



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2015) 2(2), 63-72..

Les services de santé de la reproduction et leurs usagers adultes en Tunisie : satisfaction ou insatisfaction ? (Première partie)

[Adult reproductive health services users in Tunisia - satisfaction or insatisfaction? (Part I)]

Atf Gherissi, Francine Tinsa

Contact - atfgherissi@yahoo.fr

Soumission initiale le 3 mars 2015 - Soumission révisée le 20 mars 2015 - Accepté pour publication le 10 avril 2015

RESUME

Introduction et objectifs : Le système de santé en Tunisie, et plus spécifiquement de santé de la reproduction, a investi dans l'assurance qualité des prestations. C'est en partant d'une population cible spécifique, celle de femmes respectivement en âge de procréation et en péri ménopause ainsi que de leur partenaire, que les auteurs ont interrogé la capacité de ce système à répondre aux attentes de ses bénéficiaires.

Cette recherche réalisée en Tunisie vise à : (1) analyser les représentations des services de santé de la reproduction disponibles par les différents profils de clients adultes, (2) analyser la perception ressentie quant à la qualité du service de santé de la reproduction effectivement consommé par le client, (3) analyser les déterminants de la satisfaction et ceux de l'insatisfaction identifiés auprès de ces mêmes populations, (4) faire des propositions pour un plus grand recrutement d'usagers de ces services.

Méthode : Le cadre conceptuel s'appuie sur une juxtaposition des modèles théoriques de Donabedian (1980, 1982, 1988), de Bruce (1990) et de Ware (1983) et a permis d'identifier quatre axes exploratoires, à savoir, l'aspect relationnel, l'aspect professionnel, l'aspect organisationnel et la gestion de l'information.

Le recueil de données a privilégié la méthode de l'enquête par entrevue centrée de groupe et s'est basé sur un guide d'entretien/animation semi-directif. Cinquante-sept informateurs adultes ont été contactés dont 18 femmes mariées en âge de reproduction (15-49 ans), 19 femmes mariées en péri-ménopause ou déjà ménopausées (50-60 ans) et 20 hommes, tous contactés dans les différents milieux de résidence (urbain, péri-urbain et rural). L'analyse de ces entretiens a permis l'élaboration de "portraits", par profil et par milieu de résidence, qui ont été utilisés pour permettre de "faire parler" celles et ceux qui pourraient représenter des usagers types du service de santé de la reproduction: une femme en âge de reproduction, une femme ménopausée ou péri-ménopausée et un homme.

Résultats : Ce recentrage sur les attentes prioritaires et sur les indices de satisfaction de cette clientèle suggère quelques éléments d'une culture globale qui témoigne notamment de valeurs préférentielles, de rapports à l'autre et à sa propre santé, à prendre en compte dans la structuration des services. On y retrouve entre autres un individu attentif à tout ce qui se passe dans ces structures d'accueil et on constate qu'il peut se sentir particulièrement affecté - positivement ou négativement - de la distance établie lors de sa rencontre avec le prestataire dans ces mêmes structures.

Cependant, il faut bien considérer que le fait de mesurer le point de vue du client sur la santé de la reproduction et sur ses services revient à apprécier une notion subjective et complexe comportant plusieurs dimensions qui n'ont pas nécessairement le même poids sur l'appréciation globale de ces services, d'un individu à l'autre.

Conclusion : L'utilisation des "portraits types" a permis de présenter la synthèse des suggestions faites par les usagers pour améliorer la qualité des services de santé de la reproduction. Elles portent sur le plan relationnel, organisationnel et professionnel. Cet article est le premier de deux articles qui relatent les aspects principaux de cette étude. Le prochain article présentera la discussion et les conclusions.

ABSTRACT

Introduction and aims : The Tunisian health system, and more specifically the reproductive health system, has invested in quality assurance of its services. Through the examination of a specifically targeted population, that of women of reproductive age, at or around the menopause, and their partners, the authors have explored the ability of the system to respond to the expectations of its service users.

This study, undertaken in Tunisia, aimed to (1) analyse the perceptions of the effective and potential users of the available reproductive health services, (2) analyse how the actual users assess the quality of the services accessed, (3) identify and

analyse the determinants of satisfaction and dissatisfaction among these groups, and (4) suggest improvements that may attract a larger number of users to the reproductive health services.

Method : The conceptual framework rests on a combination of the theoretical models of Donabedian (1980, 1982, 1988), Bruce (1990) and Ware (1983) and has enabled the identification of four exploratory areas: the relational aspect, the professional aspect, the organisational aspect and information management.

Data collection: semi-structured focus group interviews with 57 participants including 18 married women of reproductive age (15-49), 19 married premenopausal or menopausal (50-60) and 20 men, from urban, semi-urban and rural areas. The data analysis enabled the creation of "portraits", for each group and area of residence, that enabled the data to "speak" for the women and men who could represent typical reproductive health services users: a woman of reproductive age, a menopausal or perimenopausal woman and a man.

Results : The emphasis on the service users' priority expectations and satisfaction indices suggests elements of a holistic culture that highlight preferred values, relationships to the other and one's own health that ought to be taken into consideration in the development of these health services. The analysis of the data has shown individuals who are attentive to the environment of care and particularly affected - whether positively or negatively - by a remoteness that can be evident when first meeting health carers in these reproductive health care settings.

However, it is important to consider that the service users' points of view on reproductive health and reproductive health services remains subjective and that their appreciation of the global services provided may vary substantially from one individual to another.

Conclusion : The use of "portraits" has enabled the synthesis of the suggestions made by service users for the improvement of reproductive health services. They address communicational, organisational and professional aspects.

This is the first of two papers that will relate the main areas of this study. The second paper will present the discussion and conclusions.

Mots clés : services de santé de la reproduction, satisfaction, usagers des services

Keywords: reproductive health services, satisfaction, service users

Introduction

Les structures de santé de la reproduction comptent parmi leurs objectifs principaux celui d'informer pour mieux soutenir ses différents usagers dans leurs choix et applications de différentes stratégies de protection de leur capital santé, par exemple des infections sexuellement transmissibles, ou celui d'offrir un accompagnement au cours de différents moments de leur vie, afin de les aider à développer une sexualité responsable et épanouissante, en mettant à leur disposition, en plus de l'information nécessaire, les méthodes contraceptives, les consultations d'interruptions volontaires de grossesse dans le cas de grossesses non désirées ou encore en leur dispensant les traitements curatifs adaptés, pour celles qui présentent plus spécifiquement une pathologie gynécologique.

C'est en partant d'une population cible spécifique, celle de femmes respectivement en page de procréation et en péri ménopause ainsi que de leur partenaire, et d'un domaine de la santé, celui de la santé sexuelle et reproductive, que nous avons interrogé la capacité d'un système à se tourner vers ses bénéficiaires. A la question de départ à propos de ce qui pourrait contribuer à déterminer un niveau satisfaisant d'appréciation de ce type de structure, s'est donc superposée la nouvelle question de savoir dans quelle mesure les services mis en place cadrent avec les attentes des usagers, tant effectifs que potentiels, et répondent à leurs besoins.

Les objectifs de cette recherche sont donc de : (1) analyser les représentations des services de santé de la reproduction disponibles par les différents profils de clients; (2) analyser la perception ressentie quant à la qualité du service de santé de la reproduction effectivement consommé par le client; (3) identifier et

analyser les déterminants de la satisfaction et ceux de l'insatisfaction identifiés auprès de ces mêmes populations; (4) faire des propositions pour un plus grand recrutement d'usagers des services de santé de la reproduction.

Cadre exploratoire - Principaux repères théoriques et variables explorées

Les modèles de Donabedian (1980, 1982, 1988) et de Bruce (1990), davantage adaptés au domaine de la santé de la reproduction et aux huit dimensions de la satisfaction des usagers proposées par Ware (1983), ont facilité la mise en forme du cadre exploratoire de cette recherche. Cette alliance oriente vers la compréhension de différentes dimensions "micro" tout autant que "macro" de notre système de santé. En référence aux cadres théoriques précités, les quatre principaux axes suivants ont été retenus : l'aspect relationnel, l'aspect professionnel, l'aspect organisationnel et la gestion de l'information.

Dispositif de recherche

Afin d'assurer au recueil des propos toute la spontanéité et l'exhaustivité nécessaires pour analyser un concept aussi difficile que la satisfaction des usagers, la démarche de recherche inductive a été privilégiée, tout en suivant les quatre axes de questionnement sélectionnés : l'aspect relationnel, l'aspect professionnel, l'aspect organisationnel et la gestion de l'information.

Cette étude aborde les différents groupes de populations adultes bénéficiant ou censés bénéficier des services de santé de la reproduction prodigués par les structures

de santé de la reproduction, qu'elles soient privées ou publiques, autant fixes que mobiles (Centre de Santé de Base, Office National de la Famille et de la Population). Sans recherche d'exhaustivité ni de représentativité, la constitution de l'échantillon de l'étude, effectuée par convenance, répond principalement aux critères de diversité (profil et milieu de résidence) et de saturation. Cet échantillon compte 18 femmes mariées en âge de reproduction (15-49 ans), 19 femmes mariées en péri-ménopause ou déjà ménopausées (50-60 ans), et 20 hommes. Les répondants ont été contactés dans les différents milieux de résidence existants (urbain, péri-urbain, rural). Afin d'assurer un maximum d'objectivité dans leurs propos, de faire émerger les différents lieux de recours et dans un souci de comparabilité entre les groupes, nous avons choisi de les contacter autant que possible en dehors des structures de prise en charge ou tout au moins en dehors de la consultation qui les concerne.

La collecte des données s'est basée sur la méthode de l'enquête par focus group définie comme étant une méthode de recueil d'informations basée sur les techniques de l'interview non directive centrée, appliquée à un groupe de personnes réunies pour discuter d'un sujet précis (Muchielli & Banquis-Gasser, 2009). La constitution des groupes et la conduite de l'entretien ont obéi à des règles précises, à savoir : "l'homogénéité statutaire des participants, leur préparation, la présentation des règles de l'entretien, l'introduction du sujet de discussion, la non directivité sur le fond, la directivité sur la forme". Durant ces entretiens, (Mayer & Deslauriers, 2000), nous avons veillé à limiter nos interventions afin de laisser le plus possible aux membres du groupe le soin de manifester leur accord ou leur désaccord avec ce qui se dit ". La taille des groupes, toujours homogène, a été de 6.2 en moyenne quoique la taille optimale doit se situer autour de huit personnes afin de permettre à l'animateur de veiller en permanence à ce que chaque personne s'exprime dans une situation de face à face sans intermédiaire (El Amouri, 1993).

Un guide d'entretien/animation semi-directif comportant des questions qui cadrent avec les quatre axes exploratoires identifiés et dont l'élaboration a suivi le principe de l'entonnoir partant du plus général au particulier. Ces questions étaient pour la plupart communes aux groupes, permettant d'effectuer des comparaisons intra-site (à l'intérieur de l'axe) et inter-site (entre les axes) (Miles & Huberman, 2003). Le guide d'entretien a été testé auprès d'un groupe de femmes en âge de reproduction dans le centre de santé de base d'une circonscription péri-urbaine du Grand Tunis.

Les propos des entretiens ont été recueillis par enregistrement audio après obtention du consentement éclairé des sujets. Ils ont été transcrits puis textuellement traduits au fur et à mesure. Enfin, ils ont fait l'objet d'une analyse de contenu selon les quatre étapes classiques : identification de l'unité syntaxique, découpage, conceptualisation, codage (Van der Maren, 1996).

Enfin, le recueil de données ainsi que leur analyse répondent au respect de la personne qui représente l'un des trois principes éthiques fondamentaux universels de la recherche (Association Médicale Mondiale, 2008). Nous avons notamment considéré le respect de l'anonymat, de la confidentialité des propos, de la discrétion de l'entretien, de la liberté des sujets à se prêter à l'entretien et à répondre aux questions, de l'expression dans la langue souhaitée.

Résultats - "Portraits types" d'adultes usagers des services de santé de la reproduction

Neuf entretiens centrés collectifs ont été conduites, à raison d'une par groupe de population et par milieu de résidence. Notre population d'étude se compose de 58 répondants dont les caractéristiques générales sont résumées dans le Tableau 1. Les 18 femmes en âge de reproduction sont âgées de 29.7 ans en moyenne ; elles sont femmes au foyer (15/18), ont deux enfants en moyenne et disent avoir fait des études secondaires (7/18). Quant aux femmes ménopausées, elles sont au nombre de 19, âgées de 56.6 ans en moyenne ; elles sont femmes au foyer (17/19), mères de 6 enfants en moyenne et n'ont jamais fréquenté l'école (13/19). Quant aux hommes, ils sont au nombre de 20, âgés en moyenne de 38.2 ans ; ils sont salariés (12/19) dont sept sont des cadres supérieurs, sont pères de 3.5 enfants en moyenne et ont accompli un niveau d'études variant entre le cycle secondaire (7/20), supérieur (6/20) et primaire (6/20).

Les propos recueillis ont été synthétisés sous la forme de trois portraits recomposés pour chaque groupe de population et par milieu de résidence : la femme en âge de reproduction, la femme ménopausée et l'homme, en milieu urbain, péri-urbain ou rural, soit neuf portraits. Cette approche de présentation des résultats s'est inspirée d'un travail de recherche qualitative précédent (Gherissi, 2003). Les répondants provenant d'un milieu de résidence urbain ont été contactés dans deux gouvernorats, un du Grand Tunis (Ariana) et un du nord du pays (Bizerte). Ceux du milieu péri-urbain résident dans deux gouvernorats du Grand Tunis (Tunis, Ariana). Enfin, les répondants résident en milieu rural ont été contactés dans deux gouvernorats du Centre (Kasserine) et du Sud (Tataouine).

La femme en âge de reproduction

En milieu urbain

Mélika est une jeune femme âgée de 28 ans, mariée et mère de deux enfants en bas âge et qui réside dans une circonscription urbaine du Grand Tunis. Après avoir terminé une cinquième année d'études secondaires, elle s'est dirigée vers un centre de formation professionnelle et a obtenu un certificat d'aptitudes professionnelles en pâtisserie. Elle travaille, depuis, dans une petite entreprise

Tableau 1 - Profil des groupes de populations explorées

	Milieu de résidence	Age (ans) - moyenne (fourchette)	Nombre d'enfants - moyenne (fourchette)	Niveau d'études	Statut professionnel	Lieu de résidence
Femmes en âge de reproduction (15-49 ans) n=18	Urbain (5)	28.6 (24-33)	1.2 (1-2)	Primaire (2e) : 1; Secondaire (5e-6e) : 4	Femme au foyer : 3 dont une ancienne pâtissière en congé de maternité prolongé; Actives : 2 dont une propriétaire d'un salon de coiffure-parfumerie	Ariana - Grand Tunis
	Péri-urbain (6)	30.0 (22-40)	1.5 (1-3)	Primaire (6e) : 1; Secondaire (3e-6e) : 5	Femme au foyer : 5; Pressing : 1	Kram Ouest - Tunis
	Rural (7)	30.5 (23-39)	3.2 (1-6)	Toutes analphabètes dont une bénéficiaire du programme d'alphabétisation des adultes	Femmes au foyer : 7 dont 2 également dans les champs	Bouzgème - Gouvernorat de Kasserine
Femmes ménopausées (15-49 ans) n=19	Urbain (5)	54.8 (47-60)	5.4 (2-11)	Primaire (2e) : 1; Secondaire (5e-6e) : 4	Femmes au foyer : 3; Femme de ménage : 1; Propriétaire d'un taxiphone : 1	Ariana - Grand Tunis
	Péri-urbain (6)	64.8 (52-77)	5.3 (3-9)	Toutes analphabètes dont une bénéficiaire du programme d'alphabétisation des adultes	Femmes au foyer : 6	Kram Ouest - Tunis
	Rural (8)	50.3 (42-70)	7.5 (3-12)	Analphabètes : 7; Primaire (6e) : 1	Femmes au foyer : 8 dont 5 travaillent la laine (couvertures, tapis, burnous, ...)	Bouzgème - Gouvernorat de Kasserine
Hommes n=20	Urbain (7)	32.3 (26-43)	2 (0-3)	Baccalauréat : 1; Supérieur (2e) : 4; Maîtrise : 2	Cadres supérieurs : 7	Gouvernorat de Bizerte
	Péri-urbain(6)	38.3 (31-49)	1.5 (0-3)	Primaire (6e) : 2; Secondaire (3e-7e) : 4	Projet privé (kiosque à essence, propriétaire d'un café) : 2; Salarié : 2; Autres : (chauffeur de taxi, agent de sécurité) : 2	Douar Hicher, Borj Ettoumi, Ettadhamen, Sijoumi - La Manouba - Grand Tunis
	Rural (7)	44.0 (32-62)	7 (1-14)	Analphabète : 1; Primaire (6e) : 4; Secondaire (2e-4e) : 2	Eleveurs, agriculteurs : 5; Commerce privé : 1; Fonctionnaire : 1	Saâda - Gouvernorat de Tataouine

de sa localité. Elle se trouve actuellement en congé de maternité et envisage de reprendre ses occupations professionnelles dès le mois prochain. Parmi les autres utilisations que Mélika fait des structures de santé de la reproduction, on retrouve le contrôle du stérilet, tahlil ônk errahem (frottis cervico-vaginal), un retard de règles, le retrait des points de suture. Elle précise toutefois qu'une fois rassurée, "ma âdech narjâa parce que mâach ândi mochkol" (je n'y retourne plus parce que je n'ai plus de problème).

Si elle se flatte qu'au centre de santé, le rythme des consultations "est permanent même si on n'est pas enceinte", et si elle reconnaît que "l'organisation laisse à désirer mais que c'est propre", Mélika dénonce l'absence d'équité dans le comportement des professionnels qui privilégient leurs connaissances "en leur faisant dépasser la file d'attente". Enfin, elle regrette que "l'accouchement et l'échographie ne soient pas gratuits à l'hôpital". Elle insiste sur le fait que les médecins "arrivent toujours en retard" et assure que "si son médecin mtâa el âada (habituel) ne vient pas, si ma nalkahech (je ne le trouve pas) pour le contrôle de mon stérilet, ma nâadich, ennraouah (je ne consulte pas, je rentre chez moi)". D'autre part, le contact médecin - femme semble se faire dans l'illico presto : "elle t'examine, t'écrit l'ordonnance et beslama (au revoir). Elle ne te demande rien et ne

t'écoute pas". Mélika pousse la description de cette relation à un semblant de caricature : "à l'hôpital c'est fi kelmtine, echândek (en deux mots, de quoi te plains-tu)? Le médecin examine et c'est tout". Elle tient toutefois à préciser qu'il s'agit des médecins en général mais pas d'un en particulier. Pour elle, la qualité de l'approche relationnelle pourrait s'altérer si le consultant juge la réponse insuffisante : "ils expliquent en bref même qu'ils s'irritent si on pose une ou deux questions". Elle déplore notamment l'absence d'écoute de la part des soignants en général, et dénonce les reproches qui lui sont faits si "elle ne respecte pas les délais de consultation en cas de retard des règles, de contrôle du stérilet, d'absence aux rendez-vous mensuels, Si tu rates un rendez-vous ...". Parmi les autres critiques qu'elle fait à l'hôpital, elle cite les rendez-vous espacés "il faut un mois d'attente et si la femme a une hémorragie ou si son état s'aggrave entre temps..... Toul el mestannya tekallek barcha (la longue attente dérange beaucoup)". Elle signale également que "l'ordonnance est illisible" et cite les actes préférentiels du médecin qui sont : "examiner, donner des instructions pour une échographie et des analyses. Akahaoua (c'est tout)".

Pour Mélika, "mon mari ne m'accompagne pas si je me porte bien. Il ne vient avec moi que si je suis très fatiguée et si j'ai besoin d'aide pour me déplacer". Ses priorités

sont "la disponibilité du doua (médicament), plus de structures pour répondre aux besoins de la population, et les médecins hak-houm ijiou bekri (devraient venir plus tôt)". Et si elle reconnaît que le tbib (médecin homme) est "à l'aise, affable et patient", elle explique ne pas souhaiter consulter une tbiba (médecin femme) qui "rôle. Elle est indifférente. En général, elles sont irritées et sur leurs nerfs".

En milieu péri-urbain

Agée de 30 ans, Ajmia est mariée et mère de deux enfants en bas âge. Elle réside dans une circonscription périurbaine de Tunis et ses études se sont limitées à la sixième année du cycle secondaire. Elle est actuellement femme au foyer. Lorsqu'il lui arrive de consulter en postnatal, c'est uniquement pour "tanhit el ghroz (retrait des points de suture) parce qu'on me l'a demandé". Quant à la contraception, elle raconte : "ils ne m'ont rien donné. J'ai utilisé le calendrier mais ça n'a pas marché. C'est ma voisine qui me l'a conseillé. Ici, on ne me dit rien du tout".

Ajmia tient des propos foisonnants relatifs à la relation Soignant-Soigné à l'hôpital et au centre de santé de base. Elle nous relate plusieurs épisodes qui mettent en évidence plusieurs insuffisances principalement axées sur la qualité de la relation soignant-soigné : "à l'hôpital universitaire de la banlieue nord de Tunis, les médecins qui t'assistent à l'accouchement se comportent à merveille mais il reste le mauvais comportement des infirmiers et des sages femmes. Elles râlent tout le temps, elles n'ont pas de patience". Bien que plus sommairement, elle critique également les médecins : "quand j'étais sur la table d'accouchement, le médecin m'a giflée parce que je criais. Après tout, ce sont des cris mtâa oujiâa (de douleur), les cris d'une femme touled (qui accouche)". Dans une brève comparaison des sages femmes de l'hôpital et de celles du centre de santé de base, elle reconnaît que ces dernières sont "très gentilles et très attentionnées". Ajmia explique qu'à l'hôpital en particulier "les femmes sont parfois accompagnées par des hommes et leur présence nous gêne", "même opérée, la femme n'est pas à l'abri, il y a des hommes youdkhlou (qui entrent)". Et même si elle reconnaît qu'une "femme meddaïna (voilée) ne doit pas refuser d'être examinée par un tbib (un médecin) parce que c'est maïdanou (son domaine)", elle maintient : "moi, je n'aime pas être examinée par un tbib (médecin homme)".

Usagère effective de l'ensemble des services de santé de la reproduction, Ajmia porte un regard très critique notamment sur la relation soignant-soigné et sur des aspects organisationnels. Ainsi, elle insiste très particulièrement sur la négligence et l'absence de sécurité qu'elle attribue aux professionnels, le plus souvent sages femmes et médecins, dans la prise en charge offerte. Forte d'exemples vécus ou observés, elle explique : "moi, pour accoucher nemchi akher ouakt (j'y vais au dernier moment) parce que je vois hajet ou halet yasser (des choses et des cas trop...)... ce sont surtout les sages femmes et les infirmiers. Le médecin

ma fibalouch (n'est pas au courant). C'est désolant". Dans des propos nettement plus favorables, elle souligne les qualités appréciées dans les centres où elle a pour habitude de consulter : "c'est propre", "chacune a son rendez-vous. Il y a aussi le registre et la soignante donne à chacune ce qu'il lui faut". Elle ajoute : "quand j'y vais, il y a un grand rideau. Fil âada (d'habitude), les sages femmes nous protègent des regards", "la première chose que j'ai constatée, c'est que, avant même qu'elle ne me donne la pilule contraceptive, la sage femme me prend la tension, le poids, même qu'elle me fait des remarques idha kan zedt fil mizane (si j'ai pris du poids). J'y vais tous les mois, elle me fait toujours la même chose. C'est bien de faire des contrôles".

Ajmia déclare : "rajli fi balou (mon mari est au courant) mais c'est juste à titre d'information. Il dit dabber rassek (débrouille-toi). Il sait que je fais ettandhim el aïli (la contraception) et cela depuis la naissance de mes enfants. En fait, c'est nous les femmes qui avons la responsabilité". Elle se rassure en déclarant : "je suis en bonne santé et il se porte bien. Mais il peut venir youdh-hourli (il me semble), s'il y a quelque chose qui me touche de près, il viendra sans hésiter". Pour elle, "el mouaten (le citoyen) doit être bien traité, il faut que la sage femme soit patiente, malgré l'affluence. Fil maydane hadha (dans ce domaine), votre travail est d'écouter. Voyez vous-même, vous êtes en train de poser des questions et el mouaten (le citoyen) répond. Même chose pour la sage femme, c'est son travail. Si ça ne lui plaît pas, qu'elle reste fi eddar (à la maison)".

En milieu rural

Mbarka est une jeune femme de 30 ans, mère de trois enfants. D'un niveau d'études de deuxième année du cycle secondaire, elle est femme au foyer. Epouse d'un ouvrier dans le domaine du bâtiment, il lui arrive de travailler également dans les champs. Elle déclare consulter le plus souvent pour la contraception, plus précisément pour l'insertion et le contrôle du stérilet. Le suivi de ses grossesses ainsi que ses accouchements sont d'autres motifs d'utilisation des services de santé de la reproduction.

Les principaux déterminants de la satisfaction de cette fidèle consultante proviennent de la relation soignant – soigné. Selon Mbarka, le personnel est "très accueillant, patient avec nous, même qu'ils nous encouragent à venir consulter et à contrôler", "à vrai dire, elles sont toujours souriantes". Elle assure que le médecin ou la sage femme est "patient et prend son temps à t'écouter. Tu te sens tellement rassurée et à l'aise avec lui que parfois, tu lui racontes ce qui te tient à cœur. Même la sage femme, tu la sens tellement proche de toi qu'on dirait qu'elle partage avec toi ce que tu endures et ce que tu ressens", "ses propos sont justes. Parfois, elle dit des choses que nous avons réellement vécues". Mbarka souligne ainsi la qualité de l'écoute, de la mise en confiance, de la proximité et de l'empathie comme autant de caractéristiques qu'elle valorise. La liberté de choix apparaît comme partie intégrante des stratégies

de counseling : "c'est elle qui, la première, prend notre avis. Après l'examen, elle donne son avis et nous laisse le libre choix". La connaissance mutuelle consultante – professionnelle et le respect semblent également faire partie de la culture organisationnelle de cette structure : "nous nous sommes très bien habituées aux gens du dispensaire. Nous nous connaissons mutuellement et c'est le respect le plus total". Mbarka souligne son appréciation d'être à chaque fois prise en charge par la même sage femme : "nous l'aimons et nous préférons qu'elle reste pour toujours. C'est la seule qui puisse nous comprendre". Si l'ensemble de la discussion offre différents indices de communication empathique centrée sur la personne, les propos recueillis évoquent d'autres stratégies moins respectueuses et particulièrement éloignées des attentes des consultantes : "il y a d'autres sages femmes. Parmi elles, il y a celles qui ne veulent même pas parler à une malade, il y a celles qui te mettent dehors et il y a celles qui veulent tout en deux mots et c'est fini". D'autres citations mettent l'accent sur le manque d'écoute et le manque de respect de l'autre ressentis par la consultante : "il y a celles qui sont venues ici et qui ne veulent pas écouter les patientes. Il y a celles qui les mésestiment pour la simple raison qu'elles ne sont pas propres et qu'elles ne sont pas éduquées. Mais, les patientes, quel est leur tort si elles ne sont pas instruites ? Nous voudrions bien être propres et évoluées mais cela n'empêche pas que la sage femme doit respecter ces patientes. Parfois, on veut communiquer ce qu'on ressent. Il faut que je communique ce que je ressens parce qu'elle ne veut pas t'écouter, elle ne veut pas s'approfondir..."

Pour Mbarka, "les maris sont mal vus s'ils accompagnent leurs épouses à la consultation de santé de la reproduction" et "la raison de cette mixité ne s'explique pas d'autant que, dans la localité, on se connaît tous. C'est par respect pour les autres qu'il ne doit pas entrer". Elle précise néanmoins que "c'est mal vu dans le public mais pas dans le privé". Elle ajoute qu'en général "la femme met son époux au courant de l'orientation de sa consultation, pour recevoir des médicaments, pour une échographie ou pour des analyses". Pour Mbarka, une seule attente est exprimée : "une femme comprend mieux une autre femme qu'un homme. C'est pour ça aussi qu'on souhaiterait être examinées par une femme et mariée de préférence parce qu'elle peut comprendre tout ce qui touche à l'intimité des femmes".

La femme ménopausée

En milieu urbain

Fattouma est âgée de 55 ans, elle réside en milieu urbain, plus précisément dans une circonscription urbaine du Grand Tunis. Non scolarisée, elle est mère de cinq enfants en moyenne et est femme au foyer. Récemment ménopausée, elle considère qu'elle n'a plus de motif pour consulter un service de santé de la reproduction. Elle précise n'avoir effectué aucun dépistage particulier ces dernières années et considère que les troubles de la

ménopause sont tout à fait tolérables et ne nécessitent aucun support thérapeutique ni soin particulier. On enregistre des facteurs favorisant le recours à cette consultation, tels que des symptômes de fatigue et le fait de ne pas se sentir en forme associé à une inquiétude pour le support et les soins que Fattouma dit craindre de ne pas pouvoir offrir à ses enfants en cas de maladie.

Quatre motifs émergent des propos recueillis et par lesquels Fattouma semble justifier son non recours à la consultation de la ménopause : 1) la ménopause en référence à son expérience, justifie son éloignement du centre de santé de la reproduction par l'arrêt de toute consultation de santé de la reproduction ; 2) le fait de "se sentir labesse alia (je me porte bien)" est une autre justification qui conforte le choix de Fattouma de n'avoir pas de raison de consulter ; 3) le manque de temps qui sous entend un classement des priorités qui ne privilégie pas la consultation ; 4) un "sentiment de gêne" devant la possibilité de se retrouver en présence d'un médecin homme ou en raison du type d'organes explorés lors de certaines démarches diagnostiques.

Fattouma valorise la communication interpersonnelle et reconnaît une disponibilité et un climat de respect qui parviennent à la mettre en confiance. Très pudique cependant, elle préférerait un médecin de sexe féminin.

En milieu péri-urbain

Mabrouka réside dans le milieu périurbain, plus précisément dans une circonscription de la banlieue nord de Tunis. Agée en moyenne de 65 ans, elle a cinq enfants au moins. Non scolarisée, elle a toujours été femme au foyer. Elle consulte la plupart du temps dans l'un des hôpitaux de la banlieue nord de Tunis, ou encore à l'hôpital militaire. Et si elle consulte dans l'une de ces structures, elle accouche le plus souvent seule à la maison puis à l'hôpital de banlieue nord de Tunis, plus rarement dans une clinique privée de la même banlieue. Elle s'enorgueillit d'avoir toujours veillé à protéger sa pudeur "je n'ai jamais consulté une tbiba (femme médecin) pendant ma grossesse et jamais une tbiba ma tkechfet alia (une femme médecin n'a vu mes parties génitales)", "c'est ma nature, je ne consulte pas beaucoup jusqu'à ce que je me remette sur pied et labesse (je vais bien) Dieu merci".

Actuellement, Mabrouka consulte exclusivement le médecin dans le secteur public, toujours dans sa zone de résidence dans la banlieue nord de Tunis. Elle précise qu'elle consulte dans un autre centre mais elle explique sa venue dans celui où nous l'avons contactée : "mon prochain rendez-vous est éloigné puisque j'y suis allée hier et comme je sens une douleur, je me suis dit, je dois vérifier, peut être que la tension a monté". Elle consulte " pour eddem (la tension artérielle), pour le diabète, ou même pour les deux en même temps". Elle assure : "je me sens bien, je consulte la tbiba (médecin femme), je contrôle eddoua andi modda (le traitement depuis un moment). La vérité, ils suivent bien dans ce centre". Elle déclare "madhabina nsa, nsa khir (nous

préfèrent les femmes, c'est mieux). Une femme kifna kifha (qui nous ressemble). Une femme qui a kimetha (sa valeur). On la veut tbiba (médecin femme)". Elle ajoute néanmoins : " même sage femme pourquoi pas ?". Puisqu'elle est diplômée sage femme, elle n'a pas fait peu d'études pour avoir un diplôme de sage femme. Elle est comme la tbiba (médecin femme) et comme la discussion que nous avons". On veut "el bachacha, el kacha la (l'amabilité, on ne veut pas pas de grincerie)".

Mabrouka s'étonne à la perspective pour elle de consulter en péri-ménopause "pourquoi faire ? Même les vieux sont morts. Pourquoi la chercher ? Pourquoi l'aimerait-t-on ? Pour faire revenir les règles ?". Elle ajoute : "je ne me plains de rien du tout. Ertehna (nous sommes soulagés), le vieux est mort et les enfants ont grandi. L'un est huissier notaire, les autres travaillent dans le nord ouest et Dieu merci", "quelqu'un qui se porte bien, pourquoi frapper à la porte du planning familial ?". Pour elle, "une femme consulte pour un problème gynécologique si elle a quelque chose qui lui fait mal. Si elle se plaint de quelque chose. Si elle n'a rien, pourquoi aller chez le médecin ?". Dans des propos plus favorables, Mabrouka déclare "on entend dire que pour le hzem (appareil génital), une personne doit se faire contrôler. Même âgée, elle ne doit pas se dire : je suis vieille". C'est une femme qui se montre consciente de la survenue de la ménopause et parle de l'inconfort ressenti en conséquence et qu'elle semble tenter de gérer en décidant du moment et de l'intérêt de consulter : "moi, dieu merci, les règles sont parties. C'est naturel. Parfois, j'ai des bouffées de chaleurs dans la tête. J'ai consulté le médecin, il m'a dit c'est à cause des règles qui sont parties. Quand vient la période vous avez ces bouffées. Il ne m'a pas donné de médicament. J'ai consulté plusieurs fois pour les bouffées de chaleur. Après je ne les ai plus eues", " moi, je n'avais pas l'hypertension. Depuis que je n'ai plus eu mes règles, j'ai eu les bouffées de chaleur", "quand j'ai eu la ménopause, les règles ont été très fortes. Je suis allée directement chez notre médecin de famille. Il m'a donné un médicament. J'ai continué à avoir mes règles pendant des mois puis petit à petit elles ont diminué. Après, je ne les ai plus eues et je n'ai plus consulté. Pourtant, le médecin m'avait dit : quand tu les auras, viens me voir. Quand j'ai eu les bouffées de chaleur je suis venue consulter ici. C'est un médecin généraliste. J'ai pris jusqu'à trois à quatre comprimés par jour. J'ai toujours la doukha (vertiges) et toujours les bouffées de chaleur; je ne les supporte pas. Maintenant, ce sont les battements de mon cœur". Forte de son expérience, Mabrouka conclut : "quand les règles se terminent chez une femme jeune, c'est khai'ba (mauvais) et quand elles se terminent à l'âge adéquat c'est mieux. Jeune, tarjâa âliha bemdharra kbira (cela peut nuire à sa santé)".

Mabrouka assure qu'il "y a des choses dont on ne peut pas parler beaucoup, des choses sur les règles" et que "ce n'est pas comme une femme quand un homme ytkachef alik (il voit tes organes génitaux)" parce que "ce n'est pas la même chose, l'homme et la femme" même "s'ils sont devenus ki errajel ki lemra (semblables)". Toutefois, dans certaines situations, ses propos deviennent nuancés

parce que "une femme, pour en être arrivée là, c'est qu'elle veut consulter".

En milieu rural

Zohra est âgée de 50 ans, elle réside dans une région rurale à vingt kilomètres d'une ville du centre du pays. Elle a mis au monde sept enfants et a bénéficié, durant ses grossesses, des services offerts par les structures de santé publique avoisinant son lieu d'habitation. Elle dispose d'un carnet de soins modérateurs et a choisi d'accoucher à l'hôpital régional dont elle garde un souvenir satisfaisant des services obtenus à l'exception du règlement interne qui interdisait à ses proches de lui rendre visite durant son hospitalisation. Jamais scolarisée, elle a toujours été femme au foyer où, en plus de ses responsabilités de maîtresse de maison, d'épouse et de mère, elle consacre son temps à la confection de couvertures, de tapis, de bakhnoug (voile traditionnel) autant pour couvrir et vêtir sa famille que pour des motifs lucratifs.

Ménopausée depuis bientôt sept ans, elle précise avoir consulté les deux années qui ont suivi son arrêt définitif des règles pour se soumettre à des tests de dépistage et nous explique qu'elle a interrompu ces visites depuis, bien que la sage femme lui ait signifié de revenir régulièrement pour refaire les mêmes tests. Elle met l'accent sur sa bonne santé, la normalité de la ménopause et la bénignité des symptômes qui, malgré une certaine gêne et des moments de fatigue, n'interfèrent pas dans sa gestion du quotidien. Elle mentionne des épisodes de fièvre, des faouara (bouffées de chaleur).

Enfin, Zohra nous dit qu'elle accepterait d'être soignée aussi bien par un médecin homme que par un médecin de sexe féminin et qu'elle valorise plus particulièrement le fait de pouvoir être suivie par le même clinicien. Elle trouve que les horaires du matin pourraient lui convenir mais précise que l'ouverture des centres de santé les après midi serait utile à toutes celles et à tous ceux qui ont des activités professionnelles durant la matinée.

L'homme

En milieu urbain

Samir est un jeune homme de 32 ans, marié et père de deux enfants. Titulaire d'un diplôme de technicien supérieur obtenu deux années après le baccalauréat, il est actuellement conseiller d'apprentissage dans un centre de formation professionnelle situé au centre d'une ville côtière du nord du pays. Il dispose donc d'un carnet de soins pris en charge par la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale.

Pour Samir, il s'agit d'un "état d'esprit", "un homme, c'est très important, il doit accompagner sa femme à la consultation. Même un homme qui n'est pas marié a cette obligation sauf que l'illégalité des grossesses conçues en dehors des liens du mariage lui fait craindre la prison.

C'est pour cela qu'il décide de ne pas accompagner son amie". Il déclare : "les hommes aimeraient être consultés par des hommes et on souhaite que les femmes le soient par des femmes". Pour ce qui est des services consommés, Samir mentionne le recours au service de vaccination et insiste sur la satisfaction de son épouse : "moi, je n'ai jamais mis les pieds dans le service de maternité. Par contre, je suis allé à dar lahlib (appellation attribuée au centre de protection maternelle et infantile), pour le vaccin du bébé. Ma femme est satisfaite. C'est vite fait et c'est très bien". Pourtant, cela n'empêche pas Samir de poser un regard particulièrement critique sur les structures de santé de la reproduction de la même région. Pour lui, "c'est l'organisation qui manque de cohésion et son élaboration est hasardeuse". C'est aussi le cumul du privé et du public. Il dénonce en effet une consécration excessive du médecin à l'exercice en libre pratique, aux dépens de ses heures normalement allouées au secteur public. Une consécration qu'il accuse d'être à l'origine des insuffisances qu'il relève en grand nombre dans les structures de santé de la reproduction. Samir déplore également le rôle joué par l'absence d'équité et son impact sur la qualité de la prise en charge des patients : "la conscience professionnelle se manifeste chez le personnel quand il prend en charge ses connaissances". Il reconnaît qu'en général, "on se base sur les connaissances. A l'hôpital, elles m'ont permis de me procurer un vaccin très cher. Il coûte cent dinars" posant par là, un autre problème, celui du vaccin "devenu payant". Quant à la relation soignant-soigné, il exprime des reproches qu'il adresse plus particulièrement aux médecins à qui Samir porte les accusations suivantes : "un examen à la va vite", le "manque de tact à la discussion", le "non respect du malade en particulier le sujet âgé", le "favoritisme". Il déplore la perte de patience et insiste sur cette lacune : "le personnel perd rapidement son sang froid bien qu'on lui ait appris comment accueillir le malade, comment garder son calme car c'est très important pour lui. Mais ils perdent patience très vite, c'est inouï". Autant d'insuffisances que Samir attribue à la formation des médecins "qui ne leur communique pas le savoir-vivre ni le savoir-faire". Il déclare sur un ton franc et direct : "on en est à douter de la valeur et de la compétence de nos médecins".

Pour pallier certaines insuffisances, Samir suggère de sensibiliser les professionnels et d'appliquer le contrôle continu, notamment de "la sage femme". Il insiste sur toute l'importance de bien informer la population sur différents aspects relatifs à la promotion et à la protection de sa santé. Samir recommande de soigner la qualité de la relation soignant-soigné par davantage d'empathie de la part du personnel : "comment accueillir, ou parfois donner la bonne parole qui fait l'effet d'un médicament ou mieux encore sur le malade". Samir souligne que "pour le personnel, l'accueil et la patience sont obligatoires" et appelle les sages femmes à la vigilance : "c'est un secteur où le danger guette la parturiente en permanence. Deux vies sont concernées. Donc, les sages femmes doivent faire très attention". Comme un garant de motivation du personnel, Samir recommande de veiller à ce que la

personne soit âgée de moins de 35 ans, de remplacer "les anciens par de nouvelles recrues pour changer l'état d'esprit et pour améliorer la qualité des prestations". Un peu gêné puis dans des propos rapidement directs et francs, Samir, qui, au passage précise ses origines du janoub (sud), déclare que la Tunisie "est le seul pays où la médecine traditionnelle n'est pas structurée. N'importe qui peut trouver ces herbes dans les souks (marché traditionnel)". Il souhaiterait que ce service "soit pris en charge par des médecins qui s'y connaîtraient bien en herbes et en plantes médicinales".

En milieu péri-urbain

Noureddine est un jeune papa âgé de 38 ans qui accompagne son épouse, maman de deux fillettes et enceinte d'un mois et demi, pour une interruption volontaire de cette troisième grossesse. Il travaille comme chauffeur de taxi et son niveau d'instruction correspond à une 5^{ème} année d'études secondaires. Le couple habite la région et l'épouse est mère au foyer. Noureddine assure qu'il dispose d'un carnet de soins pris en charge par la caisse nationale de sécurité sociale. Il nous apprend d'abord que c'est la première fois qu'il se présente à la consultation de ce centre : "à vrai dire je consultais au privé, j'ai deux enfants, l'aîné a onze ans. Ensuite, j'ai eu une fillette qui a 3 mois maintenant et aujourd'hui je suis là pour voir si ma femme peut faire un curetage, car elle est tombée enceinte. J'ai fait tout ce qu'on m'a demandé et j'attends". Concernant les motifs qui sont à l'origine du déplacement de Noureddine vers ce centre le jour de notre rencontre de groupe, on peut dire qu'ils sont essentiellement en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant : "j'y viens pour la deuxième fois, j'ai emmené ma femme pour accoucher.... On m'a demandé de faire des analyses dans le privé et d'amener avec moi une injection...". Selon lui, "ces prestations doivent être disponibles à la mère, au bébé, pour le père, pour la famille, pour tous. Elles doivent être excellentes et utiles".

D'autres indices de satisfaction ou d'insatisfaction de Noureddine découlent de son point de vue concernant la relation soignant-soigné. L'empathie dans la relation est implicite au niveau de la citation suivante : "une femme pourrait comprendre le problème à 100% alors qu'un homme médecin pourrait ne pas comprendre". Le sourire du prestataire et la qualité de l'accueil sont d'autres éléments particulièrement appréciables : "le malade, c'est psychique. Il peut guérir sans médicament, s'il se sent à l'aise avec l'accueil chaleureux et le sourire. Et si on l'engueule, même le médicament n'aura pas d'effet sur lui et son état psychique peut s'en ressentir. S'il trouve une gentille personne, il sera à son aise. La guérison passe par là aussi. Le sourire pour ton prochain. C'est un don, a dit le prophète". Ce qui ne plaît pas et ne correspond pas à la définition d'une relation satisfaisante, c'est le manque de disponibilité : "le médecin est parfois trop pressé", l'absence de communication : "parfois, il ne parle pas avec toi" ou le fait de savoir son épouse examinée par un médecin de sexe masculin : "j'ai

constaté un manque dans la présence féminine.

Pour Noureddine : "ces centres devraient être dans toutes les régions", "les examens et les analyses devraient être disponibles sur place", "la présence féminine dans le médical et surtout des sages-femmes", "ça ne veut pas dire qu'il y a une crise de confiance pour les médecins mais seulement la présence féminine doit être plus élevée". La flexibilité des horaires et la réduction des temps d'attente sont un autre souhait de Noureddine.

En milieu rural

Belgacem est un éleveur de moutons âgé de 44 ans. Son niveau scolaire correspond à une 6^{ème} année d'études primaires. Père de sept enfants, il vit avec son épouse dans une circonscription du milieu non communal dispersé, située à une trentaine de kilomètres d'une ville du sud est. Il s'est longuement attardé sur le recours de son épouse à la contraception. Selon lui, c'est après la naissance de son 4^{ème} enfant que, motivée par un désir d'espacer les naissances, elle prit la décision de se référer à la sage femme du centre de santé de la reproduction.

Il nous raconte que son épouse, conseillée par la sage femme du service du planning familial, décida d'opter pour l'insertion d'un stérilet. Il raconte : "voir ma femme avec ses quatre gosses, l'un pendu à son cou et l'autre sur sa poitrine, alors que la sage femme lui a conseillé de ne pas prendre des choses lourdes, là c'est trop car, l'autre fois, en courant derrière sa fille qui a traversé la route, elle est venue me dire : le stérilet s'est déplacé parce que j'ai couru, c'est quoi ça ? Ouallat mochkla (c'est devenu un problème)". Pour Belgacem : "c'est clair, elle doit tout arrêter, car c'est à elle de m'aider au lieu d'être un fardeau. Regardez ce médicament qu'on lui a donné, ça la rend malade. Pour moi il ne vaut rien, car il doit être prescrit à une femme qui n'a pas un travail dur, même que parfois, lorsqu'on est ensemble aux champs, elle se fatigue vite. Ce médicament est fait pour être prescrit à un fonctionnaire, non pas à une personne qui a de lourdes tâches". Il ajoute : "je lui ai dit d'aller chez la sage femme et de lui expliquer que ce moyen de contraception ne s'adapte pas avec elle et qu'elle doit essayer de lui en trouver un autre qui convienne à sa santé. Mais si ça ne va pas à la deuxième fois, là on arrête et on va vers eddoûa el arbi (traitement traditionnel). On l'essaye, c'est la seule solution". D'autres déterminants de l'insatisfaction prennent racine dans le fonctionnement de la structure de santé. La principale critique adressée par Belgacem concerne l'éloignement des laboratoires : "... si el mra (la femme) a des analyses à faire à Tataouine, il faut que j'arrête le travail pour l'emmener ...", "... il faut que je retourne là-bas pour les résultats. C'est ce qui m'oblige parfois à rater son rendez-vous et même à ne plus aller à la consultation". Il exprime également son mécontentement à propos du fonctionnement actuel des structures de santé et fait ressortir ce qu'il considère comme des faiblesses de l'organisation. Belgacem mentionne également les longues files d'attente, les bousculades qui dégènèrent en conflit et des pertes de

temps. Il regrette le non respect de l'ordre d'inscription et reproche les traitements de faveur qu'on accorde aux connaissances et aux parents des professionnels en exercice sur ces lieux. Il considère, d'après l'expérience de son épouse et de ce qu'elle en dit, que "l'accueil des sages femmes est chaleureux, qu'elles ont la capacité de s'approfondir dans la discussion" et que, par conséquent, elles sont aptes à répondre au besoin d'information. Toujours selon son avis, les professionnels sont des gens laborieux, qui arrivent tôt et qui prodiguent des conseils sur les mesures d'hygiène de vie. Il insiste sur la qualité des structures de santé publique, sur la disponibilité de l'assistance qui "facilite les choses".

Belgacem avoue "ne pas donner d'argent à son épouse ni l'accompagner à la consultation", convaincu que "s'il l'accompagnait, il en subirait les conséquences". Il raconte qu'en général, les femmes vont consulter seules, "le mari n'intervient pas sauf si elle a des ennuis de santé et qu'elle tombe malade". Auquel cas, il accuse sans ménagements les méthodes contraceptives qui "idhorrou sah-het el mra (nuisent la santé de la femme)". Le recours de son épouse à la consultation ne paraît pas faire l'objet d'une discussion entre eux sauf "si elle a des médicaments à prendre, si elle est référée à une autre consultation". Il précise qu'ils n'abordent pas ensemble tout ce qui est intime. Belgacem attend en priorité un rapprochement des services vers la communauté : "... si toutes ces choses se faisaient ici sans que j'ai à dépenser pour les déplacements qui me coûtent, ça serait mieux". Il précise : "nous aimerions bien avoir un laboratoire d'analyses ici. Cela nous faciliterait la tâche. Comme ça, il y aurait moins de tracas pour l'homme, se lever à l'aube, emmener sa femme à jeun, chercher à louer la voiture, ce n'est pas évident". Il se présente lui-même, à d'autres moments, comme une personne ouverte à l'information qui veut en savoir davantage : "nous, les hommes, nous pouvons y aller pour avoir une idée sur la santé de la reproduction. Ce serait bien, si nous trouvions quelqu'un qui nous montre des choses par le biais de l'internet comme ce qui a été découvert concernant le bébé. Souvent, même pour un mal de tête dont se plaint el mra (la femme), tu peux intervenir, tu es bien informé, tu peux même la persuader de ton avis". Pour lui, rien de tel que ettaouïya (la sensibilisation) pour "lutter contre ce qui peut nuire à la santé et donner du bien être à la population". Une autre suggestion porte sur son positionnement en tant que mari pour qui "la femme doit être traitée par une femme, ma fihech nikach (c'est sans discussion)". Enfin, il aborde la relation soignant - soigné et recommande que les sages femmes soient mises au courant des problèmes de la femme en rapport avec une méthode contraceptive pour qu'elles "puissent ainsi aider la femme à choisir une méthode plus adéquate".

Synthèse de cette première partie

Cet article a présenté la problématique, les objectifs, le cadre exploratoire et méthodologique d'une recherche qualitative menée en Tunisie en 2006 sur la qualité des prestations de santé de la reproduction au regard des

usagers adultes effectifs et potentiels. Il a également consacré un long chapitre de narration des résultats par groupe de population d'étude et par milieu de résidence.

La seconde partie qui sera publiée dans un prochain numéro des DM sera consacrée à une synthèse des résultats selon chacun des quatre axes du cadre exploratoire, à leur confrontation aux données d'autres travaux similaires en Tunisie et dans le monde et enfin aux difficultés rencontrées et aux limites de la recherche.

Références

- Association Médicale Mondiale (2008). Déclaration d'Helsinki
Dernier accès 21 août 2011 à http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/17c_fr.pdf.
- Bruce J (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91.
- Donabedian A (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring Vol.I. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donabedian A (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring Vol.II. The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donabedian A (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- El Amouri T (1993). *La technique du focus group*. Module Economie et Sociologie de la Santé. Diplôme universitaire en santé publique. Institut El Amouri. Tunis
- Gherissi A (2014). *Guide d'initiation à la préparation d'un Projet de Fin d'Etudes*. Ecole Supérieure des Sciences et techniques de la Santé de Tunis. Unité de Recherche "Evaluation en Santé" (Faculté de Médecine de Tunis). Université de Tunis El Manar.
- Gherissi A (2003). *La sage-femme en Tunisie au 21^{ème} siècle : quel référentiel de métier ? quel référentiel de compétences ?* Thèse de doctorat d'université, sciences de l'éducation. Faculté des Sciences Humaines et Sociales La Sorbonne. Université René Descartes. Paris 5.

- Good B (1994). *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press.
- Kleinman A, Eisenberg L & Good B (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258.
- Mayer R & Deslauriers J-P (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. In Mayer R, Ouellet F, Saint-Jacques M-C & Turcotte D (Eds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 159-189). Montréal: Gaëtan Morin.
- Mayer R & Saint-Jacques M-C (2000). *L'entrevue centrée*. In: Mayer R, Ouellet F, Saint-Jacques M-C & Turcotte D (Eds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 119-130). Montréal: Gaëtan Morin.
- Miles MB & Huberman AM (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^{ème} éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Mucchielli A & Bianquis-Gasser I (2009). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. (3^{ème} éd.). Paris: Colin.
- Van der Maren J-M (1996). *Méthodes de Recherche pour l'Education*. Méthodes en Sciences Humaines. (2^{ème} éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Ware JE, Jr., Snyder MK, Wright WR & Davies AR (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 247-263.

Remerciements

Les auteurs remercient le bureau de l'UNFPA à Tunis et l'Office National de la Famille et de la Population pour leur soutien respectivement financier et logistique à la réalisation de l'enquête auprès des usagers. Le rapport de recherche a été publié en 2012 dans le cadre des activités de l'unité de recherche "Evaluation et santé" du Département de Médecine Communautaire B de la Faculté de Médecine de Tunis.

Auteurs :

Atf Gherissi. Sage-femme MEdSc PhD. Maître Assistante Universitaire, Sciences de l'Education. Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé de Tunis. Université Tunis El Manar.

Francine Tinsa. Sociologue PhD. Maître de Conférences Agrégée, Sociologie. Département de Sociologie. Université de Sfax.