes rencontrées à Salé ou dans les centres urbains de Figuig ou d'Azilal ont l'habitude de se rendre au centre de santé. Comme la plupart des usagers, elles y vont surtout pour le suivi de leur pathologie chronique ou pour des problèmes de santé qui « durent ». Elles s'y rendent en matinée, dans l'espoir d'y trouver le médecin et reviennent le lendemain si celui-ci est absent. Elles se rendent au centre de santé parfois seules, pour les plus âgées, ou accompagnées d'une parente vivant à proximité de chez elles, ou encore parfois avec leur mari si, lui aussi, veut consulter. Elles choisissent d'elles-mêmes de se déplacer ou le font sur le conseil d'une parente ; la proximité avec la structure de soins leur permet parfois de s'y rendre sans en rendre compte à leurs proches. Ces femmes sont celles qui ont le parcours de soin le plus court et le plus individuel.

Celles qui, bien qu'habitant à proximité du centre de santé, n'ont pas de revenu fixe (elles ne travaillent pas elles-mêmes, leur mari ne bénéficie pas d'une rémunération suffisante ni d'une couverture médicale, ayant une activité dans le secteur informel, et leurs enfants ne participent guère à leurs frais quotidiens) se trouvent dans des situations plus difficiles, surtout les femmes seules (veuves, divorcées, célibataires) qui ont des enfants à charge. Elles peuvent a priori aller et venir sans avoir à rendre de compte, mais la nécessité d'avoir une activité économique contraint leurs horaires. Les parcours de ces femmes sont morcelés, interrompus, aléatoires. Elles se rendent de manière irrégulière au centre de santé, sélectionnent les médicaments prescrits, ne peuvent pas effectuer les examens, ni faire face à la prise en charge médicale simultanée de plusieurs membres de leur foyer. Leurs itinéraires sont caractérisés par la sélection à toutes les étapes du parcours. Ces femmes sont actrices de leurs choix, bien que ceux-ci soient extrêmement contraints comme en témoigne l'extrait d'entretien ci-dessous.

« Mon garçon qui a sept ans a toujours mal au niveau de son côté gauche et il n'arrive pas à marcher normalement comme les autres.

Vous avez vu un médecin ?

Non, je lui fais boire que les plantes et je le laisse comme ça.

Pourquoi ?

Parce que moi aussi j'étais malade, j'avais des ganglions au niveau de mon sein droit, je suis partie chez un médecin privé, j'ai payé [10 €]⁵... Après je suis partie à l'hôpital et j'ai payé [6 €] chez un médecin spécialiste... Quand elle m'a vu, elle m'a dit de faire une radio qui coûte [50 €]... J'attends le résultat qui sera prêt pour la semaine prochaine... J'ai dû emprunter la somme à ma famille et à mes voisines... Alors il ne me reste plus d'argent pour emmener mon fils chez un médecin. Je me dis que s'il répond bien aux plantes que je lui donne, tant mieux ! Mon fils doit voir un spécialiste et je sais qu'il va me demander beaucoup de choses à faire, des radios, des analyses, un traitement tellement cher, ou qu'il va m'adresser chez un autre spécialiste qui va me demander la même chose et tout cela avec de l'argent y compris le transport d'ici jusqu'à Rabat... . Et moi, comme je vous ai dit, à cause de ma maladie qui m'a obligée à dépenser beaucoup d'argent, je ne peux même plus emprunter de l'argent » (Femme veuve à Salé).

La sélection est également au cœur des parcours des femmes vivant dans des zones dites « enclavées », mais l'éloignement du centre de santé vient encore compliquer l'accès à un prestataire de soins, en raison des frais de déplacement, mais aussi des risques de désorganisation temporaire de la cellule domestique qui peuvent être liés à une absence prolongée du foyer (nécessité de trouver un substitut pour l'exécution des tâches quotidiennes et le gardiennage des enfants). La négociation précédant la décision de partir consulter caractérise ce troisième type de parcours. Il nous renseigne sur le quotidien de ces femmes, sur la

⁵ Par souci de simplification, nous indiquerons les sommes en euros sur la base approximative de 10 dirhams marocains = 1 euro.

répartition des rôles et sur les rapports hiérarchiques à l'intérieur de la cellule domestique. Le choix de recourir à un prestataire de soins apparaît ici clairement comme un choix collectif.

Prenons l'exemple d'une famille « nomade » de la région de Figuié. Les femmes et enfants non scolarisés demeurent au campement toute l'année, tandis que les hommes sont amenés à se déplacer pour faire paître le bétail, le vendre, ou pour trouver du travail. Les femmes vont exceptionnellement en ville. Le mariage d'une parente ou simplement un événement familial qui obligent à se rendre en ville leur donnent une opportunité de consulter le médecin si un problème est apparu au cours des mois précédents. En règle générale, la décision de quitter la tente pour se rendre au centre de santé est prise lorsque la pathologie s'est aggravée au point d'être considérée comme une urgence. Le rapport aux consultations et aux soins se lit comme une histoire commune dans laquelle interviennent plusieurs protagonistes. La belle-mère raconte n'avoir jamais eu recours au centre de santé au cours de ses grossesses, et « *on s'en remet à Dieu* », l'aide à l'accouchement à domicile est alors prodiguée par des femmes expérimentées des campements voisins.

Mais, raconte la belle-mère, il arrive qu'il y ait des complications, comme pour sa belle-fille qui en est à son huitième mois de grossesse et qui, à 6 mois de grossesse, a souffert de douleurs et de pertes de sang. La jeune femme a attendu avant de faire part de ses saignements à sa belle-mère. Après quelques jours, la doyenne a décidé de parler au chef de famille pour que la belle-fille soit conduite chez le médecin privé pour une échographie. Le médecin a informé la jeune femme que son enfant était mal placé et qu'elle aurait pu le perdre si elle n'était pas venue. Elle devait revenir pour un suivi le mois suivant et accoucher au centre de santé. La jeune femme n'a pas honoré ce rendez-vous. Le premier motif énoncé est que les médicaments prescrits par le médecin n'ont pas soulagé ses douleurs et donc que l'argent a été dépensé inutilement. De plus, il est difficile de trouver un véhicule pour se déplacer ; la dernière fois, elle est partie dans un véhicule avec les moutons du voisin. Elle précise qu'elle attend le retour de son mari qui travaille sur un chantier routier et qui pourra alors lui donner de l'argent pour aller chez le médecin.

Une seconde belle-fille prend la parole pour raconter son dernier accouchement. Elle n'avait pas suivi les consultations prénatales. Elle est restée trois jours sans parler, sans pleurer, sans crier, juste trop faible pour accoucher, selon la belle-mère. La doyenne a attendu et a essayé avec la mère de la parturiente de la faire s'asseoir et de l'aider à accoucher, mais la jeune femme était trop faible. Une étrangère de passage, constatant

l'état de la jeune femme, a conduit la parturiente à l'hôpital provincial où elle a subi une césarienne.

Dans ce récit à trois voix se lisent plusieurs aspects du quotidien intervenant dans la possibilité de déplacement des femmes qui vivent en zone enclavée, qu'il s'agisse de femmes « nomades » de la province de Figuig ou de celles vivant en zone montagneuse dans la province d'Azilal. Il ne leur est pas facile de quitter leur foyer parce que leur rôle assigné consiste à veiller sur les enfants et à réaliser les tâches quotidiennes, mais aussi parce que les véhicules sont rares. Ce sont les situations exceptionnelles qui offrent des occasions de déplacement : événements sociaux (mariages, baptêmes), ou urgences sanitaires.

La prise en considération du besoin de recourir à un prestataire de soins dépend de plusieurs facteurs. La femme concernée doit, d'abord, estimer que les désagréments physiques dont elle souffre constituent un « problème de santé » suffisamment grave pour justifier un déplacement vers une structure de soins. Elle doit, ensuite, se confier à sa belle-mère ou à sa mère. Celle-ci doit estimer qu'il s'agit effectivement d'une pathologie et en faire part au chef de famille. Il faut, enfin, que ce dernier accepte cet avis.

L'entourage de la femme ne parle pas toujours d'une seule voix face à la nécessité du recours, et l'intervention de parents directs de la femme peut venir contrecarrer les positions du mari, dans des situations parfois conflictuelles révélatrices alors d'une mise en cause du statut de chef de famille du dernier.

« On est partis à la pharmacie pour prendre les médicaments que le médecin m'a prescrits, mais ils coûtaient trop chers. Mon mari m'a dit de prendre une tisane jusqu'à ce qu'il ait l'argent. Une fois à la maison, il a commencé à me dire de me mettre au régime et de ne plus manger autant, de ne boire que de la tisane et d'arrêter de me plaindre. On a commencé à se disputer pour rien et je suis partie en pleurant chez mon frère. Je lui ai tout raconté, surtout à propos de mon mari qui ne voulait pas m'acheter mon médicament, et qu'à force de boire de la tisane la bouche de mon estomac s'est infectée. Je lui ai même dit que ça m'a étonnée quand mon mari a payé la consultation chez le médecin privé. Mon frère m'a dit que même les plantes peuvent guérir et que l'homme a tendance à perdre son argent pour rien. Je lui ai quand

même demandé de me prêter de l'argent parce que le médecin m'a dit que je devais absolument prendre le médicament et de revenir la voir après. Il m'a prêté l'argent et j'ai immédiatement acheté le médicament. Quand je suis rentrée à la maison, mon mari m'a fait toute une scène parce que j'ai pris de l'argent de chez mon frère. Il n'a pas du tout aimé que je le fasse mais entre nous, il n'avait qu'à me l'acheter » (Salé).

Dans le cas où la mère ou la belle-mère s'impliquent dans la décision, la chaîne est plus courte du fait de leur influence sur le mari de la femme. Dans le cas où le fils, parti travailler sur un chantier, revient avec de l'argent, la chaîne sera également raccourcie pour sa jeune épouse. Quels que soient les sites, les contributions de frères, de sœurs et/ou d'enfants actifs permettent d'accélérer les parcours de soins de leurs parents et notamment de leur mère. Quand ils sont en mesure de payer les frais de santé de leur proche, ils en deviennent responsables.

Cette négociation intergénérationnelle corrélée à la dépendance financière des femmes se retrouve aussi à Salé. Mais la belle-mère ou la mère trouvent des interlocutrices parmi leurs filles ou belles-filles qui ont été scolarisées et qui émettent des avis divergents et pouvant emporter la décision.

« J'ai accouché 'avec les points de sutures' [césarienne] et j'ai passé quatre jours à l'hôpital. Je suis rentrée à la maison et après deux ou trois jours, vers le coup de deux heures du matin, j'ai commencé à avoir très mal au ventre. J'ai pensé que c'était normal après l'accouchement, mais la douleur augmentait de plus en plus. J'ai commencé à saigner et à hurler le nom de Dieu qui m'a fait naître, tellement j'avais mal. Quand j'ai vu la quantité de sang par terre, je me suis évanouie directement. Ma belle-sœur a couru à mon secours, elle a demandé qu'on m'emmène à l'hôpital sinon je risquais de mourir, mais ma belle-mère était contre.

Elle disait que perdre du sang dégonflerait mon ventre. Ma belle-sœur persistait à croire que le fait de saigner était anormal, en dépit de ce que sa mère disait. Elle a convaincu tout le monde qu'ils devaient absolument m'emmener à l'hôpital » (Salé).

En milieu rural, la parole de l'aînée reste déterminante même si dans le cas cité précédemment, l'intercession d'une femme au statut social et intellectuel confirmé par sa fonction, et qui dispose d'un véhicule, a un impact sur la décision de la mère et de la belle-mère pour accompagner la parturiente à l'hôpital. Les changements familiaux (divorces) et les déplacements qui leur font suite peuvent aussi être des moments déclencheurs pour débiter un parcours de soin alors que certains acteurs réticents à accompagner une prise en charge médicale ne participent plus à la décision.

« J'ai découvert ma maladie en 2003 quand j'habitais à la campagne, j'avais treize ans. Je sentais toujours des vertiges et beaucoup de soif et à chaque fois je fréquentais les toilettes. Maman disait à mon père que je souffre de quelque chose d'anormal mais il refusait toujours de m'amener à l'hôpital vu le manque de moyens. Et vu l'éloignement de notre village du centre de santé et d'autres hôpitaux, je suis restée dans la même situation jusqu'au divorce de mes parents. A cause des problèmes familiaux, je suis venue avec ma mère chez ma petite sœur dans la ville de X. Elle était à la recherche d'un emploi pour nous faire manger et boire et éventuellement pour me soigner. Mon père s'est remarié à une autre femme et est resté au village. Ainsi je suis venue à X et ma mère a emprunté de l'argent. Elle m'a amenée [jusqu'à la ville de Y]. J'ai fait les analyses et le médecin spécialiste m'a informée que je suis diabétique et que je dois poursuivre le suivi de temps à autre. Je suis revenue de X avec ma maladie et chargée de médicaments et de dettes » (Province de Figui).

Les enfants

Quels que soient les contextes, on constate toujours une forte prise en compte de la santé de l'enfant, mais avec des modalités d'accès variables liées à la proximité du prestataire, aux choix opérés au cours du parcours de soins, ou aux négociations. On constate les accès les plus rapides pour les enfants vivant à proximité des centres de santé, surtout si les médicaments nécessaires y sont accessibles et gratuits. En milieu rural, les mères déplorent que les enfants ne soient que vaccinés et non auscultés. Les équipes mobiles qui viennent leur rendre visite ponctuellement n'apporteraient pas les solutions attendues. La sélection apparaît ensuite pour des pathologies coûteuses, sur l'ensemble des sites, et la proximité d'un centre de santé n'est pas une condition suffisante pour accéder à des soins. Se dessinent une nouvelle fois des inégalités liées au statut social, économique et matrimonial des parents. Les mères seules souffrent particulièrement de leur incapacité à assurer l'ensemble des frais nécessaires à la santé de leur enfant, et elles sélectionnent par nécessité les médicaments, les examens, voire même les opérations, comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant.

« Mon fils, âgé de 5 ans, a souvent des angines. Il trouve des difficultés à parler, vue la gravité de l'infection. Quand j'ai emmené mon fils au dispensaire, on m'a conseillé une opération, pour lui enlever les amygdales. Mais je n'ai pas les moyens de payer l'opération. Je ne fais que le ménage les week-ends » (Femme divorcée, Salé).

La négociation surgit dans les mêmes conditions que pour la santé des femmes. À quel moment faut-il emmener l'enfant à la pharmacie ou au centre de santé avec les coûts que cela comporte? Revenons à la famille déjà évoquée et dont le campement se situe à plusieurs dizaines de kilomètres de l'axe routier principal de la Province de Figui. Une fillette y est décédée lorsqu'elle avait 6 ans. Elle souffrait depuis plusieurs jours de maux de ventre et de diarrhées. Quand la fillette est apparue très faible et a perdu connaissance, sa mère a demandé au chef de famille, son époux, d'appeler une ambulance. Celui-ci a dû faire 15 kilomètres en motocyclette pour trouver un point d'accès au réseau téléphonique. L'ambulance communale n'étant pas disponible, il a tenté de joindre l'ambulance de la Protection civile qui ne pouvait être disponible que l'heure suivante. Dans l'urgence, des voisins du campement qui devaient conduire leur bétail au marché ont mis la fillette dans leur camion pour la conduire à l'hôpital provincial. Une fois sur la route, le camion a croisé

l'ambulance de la Protection civile. Lorsqu'il s'est agi de transférer la fillette du camion à l'ambulance, les ambulanciers l'ont découverte morte. Ce récit illustre le délai existant entre l'identification des premiers signes cliniques de l'enfant et la quête d'un moyen de locomotion. Il ne signifie pas que les parents se soient désintéressés de l'enfant mais que seule une urgence avérée peut conduire à se confronter aux obstacles que représente le fait de trouver un véhicule.

Dans les provinces d'Azilal et de Figuig, les parents sont prêts à des dépenses importantes pour faire soigner leurs enfants. Ils répètent les allers-retours vers les centres hospitaliers malgré l'absentéisme des médecins.

« L'enfant est atteint d'une maladie mentale ou psychique. Les parents ont fait recours à plusieurs fkih, plusieurs fois, mais sans aucun résultat. Donc, ils ont décidé de l'amener à l'hôpital. A leur visite au centre de santé, ils leur ont demandé certains documents avant le transfert à l'hôpital régional. Ils ont produit tous les documents nécessaires chez le caïd et chez le médecin du centre de santé. L'enfant malade est évacué à l'hôpital régional où il a été hospitalisé pendant 13 jours. Ils n'ont rien payé à l'hôpital. Après sa sortie, ils leur ont fixé un rendez-vous pour le contrôle après deux mois et la prescription d'un médicament qui leur coûte [35€] par mois. Après deux mois, ils se sont déplacés à l'hôpital régional pour le contrôle sans trouver le médecin spécialiste. Et cette opération de déplacement a été répétée cinq fois sans trouver le médecin spécialiste, sachant que chaque déplacement pour deux personnes coûte [25€]. Pendant le dernier déplacement à l'hôpital régional, on leur a conseillé d'aller à l'hôpital d'Azilal. Au retour à l'hôpital d'Azilal, on leur a demandé une fiche de liaison du centre de santé. Après avoir reçu la fiche de liaison, ils n'ont pas trouvé le médecin spécialiste et ils ont su qu'il fait les consultations chaque mercredi. Ils ont alors pris un rendez-vous pour le mercredi suivant. L'état de l'enfant s'aggrave de nouveau, les pharmaciens refusent de leur donner les médicaments. Ils sont allés pour

voir le directeur de l'hôpital pour qu'il leur trouve une solution mais il n'était pas là. Ils ont décidé de revenir vers le médecin du centre de santé. Le médecin a prescrit à l'enfant un médicament dans l'attente du prochain rendez-vous » (Province d'Azilal).

Les hommes

Les parcours de soins des hommes sont raccourcis du fait de leur plus grande mobilité liée à leurs activités économiques. En milieu rural, les jours de marché permettent de cumuler les démarches commerciales, administratives et sanitaires. Les actifs ne se réfèrent à personne pour recourir à un prestataire de soins tandis que ceux qui n'ont pas de ressources financières se tournent vers leur réseau social ou vers leurs enfants pour une aide. Les hommes sont ceux qui apparaissent le mieux connaître le coût de la santé, tandis que dans une majorité d'entretiens réalisés avec les femmes, celles-ci avouent ne pas connaître le montant des dépenses occasionnées⁶.

Les hommes semblent se tourner davantage vers le fkih que les femmes et plus particulièrement à Azilal. De manière générale, ils semblent davantage informés de la pluralité des prestataires, que ce soit en milieu urbain ou rural. Ils connaissent les différents médecins de la région, se renseignent sur eux et procèdent au choix qui leur semble le plus pertinent pour eux et, pour les femmes et les enfants dont ils ont la charge. Ils sont responsables de la santé des leurs.

S'ils accompagnent leurs femmes c'est notamment pour prendre en charge toutes les démarches que nécessitent le déplacement ou la confrontation à l'administration sanitaire surtout du fait de l'illettrisme. Les difficultés que peuvent rencontrer les femmes sont notamment des difficultés de communication notamment pour celles qui ne parlent pas l'arabe dialectal, comme dans la région d'Azilal plutôt berbérophone et où cette barrière linguistique a été signalée de manière systématique. Cette contrainte se retrouve également dans la ville de Figuig mais pas auprès des populations dites « nomades » qui sont arabophones.

⁶ S'agit-il toujours d'une réelle méconnaissance des coûts ou d'une ignorance feinte de convenance face à un observateur extérieur dans la mesure où il entrerait dans les obligations du mari de s'acquitter du coût des soins pour l'épouse et les enfants ; affirmer ne pas connaître les prix équivaudrait alors à souligner les devoirs du mari.

Conclusion

De multiples contraintes influent sur les décisions de recourir à un prestataire de soins. La décision de recourir à un personnel soignant se fait dans la plupart des cas lorsque des symptômes persistent, surtout pour les usagers éloignés des centres de santé. La décision de recourir à un médecin est prise collectivement. La hiérarchie générationnelle, les rapports de genre et les relations de dépendance économique en sont des facteurs déterminants. La scolarisation croissante des filles et l'indépendance financière des jeunes femmes semblent introduire de nouvelles dynamiques dans le processus d'estimation de la gravité du problème et de décision ; leurs arguments semblent peser.

Par ailleurs, plus les contraintes pour accéder au centre de santé sont importantes, plus les coûts à engager sont élevés et plus le temps qui sépare les premiers symptômes de la décision de se présenter à un prestataire augmente. Ce qui est en jeu ici est la nécessité d'effectuer un choix en fonction des contraintes de transport, de temps et de coût auxquels il faut faire face. La présence d'ambulances ou le fait de bénéficier d'une couverture médicale, sont certes des facteurs favorisant le recours aux soins, mais ils ne sont pas toujours déterminants de la décision et de la réduction du temps de recours à un prestataire. Des caractéristiques socioéconomiques et culturelles déterminent les modalités de recours aux prestataires de soins : le genre, la place dans la hiérarchie familiale, ainsi que les contraintes liées à l'éloignement du centre de santé. Trois types de parcours nous semblent pouvoir être mis en évidence :

- des circuits courts, pour les femmes et les enfants situés à proximité des centres de santé et pour les hommes qui se déplacent librement mais qui se confrontent tout de même aux contraintes de coût ;
- des itinéraires thérapeutiques incomplets et interrompus caractérisés par la sélection des soins, des examens, des médicaments et des bénéficiaires au sein d'un même foyer pour des raisons de coût essentiellement. Ces itinéraires concernent les populations défavorisées du tissu urbain et les habitants du milieu rural ;
- les parcours marqués par la négociation, à commencer par la négociation du recours aux soins, qui concernent les personnes dépendantes financièrement, soumises à une hiérarchie de genre et d'âge au sein de la cellule domestique (jeunes femmes et enfants surtout). Ils se compliquent encore lorsque les coûts de santé sont

aggravés par la localisation de leur habitat On perçoit à travers les récits de parcours de soins comment les proches parents du malade contribuent à produire du soin en attendant de décider de recourir au système de santé. Ce constat empirique fait, un levier d'action pour la santé publique serait de renforcer les activités d'éducation à la santé auprès de ces proches, de telle sorte que les soins qu'ils produisent soient améliorés et que leur connaissance des symptômes dont ils doivent tenir compte pour prendre la décision de consulter un professionnel de santé soit affinée. Dans les récits partagés se lit aussi le manque répété d'informations délivrées aux patients sur l'organisation du système de santé (jours de consultation et procédures administratives à mettre en place avant de se rendre à un autre niveau de la pyramide sanitaire) limitant ainsi leurs capacités à prendre les décisions les plus efficaces. Une orientation éclairée des patients devrait permettre de réduire la répétition des coûts de transport qui constituent une part importante des coûts de santé et devrait renforcer la confiance des patients envers les établissements de santé. Considérer que les patients et leurs proches sont les producteurs de soins et de décision, en interaction avec le système de santé, apparaît ici comme impératif pour des parcours de soins facilités au quotidien.

Bibliographie

Ababou, M. (2009). Un véritable dilemme pour les diabétiques marocains : le recours aux plantes médicinales. Dans H. Greche & A. Ennabili (éd.), *Recherches sur les plantes aromatiques et médicinales*. Actes du congrès international, 22-24 mars 2007, Mezraoua (Taounate) & Fès, Maroc, 246-254.

Bantebya Kyomuhendo, G. (2003). Low use of rural maternity services in Uganda: Impact of women's status, traditional beliefs and limited resources. *Reproductive Health Matters*, 11(21), 16-26.

Belghiti, A., Hachri H. (2007). Évaluation de la performance des soins de santé primaires au Maroc. Rapport de consultation. Rabat, Organisation Mondiale de la Santé - Région de la Méditerranée Orientale (EMRO).

Benson, J. S. (2001). The impact of privatization on access in Tanzania, *Social Science & Medicine*, 52, 1903-1915.

Charmaz, K. (1995). The Body, Identity, and Self: Adapting to Impairment. *The Sociological Quarterly*, 36(4), 657-680.

Chrisman, N. J. (1977). The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(4), 351-377.

ENRDM 2006/2007 Enquête nationale sur les revenus et les niveaux de vie des ménages 2006/2007. Rapport de synthèse. Rabat, Haut-Commissariat au Plan – Direction de la statistique (<http://www.hcp.ma> - www.omdh.hcp.ma).

Ergler, C. R., Sakdapolrak P., Bohle H. G., Kearns R. A. (2011). “Entitlements to health care: Why is there a preference for private facilities among poorer residents of Chennai, India?” *Social Science & Medicine*, 72 : 327-337.

Ezzrari, A., El Alami El Fellousse, L. A. (2007). Étude relative aux dépenses individuelles catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages : Cas du Maroc (rapport provisoire). Rabat : Organisation Mondiale de la Santé.

Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.

Gruénais, M. E. (1990). Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville. Dans *Sociétés, développement et santé*, D. Fassin and Y. Jaffré (dir.), Paris : Ellipses/AUPELF, 227-242.

Gruénais, M. E. (1996). Á quoi sert l'hôpital africain ? *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 73, 119-128.

Gruénais, M. E. (dir.), (2011). Études de cas sur les disparités dans l'accès aux soins au Maroc. Etudes de cas, Rabat, Observatoire National de Développement Humain, Agence des Nations Unies Maroc.

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

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

Kleinman, A., Kleinman J. (1991). Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15(3), 275-301.

Mebtoul, M. (1994). *Une anthropologie de la proximité. Les professionnels de la santé en Algérie*. Paris : L'Harmattan.

Ministère de la santé (2007) Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 200, Rabat, Direction de la Planification et des Ressources Financière - Service des Études et de l'Information Sanitaire - Ministère de la santé / OMS.

Orubuloye, I. O, Caldwell, J. C. (1975). The Impact of Public Health Services on Mortality: A Study of Mortality Differentials in a Rural Area of Nigeria. *Population Studies*, 29(2), 259-272.

Parsons, T. (1955). *Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne*. Dans *Éléments d'une sociologie de l'action*. Paris : Plon, 193-255.

Radi, S. (2013). *Surnaturel et société. L'explication magique de la maladie et du malheur à Khénifra*. Rabat : Centre Jacques Berque.

Rachik, H., Bourquia, R., Bencherifa A., Tozy M. (2005). *Rapport sur le Développement Humain, Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs, 50 ans de développement humain & Perspectives 2025 - Cinquantenaire de l'Indépendance du Royaume du Maroc*. Rabat.

RGPH, (2004). Recensement général de la population et de l'habitat 2004. Population légale du Maroc. Royaume du Maroc, Haut-Commissariat au Plan.

Thaddeus, S., Maine D. (1994). Too far to walk : maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091-1110.

Vidal, L., Fall A. S., Gadou, D. (éds.), (2005). *Les professionnels de santé en Afrique de l'ouest. Entre savoirs et pratiques*. Paris : L'Harmattan.

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

Zongo, S. (2016). Les accouchements à domicile : un choix ou une contrainte ? » In. Ouattara, F., Gruénais, M. E., Richard, F., Ouedraogo, C. (dir.), *Accompagner les femmes à la maternité au Burkina Faso. Anthropologie et santé publique dans un projet d'amélioration des soins obstétricaux*. Paris : L'Harmattan, 93-111.

