



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2015) 2(3), 98-108..

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

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

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 deuxième de deux articles qui relatent les aspects principaux de cette étude. Le premier article a présenté les objectifs, la méthodologie et les résultats; celui-ci présente 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 second of two papers relating the main aspects of this study. The first paper presented the aims and objectives, the method and results; this second paper presents the discussion and conclusions.

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

Keywords: reproductive health services, satisfaction, service users

Cet article rapporte les résultats d'une recherche conduite en 2006 auprès d'usagers adultes effectifs et potentiels des services de santé de la reproduction en Tunisie. Les objectifs étaient 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.

Dans le numéro précédant, une première partie de cet article a permis de présenter les objectifs, la méthodologie ainsi que les résultats de la recherche qui ont fait l'objet d'une longue narration par groupe de population d'étude et par milieu de résidence.

Cette seconde partie est principalement consacrée à la discussion des résultats avec une synthèse selon chacun des quatre axes du cadre exploratoire, une confrontation aux données d'autres travaux similaires en Tunisie et dans le monde et enfin, une présentation des difficultés rencontrées et des limites de la recherche.

Discussion

La présentation en portraits types pour chacun des trois profils d'adultes usagers des services de santé de la reproduction dans chacun des trois milieux de résidence considérés, amène à une synthèse des résultats basée sur quatre axes principaux du cadre conceptuel de cette recherche puis à leur confrontation aux données de la littérature. Il s'agit précisément des aspects relationnel,

professionnel et organisationnel ainsi que de la gestion de l'information.

Synthèse selon les axes du cadre conceptuel

Qui sont les adultes usagers des services de santé de la reproduction ?

Dans nos populations d'étude, le nombre moyen d'enfants par femme accuse une évolution à la baisse sur deux générations de femmes. En effet, si pour celle en âge de reproduction, ce nombre varie entre 1 et 3, le niveau de cette variation fluctue entre 5 et 7 pour celle ménopausée. Cette variation reste à chaque fois quasiment équilibrée sur les trois milieux de résidence. Le niveau d'instruction, absent dans l'ancienne génération de femmes, atteint au moins le niveau primaire et le plus souvent celui secondaire dans celle actuelle. Le statut de femme au foyer se maintient malgré l'évolution du niveau d'instruction de génération en génération. Cela suggère fortement le même degré d'importance accordée par les femmes à leur rôle de mère. Enfin, toutes disposent d'un carnet de soins gratuits avec une variété d'affiliations à une caisse de prise en charge. D'une manière schématique, les populations explorées pourraient être présentées comme suit : 1) une femme en âge de reproduction et son époux potentiel; pour ce couple, l'utilisation des services de santé de la reproduction représente une nécessité incontournable, pour donner la vie, pour garantir une bonne santé à sa progéniture, pour que la femme soit elle-même en bonne santé et qu'elle soit à même d'assumer son rôle de mère et d'épouse. Il s'agit donc d'usagers effectifs de ces services quoique ce soient la grossesse, l'accouchement et la contraception qui émergent comme les séquences qui justifient leur recours aux services de santé de la

reproduction; 2) une femme ménopausée que l'utilisation des services de santé de la reproduction ne concerne plus, soit par pudeur, soit parce qu'elle se sent "*comme un homme*" et que sa priorité n'étant plus de procréer, est désormais celle de maîtriser une hypertension et/ou un diabète rebelles, de traiter un rhumatisme, ou plus généralement des maux de personne âgée. Son profil est donc celui d'une fidèle consommatrice de la consultation des maladies chroniques et celui d'une ancienne utilisatrice des services de santé de la reproduction; 3) l'homme, lui, est spectateur critique, rarement accompagnateur, toujours décideur à distance, et quasiment jamais utilisateur des services de santé de la reproduction. Il garde son mot à dire pour critiquer les structures et les prestataires, revendiquer son droit et celui de son épouse à bénéficier de services de meilleure qualité. Dans le milieu rural, il refuse l'effet d'aliénation de la contraception sur la santé de sa femme et donc sur les rôles sociaux qui lui sont dévolus.

Les représentations

Les populations d'enquête font preuve d'une connaissance des structures locales de santé de la reproduction, toutes décrites dans ce qu'elles considèrent comme des défauts et des qualités. Cette connaissance est le plus souvent circonscrite au quartier et/ou à la région de résidence. Les mêmes propos révèlent également une connaissance relative si ce n'est une méconnaissance des services disponibles. En fait, cette connaissance semble se limiter aux services jugés nécessaires et/ou utilisés.

Enfin, toutes les populations cibles des services de santé de la reproduction sont citées. L'homme, bien qu'inclus dans cette liste, ne paraît pas convaincu sauf s'il s'agit d'un problème qui nécessite sa prise en charge, en l'occurrence sa propre stérilité. La femme ménopausée, quant à elle, est citée sans réelle conviction, considérée, par elle-même et par les hommes, comme étant désormais sortie de la période procréative et donc non concernée par les services de santé de la reproduction. Elle se montre néanmoins disposée à consulter à condition d'être informée de l'existence d'une consultation spécifique à elle et à ses pairs. Trois dimensions émergent de l'ensemble des propos recueillis : la représentation de la santé : "être bien", "être capable d'assumer"; la représentation de la ménopause; la dimension curative de la démarche de recours aux services de santé de la reproduction. Ainsi, si l'utilisation des services de santé de la reproduction - en particulier la contraception - est ressentie comme une nécessité par les usagers effectifs, il n'en demeure pas moins que le ressenti sans conséquences sur l'état de santé de la femme est posé comme une garantie préalable exigée. L'exemple est frappant dans les propos de l'homme en milieu rural qui ne cache pas sa crainte des conséquences du choix des services de santé de la reproduction sur la vie de son ménage, en rapport avec les rôles sociaux délégués à sa femme, en plus des tâches ménagères et des soins aux enfants. Ce même homme raconte que, lorsque celle-ci tombe malade, tout se dérègle à la maison petit à petit, les

problèmes commencent et c'est la contraception qui en est la cause : "ouallat mochkla" (ça devient un problème). La ménopause, quant à elle, a été développée dans les propos des femmes âgées et des hommes. Pour les premières, et dans chacun des trois milieux de résidence considérés, la ménopause est perçue comme étant normale et dont les symptômes sont bénins. Elle ne nécessite donc pas de recours à une structure de santé de la reproduction. Plus encore, la perspective de consulter suscite un étonnement que les propos des hommes viennent corroborer : "une fois arrivée à la cinquantaine, la femme n'a pas à consulter". Plusieurs canaux de promotion de la santé de la reproduction émergent des propos recueillis : la télévision, la famille, les campagnes de sensibilisation et d'éducation de la population, les pairs et le mari. La télévision paraît être suivie de près notamment par la femme ménopausée qui en parle comme de sa source d'information. Une information qu'elle décrit avec fierté "moi, c'est à la télé que j'ai entendu parler de cette consultation des femmes qui n'ont plus leurs règles. Je sais tout. Je regarde même comment la femme accouche. C'est à la télévision tunisienne". Elle accuse pourtant ce même canal de projeter des images sur des sujets "de femmes" alors que ses enfants regardent en même temps qu'elle : "mes enfants étaient assis à côté de moi, je n'ai pas voulu parler. Je me suis détournée. Mettez-vous à ma place, vous êtes à côté de vos enfants qui ont 20 et 30 ans. Mouch hlou ! (ce n'est pas joli)". Pour la femme en âge de reproduction, la télévision semble représenter non seulement une source d'informations, mais également de formation et même d'application : "je fais la palpation des seins à la maison. Quand je prends ma douche, je me contrôle toujours. Je le fais toute seule. Je palpe pour voir si j'ai un ouelssisse ouella demmala (un nodule ou un abcès)". J'en ai entendu parler à la télévision mais pas au centre de santé". La famille peut être un informateur et un incitateur à consulter comme ce jeune marié qui accompagne sa femme pour la première fois dans un centre de santé de la reproduction : "elle a discuté avec sa mère et sa belle mère qui nous ont parlé de ce centre et nous y voilà". La femme ménopausée qui a également abordé ce canal, explique : "ma petite fille est mariée depuis un an, je lui dis tout, tout ce qui se passe dans le corps. Et j'ai un jeune fils, je lui parle comme je parle à ses sœurs. L'aîné, la vérité, saïb chouaya mais belkdar (c'est un peu difficile mais dans le respect) et moi je ne veux pas parler de nos histoires, ces histoires de femmes". Toutefois, si au sein de la famille, c'est l'aînée qui informe et qui incite à consulter, elle peut également se percevoir, par pudeur, comme une barrière à l'information et à l'échange entre les enfants et elle, pour tout ce qui se rapporte à la santé de la reproduction. Le personnel de santé devient alors le relai providentiel : "je suis gênée de parler avec ma fille. Il y a des choses dont je ne parle pas avec elle. Elle consulte la tbiba (médecin femme) qui lui explique et elle revient tahkili (me raconter)". Les pairs sont cités par la femme en âge de reproduction et par l'homme qui en parlent comme d'informateurs mais surtout de conseillers voire de prescripteurs. La première évoque l'utilisation du calendrier comme moyen de contraception que la voisine lui a conseillée mais pas

la sage femme du centre où elle consulte. Le second rapporte que le collègue lui a conseillé et communiqué des recettes de doua arbi (traitement traditionnel) pour le traitement, souligné efficace, des affections des voies aériennes supérieures de ses enfants. Dans le milieu rural, le mari se propose d'être l'informateur et l'éducateur de son épouse à condition d'être à son tour informé notamment par des supports audiovisuels qu'il pourrait visionner lors d'une visite qu'il serait disposé à effectuer exceptionnellement au centre de santé local. Les campagnes de sensibilisation et de messages éducatifs acheminés vers la population sont perçues pour l'homme en milieu urbain à visée plus préventive que curative. Pour l'homme en milieu rural, la taouïya (sensibilisation), toujours préventive, représente une attente pour lutter contre ce qui peut nuire à la santé et donner du bien être à la population. La femme ménopausée, quant à elle, fait part de la stratégie d'éducation et de sensibilisation de la population concernée par la consultation de la ménopause dans sa zone de résidence. Les propos suggèrent fortement des campagnes offensives qui sont décrites comme des initiatives de recrutement direct de consultantes où la concertation ne paraît pas exister. Le recours à l'éducation pour la santé est également évoqué par la femme pour orienter la prise de médicaments et de pilules. Il concerne les prestataires de services de santé de la reproduction, notamment la sage femme et le médecin dont la femme en âge de reproduction en milieu rural apprécie les conseils et les encouragements à venir consulter. De tels propos renvoient au rôle attendu des prestataires comme ceux d'informateurs, de conseillers ainsi que de médiateurs entre la communauté et les structures de santé de la reproduction.

Les principales attentes en matière de qualité des services

La relation à l'autre constitue la dimension globale et prioritaire pour la majorité des participants de chaque groupe rencontré. Souvent discutée et illustrée dans le sens d'indice de non satisfaction par différents informateurs, celle-ci correspond, à d'autres moments, à d'importants motifs de satisfaction. La communication interpersonnelle se voit donc particulièrement valorisée par la reconnaissance de normes de disponibilité, d'écoute, d'empathie par différents usagers ainsi que, bien que moins fréquemment, par celle correspondant à la capacité de donner une réponse satisfaisante et adéquate. La liberté de choisir sa méthode contraceptive ainsi que le respect de la pudeur et de l'intimité sont d'autres éléments pris en compte favorablement par les usagers. Ce sont les femmes en âge de reproduction, issues du milieu urbain ou du milieu rural, suivies des femmes âgées du milieu urbain, qui développent davantage cet aspect. La gratuité des services ou encore la réduction des tarifs en comparaison avec ceux proposés dans le secteur privé ainsi que la continuité de la prise en charge associée à la possibilité, pour certains usagers, de retrouver le même médecin au fil des rencontres, sont également souvent soulignées et deviennent, pour certains, un motif qui détermine le recours à une structure publique. De façon plus

sporadique, les femmes en âge de reproduction valorisent la diversité de la gamme des services offerts dans une même structure. La disponibilité des produits et des structures est soulignée par quelques femmes âgées et par celles en âge de reproduction en milieu urbain. La rapidité des services attribuée à un centre de santé et à une activité de vaccination est un indice de satisfaction important pour les hommes résidant en milieu urbain.

Les facteurs d'insatisfaction sont des éléments en rapport avec les services offerts, en référence aux différents volets organisationnel, professionnel et relationnel ainsi qu'aux différentes dimensions discutées en spontané ou à partir de questions de relance. Le secteur organisationnel est en rapport avec l'organisation des services. Il se réfère à l'environnement du soin et au contexte qui permettent d'assurer la prestation. Le contexte peut être plus ou moins confortable, les services attendus peuvent être plus ou moins accessibles et les politiques et les procédures peuvent oui ou non garantir la rapidité et la continuité des services requis. Parmi les différentes dimensions considérées par les usagers comme étant les plus défavorables à leur satisfaction, on identifie la rapidité, l'équité, la continuité des soins, la solidarité et l'accessibilité. Voici donc une brève définition de chacune d'elles, accompagnée des éléments qui interfèrent avec la satisfaction des usagers rencontrés.

1) La rapidité correspond à la réduction du temps pour obtenir une réponse à une demande de service (date rapprochée du rendez vous, prise en compte de l'urgence d'une situation) ou au service lui-même (durée d'attente avant d'être examiné et soigné). Un délai raisonnable est revendiqué par l'ensemble des usagers. 2) L'équité entre les consultants correspond à une forme d'égalité entre les individus et entre les différentes classes sociales. Son respect permet de lutter contre toute forme de discrimination et rejette des traitements de faveur pour un individu. L'absence d'équité y est souvent déplorée principalement en raison des privilèges que l'on réserve aux usagers des structures qui possèdent leur propre réseau de connaissances dans le milieu (parent, ami, confrère). La réduction du temps d'attente ou le rapprochement d'un rendez vous illustrent ces privilèges dénoncés par les usagers. 3) La continuité des soins est une dimension qui s'oriente vers une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'utilisateur et la circulation de l'information. Elle y est identifiée, en terme de discontinuité, à partir d'indices répertoriés par quelques usagers, tel que le changement de professionnels d'une consultation à l'autre ou l'absence du professionnel responsable d'une consultation spécialisée, malgré le rendez vous accordé au préalable. Le manque de médicaments, le matériel non fonctionnel ou non disponible sur le lieu habituel de consultation et l'éloignement des structures spécialisées pour les examens de laboratoire sont d'autres indices relatés par la population interrogée. Quant au mode de circulation de l'information, il est peu discuté par les différents informateurs. Néanmoins, on collecte quelques indices à prendre en compte pour mieux saisir la rencontre de l'utilisateur avec les différentes structures d'accueil. Il s'agit d'un service d'accueil qui demeure

vacant. Pour l'homme, notamment en milieu urbain, il faut qu'il y ait "une présence permanente d'agents, puisqu'avant l'information, c'est à l'accueil du client qu'on transmet le message". Cet exemple illustre la conviction de l'utilisateur selon laquelle la qualité de la structure passe aussi par la disponibilité de l'information à l'accueil : "si tu trouves de l'information, c'est que la qualité se trouve dans le service". 4) La solidarité est identifiée comme étant une action destinée à impliquer les proches dans l'organisation et les prestations de services. Selon les propos collectés, le volet du règlement intérieur qui interdit la présence de membres de la famille auprès de la femme hospitalisée dans l'une des structures de santé de la reproduction, correspond, pour l'utilisateur et plus spécifiquement pour la femme en âge de reproduction, à un autre motif d'insatisfaction qui la conduit à valoriser, dans ce cas, le secteur privé qui accepte l'accompagnement du client par un proche. 5) L'accessibilité rend possible l'accès aux services sur le plan de la géographie, des institutions physiques, des horaires, de la langue et de la culture de référence des différents consultants. L'éloignement géographique des laboratoires pour les usagers issus du milieu rural s'avère être, dans cette étude, un important motif d'insatisfaction qui peut conduire, dans certains cas, à l'arrêt du suivi d'un problème spécifique de santé. L'accessibilité au niveau des horaires demeure, pour plusieurs, insuffisante. En effet, certains souhaiteraient consulter les après midi et d'autres proposent de prolonger les horaires d'ouverture entre treize heures et quinze heures, à l'exemple des services postaux. Par contre, les femmes en âge de reproduction issues du milieu rural expriment leur satisfaction à propos de l'évolution de la fréquence des consultations (augmentées à trois fois par semaine) et à la possibilité qu'elles ont de choisir le jour selon leur convenance personnelle. Quant à la prise en compte du niveau culturel de l'individu, un autre indice de non satisfaction serait la langue française utilisée par les médecins comme un mode de transmission de messages pour la santé ou comme outil de conversation auprès de sujets arabophones. Les indices de fonctionnement de la structure, principaux critères de non satisfaction identifiés par les usagers ou leurs accompagnants, ne peuvent être analysés sans liens avec les ressources disponibles (structure) ni sans discussion des activités de gestion et de celles liées aux prestations (processus). Ceci devrait faire l'objet d'un travail ultérieur qui permettrait de croiser les résultats de cette étude avec celle qui a évalué le fonctionnement des structures de santé de la reproduction. Il nous est toutefois possible d'introduire quelques données complémentaires à l'étude précitée, également extraites des entretiens de groupes. Voici donc les quelques caractéristiques du fonctionnement structurel, tel que discutées, le plus souvent en spontané, par les usagers au moment des rencontres : 1) la sous qualification de certains professionnels; selon quelques témoignages, certains professionnels - principalement durant les gardes de nuit - ne seraient pas qualifiés pour assurer les activités exigées par un poste de travail et par une situation clinique. L'exemple choisi par l'utilisateur est celui de l'ouvrière qui veille une parturiente durant une garde de

nuit "sur instructions du médecin et de la sage femme de garde partis dormir"; 2) la démotivation a été identifiée chez certains acteurs au sein de différentes structures de santé de la reproduction. On considère que si l'on ne fait pas l'effort de l'entretenir, cette motivation s'atténue avec les années de pratique. On suppose que ce sont les praticiennes plus âgées et par conséquent davantage expérimentées qui démotivent les jeunes et nouvelles recrues; 3) une structure insuffisamment féminisée : on souhaite que les femmes soient prises en charge par les médecins femmes. Cette opinion est souvent exprimée aussi bien par les consultant(e)s de tous âges et de tous milieux que par les époux. Les femmes âgées en milieu rural nuancent ce choix en se révélant peu soucieuses du sexe du médecin et celles en âge de reproduction en milieu urbain ne cachent pas leur préférence pour le tibia (médecin homme) parce que la tibia (médecin femme) "est sur ses nerfs et rôlé tout le temps"; 4) une exigence d'attention et de vigilance permanentes : la représentation du milieu de la santé de la reproduction comme un endroit où le danger et la possibilité de l'urgence d'une situation demeurent permanents et qui méritent attention et vigilance du fait de la surveillance de, non pas une seule mais bien souvent, de deux vies à la fois; 5) le cumul des activités inhérentes au secteur privé avec celles entraînées par les exigences de la fonction en structure de santé publique est rapporté par différents usagers qui le dénoncent fortement comme une raison majeure de la disponibilité très insuffisante des médecins dans les hôpitaux; 6) le désordre et le manque de cohésion qui émergent dans les propos de différents usagers bien que certains d'entre eux posent un regard davantage approuvateur en mentionnant l'existence du travail partagé dans certains milieux; 7) la hiérarchisation des fonctions est associée, par quelques participants, à la possibilité, du moins pour le secteur public, de remonter vers un palier supérieur, pour formuler ses plaintes et adresser ses demandes dans le cas de problèmes de prise en charge identifiés par l'utilisateur lui-même.

Le secteur professionnel touche la prestation de soins sous l'angle professionnel et fait donc référence à une profession, à une expertise, à une façon requise de répondre aux besoins du citoyen par des attitudes, des soins, des prestations, des services et des conseils appropriés. Voici les indices identifiés et développés à partir des propos des usagers : 1) la fiabilité est une attitude qui favorise l'accomplissement de pratiques professionnelles ou la réalisation de différentes interventions dans des conditions appropriées, sécuritaires et dignes de confiance. La fiabilité réfère également à l'adaptation des équipements aux besoins des usagers ainsi qu'aux résultats attendus quant aux services rendus. Quelques rares critiques ont été exprimées à propos de certains actes, à l'exemple d'une épisiotomie effectuée en inadéquation avec les conditions de sécurité exigées. On mentionne également le manque de certains équipements, à l'exemple de l'échographe dans un hôpital ou d'une salle d'accouchement qu'on évalue trop petite ou encore un dépassement de la capacité des services hospitaliers (trois nouvelles accouchées par lit). Ces critiques concernent plus particulièrement

le milieu hospitalier et sont formulées essentiellement par des femmes en âge de reproduction. Elles ont cependant une appréciation positive des centres de santé de base et insistent sur la disponibilité des moyens. Quant aux femmes plus âgées, elles trouvent que tout est aussi disponible en milieu hospitalier. Les hommes du secteur péri urbain confirment le manque de matériel en mentionnant à nouveau l'échographe en panne et la nécessité de se déplacer vers une autre structure pour compléter les analyses prescrites. Différents indices se rapportent d'une certaine manière à un manque de professionnalisme et peuvent être à l'origine d'une baisse de la satisfaction de l'utilisateur : le personnel qui discute et plaisante dans les bureaux, des médecins qui arrivent en retard et qui "râlent", des sages femmes à l'allure endormie et qui laissent les femmes attendre sur la table d'accouchement dans une position aussi gênante qu'inconfortable, un médecin qui aurait giflé une parturiente.... Si ces propos témoignent de l'exigence et du regard critique porté par le citoyen, ils ne permettent pas de mesurer la fréquence de tels incidents. Il peut s'agir d'un événement isolé vécu douloureusement par un individu ou d'incidents répétitifs. L'observation du réel centrée sur l'interaction des acteurs pourrait jeter davantage de lumière sur ces aspects (évaluation qualitative et quantitative du processus) et contribuer à l'approfondissement de l'analyse entreprise; 2) l'apaisement, un indice qui correspond à la capacité du prestataire – telle que ressentie par l'utilisateur - de calmer et de mettre en confiance. Il a été valorisé et présenté le plus souvent comme un indice de satisfaction. Cependant, plusieurs incidents révèlent des insuffisances pouvant être atténuées; 3) la responsabilisation, la notion de choix et de consentement convergent une action destinée à accroître l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité à prendre des initiatives, à s'assumer et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne. Ce sont les usagers issus du milieu rural qui en ont discuté positivement. D'abord, les femmes en âge de reproduction, en décrivant la démarche de la sage femme et en insistant sur la marge de liberté ressentie par rapport au choix de la méthode, ensuite les hommes qui considèrent que les professionnels sont des "gens laborieux qui prodiguent des conseils sur les mesures d'hygiène de vie". L'absence d'autres témoignages ne permet pas de revenir sur cette dimension de la qualité.

La rencontre de l'utilisateur, bien portant ou malade, avec les structures de santé de la reproduction, prend des formes diversifiées et de plus en plus complexes. S'y arrêter, en partant une fois de plus du point de vue de l'utilisateur, permet de dégager d'autres indices de non satisfaction qui peuvent contribuer, s'ils ne sont pas pris en compte, à éloigner les individus des structures appropriées à la promotion de leur santé. Les propos collectés témoignent, comme nous le verrons dans cette partie, d'une pluralité de configurations de l'interaction médecin – malade. Si certains ont tendance à respecter l'autonomie de l'utilisateur, son individualité et son choix au moment de la prise de décision, d'autres semblent davantage directives, impersonnelles et peu propices à la mise en confiance. Ainsi, les principaux aspects en

rapport avec ce volet qui font l'objet de critiques de la part des consultants, concernent principalement la qualité de l'écoute, la réponse offerte ainsi que le respect et la disponibilité : 1) une insuffisance au niveau de l'écoute : certaines femmes ne se sentent pas suffisamment écoutées, la communication demeure superficielle, certaines professionnelles évitent de s'approfondir; 2) une insuffisance au niveau de la réponse décrites comme étant insuffisante, donnée brièvement, de manière plutôt expéditive, adressée dans des termes non recevables, ou même de l'absence de réponse; 3) un manque de respect : on parle de reproches, de propos moralisateurs, de gestes brusques, certaines femmes se sentent sous-estimées; 4) un manque de disponibilité : on parle plutôt de manque de patience, de consultation accordée dans un climat expéditif.

Confrontation des résultats aux données de la littérature

Cette étude menée auprès des adultes usagers des services de la santé de la reproduction révèle que leur satisfaction passe inéluctablement par la qualité de la relation Soignant - Soigné. C'est donc autour de ce déterminant majeur que nous procéderons à une exploration des données de la littérature pour confirmer, étayer et parfois contredire les résultats de cette recherche. Notre lecture a mis en évidence trois angles par lesquels la relation Soignant – Soigné peut être influencée : le profil de l'utilisateur lui-même, la contribution du prestataire et enfin, la rencontre ou l'écart entre les deux partenaires. La voix de l'utilisateur mérite également d'être abordée comme "l'expert de l'utilisation des services publics", d'après Quatrebarbes cité par Loroy (2004).

Profil de l'utilisateur des services de santé de la reproduction

Les profils sociodémographiques des groupes de populations investigués par cette recherche, notamment les femmes âgées et celles en âge de reproduction, confirment la rupture avec le modèle traditionnel illustrée par l'évolution notable de l'indice synthétique de fécondité qui est passé de 7.7 en 1966 à 2.1 en 2001 en Tunisie (Gueddana, 2001).

D'autre part, si dans les pays anglo-saxons, on considère que deux groupes particuliers sont plus enclins aux problèmes relationnels lors de la rencontre médecin-patient : 1) ceux qui sont issus de classes économiques faibles et les patients de sexe féminin : nous pouvons dire, en nous basant sur le point de vue des usagers interrogés, en particulier des femmes de divers milieux de résidence, que c'est leur âge qui détermine les indices de satisfaction et probablement leurs motifs de consultation. En effet, la femme ménopausée est moins critique et semble satisfaite des interactions entretenues avec le personnel de santé. Ce sont donc les services hospitaliers - au moment d'un accouchement – qui témoignent de lacunes au niveau de ce volet relationnel.

La contribution du prestataire

Les caractéristiques socioprofessionnelles (âge de l'agent, le sexe, la profession) seraient, du point de vue de l'utilisateur, des variables influant sur la satisfaction. Certains valorisent un personnel jeune, la plupart des femmes ainsi que les époux souhaitent que des femmes prodiguent les soins et assurent les différentes consultations.

Schweyer fait référence à la loi 1943 qui réorganisa les études en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage femme en France, et qui invoquait comme qualités nécessaires à l'exercice du métier de sage femme une "connaissance interne, profonde et personnelle de la féminité". En effet, les compétences médicales basées sur un savoir technique n'étaient pas seules à être exigées. La dimension relationnelle, pédagogique, de conseil et même d'empathie, cette faculté de s'identifier à quelqu'un, à ressentir ce qu'il ressent, était citée, comme une qualité nécessaire à l'exercice du métier. Celle-ci ne relève pas d'une qualité fondée sur un savoir mais bien d'une compétence propre au genre : il faut être femme pour la posséder (Ghérissi, 2003). Dans un autre ordre de pensée toujours spécifique à la profession de sage femme, Fältholm (1998) se dit convaincue que "le discours de la sage femme est féministe dans son fondement et s'oriente sur le principe de la sage-femme femme et de l'obstétricien homme".

La maternité : un espace aliénant

Toujours selon les témoignages des usagers, certains milieux, plus particulièrement les services hospitaliers, seraient peu propices à des échanges empathiques, ouverts au respect de l'autre. Dans une recherche réalisée dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Jaffré & de Sardan (2003) soulignent que "ce sont les maternités qui, partout, sont les lieux privilégiés de la violence verbale et physique. Les parturientes témoignent souvent des violences qu'elles ont subies de la part des sages femmes. Aussi, c'est souvent une atmosphère de peur qui règne dans les centres de santé où le patient apparaît plutôt comme un gêneur".

Bienséance ou indifférence et arrogance

Jaffré & de Sardan (2003) soulignent que "pour des patients ordinaires, l'univers médical moderne est un univers également traumatisant à cause de l'attitude indifférente ou arrogante des personnels de santé". Ils confirment que "la dimension de l'accueil mise en avant parmi les réformes nécessaires, va en fait, beaucoup plus loin que la simple mise en place d'un bureau d'information à l'entrée de la formation sanitaire, et débouche sur l'ensemble de la relation entre personnels et usagers".

L'absence d'écoute du malade

La qualité d'écoute a été souvent décrite comme très insuffisante par les femmes en âge de reproduction

qui se plaignent notamment des médecins femmes au centre de santé de base, pour leurs réponses brèves et sèches et pour l'impossibilité pour elles de leur poser plus d'une question à la fois à chaque consultation. Si cette caractéristique se limite aux femmes en âge de reproduction des milieux urbain et périurbain, elle est décrite comme généralisée par Jaffré et de Sardan (2003) qui relèvent que "le dialogue est le plus souvent réduit à sa plus simple expression : quelques questions brèves et stéréotypées du soignant qui n'attend que des réponses toutes aussi brèves et stéréotypées du malade".

La rencontre ou l'écart entre Prestataire et Patient



Les quelques témoignages centrés sur les indices de non satisfaction de la relation soignant – soigné nous rappellent cette pluralité de configurations de l'interaction entre les professionnels de la santé et les usagers des structures de soins développées par Szasz et Hollander en 1956, cités dans bon nombre d'ouvrages récents spécialisés dans le domaine de la sociologie de la santé et de la maladie : le modèle intitulé "activité – passivité", celui de la coopération guidée et enfin, celui de la participation mutuelle. Si certains usagers reconnaissent des interactions favorables à leur coopération et, à moindre fréquence, une participation éclairée, plus particulièrement concernant le choix d'une méthode contraceptive, d'autres déplorent des situations de soins ou des consultations qui les maintiennent dans un état de passivité, en raison, principalement, de la pauvreté des échanges et d'un contact qu'ils n'hésitent pas à qualifier de superficiel et de plutôt expéditif (Cockerman, 2001). Waitzkin (1985 et 1991) identifie la différence de classe sociale entre les partenaires, comme l'une des principales explications de cette lacune au niveau relationnel. Selon cet auteur, les patients issus de milieux plutôt défavorisés seraient moins informés que les individus appartenant à des classes sociales que l'on qualifie de supérieures. Le statut socio-économique émergerait comme un facteur déterminant pour produire et recevoir de l'information médicale. Une enquête réalisée au Niger a révélé que, dans les centres de santé situés en milieu urbain, 45% des sages femmes provenaient d'un milieu aisé. Elles étaient pour la plupart, issues d'une société urbaine composée de fonctionnaires relativement nantis (Jaffré & Prual, 1993).

Des îlots de personnalisation ou le régime des faveurs

Cette étude a mis en évidence que l'absence d'équité représente souvent pour les usagers, à l'exception des femmes âgées, un indice de non satisfaction. Cela renvoie à l'enquête réalisée en Afrique de l'Ouest où un usager déclare : "ici, il faut avoir un parent.... Connaître des gens est le plus sûr billet d'entrée". Selon les auteurs, "les relations que les soignants entretiennent avec des malades recommandés ou faisant partie de leur propre réseau, deviennent des relations beaucoup plus interactives et même parfois particulièrement chaleureuses". Plus encore, ils n'hésitent pas à considérer qu'il s'agit d'un "système de relations réservées à une minorité privilégiée, à ceux que, parfois, on appelle

les PAC (parents, amis, connaissances) ou les passe (passe-droits). Les salutations sont cordiales, le malade est pris en charge, écouté et informé. On peut parler de personnalisation voire de sur-personnalisation, dans la mesure où il n'est pas rare que le soignant délaisse son poste et ses malades pour s'occuper de son protégé, le guider dans le dédale de l'hôpital, l'introduire auprès de ses collègues". Pour les mêmes auteurs, l'absence totale d'équité est perçue comme un favoritisme "injuste qui fait l'objet d'un fort rejet... Celui qui en est exclu un jour (ne connaît personne) et condamne le favoritisme, sautera sur l'occasion d'en bénéficier un autre jour (s'il connaît quelqu'un)" (Jaffré & de Sardan, 2003).

Quand les attentes divergent

Une recherche triangulaire menée auprès des différents intervenants concernés par les services des sages femmes, a révélé que les femmes s'attendent à ce que la sage femme soit "ouajba (réactive)" et empathique considérant que "son caractère et sa façon d'être sont importants". De leur côté, les formateurs attendent un pré-requis personnel pour garantir l'empathie nécessaire entre elle et la femme, à savoir l'expérience de la maternité. Enfin, les sages femmes et les employeurs attendent un savoir, plus précisément obstétrical, ainsi qu'un savoir faire - limité pour les médecins - et un savoir allié au savoir faire pour répondre aux exigences de la femme et de la santé de la procréation (Gherissi, 2003).

Nous pouvons conclure ce bref chapitre qui représente sans conteste le principal déterminant de la satisfaction ou de la non satisfaction de l'ensemble des usagers des services de santé de la reproduction, que la relation Soignant - Soigné se base sur des critères qui ne sont autres que les droits des clients déjà énoncés dans les normes de qualité du counseling (Centre de Formation Internationale et de Recherche, 2004). Les utilisateurs des services de santé réclament des interventions, des traitements et des soins sans risque et appropriés; ils veulent être traités avec dignité et respect; ils demandent des informations précises, opportunes et pertinentes (Graham, 2001). Attendus par l'utilisateur, ces droits exigent néanmoins du prestataire qu'il fasse preuve d'empathie ou de savoir-être personnel, par lequel il révèle sa capacité à faire preuve de savoir-être professionnel. Il s'agit donc des maillons d'une chaîne qui contribue grandement à la satisfaction de l'utilisateur. Ceci renvoie à une dimension pédagogique puisque le savoir-être personnel est une catégorie de savoir qui ne s'apprend pas par la formation mais qui nécessite un apprentissage à l'introspection qui permet à l'apprenant d'être capable d'empathie dans l'exercice de ses fonctions. Le savoir-être professionnel est dicté par l'éthique et la déontologie. Dans le cas précis de l'exercice de la sage femme, le savoir-être professionnel requis d'elle, exige un apprentissage des principes éthiques et déontologiques ainsi que des comportements à adopter notamment face aux situations particulières comme le deuil périnatal, la grossesse ou la naissance en dehors des liens du mariage, la demande d'avortement pendant le mois de ramadan... (Ghérissi, 2003).

Faire entendre la voix de l'utilisateur et en tenir compte

Graham (2001) recommande que "...les consommateurs soient invités à participer et à être consultés, non seulement en ce qui concerne leurs propres soins de santé mais aussi pour ce qui est de la planification et de la prestation de service, de l'évaluation de la situation sanitaire et de la recherche médicale". A cette suggestion d'implication de l'utilisateur, Loroy (2004) ajoute : "...l'évolution de la qualité des services publics est présentée comme une nécessité pour répondre notamment aux exigences actuelles de citoyens mieux formés, mieux informés, comparant les services publics et privés même s'ils n'en attendent pas la même chose". Dans le même ordre de pensée, une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à l'hôpital, a été réalisée en 2001 aux fins d'explicitier leur point de vue sur ce qu'était, pour eux, un "bon hôpital" ainsi que sur les informations relatives à l'hôpital qu'ils souhaiteraient voir mises à leur disposition. Cet "atelier d'expression" a, entre autres, révélé que les usagers émettent un souhait relatif à la qualité de la communication avec les soignants (Amar *et al.*, 2001).

Limites de la recherche

Comme toute recherche qualitative, ce travail se caractérise par des limites parmi lesquelles, la taille de l'échantillon considéré (micro échantillon), l'absence de représentativité par ailleurs non recherchée, ainsi que l'absence de représentation des femmes âgées et des jeunes en milieu urbain privilégié. En effet, les focus group ont surtout privilégié le milieu urbain modeste. De plus, le travail de réinterprétation de ce que disent les sujets interviewés ou plutôt le rapport entre ce qu'ils disent et ce que l'on prétend qu'ils disent est complexe. En effet parmi les biais pouvant s'appliquer à ce genre d'étude, en relation et attribuable à l'interviewer, on ne peut que revenir sur la subjectivité du chercheur. Bénéfique et même indispensable au déroulement de ce type d'étude, elle ne garantit pas, pour autant, un travail de réinterprétation absolument fidèle au sens communiqué par les usagers. Bien que la première prise de contact visait à encourager les usagers à dire ouvertement ce qu'ils pensaient et que les objectifs de l'étude leur étaient communiqués, un autre biais, celui-ci rattaché au contexte de l'enquête, peut être évoqué. En effet, on peut se demander jusqu'à quel point et dans quelle mesure, les usagers peuvent taire leur insatisfaction, par peur de représailles.



Conclusion et Recommandations

Le point de vue des usagers – effectifs et potentiels – dans l'évaluation des services de la santé de la reproduction devrait contribuer à mieux prendre en compte leurs attentes et leurs besoins spécifiques, et par conséquent, à recentrer l'organisation des structures concernées autour de ce public. Ce recentrage sur les attentes prioritaires et sur les indices de satisfaction de cette clientèle nous

suggèrent quelques éléments d'une culture globale qui témoigne notamment de valeurs préférentielles (respect de soi, empathie...), de rapports à l'autre (de genre, entre partenaires de soins) et à sa propre santé, à prendre en compte dans la structuration des services. On y retrouve 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 de sa structure. On remarque également un usager en mesure de se positionner dans un rôle de partenaire désireux de s'associer au choix des stratégies de maintien de sa santé, moyennant une information suffisante et recevable et une prise en compte de ses priorités. L'ensemble de ces propos dessine donc avec précision les droits des patients (plus particulièrement à l'expression, à l'information, aux soins ...) et les devoirs et obligations des professionnels de la santé envers ces derniers (obligation de soigner et de traiter équitablement, d'une manière sécuritaire et conforme aux différentes normes de pratiques) et reflète certaines parties développées par le manuel des normes et des procédures (Centre de Formation Internationale et de Recherche, 2004). Ces propos nous rappellent également différents liens entre la qualité relationnelle et l'observance au suivi, et donc, l'enchaînement, partant de leur contribution à la fidélisation de l'utilisateur aux structures à la promotion de la santé de l'individu, en passant par l'efficacité des soins de santé de la reproduction. Cependant, il faut bien considérer que le fait de mesurer le point de vue du patient 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 des services de santé de la reproduction, d'un individu à l'autre. Cette évaluation des besoins de notre population peut conduire vers un nouvel indicateur de performance du système de santé et venir conforter l'orientation actuelle d'une politique nationale de réduction des inégalités (régionales, selon les profils socioéconomiques, selon les types de soins et de pratiques).

Recommandations formulées par les usagers

La synthèse des suggestions faites par les usagers pour améliorer à leur point de vue la qualité des services de santé de la reproduction, porte sur les trois axes suivants : 1) sur le plan relationnel, plus de proximité et de présence empathique de la part du prestataire; 2) sur le plan organisationnel, rapprochement et disponibilité des structures : flexibilité des horaires et réduction du temps d'attente, rapprochement des délais de rendez vous, visites inopinées de contrôle, disponibilité temporelle et physique des agents dans les postes de travail, disponibilité des médicaments et du matériel d'exploration, ponctualité des professionnels en particulier les médecins, accompagnement du malade par ses proches reconnaissance des bienfaits de la médecine traditionnelle, en rapport avec la santé de la

reproduction et appel à une reconnaissance officielle; 3) sur le plan professionnel, des actes sécuritaires, conformes à des normes de qualité.

Recommandations opérationnelles

La présentation fidèle mais structurée des suggestions émises par les usagers interviewés impulse une autre réflexion sur les recommandations opérationnelles qui se dégagent de l'ensemble de cette recherche. On y retrouve les axes classiques d'intervention à savoir, la formation initiale et continue, la recherche et enfin l'organisation de l'offre de services de santé de la reproduction. Néanmoins, le contenu de ces axes pourrait, lui, renforcer et améliorer les acquis par des approches innovantes. Leur réalisation pourrait enfin se faire sur différents termes. Ce sont les médecins et les sages femmes qui émergent comme les principaux prestataires de référence des usagers des services de santé de la reproduction. Des interventions à trois niveaux sont nécessaires : 1) dans la formation continue immédiatement accessible, il est opportun et pertinent d'organiser des ateliers – nationaux et régionaux - de formation et de réflexion psychopédagogiques périodiques afin d'amener les différents professionnels – prestataires, administrateurs et superviseurs – ainsi que les formateurs, à travailler sur leurs savoirs-être personnel et professionnel. Ces catégories de savoirs ont été identifiées comme la pierre angulaire qui garantit la compétence du professionnel impliqué dans l'offre de services de santé de la reproduction. Elles lui permettent d'adopter une attitude professionnelle par laquelle l'empathie développée lui fait faire face à tout patient quelles que soient sa doléance et sa plainte. C'est aussi le fait d'avoir eu l'occasion de travailler sur ses propres valeurs personnelles qu'il devient à même de faire preuve de professionnalisme même s'il est contrarié ou stressé (Ghérissi, 2003); 2) dans la formation initiale, l'intervention est réalisable dans l'immédiat par de séances d'introspection ou de "travail sur soi" tant auprès des étudiantes sages femmes que des étudiants en médecine. Elle doit être prise en charge par des intervenants qualifiés – psychologues et/ou psychopédagogues – dans le cadre de séances de groupes pour tous les étudiants et durant tout le cycle d'études. La notion de savoirs être personnel et professionnel devrait également faire l'objet de conférences sur le concept de compétence auprès des enseignants médecins et paramédicaux, sages femmes en particulier. Les ateliers pédagogiques du programme de formation post-universitaire des médecins dans les facultés de médecine devraient en inclure au moins un sur ce concept. Il en est de même pour le programme de formation pédagogique des cadres de la santé. Une évaluation de l'attitude de l'étudiant lors des examens de pratique doit être codifiée et instituée. A plus long terme, un test psychotechnique doit être institué au préalable du recrutement des bacheliers intéressés par des études médicales ou paramédicales; 3) dans la supervision formative, les professionnels en charge devraient être impliqués dans les ateliers de formation et de réflexion psychopédagogiques cités ci-dessus. Par ailleurs, ces mêmes superviseurs doivent être également réunis à

part pour effectuer ce "travail sur soi" en toute objectivité. La recherche représente l'une des pierres angulaires de l'assurance qualité des services de santé en général et de ceux de la reproduction en particulier. S'il est normal d'insister sur la nécessité de maintenir cette composante au même titre que l'évaluation des services tant à l'échelle nationale, qu'à celles régionales et locales, il nous paraît utile de recommander la diffusion et l'utilisation de leurs résultats. Nous insisterons également sur l'intérêt de multiplier l'approche qualitative de sondages d'opinions au sein de la population consommatrice et prestataire. Dans l'immédiat, cette recherche appelle à être complétée par des entretiens centrés de groupe auprès de jeunes non considérés par le recueil de données et ce, en rapport avec la proximité d'un espace jeunes en santé sexuelle et reproductive. En effet, les six entretiens réalisés lors de cette étude – mais non encore analysés – ont révélé la spécificité du profil et des attentes de ce groupe de population. Deux d'entre elles ont été conduites en milieu péri urbain à proximité d'un espace jeunes, deux autres en milieu urbain au sein de l'espace jeunes et deux autres en milieu rural dispersé non nanti d'un espace jeunes. La lecture des transcriptions et des traductions effectuées pour les six entretiens effectués mettent en évidence la nécessité d'en conduire deux autres en milieu rural à proximité d'un espace jeunes. Cette étude complémentaire apporterait un éclairage des représentations et des attentes en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes en relation avec les services offerts par les espaces qui leur ont été consacrés. Toujours dans l'immédiat, il serait judicieux de procéder à une analyse comparative entre les résultats de cette recherche et ceux de l'évaluation du fonctionnement des structures de santé de la reproduction. Un tel travail permettrait d'identifier les éléments de concordance entre la satisfaction des usagers et la réalité du fonctionnement de ces structures. A moyen terme, une recherche qualitative similaire gagnerait à être réalisée auprès des prestataires des services de santé de la reproduction et les résultats à être mis en parallèle avec ceux de cette étude. Etant donné les limites de tout travail de recherche qualitative, nous proposons qu'une enquête quantitative soit réalisée pour chiffrer les tendances identifiées par cette recherche et pour procéder à des comparaisons par croisement des variables entre les différentes populations. A plus long terme, la méthode de l'observation du réel centrée sur l'interaction des acteurs soignant – soigné représente un autre type de recherche qui, bien que particulièrement coûteux en terme de temps, mériterait d'être utilisée. Elle permettrait de contourner la subjectivité des propos des usagers par l'utilisation d'un outil scientifiquement valide de la relation établie entre le soignant et le soigné lors de la prestation. L'exploration de la pratique du doua arbi en rapport avec la santé de la reproduction nous paraît être une autre recherche socio-anthropologique indiquée pour analyser les déterminants de telles pratiques sociales au sein des populations et pour identifier les liens ou les écarts entre ces déterminants et les services offerts. Malgré les plaintes relatives au manque de moyens matériels et structurels, nos propositions ne seront pas d'en créer d'autres mais de rentabiliser celles existantes

par une meilleure organisation de l'offre de prestations, notamment par le redéploiement du personnel et des horaires qui devrait soulager l'effectif de consultants et réduire par là même le temps d'attente. D'autre part, les cliniques et les équipes mobiles devraient véhiculer les produits et les résultats d'analyses entre les communautés rurales éloignées et le centre de santé de la reproduction. Cette proposition entre dans le cadre de la stratégie actuelle de rapprochement des services à la population. Dans le milieu rural, elle peut contribuer à garantir la continuité dans le recours aux services par une population qui n'a plus à se soucier d'organiser et de financer un ou plusieurs déplacements en ville pour effectuer des tests sanguins puis en récupérer les résultats.

Références

- Amar L, Bachimont J, Bremond M, Ghadi V, Letourmy A, Naiditch M, Schaetzel F (2001). Une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à l'hôpital. *Etudes et Résultats* 115 (mai) (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er115.pdf>).
- Bruce J (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91.
- Centre de Formation Internationale et de Recherche (2004). Counseling et bilan de la cliente. Extrait du Manuel de Référence en Santé de la Reproduction pour les prestataires de la Santé Publique. Office National de la Famille et de la Population, Tunisie.
- Cockerman CW (2001). *Medical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- 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.
- Fältholm Y (1998). *Paper E - Discursive strategies of Swedish Midwives*. In: *Work, Co-operation and Professionalisation. A multiple study*. Doctoral thesis. Department of Human Work Sciences. Division of Industrial Work Environment. Lulea University of Technology. pp. 3-4, 59.
- Ghérissi A (2003). *La sage-femme en Tunisie : quel référentiel de métier ? Quel référentiel de compétences?* Thèse de doctorat d'université. Discipline : Sciences de l'Education. Faculté des Sciences Humaines et Sociales. Université René Descartes. Paris 5.
- Gueddana N (2001). *L'expérience du programme tunisien de planification familiale*. Population et Développement en Tunisie - la métamorphose, pp. 203-232.
- Graham JD (2001). L'attente des usagers. *L'Observateur de l'OCDE*. 2001(6) http://www.observateurocde.org/news/printpage.php/aid/486/L_attente_des_usagers.html#mainNavHome.
- Hubbell FA, Waitzkin H, Mishra SI, Dombrink J & Chavez LR (1991). Access to medical care for documented and undocumented Latinos in a southern California county. *Western Journal of Medicine*, 154(4), 414-417.
- Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (2003). Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. *Cahiers d'études africaines*, 182(2006), 463-465.

- Jaffré Y & Prual A (1993). "Le corps des sages-femmes", entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Santé*. 11(2), 63-80.
- Loroy D (2004). La satisfaction des usagers/clients/citoyens du service public. Accès aux données le 10 juin 2015 à www.uvcw.be/articles/3,16,2,0,583.htm.
- Schweyer FX (1996). La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste. *Sciences Sociales et Santé*. 14(3), 67-87.
- Szasz TS & Hollander MH (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med*, 97(5), 585-592.
- Waitzkin H (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(2), 81-101.
- Ware JE, Snyder MK, Wright WR & Davies AR (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 247-263.

Auteurs :

Atf Gherissi. Sage-femme MEdSc PhD. Maître Assistante Universitaire, Sciences de l'Éducation. 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.