

Accouchement à l'hôpital au Maroc ou comment concilier des logiques différentes

Hospital deliveries in Morocco or how to reconcile different logics

F. RICHARD⁽¹⁾, H. FILALI⁽²⁾, M. LARDI⁽³⁾, V. DE BROUWERE⁽¹⁾

(1) Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince-Léopold, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgique. Email : frichard@itg.be (*Tirés à part* : F. Richard)

(2) Centre d'Études et de Recherches Démographiques, Rabat, Maroc.

(3) Institut National d'Administration Sanitaire, Rabat, Maroc.

Background: In Morocco, the majority of maternal deaths and severe obstetrical complications occurs outside a health structure. If accessibility to a referral hospital is clearly a problem, this problem can be exacerbated by the perception that women and their family have of the quality of care received in these maternity services. The objective of this article is to explore how women who went through a severe obstetrical complication experienced their hospitalisation and to confront this experience with the caregivers' perception.

Methods: This study was carried out in Tetouan and Sidi Kacem between July 1999 and January 2001. Semi-structured individual interviews were held with 94 women who underwent an episode of severe morbidity, 91 family members, as well as 4 focus groups and 53 interviews with health staff members.

Results: Though all show gratitude towards the hospital staff for having saved their life, half of the women and their relatives reported problems of behaviour and attitude of the staff: verbal violence, baksheesh, patronage, lack of empathy and discrimination against certain categories of the population. These result from a complex interplay of factors: the stress-load within the profession, the institutional context which by its failures leads to or allows these behaviours and the representations peculiar to each of the players, the providers and the users.

Conclusion: In order to be professionally more effective, it would be in the caregivers' interest to set up a system of communication that would place the patient back in the centre of hospital care.

User-provider relationship. Quality of care. Patient satisfaction. Emergency obstetric care. Morocco.

Position du problème : La majorité des décès maternels et des complications obstétricales sévères au Maroc surviennent en dehors d'une structure de soins. L'accessibilité à une maternité de référence est évidemment un problème mais ce problème peut être renforcé par la perception qu'ont les femmes et leur famille de la qualité des soins reçus dans les maternités. L'objectif de cet article est d'explorer le vécu de l'hospitalisation de femmes ayant souffert d'une complication obstétricale sévère et de confronter ce vécu à la perception qu'en a le personnel soignant.

Méthodes : L'étude s'est déroulée à Tétouan et Sidi Kacem, entre juillet 1999 et janvier 2001. Des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de 94 femmes ayant vécu un épisode de morbidité sévère et de 91 membres de leur famille, ainsi que 4 « focus groups » et 53 entretiens auprès du personnel de santé.

Résultats : Les femmes et leurs familles, tout en étant reconnaissantes envers le personnel de l'hôpital pour leur avoir sauvé la vie, dénoncent pour la moitié d'entre elles des problèmes d'attitudes et de comportements du personnel : violence verbale, corruption, clientélisme, manque d'empathie, stigmatisation de certaines catégories de population. Ces problèmes sont générés par un ensemble complexe de facteurs : la charge de stress du travail, le contexte institutionnel qui, par ses dysfonctionnements, favorise ou permet ces comportements, et les représentations propres aux acteurs, soignants et soignés.

Conclusion : Pour être professionnellement plus efficaces, les soignants auraient tout intérêt à mettre en place une structure de communication qui resituerait le patient au centre des soins hospitaliers.

Relation usager-prestataire. Qualité des soins. Satisfaction du patient. Soins obstétricaux d'urgence. Maroc.

INTRODUCTION

La mortalité maternelle au Maroc a été estimée à 228 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la période de 1992-1997 [1]. La majorité des décès (93 %) ont lieu en dehors des structures de soins. Augmenter l'accessibilité des parturientes à des services fournissant des soins obstétricaux d'urgence est une des stratégies pour diminuer la mortalité maternelle [2] et le Ministère de la Santé du Maroc en a fait une de ses priorités. Si un des préalables est évidemment l'existence et la fonctionnalité de ces services, encore faut-il que les parturientes aient l'envie et la possibilité d'atteindre ces services. Les barrières économiques et géographiques sont bien connues, mais il semble que la qualité des soins perçue par la population ait une plus grande influence sur les comportements du patient que l'accessibilité géographique ou financière [3-8]. La satisfaction du patient est une donnée qu'il faut prendre en compte dans la conception et le fonctionnement des services si on veut augmenter l'utilisation de ces services. Si la mesure de la satisfaction du patient a fait l'objet de beaucoup d'attention ces dernières années dans les pays développés sous différentes formes — enquête de sortie, boîte à idées, *focus group*, comité d'usagers [9] —, elle reste peu fréquente dans les pays en développement [10].

C'est dans cette optique de prise en compte de la parole des usagers, ici les femmes qui accouchent, que s'inscrit notre étude. Dans le cadre de la mise en place d'audits des soins obstétricaux au Maroc, nous avons interviewé des femmes qui ont vécu un épisode de morbidité sévère et des membres de leur famille afin de connaître leur perception de la qualité des soins lors de leur prise en charge à l'hôpital. Les professionnels impliqués dans les soins aux patientes ont égale-

ment été interviewés pour connaître leur point de vue sur la qualité des prestations qu'ils offrent et ainsi pouvoir les confronter à celui des femmes.

Cet article a pour but d'explorer les aspects interpersonnels de la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence. Nous présenterons d'abord le point de vue des deux acteurs en jeu : les femmes et leurs familles, d'une part, les professionnels de santé, d'autre part. Nous discuterons ensuite des facteurs causaux qui pourraient expliquer les problèmes d'attitude et de comportement du personnel décrits par les femmes en nous appuyant sur les résultats d'études similaires menées au Maroc et dans d'autres pays.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Des audits cliniques ont été mis en place dans quatre pays africains dans le cadre d'une recherche opérationnelle¹ sur l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux [11-13]. Ces audits ont concerné les cas de *near miss*² ou « échappées-belles », c'est-à-dire les femmes ayant survécu de justesse à une complication obstétricale sévère. Au Maroc, l'étude a eu lieu dans deux hôpitaux : l'hôpital civil de Tétouan et l'hôpital provincial de Sidi Kacem. Ces audits ont été conçus selon un processus participatif, non sanctionnant, voulant favoriser la dynamique interne des équipes obstétricales. Il s'agit donc d'audits internes et non d'un contrôle externe. À raison d'une séance par mois, les équipes se sont retrouvées autour de dossiers cliniques de cas de *near miss* pour revoir de manière systématique la prise en charge (selon une approche *gate to*

1. Cette recherche multicentrique a été initiée par Ronsmans et Filippi de la London School of Hygiene and Tropical Medicine au Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana et Maroc. Elle a été financée par INCO-DC et DFID.

2. *Near miss*: « Toute femme dont le pronostic vital immédiat est mis en jeu pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum ou post-abortum et qui a pu survivre par chance ou par des soins en milieu hospitalier » (Atelier international, Rabat, Février 1999).

TABLEAU I. — Interviews des femmes et de leur famille, structure de l'échantillon étudié.

	Série 1		Série 2		Total
	Tétouan	Sidi Kacem	Tétouan	Sidi Kacem	
Total des cas <i>near miss</i>	31	21	20 ^a	28 ^b	100
Personnes interviewées					
Femme	31	21	19	23	94
Mari	22	9	7	10	48
Autres	12	11	8	12	43
Total interviews	65	41	34	45	185

^a Une femme très jeune ne s'est pas exprimée, son mari a répondu à toutes les questions.

^b Une femme décédée et quatre absentes lors du passage de l'enquêtrice.

gate, c'est-à-dire : de l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital), relever les dysfonctionnements, en analyser les facteurs et proposer des recommandations pour le futur. Un total de 65 cas a été audité selon cette procédure sur les 288 cas de *near miss* recensés en 1999 et 2000. Une enquête sociologique est venue compléter cette recherche : les femmes et des membres de leur famille ont été interviewés ainsi que des membres du personnel. Cette enquête sociologique avait deux objectifs principaux. Le premier était de compléter les informations récoltées lors des séances d'audit à partir d'interviews réalisées au domicile de la patiente, en particulier sur le cheminement de la patiente avant l'admission à l'hôpital (qui pourrait expliquer certains délais) et sur son expérience de l'hospitalisation. Nous pouvions ainsi confronter le vécu de la femme à l'analyse des dysfonctionnements faite par le personnel lors de l'audit. Le deuxième objectif était d'évaluer le degré d'adhésion du personnel au processus d'audit et dans quelle mesure l'audit avait été un facteur de changement des pratiques. Cette question de l'apport des audits fera l'objet d'un autre article. Nous présenterons ici seulement les résultats des interviews se rapportant à l'hospitalisation et les différences de perception de la qualité des soins reçus pour les uns et donnés pour les autres.

INTERVIEWS DES FEMMES ET DE LEUR FAMILLE

Les interviews des femmes ont été réalisées sur les deux sites entre juillet 1999 et janvier 2000 pour la première série, et entre juin 2000 et janvier 2001 pour la deuxième série. Les interviews ont concerné les femmes qui avaient subi un épisode *near miss* au cours de la période de la recherche. Ont été choisies en priorité toutes les femmes dont le dossier clinique avait été audité. D'autres cas de *near miss*, non audités, ont également été interviewés. Les interviews ont eu lieu au domicile de la femme (sauf pour deux d'entre elles, à l'hôpital) dans un délai variant de quelques jours à quatre mois après l'épisode *near miss*. Les autres membres de la famille qui ont assisté la femme à un moment ou à un autre (maison, transfert, hôpital) ont aussi été interviewés (le plus souvent le mari, les frères et sœurs ou les parents). Les interviews étaient semi-structurées et ont été réalisées par trois enquêtrices (un médecin en santé publique, une étudiante en biologie et une

statisticienne), formées aux techniques d'interview et supervisées par la sociologue de l'équipe de recherche. Les interviews, d'une durée moyenne de 30 minutes, ont été réalisées en arabe dialectal et enregistrées sur cassette. Les principaux axes de l'interview ont concerné le cheminement de la parturiente (déroulement de la grossesse, suivi de la grossesse, apparition des premiers symptômes de complications, décision et mode d'évacuation à l'hôpital) et sa perception de la qualité des soins, de sa prise en charge à l'hôpital. Nous avons recherché également les critères de choix pour l'accouchement à l'hôpital ou à la maison. Lors de la deuxième série d'interviews, les mêmes axes ont été repris en y ajoutant un questionnaire sur ce qu'il faudrait améliorer à l'hôpital selon les femmes ou leur famille. Au total, il y a eu quatre refus d'interviews et sept perdues de vue. Cent cas de *near miss* ont été inclus, tout site et toute période confondus, et 185 personnes interviewées. Pour six cas, la femme n'a pas été interviewée mais ce sont des membres de sa famille qui se sont exprimés à sa place. Le *tableau I* résume la répartition des interviews analysées en fonction du site, de la période, et du statut de l'interviewé. Les interviews des femmes ont été restituées et discutées avec les membres du personnel avant la troisième série d'entretiens du personnel.

INTERVIEWS DU PERSONNEL

Elles se sont déroulées sur trois périodes : avant le démarrage des audits (1999), à mi-parcours (2000) et en fin de projet (2001). Les interviews ont concerné les membres du personnel participant aux séances d'audit : membres du service de maternité, représentants de la hiérarchie et quelques personnels d'autres services concernés aussi par la prise en charge des cas de *near miss*. Au total 32 professionnels ont été interviewés. Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-structurés (53) et de *focus groups* (4). Une même personne a pu être interviewée plusieurs fois, au cours des différentes séries. Les interviews ont eu lieu à l'hôpital et ont été menées par la sociologue de l'équipe de recherche pour la première série et par une diplômée des sciences de l'information pour les suivantes. La première série d'interviews avait pour but de connaître les représentations du personnel sur les problématiques obstétricales et la

notion de *near miss*, leurs interactions avec la population, la perception de leur propre rôle et leurs craintes par rapport aux audits. La deuxième série avait trait à l'organisation des séances d'audits, à leur déroulement et la qualité du suivi des recommandations qui avaient été formulées. La troisième série faisait le point sur l'apport des audits, et entre autres l'apport des interviews des femmes. Les résultats ayant trait au déroulement et à la perception des séances d'audits ne sont pas rapportés dans cet article.

Les enregistrements des interviews ont été intégralement transcrits et traduits de l'arabe dialectal en français. Les expressions idiomatiques ont été laissées en arabe par souci de réduire les erreurs d'interprétation à la traduction.

ANALYSE

Les interviews ont été analysées selon une approche thématique. Une lecture de toutes les interviews a permis de répertorier les thèmes évoqués et ensuite de les hiérarchiser en catégories principales et secondaires afin de décomposer au maximum l'information. Une fois la grille d'analyse construite, chaque interview a été codée manuellement en fonction des catégories et sub-catégories décidées. Les premières séries d'interviews ont d'abord été analysées au Maroc par la sociologue de l'équipe de recherche et les résultats de cette analyse ont été présentés aux professionnels des deux maternités et discutés avec eux³. À la fin de la recherche, toutes les transcriptions en français des interviews ont été introduites dans le logiciel d'analyse qualitative QSR NUD*IST 5 (*Non Numerical Data Indexing Searching and Theorizing*). Les interviews ont été codées (unité d'analyse : la phrase) selon la grille d'analyse élaborée sur la base des questions de recherche : comment les femmes et leur famille ont-elles perçu leur prise en charge à l'hôpital ? Sur quels critères jugent-elles la qualité des soins ? Quelle connaissance le personnel a-t-il de la population ? Comment le personnel voit-il son rôle ? Comment prend-il en compte ce vécu des femmes ? Le logiciel NUD*IST a permis une classification plus fine sur les questions étudiées et a facilité la gestion des données.

RÉSULTATS

PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES INTERVIEWÉES

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes interviewées (100 cas de *near miss*) sont reprises dans le *tableau II*. La majorité n'a pas reçu d'instruction ou a seulement atteint le niveau primaire. Le personnel interviewé (n = 32), pour les deux sites confondus, se répartit entre le personnel de la maternité : infirmières, sages-femmes, gynécologues (n = 19) ; le personnel hié-

TABLEAU II. — *Caractéristiques socio-démographiques des femmes de l'échantillon.*

	Tétouan	Sidi Kacem	Total
Milieu			
Urbain	30	10	40
Rural	20	34	54
Non documenté	1	5	6
Âge			
15-19 ans	4	3	7
20-29 ans	18	12	30
30-39 ans	21	18	39
40-49 ans	3	3	6
Non documenté	5	13	18
Niveau d'instruction			
Sans	34	34	68
Primaire	10	3	13
Secondaire	2	2	4
Universitaire	1	0	1
Non documenté	4	10	14

rarchique : directeur, surveillant général, délégué de la province, responsable du département infirmier (n = 7), et le personnel extérieur au service de maternité : médecin des urgences, médecin réanimateur, médecin responsable du centre de transfusion, médecin responsable du programme de Santé Maternelle et Infantile, médecin d'un centre de référence, médecin généraliste (n = 6).

LE VÉCU DES FEMMES

Sentiment de gratitude : « Ils m'ont sauvé la vie »

Dans le contexte de gravité et d'urgence vitale, qui caractérise les *near miss*, les femmes et leur famille expriment d'abord leur gratitude envers le personnel de l'hôpital pour la vie sauvée. La vie sauvée s'entend ici comme la vie de la mère. Quelques interviewés seulement y ont inclus aussi la vie de l'enfant (42 % des enfants nés de mères *near miss* à l'hôpital de Tétouan, en 2000, étaient mort-nés ; 15 % à Sidi-Kacem). Les femmes et leur entourage reconnaissent dans le personnel de l'hôpital, une compétence technique et le qualifie de « *professionnel* ». Par comparaison les *qablas* (accoucheuses traditionnelles), le personnel du premier échelon et les équipes mobiles, sont jugés non compétents pour prendre en charge les urgences obstétricales. Les capacités techniques de l'hôpital sont également reconnues par les femmes et comparées aux possibilités des

3. Filali H. *La perception des femmes near miss sur la qualité de leur prise en charge à la maternité. Rapport d'analyse.* Rabat, Maroc : INAS, 1999. Filali H. *L'audit des near miss et la perception des professionnels, qu'en est-il un an après ? Rapport d'analyse.* Rabat, Maroc : INAS, 2000.

qablas et des centres de santé du premier échelon. « *Moi, je n'ai pas confiance dans les qablas. À l'hôpital on vous met sous perfusion de sérum et on vous ajoute du sang* ». La prise en charge à l'hôpital est alors symbolisée par tout ce qui touche aux injections et perfusions de liquides.

Perception générale de l'hôpital : « *Tout est bien, rien ne manque* »

Si le résultat — avoir la vie sauve — est l'élément le plus important, la manière, les moyens mis en œuvre sont aussi mentionnés. Pour la moitié des interviewés, il n'y a rien à redire : « *le lit est bien, la nourriture est bonne, il y a une bonne surveillance* », « *tout ce qu'il faut y est* ». Plusieurs personnes ont noté une amélioration ces dernières années, « *l'hôpital a beaucoup changé, il est devenu plus propre, les infirmières sont gentilles* ». Les points d'amélioration mis en avant par les femmes et leurs familles portent principalement sur la propreté des locaux, l'organisation des soins (prise en charge, surveillance) et le comportement du personnel. Des femmes font référence aux histoires qui circulent sur l'hôpital, « *avant on entendait qu'il n'y avait pas de surveillance, les gens parlent beaucoup alors on a un peu peur* » ; mais des patientes qui ont accouché pour la première fois ont été agréablement surprises de voir que pour elles cela c'était bien passé, « *on m'avait dit qu'il n'y avait pas de surveillance, mais pour moi c'était très bien. Peut-être que les choses se sont améliorées ?* ».

« *Tout est bien, mais...* »

Si la moitié des personnes interviewées sont satisfaites à tout point de vue de l'hôpital, l'autre moitié est elle plus nuancée. On retrouve ainsi de nombreux témoignages qui peuvent paraître contradictoires, construits sur le type « *l'hôpital est bien, mais...* ». Les points soulevés se rapportent à la fois à des problèmes d'accessibilité de l'hôpital (financière et géographique), de disponibilité des ressources (médicaments) et d'attitudes du personnel. Ils sont présentés dans le *tableau III*. Les maris ont été en général plus critiques que leur femme. Ils se plaignent particulièrement du coût de la prise en charge notamment parce que c'est leur rôle de trouver les ressources pour couvrir les frais. « *Combien j'ai dépensé ? Je ne sais pas, mon mari a dépensé au début et après ma famille a dépensé le reste* ».

TABLEAU III. — *Problèmes soulevés par les femmes et leur famille. Hôpitaux de Tétouan et Sidi Kacem, 1999-2000.*

-
- Coût du séjour hospitalier (l'hospitalisation, les déplacements, les médicaments)
 - Difficultés des déplacements de la famille pour les visites (« va et vient » fatiguant et coûteux)
 - Médicaments non disponibles (on doit les acheter à n'importe quelle heure de la journée et de la nuit, même en urgence)
 - Comportement du personnel (pas aimable, demande de l'argent)
 - Mauvais accueil et délai de prise en charge (femme qui a attendu plusieurs heures dehors)
 - Manque de surveillance (femme laissée seule, perfusion sans surveillance)
 - Manque de sécurité et de confort (draps mouillés, pas de douche, pas de support psychologique)
 - Problème de consentement (ligature de trompes faite à l'insu de la femme)
 - Manque d'information de la part du prestataire
 - Conditions des transferts vers Rabat (pour Sidi Kacem)
-

Notre étude portant sur les interactions entre les patientes et le personnel, telles que reconstituées à travers les discours des interviewés, nous présentons ici principalement les résultats s'y référant.

LES ATTITUDES DES PROFESSIONNELS DÉCRITES PAR LES FEMMES

Les plaintes concernent principalement les infirmières et les sages-femmes, les médecins semblent avoir été épargnés. Les problèmes d'attitudes du personnel ont été relevés dans la moitié des interviews.

Violence verbale, manque d'empathie

La violence verbale du personnel infirmier est une plainte majeure. Certaines infirmières sont décrites comme « *énervées* », « *pas aimables* », « *hurlant sur les patients* » et « *lançant des mots vulgaires* ». La douleur liée à l'accouchement semble normalisée, « *il faut passer par là* », et les femmes ne peuvent pas toujours compter sur un soutien des sages-femmes ou des infirmières pour obtenir un réconfort : « *Si on les appelle pour leur dire qu'on a toujours un problème ou des douleurs, elles vous disent que c'est normal et ne font rien pour vous soulager* ». Les femmes ne demandent pas des médicaments ou des techniques non disponibles dans le service, elles voudraient juste « *des mots gentils* », « *une main dans*

les cheveux » et qu'on soit « à leur côté ». Le manque de disponibilité du personnel est aussi régulièrement noté par les femmes. « Elles se réunissent pour manger et vous laissent avec vos douleurs et vous disent de rester en place ». Certaines femmes, bien que notant ces comportements, ne jugent pas mal le personnel, « ils sont bons, il faut seulement les comprendre », « ils ont beaucoup de travail à faire, beaucoup de malades ».

Bakchich et clientélisme

Pourtant tout le monde n'est pas logé à la même enseigne. Ainsi certaines femmes semblent bénéficier d'un traitement de faveur en raison de connaissances communes à l'intérieur de l'institution, à différents niveaux : entrées, services d'imagerie médicale, services d'hospitalisation. « Il faut connaître quelqu'un à l'hôpital pour être bien servi ». Le bakchich est aussi une pratique courante qui permet d'obtenir des soins plus rapidement. Il n'est pas propre au service de maternité et se pratique dès la porte d'entrée de l'hôpital. Si dans certains cas, la population exprime bien qu'il y a eu une demande explicite du personnel, dans d'autres cas, il est difficile de savoir si le pourboire a été proposé d'office par la patiente ou sa famille, ou réclamé par le personnel. « Pour les infirmières, normalement on doit donner de l'argent, que Dieu les aide avec tout ce sang et ces malheurs qu'elles touchent ». La petite corruption semble avoir été intégrée comme une norme. Que la demande de pourboire soit exprimée formellement ou non, le résultat est de toute façon le même pour la femme. Si elle ne se plie pas à cette pratique, elle risque de se voir « abandonnée », « négligée » par le personnel. « Dans le service de maternité il n'y a que l'argent, si vous ne donnez pas d'argent, on ne vous regarde même pas, ce n'est pas la première fois que ça m'arrive, j'ai quatre enfants ». Ainsi, si les pratiques corruptrices sont en diminution selon certains témoignages, elles n'ont pas totalement disparu.

LA QUALITÉ DES SOINS PERÇUE PAR LES FEMMES

Accouchement

Certaines femmes racontent comment elles ont été littéralement « abandonnées » pendant plusieurs heures, seules, pendant le travail, voire même pendant l'accouchement. « Vu l'état dans lequel j'ai été transportée, on m'a sauvée, mais au moment de l'accouchement on ne m'a pas

bien traitée, j'ai accouché seule dans la salle. Même en les appelant, personne n'est venu. Je suis restée presque nue. Depuis ce temps je suis restée malade, j'ai mal au dos et au ventre ».

Surveillance

La constance du suivi infirmier dans le service de suites de couches (surveillance des perfusions, distribution des médicaments, prise des constantes vitales) est aussi remise en cause par certaines femmes. Selon elles, la qualité du suivi dépend des différents paramètres suivants : la constitution de l'équipe de garde (il y a les « bonnes » et les « mauvaises » infirmières) : « Il y a des gens qui se comportent très bien, d'autres pas du tout. Il y a celles qui ne surveillent ni sérum, ni horaires de médicaments ; elles m'ont demandé d'avoir quelqu'un de ma famille pour passer la nuit avec moi pour surveiller le sérum et me donner mes médicaments dans les horaires fixes » ; les heures et le jour de la semaine (la nuit et les jours de week-end sont considérés comme les périodes les plus « à risque » de non suivi) : « Le dimanche personne n'est venu me voir » ; le statut de la patiente : « Si vous n'êtes pas instruit, on vous parle sur un autre ton ».

Nursing

Un des rôles essentiels du personnel infirmier est de permettre au patient de garder ou retrouver son autonomie et de l'aider le cas échéant à couvrir ses besoins essentiels : se laver, manger, s'habiller... Ces besoins de bases, aux dires des interviewées, sont différemment accordés. Ainsi certaines patientes incontinentes rapportent qu'elles sont restées plusieurs heures dans leurs draps mouillés avant qu'on ne les change. Le travail de nursing ne semble pas valorisant pour le personnel infirmier qui, selon les femmes, le fait à contre-cœur en « rouspétant » les patientes qui ont souillé leurs draps, « elles veulent que la malade fasse elle-même son lit ». Les manquements dans la surveillance ou le nursing sont plus expliqués par les femmes et leurs familles comme de la mauvaise volonté que comme un manque de compétence. Ainsi, dans seulement quatre cas (sur cent femmes), la compétence des infirmières et sages-femmes a été directement mise en cause : échec de pose de perfusion, mauvaise suture d'épisiotomie ou expression utérine excessive.

*Des inconnues bien soignées
et des protégées « surmédiquées »*

Les situations que nous venons de décrire : des soins accordés en fonction des possibilités financières de la patiente, de ses connaissances ou de son rang social ne sont heureusement pas la règle. Ainsi des femmes issues de milieux défavorisés ont été bien reçues et traitées, sans avoir donné de pourboires. « *Moi, je suis du rural et je ne suis jamais allé là-bas (hôpital), mais j'ai vu qu'ils l'ont bien traitée, ils ont envoyé chercher le médecin et ils ont fait vite pour la sauver* ». Le caractère de l'urgence — convulsions, hémorragie massive, coma — fait que les premiers soins peuvent être prodigués très rapidement sans que la position sociale ou économique de la patiente intervienne. Un signe, une « accroche » peut aussi personnaliser la relation et faire que la personne inconnue devienne quelqu'un : la jeunesse de la femme, le sexe de l'enfant, [...] « *D'après les gens qui étaient avec moi, mon beau-frère et ma belle-sœur, on a tout fait pour me sauver. Dès mon arrivée à l'hôpital, tout le personnel s'est mobilisé, chacun courait pour faire quelque chose et ils ont laissé les autres attendre. Un docteur leur a dit : elle est encore jeune, il ne faut pas qu'elle meure* ».

Les témoignages des femmes nous montrent aussi que la position de « protégée » n'est pas non plus toujours une garantie de prise en charge optimale. Quand les soins prodigués ne dépendent plus de la situation physiopathologique mais des capacités à payer ou des relations de connaissance, des abus peuvent se produire et ne pas être bénéfiques pour la femme pourtant « protégée » ou « favorisée ». Familles et personnel sont tous les deux impliqués. Par exemple, la sage-femme pourra répondre à la demande insistante de la famille de faire « quelque chose » et injectera des médicaments à la femme (en échange d'argent) pour accélérer le travail. Ou pour montrer à une protégée qu'on s'occupe d'elle, on lui prescrira de multiples perfusions et médicaments injectables, sans que cela soit nécessairement justifié. Le cas de cette femme résume en lui-même presque tout le contexte :

« *Elle (la sage-femme) l'a examinée et nous a dit qu'elle ne va accoucher que dans deux jours. Je me suis dit que ce n'est pas possible, le docteur nous a confirmé qu'elle va accoucher ce*

soir, alors j'ai demandé à des femmes qui se trouvaient sur les lieux qui m'ont dit que, si je ne donnais pas de pourboire, elle n'allait pas la toucher. Alors je lui ai donné 50 Dh, elle lui a injecté quatre injections. Immédiatement elle a eu des douleurs, elle nous a demandé de partir chez nous en nous affirmant que la femme va rester comme chez sa maman » [mari].

« *Elle m'a fait entrer et a parlé avec mon mari puis elle m'a injecté quatre injections et m'a laissée sur le côté. Vers 22 heures, elle a renvoyé mon mari, puis elle est partie dormir avec sa copine et m'a laissée, j'ai crié de 22 h à 1 h du matin » [femme].*

L'INFORMATION DONNÉE AUX PATIENTES

La majorité des femmes disent ne pas avoir reçu d'explications sur ce qui leur était arrivé ni sur le traitement à suivre. Mais le manque d'information n'a pas été présenté comme un problème majeur : « *non, il ne m'a rien expliqué ; je l'ai remercié pour ce qu'il a fait, c'est tout* ». Quand le médecin donne des explications, elles sont parfois très simplifiées. Le mari d'une femme opérée pour rupture utérine s'est entendu répondre que sa femme avait « *attrapé froid* ». Le niveau de compréhension de la femme semble souvent sous-estimé par le personnel médical. Il arrive que le personnel discute sur le diagnostic en français devant les femmes pensant qu'elles ne comprennent pas. Sous le chapitre de l'information donnée aux patientes, se pose aussi la question du consentement pour des interventions compromettant la fertilité future de la femme. Ainsi, quelques femmes ont relevé le fait qu'on leur avait ligaturé les trompes sans leur consentement ou voire même contre leur avis :

« *Le médecin m'avait demandé auparavant si je voulais faire une ligature de trompes mais j'ai refusé, je préfère mettre un stérilet et l'enlever à chaque fois que je veux avoir un enfant, mais au cours de l'opération le médecin a fait ce qu'il voulait, c'est-à-dire qu'il m'a fait une ligature des trompes. Quand je me suis réveillée on me l'a appris ; après le médecin m'a confirmé ce qu'elle a dit et m'a dit que je venais de subir une opération ; on verra après si je veux avoir des enfants ».*

LA PERCEPTION DES FEMMES PAR LE PERSONNEL

Les femmes near miss

Pour la majorité du personnel hospitalier interviewé, l'origine des parturientes et plus précisément des femmes ayant vécu des épisodes *near miss*, est le milieu rural. La locution « *de la montagne* » revient fréquemment. La population est en général perçue comme relevant d'un profil socio-économique précaire, de même que son niveau d'instruction est stigmatisé : « *Ce sont des femmes pauvres, ignorantes* », et ceci est vrai pour les deux sites. La responsabilité de la complication est le plus souvent attribuée à la femme qui « *n'a pas conscience du risque* » et ne vient pas à la consultation prénatale, ou se rend trop tard à l'hôpital. « *Elles attendent, on leur donne de l'huile chaude et des œufs et du bkhour (encens), puis la femme arrive dans le coma* ». L'ignorance des femmes est considérée par le personnel comme le risque majeur. Leur propre prestation, l'offre des services en qualité et en quantité, n'a été évoquée que par quelques membres du personnel pour expliquer le non recours ou le délai dans le recours aux soins.

Les familles

Selon les professionnels, le « profil *near miss* » tel qu'ils l'ont défini — niveau socio-économique bas, analphabétisme, origine rurale — expliquerait les nombreux conflits qui ne manquent pas de se produire entre eux et les familles. « *Il y a un problème culturel, ils ne vous comprennent pas* ». Les situations conflictuelles semblent se produire autour des demandes de la famille, toujours ressenties comme harcelantes, pour une plus grande attention à fournir aux patientes. Trois situations clés semblent favoriser les conflits : le moment de l'admission, le moment des visites, les demandes d'achat des médicaments. L'admission est dite source de conflit à cause de la demande réitérée de prise en charge par un médecin et non par une infirmière. Pour certains, ce type de demande s'accompagne également de l'exigence d'un médecin de sexe féminin. Les visites sont décrites comme caractérisées par un encombrement de l'espace et par des demandes jugées intempestives et non justifiées. Les demandes d'achat des médicaments sont dites susceptibles d'être soit ignorées, soit de provoquer des manifestations verbales agressives.

L'ensemble du staff est cependant unanime pour décrire des réactions de reconnaissance, de gratitude de la part des parturientes et de leur famille.

LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS SUR LEUR RÔLE ET LEURS PRATIQUES

Le manque de moyens

Le personnel a le sentiment de jouer un rôle et d'être efficace : « *on leur sauve la vie* ». Et c'est le plus important pour eux. Lorsqu'on aborde les problèmes de délais et de qualité des soins, le personnel à travers son discours identifie en premier lieu la pénurie en ressources humaines et matérielles pour justifier les dysfonctionnements du service de maternité. On pourrait schématiser le discours de la majorité des interviewés par « *si nous disposions de plus de matériel et de ressources humaines, il n'y aurait plus de problème* ». Pour le service de maternité lui-même, le manque de ressources humaines (infirmières accoucheuses pour les deux sites, et gynécologues à Sidi Kacem) est vu comme le problème majeur. « *Durant ces dernières 24 heures, il y a eu quinze accouchements et il y avait une seule accoucheuse. Il faudrait au moins deux accoucheuses par équipe et alors là on serait en mesure d'exiger des soins de qualité de haut niveau* ». Le manque de moyens matériels a aussi été mis en avant : les médicaments, l'équipement en oxygène de la salle de réveil, le manque d'eau chaude, etc. Ces « *pré-requis* » en termes matériels et humains seraient indispensables selon le personnel à une démarche de qualité, car pour l'instant « *on manque de tout et on travaille avec la Baraka* ».

Les autres services

D'autres services de l'hôpital sont aussi décrits comme des barrières à une prise en charge de qualité : les urgences où certaines patientes « *se perdent* », le service de réanimation qui est inexistant à Sidi Kacem, le centre de transfusion tributaire de Rabat⁴ (à deux heures de route) pour la constitution des réserves, etc. En dehors de l'hôpital, les autres structures ou autres acteurs de soins sont aussi incriminés : les

4. Depuis 2000, le centre de transfusion de l'hôpital provincial de Sidi Kacem dépend de Meknes (également deux heures de route).

centres de santé qui envoient les femmes sans feuille de référence « *autrement la femme perd du temps pour arriver au service, elle se perd, surtout à 3 heures du matin* », les accoucheuses traditionnelles qui réfèrent trop tard, les infirmières âgées ou non brevetées en obstétrique qui pratiquent des accouchements à la maison, les « *itinérants* » (équipe mobile) « *qui ne vont dans les villages que pour la SMI (Soins Maternels et Infantiles)* » et qui ne sont pas formés aux urgences obstétricales.

La remise en cause des pratiques professionnelles

Il apparaît donc au travers des interviews que beaucoup de professionnels mettent en avant le manque de moyens dans le service de maternité ou les dysfonctionnements des autres maillons de la chaîne sanitaire pour justifier les problèmes. Si les statistiques (73 % des femmes sont arrivées en état de *near miss* à Tétouan en 1999 et 84 % à Sidi Kacem) viennent appuyer les observations du personnel du type, « *ce n'est pas notre faute, ce sont les femmes qui arrivent trop tard* », cela leur évite peut-être un peu trop rapidement de remettre en cause leurs propres pratiques et savoir-faire. Quelques individus seulement se démarquent et remettent en cause les attitudes du personnel. Une seule interview désigne la « *dynamique de prise en charge* » au niveau de la maternité comme responsable de cet état de fait. Le déficit en formation de l'ensemble du personnel est alors incriminé. Une autre donnée marginale exprime l'attente d'un assainissement des « *pratiques corruptrices* ».

De nombreuses pratiques semblent acceptées par la majorité, constituant une culture organisationnelle propre au service. Ainsi, le travail est dit accompli selon le gré des uns et des autres : « *quand elles veulent travailler, elles le font ; quand elles ne le veulent pas, elles ne le font pas* ». Même lorsque les descriptions négatives émergent, elles semblent renforcer cette hypothèse de pratiques mutuellement partagées. Les relations établies au sein de l'équipe le sont sur la base non des clans (les mauvais d'un côté et les bons de l'autre) mais sur la base de « *malentendus* » pouvant traduire l'existence d'une norme informelle plus ou moins respectée par les uns et les autres.

LA PRISE EN COMPTE DU VÉCU DES FEMMES PAR LE PERSONNEL

Un compte-rendu de la perception des femmes a été donné au personnel lors d'un atelier à mi-parcours du projet. Il était fait état de la violence verbale du personnel, des pratiques discriminatoires, de la corruption. Les sages-femmes et infirmières, principalement visées par la population, ont été particulièrement heurtées par ce retour.

Des perceptions différentes entre patientes et soignants

La première réaction fut un déni de la parole des femmes : « *elles mentent* », « *elles ne parlent pas honnêtement* », « *les messages se dégradent toujours* ». Puis le personnel a reconnu l'existence de pourboires, les difficultés des visites pour les familles. Mais il a une autre perception, une autre grille de valeurs et considère que ces plaintes sont « *des détails* » au regard de la vie sauvée et des efforts fournis par le personnel. Certains comportements rudes ou certaines paroles blessantes de la part des sages-femmes, seraient selon certaines pour « *le bien* » de la femme, « *pour qu'elle respire mieux* ». Le personnel exprime également ses a priori sur les capacités de la femme à être sujet et comprendre ce qui lui arrive. Si on ne lui explique pas ce qu'on lui fait, c'est parce qu'elle ne pourrait pas comprendre.

Justification du personnel

Une étape suivante a été pour le personnel paramédical de donner des explications pour justifier ce comportement. Le stress, intrinsèque au métier, a été mis en avant particulièrement par les sages-femmes. Les sages-femmes sont en première ligne. Ce sont elles qui assurent le premier contact et qui font les premiers gestes d'urgence avant que le médecin arrive. Si les sages-femmes ne nient pas qu'elles peuvent parfois être violentes, brusques avec les femmes, elles mettent ça sous le compte du stress et de leur propre angoisse face à la menace vitale pour la femme. La non disponibilité du médecin est un facteur aggravant à leur angoisse, car elles devront prendre en charge les cas en attendant que le médecin arrive. Difficile dans l'urgence de, à la fois, faire prévenir le médecin, s'occuper de la femme et expliquer à la famille ce qui se passe. « *Oui, on est conscient qu'elle (la femme) est stressée mais*

nous essayons de la calmer, mais comme on est stressé on la contamine même si on essaye de se calmer. Et même la famille, elle ne retient que le côté négatif : par exemple, je ne peux pas parler à la famille alors que je cours dans le couloir ». Or, rien n'est prévu par la direction pour gérer ce stress. Les dysfonctionnements organisationnels ne facilitent pas leur tâche. À Tétouan, malgré la présence de quatre gynécologues, il n'y a pas de garde résidentielle. La sage-femme, la nuit, doit se déplacer jusqu'à la direction pour appeler le médecin. Cela lui prend 20 minutes. Il faut ensuite qu'il y ait une ambulance disponible pour aller chercher le médecin. À Sidi Kacem, où il n'y a qu'un gynécologue en poste, le problème est encore plus aigu. Si l'unique médecin est en congé ou en stage de formation, il faut trouver un autre médecin : gynécologue privé « volontaire » ou chirurgien de garde de l'hôpital, mais souvent peu enclin à prendre en charge les cas d'obstétrique. Les sages-femmes et infirmières font remarquer qu'elles sont ainsi parfois accusées à tort par la population. Quand le médecin est injoignable ou qu'il arrive trop tard, la famille s'en prend à la sage-femme et l'accuse de ne pas avoir fait son travail.

Le personnel se retrouve également en position tampon entre une famille demandeuse et des normes, des règlements du service qui diminuent sa marge de manœuvre et qui le rendent peu sympathique : « *Il nous est interdit d'hospitaliser une femme « à un doigt » (de dilatation du col), mais les gens viennent parfois de loin, des montagnes et ne veulent pas revenir sans avoir hospitalisé leur patiente* ». Devant les demandes insistantes de la famille pour que la femme soit vue par un médecin, il est aussi parfois difficile à la sage-femme de faire reconnaître sa compétence et sa fonction. Si les sages-femmes et infirmières se sont senties particulièrement visées et ont eu du mal à accepter le point de vue des femmes, le personnel encadrant (major, directeur, délégué, médecins...) reconnaît qu'il y a un problème de comportement du personnel et que celui-ci n'a pas beaucoup évolué depuis le début du projet. Seul un médecin va plus loin que l'explication contextuelle (manque de personnel et de matériel) en affirmant que le problème est que le staff n'est pas redevable de ses actes. « *C'est une question d'éducation parce que toutes les infirmières*

n'ont pas un comportement mauvais. C'est une question d'éducation et également une question de comportement qui est considéré comme tout à fait naturel et normal. Puis il y a la responsabilité également de l'administration car il y a plusieurs plaintes qui ont été déposées et il n'y a pas d'effet donc pas de répression chez ces personnes là qui sont récidivistes en général. Les mesures disciplinaires n'ont pas été prises parce qu'il y a toujours un manque de personnel, on ne peut pas muter ».

DISCUSSION

PATIENTS, BONS JUGES DE LA QUALITÉ DES SOINS ? VALIDITÉ DES ENQUÊTES DE SATISFACTION

Les résultats que nous avons présentés sont basés sur le comportement du personnel tel que perçu par les femmes et leur famille et ne sont pas basés sur l'observation directe. On peut se demander si ces interprétations reflètent la réalité et peuvent nous servir de base pour évaluer et améliorer la qualité des soins. Il ne s'agit pas d'une vérité mais d'une perception. Si la satisfaction peut être influencée par différents déterminants : les attentes que le patient a du service (elles dépendront de sa connaissance et de ses expériences passées), les caractéristiques du patient (son âge, son niveau d'éducation) et des déterminants psychosociaux [9], elle n'en reste pas moins un facteur décisif dans le recours au soin et doit donc être prise en compte [7, 14, 15]. L'important ici n'est pas de savoir si le patient a tort ou non, mais plutôt de savoir comment le patient a vécu sa hospitalisation — même si la perception du soignant peut être différente [16]. C'est donc à partir du discours des acteurs, usagers et soignants, que nous construisons notre discussion, tout en étant conscients que les perceptions des patientes et des professionnels ne peuvent être le seul critère pour évaluer la qualité des soins.

VIOLENCE VERBALE, CORRUPTION ET CLIENTÉLISME DE LA PART DU PERSONNEL DE SANTÉ : UNE EXCEPTION ?

L'analyse des interviews des femmes, qui ont été prises en charge à l'hôpital civil de Tétouan et à l'hôpital provincial de Sidi Kacem met en évidence des problèmes de comportement et d'attitudes du personnel hospitalier, en particu-

lier celui des sages-femmes et des infirmières : violence verbale, petite corruption, clientélisme, discrimination envers certaines catégories de patientes, manque d'empathie, privatisation des lieux. Cet état de fait ne semble pas isolé à ces deux sites et a déjà été rapporté au Maroc par des enquêtes sociologiques [17-20]. Ainsi l'enquête de 1995 [19] qui a porté sur la population de 29 localités dans les provinces de Taounate, Ouarzazate, Azilal, El Kalaa et Marrakech mentionne largement les problèmes d'attitudes du personnel dans les centres de santé : la corruption, le favoritisme vis à vis de certains patients, le mépris et le dégoût envers les patients, la nonchalance et la démotivation du personnel. Ce sont les attitudes des personnels soignants des pays africains, Afrique subsaharienne et Afrique du Sud, qui ont été jusqu'à maintenant, à notre connaissance, les plus documentées [3, 21-28]. Quelques articles d'autres continents peuvent laisser penser que le problème est le même en Asie et Amérique Latine [29-31]. Ainsi, au Brésil, Diniz et D'Oliveira [30] font le constat d'agressivité du staff, d'humiliation des patientes, de négligences, et relatent le problème de ces femmes qui « dérangent » le personnel en voulant accoucher par voie basse dans un pays où le taux de césarienne est un des plus élevés du monde (90 % dans certaines régions). Andaleeb [29] mentionne pour le Bangladesh la corruption, l'apathie, le manque d'intérêt du personnel et la bureaucratisation de l'hôpital. L'Europe serait-elle épargnée ? Il semble que non. On a décrit des pratiques violentes, de la négligence sur des groupes de patients plus vulnérables : les personnes âgées, les enfants, les handicapés, les malades mentaux [32, 33]. La presse relate de temps en temps des abus et sévices par le personnel dans des maisons de retraite pour personnes âgées et des institutions psychiatriques. Certaines revues professionnelles ouvrent leurs pages aux patients qui relatent leur expérience d'hospitalisation et de prise en charge [34-36]. Si la majorité des articles précités sur l'Afrique concerne le personnel infirmier et les sages-femmes, le comportement des médecins est aussi remis en cause [19, 37, 38]. L'arrogance et la rudesse des médecins ont également été citées comme représentant un grand pourcentage des

plaintes reçues au Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [38].

PEUT-ON EXPLIQUER CES COMPORTEMENTS ?

La violence de l'accouchement

L'accouchement en lui-même est un acte violent. Celle qui accouche se sépare physiquement de son enfant, mais elle se détache aussi brusquement de ses acquis, de ses positionnements inconscients [39]. Face à la violence des contractions et à cet assaut sur le corps et le psyché, la femme peut aussi répondre violemment par des cris, des paroles, des mouvements incontrôlés. Le soignant est en prise directe avec cette expression de la violence de l'accouchement et, même si elle peut avoir un sens, elle peut lui être insupportable [40, 41]. Il peut vouloir la contrôler, en imposant le silence à la femme ou la fuir en s'éloignant de la source pour ne pas répondre aux appels. À cette violence intrinsèque à l'accouchement vient s'ajouter dans le cas des femmes *near miss* que nous avons étudiées, la violence des situations d'urgences : crises convulsives, hémorragies massives qui engendrent un stress énorme chez le personnel, alimenté par le stress de la famille. L'histoire, la personnalité du soignant va influencer sa réaction au stress, mais l'environnement, les mécanismes mis en place par l'organisation pour gérer ce stress sont ici primordiaux [42]. L'agression par le bruit, le manque d'intimité (les femmes accouchent dans une salle commune, sans séparation entre elles), la difficulté à joindre les médecins (téléphone dans un autre service, pas de garde résidentielle), le manque de produits et médicaments d'urgence font monter la tension et peuvent conduire à des réactions d'exaspération et des comportements violents de la part du personnel. Face à la souffrance physique des femmes qui accouchent pour laquelle on n'a pas d'alternatives médicamenteuses, on peut aussi tout simplement « se mettre à distance » pour se protéger d'une trop grande implication affective [43]. Entre les gardes à l'hôpital, pour le personnel, il faut bien vivre et oublier la détresse. On ne parle plus des personnes, mais des cas : Mme X. devient « la rupture utérine » et Mme Y. « l'utérus cicatriciel ».

Il serait cependant trop simpliste de réduire le problème des comportements du personnel à la violence de l'accouchement et au stress du

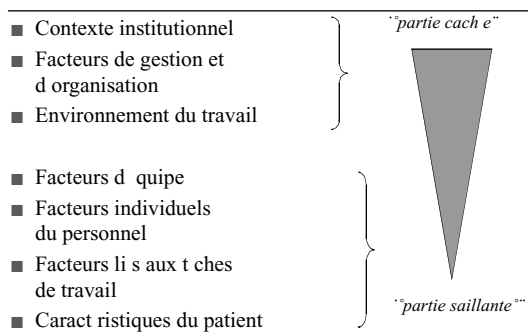


FIG. 1. — Facteurs influençant la pratique clinique, Vincent [44].

métier. Ceci n'explique pas tous les comportements « à froid » dans les services d'hospitalisation une fois la phase aiguë passée, tels que le bakchich ou les traitements de faveurs.

Un système qui génère ces comportements et attitudes

Vincent [44] a suggéré, dans le cadre de la recherche autour de l'erreur en médecine, un cadre d'analyse reprenant tous les facteurs qui influencent la pratique médicale (fig. 1) : le contexte institutionnel, la gestion et l'organisation, l'environnement du travail, l'équipe, les caractéristiques individuelles du soignant et du patient et enfin la tâche de travail. Si les derniers forment la « partie saillante » du système, pour reprendre une expression de Cook et Wood [45], les trois premiers facteurs, bien que moins visibles, ne sont pas à négliger. Si on s'intéresse à cette partie cachée, on peut trouver dans le système de santé marocain plusieurs facteurs expliquant certains comportements du personnel.

Dans le contexte institutionnel du Maroc, l'administration de l'hôpital est privée du pouvoir et de la gestion du personnel, le poste budgétaire le plus important. Cela se traduit en pratique par l'absence d'une vraie structure administrative hospitalière de gestion du personnel [46]. Cette fonction est limitée à la gestion des congés et à un archivage des dossiers de carrières et des dossiers disciplinaires du personnel [47]. L'affectation du personnel ne respecte pas souvent les besoins exprimés au Ministère par le directeur de l'hôpital. La ré-affectation du personnel dans un autre service de l'hôpital est toujours possible localement, mais limitée par la

qualification du personnel, donc la marge de manœuvre est très petite. Ce faible pouvoir de la direction de l'hôpital fait que le personnel est très peu redevable de ses actes face à la direction. L'hôpital n'a pas le pouvoir de faire respecter des règles de « bonne conduite » [26]. Ceci a des conséquences directes sur l'organisation du travail au sein de l'hôpital même. Dans le règlement intérieur de l'hôpital, on ne retrouve aucune mission explicite du personnel vis-à-vis des patients. Le vide de l'organisation et de la réglementation laisse le personnel interpréter ses activités en fonction de son patrimoine personnel (formation de base, culture) et est très vite influencé par les pratiques en cours dans le service (clientélisme, pourboires). Les nouveaux entrent dans le moule des pratiques des anciens collègues, faute de quoi, ils sont l'objet des critiques des anciens.

L'hôpital lui-même, dans son organisation, produit également des nœuds de violence potentielle [48, 49]. Celle-ci peut naître des conflits de la diversité des enjeux entre l'organisation et ses membres (fournir un travail conforme aux standards de qualité et obtenir une promotion par exemple), des conflits et des normes de l'organisation (« il faut », « il ne faut pas », mais finalement pourquoi ?). Certains dysfonctionnements sont propres à l'hôpital comme le fait que le corps du patient est fragmenté par la multitude d'intervenants, comme le fait qu'il faut toujours s'acquitter des démarches administratives avant d'obtenir un soin. Enfin, l'environnement du travail est souvent une source de frustration pour les professionnels : manque d'équipement, de médicaments, de ressources humaines sont des plaintes répétées dont il ne faut pas sous-estimer le fondement. Tous ces facteurs contribuent avec plus ou moins de poids à une relation du soignant peu centrée sur le soigné.

Une confrontation des logiques usagers-professionnels

La partie saillante du système, ce sont les personnes : patientes et soignants qui sont amenés dans l'acte de soin — sans s'être choisis — à se rencontrer. Mais se rencontrent-ils vraiment ? La population et le personnel sont d'accord sur un point : le résultat de la prise en charge, c'est-à-dire la vie sauvée. Mais ils ne sont pas d'accord sur la façon. Les mêmes faits ou gestes sont interprétés par chaque partie avec sa propre logique

TABLEAU IV. — Réponses du personnel aux plaintes des patientes.

Population	Personnel
Violence verbale	« C'est pour leur bien », « c'est pour qu'elle respire mieux ».
Bakchich	« C'est un détail » au regard de la vie sauvée.
Clientélisme	On ne peut pas refuser de voir en premier les connaissances.
Manque d'empathie	Les douleurs pendant l'accouchement, il faut passer par là, c'est normal.
Manque d'information	Elles sont ignorantes, elles ne comprendraient rien.

(tableau IV), ce qui rend difficile la communication. « Ils ne nous comprennent pas » disait une infirmière marocaine en parlant des patientes et de leurs familles. Cette confrontation des logiques est également décrite dans d'autres pays. Les infirmières sud-africaines interviewées par Jewkes *et al.* [26] pensent aussi que les femmes doivent obéir aux directives du personnel pour leur bien. Les stratégies pour obtenir l'observance de la femme, violentes ou non, sont ainsi légitimées, normalisées et ne sont pas reconnues comme un abus de pouvoir par le personnel. La frontière entre contrôle de la situation et mauvais traitement est très fine. Ouattara [37] relate aussi comment le personnel d'un centre médical au Burkina Faso traduit dans son discours le bakchich en « cadeau » volontaire du patient, et les erreurs médicales en fatalité et « destin ». Jaffré et Prual [50] relèvent cette incapacité à communiquer et à se comprendre entre patientes et sages-femmes. Ils ont ainsi mis en parallèle les significations des femmes et des sages-femmes sur des thèmes de conflits comme la position à l'accouchement ou la place accordée au sang et au placenta. Chacune des parties est enfermée dans son cadre de référence : technique pour les sages-femmes et sociale pour les femmes. Selon les auteurs, les sages-femmes connaissent les pratiques traditionnelles et les croyances, mais elles ne peuvent pas ou ne veulent pas en tenir compte. Pourquoi ?

Parfois ce sont les mots qui manquent. Jaffré et Prual expliquent qu'au Niger, certains mots liés à

l'anatomie du sexe féminin (comme le vagin) sont tabous pour les femmes et qu'il n'y a pas d'équivalence dans leurs dialectes. Parfois, ce sont les différences statutaires (âge, genre, classe sociale) qui font que le dialogue n'est pas possible. La sage-femme est plus jeune que la mère qui accouche et les relations sociales sont inversées. Les stéréotypes ethniques — « *les peuls, c'est toujours difficile avec eux* » — jouent aussi un rôle [25]. D'une manière générale, les représentations et les rapports sociaux qui prévalent au sein d'une société se retrouvent sur la scène hospitalière. Ainsi certains comportements du personnel ne sont pas réactifs à un certain type d'agression ou à une situation plus stressante que les autres, mais sont ritualisés et systématisés envers certains groupes de population : adolescentes, mères célibataires, femmes du milieu rural, femmes analphabètes, prostituées, femmes séropositives, droguées [25, 26, 30, 37]. L'idéologie d'infériorité, véhiculée par les soignants à l'encontre des patientes, « *elles sont ignorantes et nous avons la connaissance* » est constamment présente [8, 18, 51]. Le personnel sous-estime la capacité des femmes à être sujet. Ainsi les interviews de patientes sud-africaines après les séances d'information données par les sages-femmes montraient qu'elles avaient parfaitement compris les messages alors que les sages-femmes les accusaient de « *résister à être éduquées* » [26]. Makhoul Obermeyer [20] montre aussi à travers des interviews de femmes marocaines que le fait de ne pas se rendre dans une structure de santé, interprété par le personnel comme de l'ignorance ou de l'inconscience, correspond le plus souvent à un choix logique des femmes au vu des possibilités de recours (coût, transport, qualité des soins offerts). Tout comme l'ignorance des femmes, la connaissance du personnel peut aussi être remise en cause. Ainsi malgré le manque d'évidence sur l'efficacité de la consultation prénatale dans la réduction de la mortalité maternelle [52], la majorité des sages-femmes et médecins continuent à penser qu'on devient *near miss* parce qu'on n'a pas été suivi. Nous pouvons également observer que la connaissance des professionnels, revendiquée par les professionnels eux-mêmes, ne protège pas non plus des abus dans l'administration de certains produits quand il y a un enjeu financier. Cet usage abusif des techniques obstétricales est décrit par plusieurs auteurs [22, 30, 37].

CONCLUSION

Cette étude vient renforcer les résultats d'études antérieures, ou de témoignages relayés par les médias au Maroc, sur la perception du personnel de santé par la population [17-20, 53]. En effet, si la majorité des femmes sont reconnaissantes envers le personnel de l'hôpital de leur avoir sauvé la vie, la moitié d'entre elles se plaignent des attitudes du personnel : violence verbale, corruption, clientélisme, manque d'empathie, stigmatisation de certains groupes de population. Ces comportements et jugements de valeurs semblent avoir une influence sur la prestation des soins, entraînant négligence ou refus de s'acquitter des soins de nursing. Ce sont les professionnels « de première ligne », infirmières et sages-femmes, qui apparaissent le plus « visiblement » violentes. Cependant, les femmes à travers leurs témoignages, nous révèlent également que les médecins abusent parfois du pouvoir que leur confère l'asymétrie de l'information et sous-estiment bien souvent les capacités de la femme à être sujet. Ces comportements perçus par les femmes et leur famille peuvent être expliqués par un ensemble complexe de facteurs qui interagissent entre eux : la charge de stress qu'il faut absorber quand on est au contact quotidien avec la souffrance et la mort, le contexte institutionnel qui ne favorise pas cette gestion du stress et laisse la part belle aux débrouilles et combines, et, enfin, les représentations propres aux acteurs, soignants et soignés. La rencontre patient-soignant est une rencontre de deux savoirs : d'un côté le savoir du patient, de son corps « vécu » et le savoir « insu » de sa communauté, de l'autre, le savoir biomédical et technique, plus extérieur. La force thérapeutique de la relation de soin tient au fait que les deux sont pris en compte, supposant écoute et négociation [54]. L'idéologie d'infériorité du patient véhiculée par les professionnels empêche cette reconnaissance du savoir de l'autre, du patient. La non reconnaissance par la population du savoir des sages-femmes et des infirmières favorise également cette violence en les frustrant du prestige de la compétence reconnue.

Cette étude sociologique telle qu'elle a été menée au Maroc dans les deux hôpitaux de Tétouan et Sidi Kacem a joué un rôle, entre

autres, en permettant à la voix des femmes d'être exprimée. La parole des usagers, pour être levier de changement, doit trouver un espace d'expression, que ce soit via des comités d'usagers ou sous d'autres formes. Comment maintenir une écoute vis-à-vis des usagers est certainement une question de recherche pertinente. Pour être professionnellement plus efficaces, les soignants ont tout intérêt à mettre en place une structure de dialogue qui remettra au centre des soins hospitaliers le patient lui-même.

REMERCIEMENTS : Les auteurs remercient les équipes des services d'obstétrique de Tétouan et de Sidi Kacem pour leur investissement dans ce projet et l'accueil qu'ils ont réservé à l'équipe de recherche. Cette étude a reçu un support de la Commission Européenne (contrat INCO-DC research n° ERB IC18-CT98-0349).

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé du Royaume du Maroc. La santé en chiffres, 1998. Rabat, Maroc : Ministère de la Santé, 1999.
2. WHO/UNFPA/UNICEF/WorldBank. Reduction of maternal mortality. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 1999.
3. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Soc Sci Med* 1994; 39: 767-80.
4. Haddad S, Fournier P. Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Soc Sci Med* 1995; 40: 743-53.
5. Haddad S, Fournier P, Machouf N, Yatara F. What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Soc Sci Med* 1998; 47: 381-94.
6. Sundari TK. The untold story: how the health care systems in developing countries contribute to maternal mortality. *Int J Health Serv* 1992; 22: 513-28.
7. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994; 38: 1091-110.
8. Vera H. The client's view of high-quality care in Santiago, Chile. *Stud Fam Plann* 1993; 24: 40-9.
9. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1829-43.
10. Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med* 1999; 48: 989-96.
11. Sahel A, De Brouwere V, Lardi M, Van Lerberghe W, Ronsmans C, Filippi V. Des catastrophes obstétricales

- évitées de justesse: les near-miss dans les hôpitaux marocains. *Cahiers Santé* 2001; 11: 229-35.
12. Ronsmans C, Filippi V. Learning through audit. *Child Health Dialogue* 2000; 18: 9.
 13. Ronsmans C, Filippi V. Investigating severe obstetric morbidity. Qualitative approaches for investigating maternal deaths. Geneva: World Health Organization, 2000: 17.
 14. Lafond AK. Improving the quality of investment in health: Lessons of sustainability. *Health Policy and Planning* 1995; 10 suppl: 63-76.
 15. Larsen DE, Rootman I. Physician role performance and patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1976; 10: 29-32.
 16. Petersen MBH. Measuring patient satisfaction: collecting useful data. *J Nurs Qual Assur* 1988; 2: 25-35.
 17. Filali H. Étude sociologique. In : Étude sur l'utilisation des services des urgences. Rabat, Maroc: INAS, 1992: 84-132.
 18. Bakker J. Private and public appreciation of healing. In: Schaap L, ed. *The lasting virtue of traditional healing. An ethnography of healing and prestige in the Middle Atlas of Morocco*. Amsterdam, NL: VU University Press, 1993: 134-60.
 19. Bourara K. La perception des prestations sanitaires par la population. Rabat, Maroc: INAS, 1995.
 20. Makhoul-Obermeyer C. Une analyse socio-anthropologique de la naissance au Maroc. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000; 48: 71-9.
 21. Prual A. Discours et récits des parturientes, de leur famille et des personnels de santé sur les pratiques autour de l'accouchement à Nouakchott. Nouakchott, Mauritanie : Programme « maternité sans risque » et DRASS, 1999.
 22. Olivier de Sardan JP. La sage-femme et le douanier. In : Diallo G, Gruénais ME, Jaffré Y, Olivier de Sardan JP, eds. *Les professionnels de santé*. Marseille, France : Institut de Recherche pour le Développement, 2001: 195-210.
 23. Mahé-Vasseur P. Étude de la socialisation de sages-femmes jeunes diplômées dans la vie professionnelle dans la zone urbaine de Dakar. In : Diallo G, Gruénais ME, Jaffré Y, Olivier de Sardan JP, eds. *Les professionnels de santé*. Marseille, France : Institut de Recherche pour le Développement, 2001: 127-32.
 24. Jaffré Y, Prual A. « Le corps des sages-femmes ». Entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Santé* 1993 ; 11 : 63-80.
 25. Hahonou E. Apprentissage de la violence infirmière en milieu hospitalier au Niger. In : Diallo G, Gruénais ME, Jaffré Y, Olivier de Sardan JP, eds. *Les professionnels de santé*. Marseille, France : Institut de Recherche pour le Développement, 2001: 133-48.
 26. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1781-95.
 27. Okafor CB, Rizzuto RR. Women's and health-care providers' views of maternal practices and services in rural Nigeria. *Stud Fam Plann* 1994; 25: 353-61.
 28. Grossman F, Filippi V, De Koninck M, Kanhonou L. Giving birth in maternity hospitals in Benin: testimonies of women. *Reproductive Health Matters* 2001; 9: 90-8.
 29. Andaleeb S. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1359-70.
 30. Diniz SG, d'Oliveira AFPL. Gender violence and reproductive health. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 63 (Suppl 1): 33-42.
 31. Leye E, Githaiga A, Temmerman M. Health care strategies for combating violence against women in developing countries. Ghent, Belgium: International Centre for Reproductive Health, 1999.
 32. Volckmann C, Forissier MF. Catégorisation des différentes situations de violence à l'hôpital : le point de vue du médecin du travail. Lyon, France : Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux, 2000.
 33. De Spiegelaere M, Hendrick P, Perdaens A, Roesems T, Wauters I. Pour en finir avec les inégalités sociales de santé. Bruxelles, Belgium : ATD Quart Monde et Observatoire de la Santé de Bruxelles, 2000.
 34. Anonyme. Récit d'un accouchement ordinaire. *Les Dossiers de l'Obstétrique* 2001 ; 292 : 38.
 35. Lapassade G, Perrault-Solivères A. Hôpital : Journal de la violence ordinaire. *Pratiques* 1998 ; 3: 30-3.
 36. Pabois AM. Visages : paroles de souffrants. *Pratiques* 2001 ; 14/15: 16-7.
 37. Ouattara F. Conscience professionnelle, clientélisme et corruption. In : Diallo G, Gruénais ME, Jaffré Y, Olivier de Sardan JP, eds. *Les professionnels de santé*. Marseille, France : Institut de Recherche pour le Développement, 2001: 63-95.
 38. Kondro W. Royal College asks: are physicians too rude? *Can Med Assoc J* 2001. http://cma.ca/cmaj/cmaj_today/2001/09_21.htm
 39. De Valors MH. Le versant psychique de l'accouchement. *Les Dossiers de l'Obstétrique* 2000 ; 289 : 17-22.
 40. Akrich M, Pasveer B. Comment la naissance vient aux femmes. *Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Paris, France : Synthelabo, 1996.
 41. Rochaix L. J'accouche, donc je crie. *Les Dossiers de l'Obstétrique* 1997 ; 253 : 27-34.

42. Mauranges A. Sress, souffrance et violence en milieu hospitalier. Montargis, France : Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des Personnels de Santé, 2001.
43. Jaffré Y. Une configuration particulière : le dispositif affectif des personnels de santé en Afrique de l'Ouest. In : Diallo G, Gruénais ME, Jaffré Y, Olivier de Sardan JP, eds. Les professionnels de santé. Marseille, France : Institut de Recherche pour le Développement, 2001: 217-33.
44. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Br Med J* 1998; 316: 1154-7.
45. Cook RI, Woods DD. Operating at the sharp end: the complexity of human error. In: Bogner MS, ed. *Human error in medicine*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994: 255-310.
46. Raâfa A. Contribution d'une approche combinatoire dans l'analyse de besoins de formation dans deux régions sanitaires du Maroc. *Santé Publique* 1999 ; 4 : 437-51.
47. Belhacen M. Problème du comportement du personnel à l'hôpital. Antwerp, Belgium: Institute of Tropical Medicine, 2001.
48. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris, France : Le Seuil, 1977.
49. Fèvre L. Violence dans les organisations hospitalières. *Contacts* 1998. <http://www.cfip.be>
50. Jaffré Y, Prual A. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Soc Sci Med* 1994; 38: 1069-73.
51. Mebtoul M, Cook J, Grangaud JP, Tursz A. Les jugements des médecins algériens sur l'activité de soins : une identité professionnelle fragile. *Sciences Sociales et Santé* 1998 ; 16: 5-23.
52. Bergsjø P. What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality? In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Studies In Health Services Organisation and Policy. Antwerp, Belgium: ITGPress, 2001: 35-54
53. Hamdani H. Suivantes! Femmes du Maroc 1999; 40. <http://www.femmesdumaroc.ma>
54. Carpentier J. La relation médecin-malade est la rencontre de deux savoirs. *Pratiques* 1998 ; 2 : 62-3.