

Méthodologie de l'étude (1)

Introduction: Ce travail fait suite à une analyse approfondie de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 6, 2018) qui a révélé, grâce à une comparaison avec les résultats du MICS 4 (2012), un recul sur principalement 3 indicateurs de la SSR/PF et des droits des femmes :

- La **prévalence contraceptive** (recul de 12 points entre 2011 et 2018 (de 62.5 à 50.7). Chute qui atteint 15,2% pour la région du centre ouest.
- L'**augmentation des besoins non satisfaits en PF** notamment pour le centre-ouest
- L'**alphabétisation des filles** (83,4% contre près de 90% pour les garçons).

Le modèle de **Bertrand et al., 1994**, propose un regroupement des variables explicatives de ce recul en deux axes majeurs :

- Fléchissement de la demande et/ou
- Recul de l'offre.

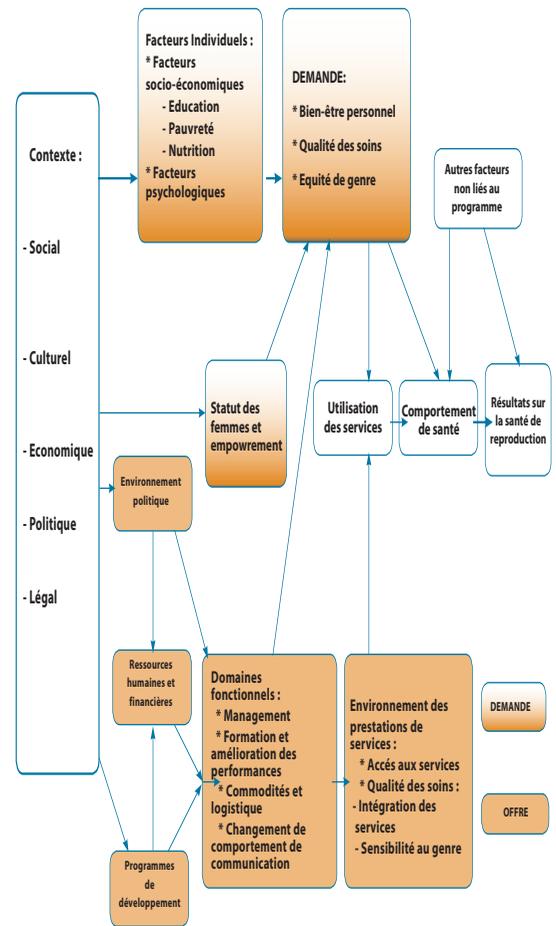


Figure 1 Schéma conceptuel de Bertrand

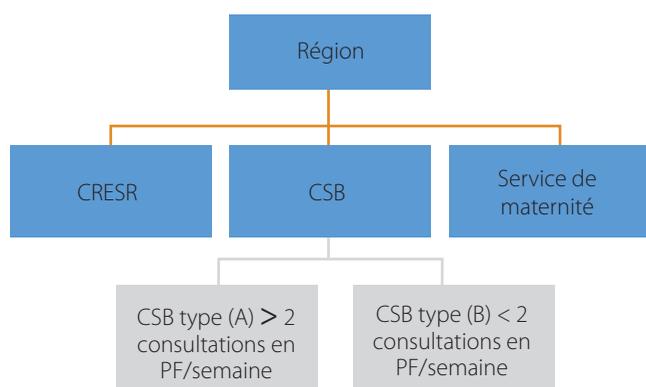
Tableau : Publics cibles et outils de recueil des données par profil

Public cible	Outils	Timing	Nbr par structure = 24 (+8 Mater)	Total	Objectifs
Un responsable de l'institution	Entretien directif et grille d'observation	'30	1/structure	24	Gestion, ressources, difficultés, activités réalisées. Circuit, propreté, salle d'attente, stockage, bloc opératoire
Les prestataires (médicaux et paramédicaux) CRSR, CSB, Maternité	Questionnaire	'20	2-6/ structure (selon taille de la structure)	Environ 100	Formations, pratiques, attitudes
	FG (dans 1 région) + EI	'20-30	1 FG/grande région 2 EI/région	1 FG + 14 EI	Satisfaction, pratiques et représentations sociales de la mission de l'ONFP et des clientes
Les usagères (utilisatrices et non utilisatrices des composantes : counseling PF, avortement et contraception)	Questionnaire tout venant	'20	5-10/ structure	150	Satisfaction, attitudes et RS
	Entretiens Individuels et FG	'20-30	2 à 3/grande région (*7)	Entre 14 – 21 EI et FG	Attitudes et représentations sociales. <u>Remarque</u> : veiller à rencontrer en EI ou en FG des femmes non utilisatrices des services PF et des bénéficiaires du service avortement.

Méthodologie de l'étude (2)

OBJECTIF

Interroger l'offre des services en santé sexuelle et reproductive (SSR) et plus particulièrement en planning familial (PF) du point de vue de leurs accessibilité et de leur qualité. Cette étude a concerné :



- **Échantillonnage**: raisonné (pour les régions et les centres visités) et aléatoire (pour les prestataires et les usagers) a été réalisé afin d'identifier les structures à visiter :
- **Echantillon représentatif des 7 grandes régions socio-économiques**: Grand Tunis, Nord-Est (NE), Nord-Ouest (NO), Centre-Est (CE), Centre Ouest (CO), Sud Est (SE) et Sud Ouest (SO)
- L'état de l'infrastructure, la disponibilité du matériel, les activités réalisées, les Prestataires de Service (PS) ainsi que les clientes-patientes ont été examinés dans cette étude.
- **Huit régions ont ainsi été visitées** : Manouba (Grand-Tunis), Bizerte et Nabeul (NE), Jendouba (NO), Sousse (CE), Sidi Bouzid (CO), Tozeur (SO) et Médenine (SO) + 1 FG avec les SF de la région du centre ouest réalisé à Kairouan.

Enquête de Terrain:

- L'enquête a duré 6 semaines (juin-juillet 2020) à raison de 3 jours par semaine avec une coordination centrale et régionale par les équipes de l'ONFP et la Santé
- Une équipe de 3 enquêteurs (2 psychologues et un épidémiologiste) a mené l'enquête de terrain

Liste des 32 (24+8) structures visitées par région

Région	Structure	Type
Manouba	ONFP	CRSR
	Service de maternité (Ariana)	CHU
	CSB Nouvelle Jedaida	CSB (B)
	CSB Khaled Ibn El Walid	CSB (A)
Tozeur	ONFP	CRSR
	Sce. de maternité Hôpital Régional de Tozeur	Hôpital Régional
	CSB El Chebbi	CSB (A)
	CSB El Hamma	CSB (B)
Médenine	ONFP	CRSR
	Sce. de maternité (Medenine)	Hôpital Régional
	CSB Zarzis	CSB (B)
	PMI Houmet Souk	CSB (A)
Sousse	ONFP	CRSR
	Sce. de Maternité Hôpital Farhat Hached	CHU
	CSB Kroussia	CSB (B)
	PMI Sousse	CSB (A)
Kairouan	ONFP	Groupes de discussion
	SB	
Sidi Bouzid	ONFP	CRSR
	Sce. de Maternité (Sidi Bouzid)	Hôpital Régional
	CSB Awled Slimene	CSB (B)
	PMI Ben Aoun	CSB (A)
Jendouba	ONFP	CRSR
	Sce. de maternité	HR Jendouba
	PMI Fernana	CSB (A)
	... CSB Brahmi Boussalem	CSB (B)
Bizerte	ONFP	CRSR
	Service de maternité	HU Bizerte
	PMI Bizerte	CSB (A)
	CSB El Hkara (Ouled Zitoun)	CSB (B)
Nabeul	ONFP	CRSR
	Service de maternité	HU Med Tlatli
	PMI Beni Khiair	CSB (A)
	CSB Foudouk Jedid	CSB (B)

Saisie et Analyse des données

- La saisie des données quantitatives a été faite sur tablette à l'aide de l'application KobCollect de KoboToolBox© et l'analyse a été réalisée par le logiciel SPSS après exportation sur le logiciel Excel
- L'étude qualitative a été faite par entretiens individuels et FG ; la transcription et l'analyse ont été réalisées ultérieurement.

Caractéristiques des 8 centres de santé ONFP (CRESR), 8 CSB(A) et 8 CSB(B) et 8 maternités visités

Locaux, hygiène et sécurité des soins dans les centres visités : Les 8 CRESR (ONFP)

Accueil des femmes:

Bien individualisé pour les CRESR ayant un local indépendant 6/8 (75%)

Problèmes signalés: relation entre les locaux des CREPF et les Espaces Jeunes qui étaient jugés éloignés pour quelques-uns (2/8) soit 25% ;

Locaux de la sage-femme et du médecin:

spacieux, climatisés et respectaient dans l'ensemble l'intimité des femmes examinées dans 7/8 situations (88%).

Les salles d'attentes: spacieuses et disposaient d'un poste TV et autres affiches éducatives

Blocs opératoires: La plupart n'étaient plus fonctionnels 6/8 soit 75% des cas (sauf pour l'insertion d'implants pour certains)

Hygiène et sécurité des soins: la totalité des CRESR disposaient d'une unité de stérilisation du matériel, mais 1 seul centre a jugé comme insuffisant cet aspect.

Equipements de base en Gynécologie courante(CRESR)

Equipements de base en gynécologie courante:

disponibles dans tous les centres visités (8/8 soit 100%): table d'examen, spéculum, consommables (lames/lamelles, fixateurs, spatules...).

Médicaments spécifiques des IST: insuffisants dans 2/8 centres (25%) ainsi que les postes TV pour l'IEC en salle d'attente.

Les Kits de dépistage du VIH n'étaient disponibles que dans 3/8 (37,5%) des centres.

Espaces jeunes (relativement bien équipés): ils disposaient pour la plupart d'un distributeur de préservatifs (7/8) soit 88%.

Locaux, hygiène et sécurité des soins dans les centres visités : 8 CSB type A + 8 CSB type B

CSB(A) urbain : SF et MG (6/6j)

Locaux de la sage-femme et du médecin: spacieux, climatisés et respectaient dans l'ensemble l'intimité des femmes examinées

Salles d'attentes: relativement spacieuses et parfois confortables

Hygiène et sécurité des soins: Dans tous les centres (8/8) ils étaient jugés satisfaisantes : disponibilité d'un autoclave et produits désinfectants ...

CSB(B) rural : SF et MG (1/6j)

Organisation en fonction des moyens humains et matériels et de la disponibilité des voitures et chauffeurs qui amènent l'équipe mobile

Exiguïté des locaux notamment des salles d'attente et +/- disponibilité du bureau de la sage-femme et du médecin

Hygiène et de la sécurité des soins: un peu moins satisfaisante, puisque seuls 5/8 (62%) des CSB(A) disposent d'une unité de stérilisation propre à eux (eau disponible 1j /sem) dans 1 CSB rural)

Equipements de base en Gynécologie courante

CSB(A) urbain : SF et MG (6/6j)

Equipements de base (en gynécologie essentiellement) étaient toujours disponibles (8/8) soit 100%.

Autres rubriques investiguées étaient moins disponibles : 7/8 (88%) pour les fiches de stock, 6/8 (75%) pour le tampon d'examen des seins (sur le dossier médical) et 5/8 (62,5%) pour les médicaments de gynécologie courante et des IST.

Kits de dépistage du VIH, 2/8 (25%) en disposaient

CSB(B) (ruraux) : SF/MG (1/6 j)

Equipements de base (en gynécologie essentiellement) n'étaient pas toujours disponibles (7/8) soit 88% .

Autres rubriques investiguées étaient moins disponibles : similaire à celles des CSB(A), car c'est une SF de ces centres ou de l'hôpital de circonscription qui amène son propre matériel et consommable pour la consultation de SSR/PF/PRN . Kits de dépistage du VIH, 1/8 (12,5%) en disposaient

Aspects qualitatifs (entretien avec les prestataires et les consultantes):

Certains centres de l'ONFP : loués, pas toujours adaptés à la PEC en SSR/PF. Certains posent un souci d'accessibilité car situé loin du local du CRESR officiel, lequel est en travaux de rénovation.

Les centres « amis des jeunes » semblent fonctionner au ralenti dans certaines régions : peu de personnels dédiés ; trop proches des centres pour les FAR dans certaines régions et totalement indépendants dans d'autres, ils gardent une image négative auprès de la population. Dans les deux cas ils n'offrent pas l'anonymat aux bénéficiaires des services et restent stigmatisés car considérés comme spécialisés dans les « cas sociaux » (terme qui englobe aussi bien les cas de viols que ceux des grossesses en dehors du cadre du mariage).

Disponibilité des produits contraceptifs et de PF en général (CRESR)

Produits contraceptif et de PF: disponibles dans la majorité des centres visités, à l'exception de la Ligature des Trompes qui n'est plus pratiquée (elle se fait actuellement à la maternité et elle est réservée aux femmes ayant des utérus multi-cicatriciels..).

La Contraception hormonale (pilule), le Dispositif Intra Utérin (DIU) et le Dépo-Provera: disponibles dans tous les centres visités 8/8 (100%) (mais quelques perturbations durant la récente épidémie de la Covid19). Les implants étaient aussi disponibles, mais jugés insuffisants dans la moitié des cas (4/8).

Les préservatifs masculins étaient toujours disponibles mais ils ont été jugés insuffisants dans 2/8 centres (25%).

IVG médicamenteuse : disponible dans 6/8 (75%) des centres : 1 centre en disposait de manière insuffisante et 1 centre n'en disposait pas du tout... (absence de médecin généraliste plein-temps).

Disponibilité des produits contraceptifs et de PF en général CSB (A) et CSB(B)

La situation à peu près similaire dans les 2 types de centres pour la disponibilité des produits contraceptifs avec respectivement :

Le Depo-provera est disponible dans 8/8 (100%) des CSB1 et CSB2 ;

La pilule: disponible dans les CSB(A) 7/8 (88%) et CSB(B) 6/8 (75%) ;

DIU: Disponible pour les CSB(A)= 8/8 (100%) et CSB(B)= 7/8 (88%)

Préservatif: 7/8 (88%).

Pour les autres méthodes (Implants) ou pour les demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG médicamenteuse ou autre), les femmes sont référées au CRESR.

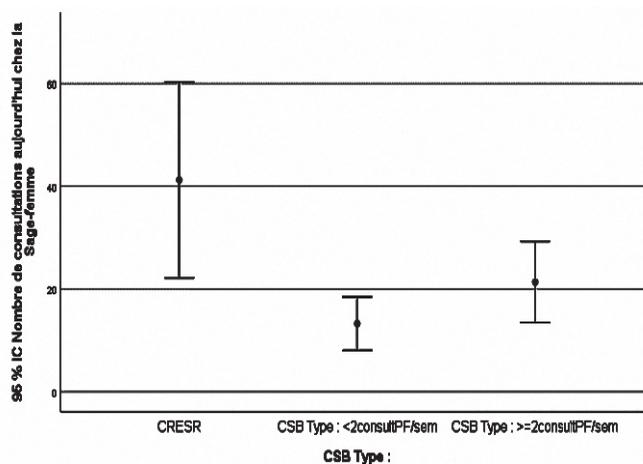
Rupture de stocks en produits contraceptifs en 2018: aucun centre n'a signalé une rupture de stock en 2019 (à part de légères perturbations), mais tous ont signalé une rupture de stock pendant plusieurs mois en 2017-18 (en DIU et même en pilule et Dépo-provera pour certains centres (période de l'enquête MICS6)

Période correspondant à la réception d'une commande défectueuse en produits contraceptifs par l'ONFP en 2017 (qui a été résiliée); aussi les CRESR ont privilégié leurs clientes aux dépends des clientes des CSB(A) et des CSB(B) ...

Nombre moyen de personnels des CRESR et CSB visités

Personnels de santé	CRESR	CSB(A)	CSB(B)
Médecins	2,1 (1-3)	1,7 (1-4)	1
Sage-femme	5 (2-12)	1,6 (1 -3)	1
Infirmier-AS	4,7 (1-9)	4,2 (2-7)	1,6 (1-4)
Ouvriers	2,4 (1-4)	1,2 (1-2)	1
Educatrices	3,3 (1-18)		
Psychologue	1 (1)		
Sociologue	0,75 (0-2)		
Autres: Nut, Dent		0,5 (0 -1)	

Nombre moyen de consultations chez la sage-femme dans les CRESR et les CSB(A) et CSB(B)



Le nombre moyen de femmes examinées par jour pour les sages-femmes dans les CRESR était de 41,5 (15 - 80) alors que pour les CSB(A) il était de 21,4 (8-30), et pour les CSB(B) de 13,2 (3 - 20) (p=0,003)

Aspects qualitatifs:

L'accès aux services peut être enfreint par des considérations objectives (administratives, sectorisation, manque de ressources humaines , matériels non stérilisés, non maîtrise d'une technique, etc.), des considérations subjectives et/ou organisationnelles. Le manque flagrant de personnels tout profil confondu (médecins, gynécologues, anesthésistes, chauffeurs, sages-femmes, infirmières, éducatrices, ouvrières, gardiens) impacte négativement à la fois l'accès et la qualité des services.

Le fonctionnement des centres sans rendez-vous contraint les femmes à sacrifier une demi-journée pour recevoir le service ce qui pousse certaines à abandonner le suivi, pourtant essentiel, en SSR.

Activités en SSR/PF dans les 24 centres visités (1)

PF et Périnatalité: si tous les types de centre réalisaient le programme de PF (100%), le PNPN est fait par tous les CSB (100%), mais seul 6 CRESR de l'ONFP sur les 8 visités (75%) avaient cette activité

La prise en charge des IST: tous les centres visités (CRESR, CSB(A) et CSB(B)) la réalisent de manière équivalente 24/24 (100%)

Le dépistage des cancers féminins: tous les centres visités (CRESR, CSB(A) et CSB(B)) la réalisent également de manière équivalente 24/24 (100%)

Dépistage du VIH: fait dans presque tous les CRESR 6/8 (75%) dans le cadre du bilan d'IST et 5/8 (62%) pour les CSB (A) et CSB(B), dans le cadre de le cadre du programme national de périnatalité (Prévention de la Transmission Mère Enfant ou PTME)

Dépistage de la violence à l'égard des femmes :

Tous les CRESR en font (8/8) alors que seul 7/8 (88%) des CSB(A) et CSB(B) la réalisent.

En pratique le sage-femme, même en dehors d'une plainte spontanée, lorsqu'elle détecte un problème de violence évident chez la femme, elle fait du counseling/éducation individuelle et en cas de situation « grave », elle préfère l'adresser à la psychologue pour une meilleure prise en charge...

Consultation d'Adolescent et Jeunes :

Pour les CRESR: elle est faite dans les « Espace Jeune » et elle est assez variée (contraception, IVG...)

Pour les CSB(A) et CSB(B): essentiellement de consultations pour problèmes de dysménorrhée et autres problèmes mineurs; en cas de nécessité (grossesse non désirée) la jeune fille est adressée au CRESR

Consultation d'Addictologie: Elle est faite dans 6/8 (75%) dans les « Espace Jeune » pour les CRESR et elle est plus rarement réalisée pour les CSB(A) (1/8) ou 12,5% et ceci dans le cadre de la lutte anti-tabac, cad consultation de tabacologie (désintoxication).

Aspects qualitatifs

Le refus de donner le service: les justifications de ce refus peuvent être objectives, liées au manque de ressources humaines, de matériel, de couverture juridique ou encore de manque de maîtrise de la technique. Cependant, il existe des refus fondés sur des considérations subjectives telles que l'évaluation du bien-fondé de la demande: les jeunes femmes mariées avec un enfant se voient souvent refuser la pose du DIU ou l'IVG.

Consultations pour autres populations, migrants et autres: Pour les CRESR 6/8 (75%) ont des consultations pour les migrants étrangers (Afrique subsaharienne, libyens, algériens) ou tunisiens vivants à l'étrangers...

Ces derniers consultent aussi dans les CSB(A) (5/8 ou 62%) et parfois dans les CSB(B) (1/8 ou 12,5%)

Activités pour les populations éloignées: La plupart des centres visités ont des activités à l'extérieur:

Les CRESR et les CSB(A) adressent leurs équipes mobiles (SF et/ou médecin généraliste) à un rythme régulier (1 ou 2 fois par semaine) pour réaliser les consultations dans des centres ruraux CSB2, ou encore avec les foyers universitaires et autres structures...

Les CSB(B) ont également des activités à l'extérieur de leur centre notamment à l'occasion des campagnes sanitaires de type « Octobre Rose » ou autre....

Organigramme des tâches formalisé: Pour la plupart des centres visités CRESR, CSB(A) et CSB(B), il existe un organigramme des tâches formalisé pour les différents type de personnel de santé du centre, sauf pour un seul CSB(B) rural visité où il y avait un seul agent de santé (infirmier) qui réalisait toutes les activités du centre (sauf celle de la sage-femme bien entendu).

Collaboration avec d'autres structures de santé publiques ou privées: La plupart des centres visités collaborent avec les structures de soins publiques (hôpital et centres intermédiaires) ou privés (gynécologues) – et même parfois ONG- pour la prise en charge de leurs patientes: 8/8 (100%) pour les CRESR, 7/8 (88%) pour les CSB(A) et 6/8 (75%).

Aspects qualitatifs

Des pratiques divergentes: les motifs de prescription des contraceptifs sont variables: malgré la présence d'un disc aidant à la prise de décision pour le choix du contraceptif, les PS ont d'autres considérations pour ce choix: des fois rationnelles (la nature du travail de la femme...) d'autres fois subjectives voire religieuses (des attitudes négatives à l'égard des contraceptifs hormonaux par exemple ou contre le DIU).

Les activités d'Information, Education et Counseling (IEC) des 24 centres visités

Les activités d'IEC sont faites dans les 3 types de centres (CRESR, CSB(A) et CSB(B)) par les SF dans le cadre de leur consultation quotidienne (counseling avec les femmes qu'elles prennent en charge).

Par ailleurs, il existe un personnel spécialisé dans l'IEC dans les CRESR dépendant de l'ONFP, à savoir les « Animatrices ou Educatrices », et qui réalisent les séances d'IEC dans divers cadres, et le plus souvent en groupe....

Le cas particulier des Psychologues (1 par CRESR) affectés au « Centres Jeunes » des CRESR, réalisent un counseling particulier (2ème niveau) pour les situations les plus problématiques : jeunes à risque, violence de genre, etc...

Counseling/Education individuelle: la plupart (7/8 ou 88%) des centres CRESR, CSB(A) et CSB(B) disposaient d'un local fonctionnel et où la confidentialité était assurée (local de la SF)

Feuillets/dépliants d'information: disponibles pour les CRESR (7/8 ou 88%), ils l'étaient moins pour les CSB(A) (6/8 ou 75%) et encore moins pour les CSB(B) (3/8 ou 37,5%).

Education de groupe (réalisée dans les CRESR par les Animatrices/ Educatrices essentiellement), quelques insuffisances ont été notées dans les espaces disponibles.

CRESR : la disponibilité (salles d'attente) était notée dans 6/8 (75%) et elle était de 7/8 (88%) dans les et CSB(A)

les supports éducatifs (dépliants et/ou affiches) étaient en général présents.

CSB2, les conditions de l'éducation de groupe étaient peu favorables : espace réduit, affiches et dépliants inexistantes et ceci dans 4/8 (50%) des centres visités.

Aspects qualitatifs:

La non disponibilité des produits : la distribution des contraceptifs est, à la base, assurée par l'office mais, faute de moyens (humains : SF, chauffeurs et voitures), celui-ci n'arrive plus à assurer toujours l'évaluation des besoins et l'approvisionnement des CSB.

L'IEC, une activité en net recul : le manque de chauffeur, de voitures mais aussi d'animatrices formées et engagées expliquent, selon les prestataires rencontrés, cette baisse de rendement.

Système d'information sanitaire en SSR/PF des 24 centres visités

Bien qu'il recueillent le même type d'information sur la santé sexuelle et reproductive des femmes, les systèmes d'information sanitaire sont conçus avec de légères différences, selon qu'il s'agissent des CRESR ou des CSB(A) et CSB(B), bien qu'ils couvrent les mêmes programmes nationaux : contraception/PF, grossesse, dépistage des IST et des cancers féminins,

Les CRESR :

Dossier pliant de la Femme pour les différentes activités SSR/PF

les SF remplissent le registre d'activités journalier de l'ONFP pour les activités de SSR/PF ainsi que le registre statistique de périnatalité dans les cas où le centre réalise cette activité.

Les CSB(A) et CSB(B):

Dossier de la Femme dans une Pochette avec des fiches relatives aux différents volets de la Périnatalité (pré et post natal) et de la Contraception, ainsi que le Carnet Vert de la santé-mère enfant, qui est remis à la femme et qui permet leur suivi.

Registre d'activités du Programme National de Périnatalité, il y a un registre statistique d'activités global ainsi qu'un registre spécial de suivi des femmes enceintes (5 visites prénatales) et un cahier de grossesses à risque (GARE).

Ainsi la sage-femme est amenée à réaliser un double travail (à la fin de la matinée) pour remplir les registres statistiques de l'ONFP et de la DSSB.

Aspects qualitatifs:

Le cas de Mme S, 22 ans S., âgée de 22 ans, célibataire et mère d'un enfant d'un an et demi vient consulter pour bénéficier d'une IVG et éviter un second enfant suite à des rapports sexuels avec son employeur.,

S. a étudié jusqu'à la deuxième année de l'enseignement secondaire. Elle a dû interrompre ses études pour travailler en tant que femme de ménage. Son père ayant quitté le domicile familial, elle s'occupe seule de sa mère malade et de son petit frère.

La première grossesse n'a pas été désirée. S. a demandé une IVG mais le médecin la lui a refusé. La rencontre avec ce dernier s'est déroulée en présence d'autres prestataires. C'est ce qui a dissuadé S,

alors âgées de 18 ans et demi, d'insister ou de tenter d'expliquer sa situation « ça me gênait de parler en présence de tout ce monde».

Cette deuxième grossesse est également non désirée. S. réclame une IVG depuis deux ou trois semaines mais le même médecin la lui refuse. Selon ses dires, c'est grâce à notre passage qu'elle a enfin été écoutée et que les procédures de l'IVG sont entamées.

Son état civil indique qu'elle est mariée, raison pour laquelle, selon elle, le médecin refuse de procéder à l'IVG. En réalité, il s'agissait d'un mariage blanc que S. a contracté avec un étranger pour obtenir les papiers nécessaires pour quitter la Tunisie.

Les prestataires de service: connaissances, pratiques et attitudes

Profession des 81 prestataires de santé enquêtés

Profession		Structure			Total	
		CRESR	CSB(A)	CSB(B)		
Sage-Femme (SF)	n	11	13	8	32	
	%	34,5%	46,4%	38,1%	39,5%	
Médecin (MG)%	n	5	8	2	15	
	%	15,5%	28,6%	9,5%	18,5%	
IEC	Animatrice Sociologue	n	7	2	0	9
		%	21,9%	7,1%		11,1%
	Psychologue	n	5	0	0	5
		%	15,6%	0,0%		6,2%
Infirmières (INF)	n	4	5	11	20	
	%	12,5%	17,9%	52,4%	24,7%	
Total	n	32	28	21	81	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Connaissances et pratiques sur les différents thèmes (1)

Les connaissances des PS étaient adaptées à leur fonction, bien que certaines connaissances générales les concernaient tous à des degrés divers dont:

Hygiène et sécurité des soins: ce sont les infirmiers qui avaient les meilleures connaissances car ils étaient responsables de la stérilisation du matériel du centre (utilisation de l'autoclave)

Gestion des services et utilisation des supports d'information de la SSR/PF (relevés statistiques): Les PS les plus informés étaient les SF et personnel d'IEC, car ils sont responsables des rapports statistiques des centres.

IEC : counseling/éducation individuelle et éducation de groupe

Dans le domaine de l'IEC (counseling/éducation individuelle et éducation de groupe), la plupart des PS ont dit «avoir des connaissances» sur le sujet,

Cependant ce sont les personnel d'IEC qui sont les plus formés en raison de leur spécificité, notamment dans le counseling et l'éducation de groupe

Connaissances et Pratiques des Prestataires(PS)

Méthodologie

Les 81 prestataires de santé (PS) de différents profils (sage-femme, médecin généraliste, personnels IEC et Infirmières) avaient un âge moyen était relativement élevé: 45-49 ans.

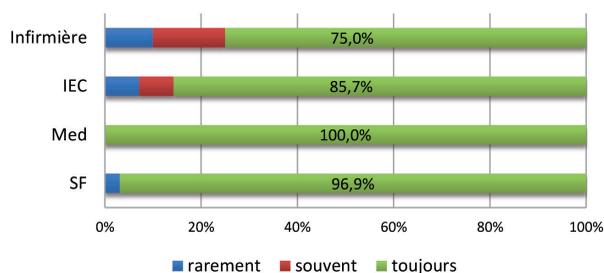
Ces PS ont été interrogés sur leurs connaissances et leurs pratiques dans différents thèmes de la SSR/PF/ PRN et il ressort que :

Leurs connaissances (formation de base et post-graduée) dans différents thèmes et qui ont été codée en « oui », « insuffisant » ou « non » : toutefois, une réponse « oui » ne signifie pas forcément que la personne a une maîtrise du sujet ...

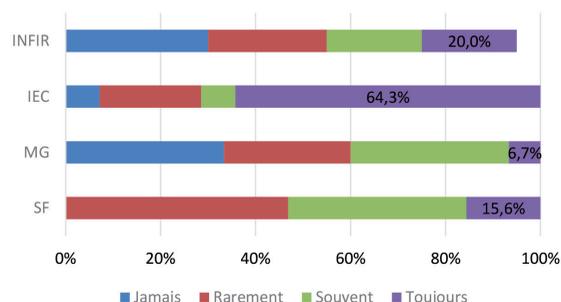
Leur pratique actuelle sur différentes propositions qui a été codée: « toujours » (tous les jours), «souvent » (1-2 fois par semaine), « rarement » (1-2 fois par mois), « jamais », Pour le PF c'est la pratique de la sage-femme seule qui a été prise en compte

Pratique de l'IEC selon les différents types de prestataires de soins

Pratique du Counseling/Educ Individuelle par les PS



Pratique: Education de groupe



Les Programmes de SSR: connaissances et pratiques

Les Programmes Nationaux en Santé de la Reproduction les plus courants étaient également « plus ou moins connus » par les prestataires de santé, du fait de leur exercice dans la première ligne de santé:

PN Dépistage des cancers féminins : bien que ce soit les SF qui soient les plus impliquées, les médecins et les personnels IEC avaient également été assez bien informés

PNL contre les IST et le VIH-Sida : si la prise en charge des ITR/IST est relativement fréquente,

le dépistage du VIH est rarement réalisé

NB: les personnels de l'IEC (animatrices/ éducatrices) ont des connaissances générales sur ces sujets (mais pas les psychologues et sociologues), ni les infirmières.

Pratique Dépistage Cancer Féminins



Pratique PNL - IST



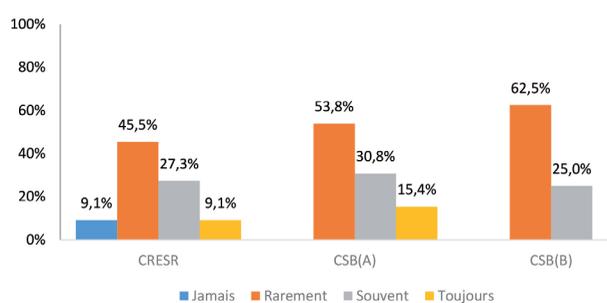
Programme National de Périnatalité

PN de Périnatalité : Les sages-femmes (et les médecins) ont les plus de connaissances générales, mais les PS de la Santé (CSB) ont reçu plus de formation que ceux de l'ONFP

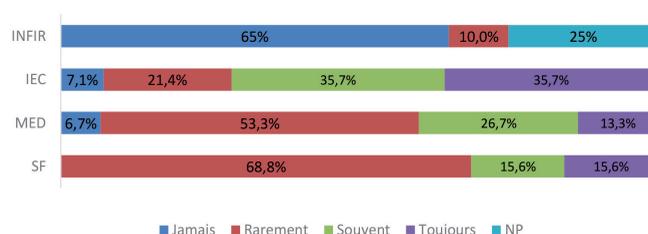
La moitié des PS interrogés affirment avoir des connaissances sur le Programme National de Périnatalité (PNPN) et en premier lieu les SF (75%) suivies des MG (60%), 45% pour les infirmiers et seulement 35% pour les prestataires de l'IEC.

Pour les SF, ce sont surtout celles exerçant dans les CSB(A) et CSB(B) qui sont le plus formées (92% et 87%), par contre les SF des CRESR le sont moins (45%).

Pratique PNPN par les SF



Connaissances et Pratiques: SNL Violence de Genre



Les Programmes Nationaux en Santé de la Reproduction qui sont plus récents telle celui de la Stratégie Nationale de Lutte contre la violence à l'égard des femmes, sont les moins bien connus: En effet, ceux qui ont eu le plus de formation sur le sujet sont les psychologues de l'ONFP. Par contre les autres PS (sage-femme, médecins et éducatrices) n'ont pas eu suffisamment de formation, et les infirmières encore moins...

Cependant, en général la plupart des PS de l'ONFP ont une meilleure connaissance sur ce sujet que les PS des CSB

NB: En réalité, les SF dépistent souvent la violence au moment de l'entretien et l'examen de la femme consultante (pour n'importe quel motif) et les médecins au cours de leurs gardes au service d'urgences de l'hôpital de circonscription. Quant au personnel d'IEC et notamment les psychologues, elles prennent en charge les cas de violence qui leur sont référés par les SF (ou médecins), notamment dans les CRESR.

Les prestataires de service: connaissances, pratiques et attitudes

Contraception et Planification Familiale

La plupart des prestataires interrogés déclarent « toujours » parler de la contraception à la femme en âge de reproduction qui les consulte et ce quel que soit le motif de consultation de cette femme et même si elle ne le demande pas.

Ainsi les SF le font dans 90,6% des cas, les MG dans 60% des cas et les personnels IEC dans 57,1% des cas. Seuls les infirmières ne le font que dans 30% des situations.

Méthodes Traditionnelles , MAMA et LT

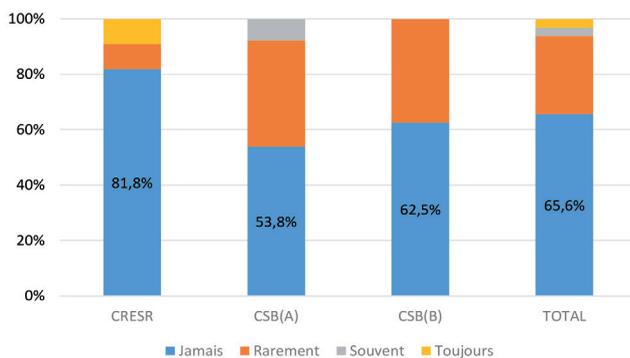
Connaissances: Les méthodes traditionnelles (calendrier, retrait,...) sont « bien connus » par la majorité des PS (80,5%), notamment par les sages-femmes (100%), les médecins (86,7%) et un peu moins par les personnels IEC (71,4%) et les infirmières (55%).

La MAMA est « bien connue » par la majorité des PS (79%), notamment par les sages-femmes (96,9%), les médecins (86,7%), les personnels IEC (71,4%) et un peu moins par les infirmières (50%).

La Ligature des Trompes (Stérilisation féminine) est assez bien « connue » par la majorité des PS (76,5%) et notamment par les sages-femmes (93,8%), les médecins (86,7%), les personnels IEC (64,3%) et un peu moins par les infirmières (50%).

Les prestataires des CRESR ont en général une meilleure connaissance de ces méthodes ...

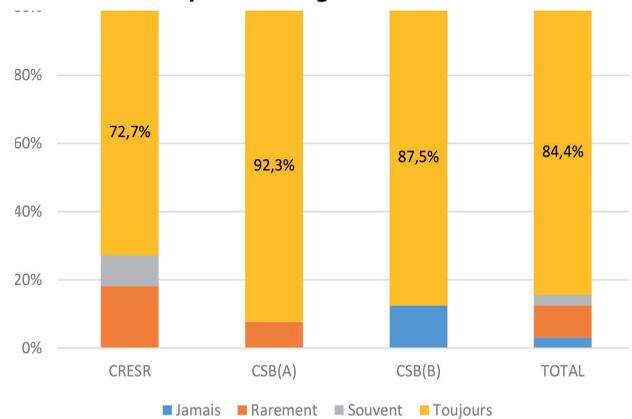
Pratique de la sage-femme: méthodes traditionnelles



Pilule

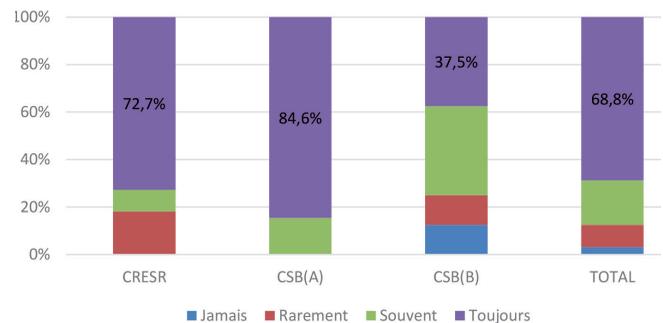
Connaissances : La grande majorité des PS « connaissent » la contraception hormonale par la pilule oestro-progestative : 100% des SF, 93,3% des MG, 64,3% des personnels IEC et 60% des infirmières.

Pratique de la sage-femme : Pilule



DIU

Connaissances: La grande majorité des PS connaissent le Dispositif Intra-Utérin (DIU) soit 82,7% et notamment les SF (100%), les médecins (93,3%), les personnels IEC (64,3%) et enfin 60% des infirmières.

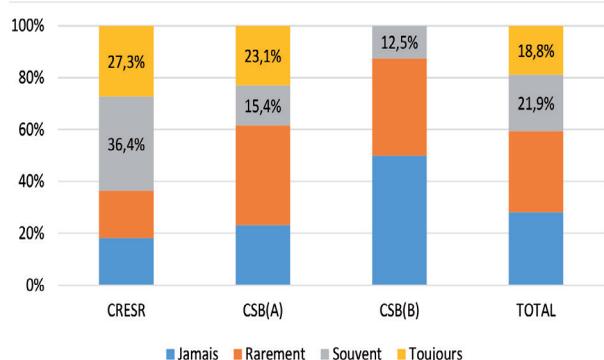


Implants

Connaissances: La majorité des PS « connaissent » les Implants sous-cutanés soit 80,2% et notamment les SF (96,9%), les médecins (93,3%).

Les personnels IEC (64,3%) et enfin 55% des infirmières.

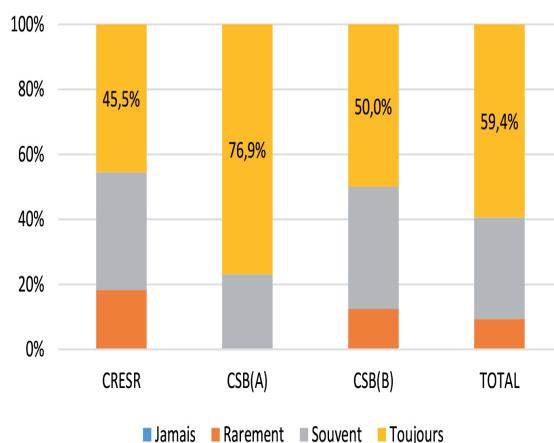
Implants: Prescription en Pratique



Préservatifs masculins et ovules/spermicides

Connaissances: La grande majorité des PS (84%) connaissent les préservatifs masculins (condoms) et notamment les SF (100%), les médecins (93,3%), les personnels IEC (57,1%) et enfin 70% des infirmières. La majorité des PS (81,5%) « connaissent » les ovules/spermicides féminins notamment les SF (96,9%), les médecins (86,7%), les personnels IEC (64,3%) et enfin 65% des infirmières.

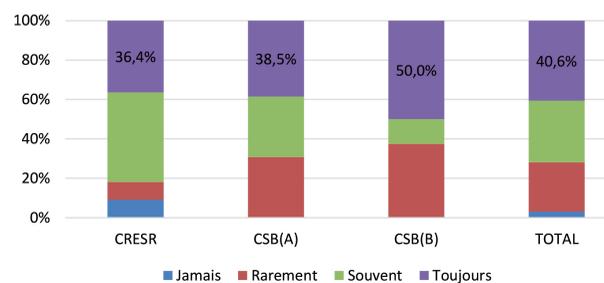
Pratique : Prescription des préservatifs (SF)



Injectable : Dépo-Provera

Connaissances: La majorité des PS « connaissent » les Implants sous-cutanés soit 80,2% et notamment les SF (96,9%), les médecins (93,3%). les personnels IEC (64,3%) et enfin 55% des infirmières.

Pratiques : (SF)



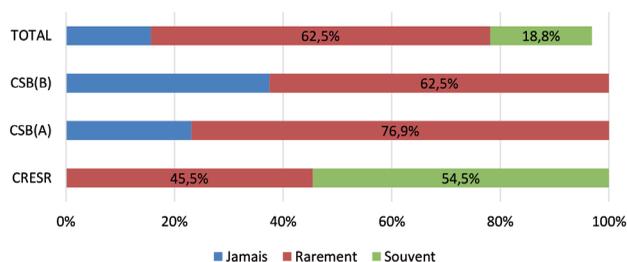
Contraception d'Urgence (Norlevo/Elaone)

La contraception d'urgence (Norlevo/Elaone) est moins connue par les 81 PS des 24 centres de santé visités (69,1%).

Les SF la connaissent mieux (93,3%), devant les médecins (80%),

les personnels IEC (64,3%) et enfin les infirmières (25%) .

Pratique: Prescription du Norlevo (SF)



Au total, les préférences contraceptives des sages-femmes explorées par le questionnaire CAP a individualisé 4 types de réponses qui témoigne de leurs préférences et pratiques : ainsi « toujours » = méthode de 1er choix, « souvent » = méthode de 2ème choix, « rarement » = méthode de 3ème choix et « jamais » veut dire non utilisée. Dans ce sens, nous avons pris la méthode de 1er choix (réponse = « toujours ») et nous l'avons comparée aux données statistiques de la DPE de 2019 pour voir leur degré de concordance. Il y a une relative concordance entre les réponses des sages-femmes et les données statistiques nationales, même si l'ordre de grandeur est sensiblement différent ...

Contraception du Post-Partum et Pratique de l'IVG

Contraception du Post-Partum

Méthodologie de l'étude des maternités

Echantillon:

L'enquête a été réalisée auprès des services de gynécologie-obstétrique ou maternités et a concerné 8 hôpitaux à raison d'1 hôpital par région étudiée: 4 hôpitaux universitaires (Manouba/Ariana, Bizerte, Nabeul et Sousse) et 4 hôpitaux régionaux (Tozeur, Médenine, Sidi Bouzid et Jendouba)

L'échantillon était constitué en presque totalité de femmes (21/22) et en majorité mariées (90,9%): Les sages-femmes représentaient près des ¾ de l'échantillon (77,3%), Le reste de l'échantillon était constitué de médecins: 3 internes/résidents (12,5%) et 2 assistants hospitalo-universitaires (AHU) soit 9,1%.

Questionnaire:

Dans ces services 22 professionnels santé (PS) de différents profils ont été interrogés sur leurs pratique en santé de la reproduction et principalement la contraception du post-partum et l'avortement

Allaitement maternel et contraception

Allaitement maternel: A la sortie des parturientes de la maternité, les professionnels de santé (PS) parlent « toujours » avec les femmes de l'allaitement maternel dans 90% dans les hôpitaux régionaux (HR), alors que ce taux n'est que de 58,3% dans les hôpitaux universitaires (HU)...

Contraception: A l'inverse, les PS des maternités universitaires parlent « toujours/souvent » de la contraception du post-partum dans 66,7% des cas, alors que dans les maternités régionales, ce taux n'est que de 20% ...

Moment idéal pour parler de la CPP

Le moment qui semble idéal pour parler de la contraception:

les PS(médecins et sages-femmes) des maternités HU (100%), C'est le post-partum

les PS (sage-femme) des maternités régionales, ce serait à la consultation du post-natal du 8ème jour (50%) ou bien à celle du 40ème jour (30%) et sans précision pour le reste. En effet ces dernières avancent « qu'en post-partum immédiat c'est la santé de la femmes et du bébé qui prime avant tout... », à moins qu'il ne s'agisse de grandes multipares ou de femmes ayant un utérus multicatriciel...

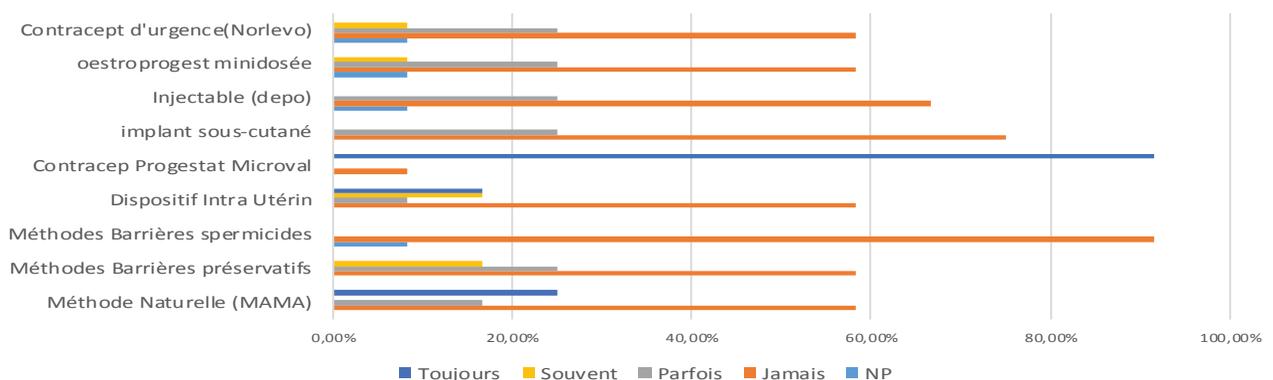
Prescription de la contraception du Post-Partum

Dans près de 60% (58,3%) des PS des maternités de HU interrogés, disent qu'ils prescrivent une contraception en post-partum immédiat : tous les médecins (100%) et 2/7 (28%) des sages-femmes...

Quant aux méthodes de contraception « toujours » prescrites en post-partum par les prestataires des maternités HU (lorsqu'ils répondent oui) ce sont : Microval (90%), MAMA (25%), DIU (16,7%) ; ils disent aussi « parfois » prescrire le Dépo-Provera, les implants sous-cutanés (25%) ou la contraception d'urgence (Norlevo/Elaone) ...

A long terme (après le 40ème j) c'est le DIU (75%) et la pilule (25%) pour les maternités HU et le DIU (30%) pour les maternités des hôpitaux régionaux (à noter que 70% des prestataires des maternités (SF) n'ont pas répondu à la question ...)

Contraception du post-partum (HU)



Pratiques de l'avortement dans les services de gynécologie obstétrique/maternités HU et HR

La pratique des avortements/IVG, 82% des PS des maternités déclarent en faire (67% des HU et 100% des HR), essentiellement pour des grossesses <8 semaines (50%) ou entre 9-12 semaines (36,4%) et rarement (9,1%) pour des grossesses >12 semaines. Il s'agit en général d'intervention pour des grossesses arrêtées ou des rétention post-IVG médicamenteuse réalisées ailleurs.

Dans ces cas c'est le Cytotec qui est utilisé et notamment le protocole de la FIGO adapté à l'âge de la grossesse (cytotec per os ou endo-vaginal...).

Le curetage aspiration chirurgical étant fait éventuellement pour s'assurer de la vacuité utérine, contrôlé par échographie

Entretien avec la STGO

CPP: les pratiques sont similaires à celles des maternités HU, puisqu'ils prescrivent du Microval (ou équivalent) aux parturientes jusqu'à la fin de la période d'allaitement maternel, et avec relai par la suite par une méthode de plus longue durée. Parfois ils prescrivent aussi le DIU en PP

IVG: C'est aussi la même pratique qui est rencontrée dans les maternités HU ; Cependant il faut noter qu'ils font beaucoup +++ d'IVG (chirurgicale) chez les jeunes filles et que celles-ci ne bénéficient pas de l'IVG médicamenteuse dans le privé

Propositions de la STGO

A ce propos, les gynécologues (publics et privés) déplorent le fait que le MEDABON (Mifégyne/Cytotec) ne soit disponible qu'à l'ONFP et ils ne peuvent en bénéficier que par « commande ferme à la PCT » au nom de la femme, ce qui est aberrant, puisque cela occasionne des retards dans les délais de prise en charge de la femme. aussi propos, ils demandent une meilleure gestion de cet aspect aussi bien dans les hôpitaux publics que les cliniques privées « commande ordinaire », avec les conditions de sécurité nécessaires (ex: unité PF).

Relation entre les secteurs public et privé dans les régions :

Dans les régions de l'intérieur, il y a un manque de gynécologues dans le secteur public et les hôpitaux ont recours soit à un personnel étranger (ex: Jendouba), soit à des conventions avec les gynécologues du secteur hospitalo-universitaire pour certaines régions (notamment au sud), alors que des gynécologues sont installés dans le secteur privé local.

Cette situation devrait être révisée en trouvant un terrain d'entente avec les gynécologues privés locaux moyennant une révision du tarif des gardes acceptable par les différentes parties (STGO) et notamment pour la diminution de la mortalité maternelle dans le pays.

Enquête CAP dans les 24 centres (CRESR, CSB(A) et CB (B) et synthèse selon les statistiques de la DPE/ONFP

Connaissances IVG Médicamenteuse des 81 prestataires des CRESR, CSB(A) et CSB(B):

L'IVG Médicamenteuse est moins connue par les Professionnels de Santé (PS) de manière générale puisque seuls 59,3% disent la connaître.

Si pour les CRESR toutes les SF et tous les MG (100%) la connaissent, elle l'est moins par les personnels de l'IEC et les infirmières (66,7% et 50%).

Pour les CSB(A) et CSB(B), environ 60% des SF et des médecins la connaissent alors que pour les infirmières elle ne l'est que dans 20% seulement des cas.

Synthèse des statistiques de la DPE/ONFP de 2017 à 2019

La comparaison avec les données statistiques de la DPE/ONFP montre que sur le plan national (ONFP seule) de 2017 à 2019 le nombre d'IVG est resté relativement stable autour de 16000 à 17000 par an, avec un fléchissement en 2018 (13350)- comme pour la contraception.

La proportion d'IVG Médicamenteuse par rapport à l'IVG chirurgicale a progressé de 89,6% à 95,6% et l'IVG chirurgicale ne se faisant plus que dans 6 gouvernorats seulement (et rarement).

Perceptions et Attitudes des Professionnels de Santé en SSR/PF dans les 24 centres

Conditions/organisation du travail et supervision

Les conditions de travail sont dans l'ensemble satisfaisantes (« d'accord » ou « plutôt d'accord ») pour 86,4% des PS notamment pour les SF des CRESR et les CSB(A); cependant pour les CSB(B) ruraux 28,2% des PS expriment leur insatisfaction: infirmières souvent seules, déplacement des médecins...

Quant à l'organisation du travail elle est plutôt satisfaisante dans l'ensemble (95%). La supervision est jugée comme formative par la plupart des PS interrogés (94,7%) lorsqu'elle est réalisée. Cependant, si les SF jugent qu'elle est réalisée régulièrement (96,9%), les infirmières jugent qu'elle ne l'est pas toujours et notamment pour les infirmières (75%) et notamment dans les CSB1 (60%)

Le remplissage des feuilles/registres de collectes de données a été jugée utile pour le suivi du programme de SSR par 89% des PS et notamment par les SF (mais beaucoup moins par les MG)

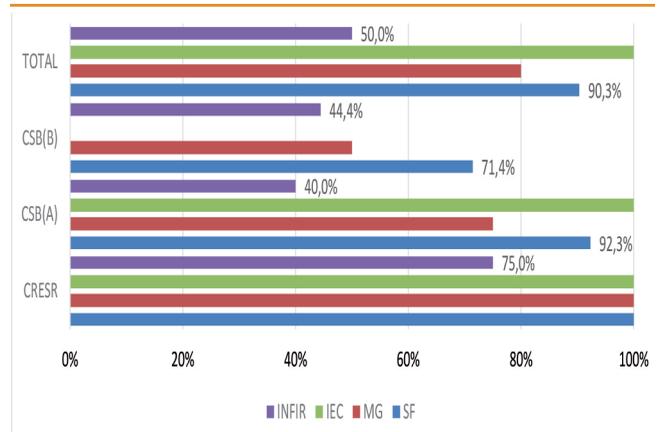
Relations avec les femmes consultantes et droits des femmes à la procréation

Tous les PS interrogés jugent que leurs rapports avec les femmes consultantes sont bonnes dans l'ensemble (100%) et que toute femme a le droit d'avoir autant d'enfants qu'elle le désire

Cependant le droit d'une femme célibataire à bénéficier d'une contraception a été jugé d'une manière nuancée: Favorable par la majorité des PS et notamment les SF, MG et IEC des CRESR où ces taux sont de 100%

Par contre les médecins, les infirmiers des CSB(A) et CSB(B) (et même les SF des CSB(B), n'y sont favorables qu'à 75%-50% pour les médecins et à 40%-45% pour les infirmières des CSB(B)

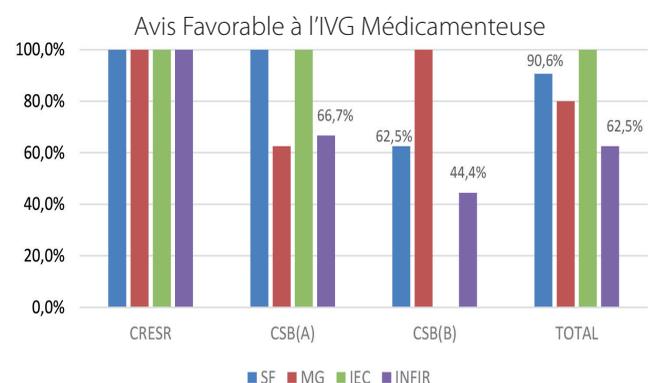
Droit d'une femme célibataire à la contraception



La perception de l'IVG médicamenteuse

Le recours à l'IVG Médicamenteuse est bien perçu par les PS des CRESR (100%) sont favorables à l'IVG Médicamenteuse

Par contre les personnels de santé des CSB(A) et CSB(B) y sont moins favorables d'une manière général avec des taux de 100% et 62% pour les SF de ces centres, et des taux encore plus faibles pour les infirmières (66% et 44%)



Droit à l'IVG et accord du mari (conjoint)

Le droit d'une femme à interrompre sa grossesse avant 3 mois d'évolution quand elle le désire est jugée de manière favorable par tous (100%) les prestataires (SF, MG, IEC et Infirmières) de l'ONFP(CRESR).

Par contre pour les CSB, si les SF y sont plutôt favorables (92% et 63%), ce n'est pas le cas pour les infirmières (20% et 55%), quelques sages-femmes (62% pour les CSB(B)) et médecins de ces centres

Dans le même sens, si les prestataires des CRESR jugent que l'accord du mari est nécessaire pour l'IVG de la femme que 9% à 25% des cas, ces taux sont beaucoup plus importants pour les PS des CSB(A) et CSB(B) (46% à 80%) et ceci notamment chez les infirmières mais aussi les médecins

IVG chez les femmes célibataires et avis en cas de viol

La question (devoir/droit) relative à « la nécessité pour une femme non mariée d'interrompre sa grossesse », a été jugée de manière favorable pour les $\frac{3}{4}$ (76%) des PS interrogés. Ces taux varient de 50% pour les infirmières à 87,5% pour les SF et ceci quelle que soit la structure (CRESR, CSB1 ou CSB2)

La nécessité pour une femme victime de viol d'interrompre sa grossesse a été perçue de manière mitigée puisque seule la moitié des PS interrogés y sont plutôt favorables (54,1%).

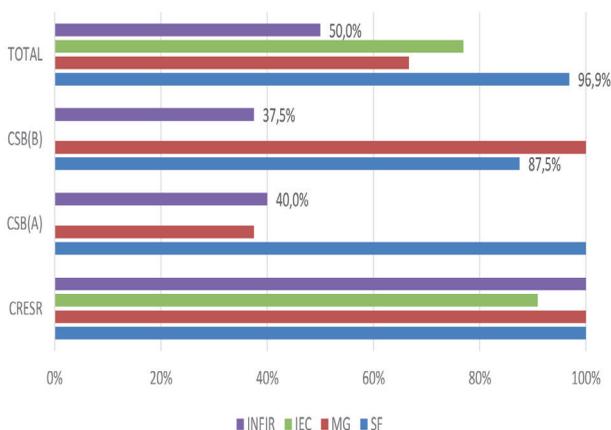
Pour le reste, ils pensent que tout dépend de la situation et qu'il faudrait laisser le choix à la femme elle-même (45,9%), la situation de « viol » n'étant pas souvent « objective » d'après eux ; certains pensant qu'il serait possible qu'il y ait une obligation de mariage pour l'homme dans certaines situations ...

VIH et Droit à la procréation des femmes

Près des $\frac{3}{4}$ (77,6%) des PS interrogés sont favorables à ce qu'une femme vivant avec le VIH/Sida puisse mener à terme une grossesse (sous contrôle médical)

- Mais les PS les moins favorables sont encore les infirmières (et les médecins) notamment dans les CSB(A) et CSB(B).

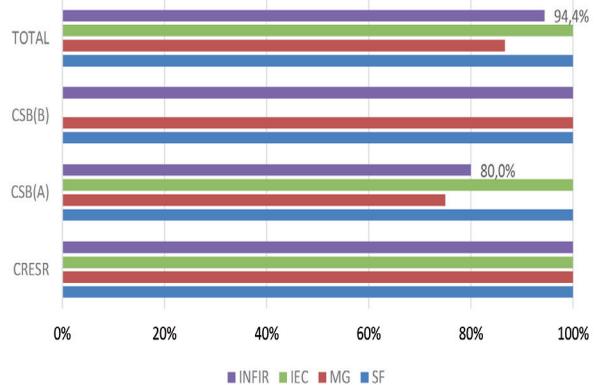
- Par contre tous les prestataires des CRESR y sont favorables (meilleure information?)



Religion et Contraception

La quasi-totalité des PS interrogés ont répondu que, selon eux, la religion n'interdisait pas le recours à la contraception pour la femme.

Les réponses plus nuancées étaient notées chez les médecins (75%) et les infirmiers des CSB(A), contre 100% pour tous les prestataires de santé des CRESR (100%)

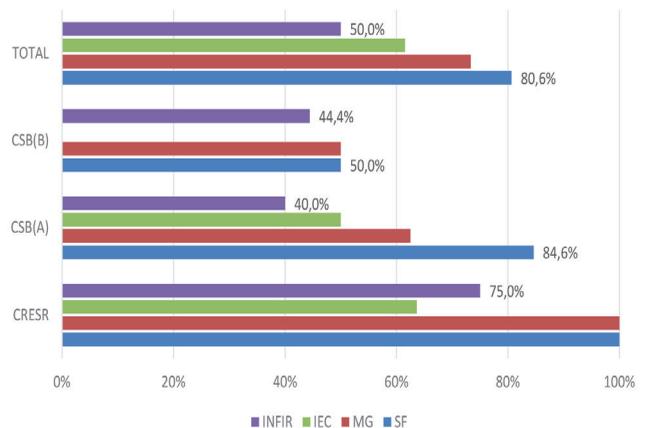


Religion et Avortement (IVG)

Pour la relation de la religion avec l'avortement, seuls 68,8% des PS interrogés pensent que la religion n'interdit pas l'avortement avant 3 mois (12semaine) de grossesse.

CRESR: chez les médecins et SF (100%), par contre chez les prestataires d'IEC et les infirmières, seuls respectivement 63,6% et 75% le pensent.

CSB(A) et surtout les CSB(B) ruraux les % de réponses favorables varient respectivement de 40% chez les infirmiers à 50% chez les SF et 62% chez les médecins...



Aspects Qualitatifs: Divergence des attitudes et perceptions : l'émergence, ces dernières années, de courants religieux portants des discours allant des plus modérés aux plus radicaux a secoué le système des valeurs des prestataires des services en santé tout comme l'ensemble de la société tunisienne.

Les PS ont eu des réactions différentes. Certains chercheront à garder une distance, à affirmer une séparation totale entre les croyances personnelles et les prérogatives du métier. D'autres prennent position en faveur de la religion et tenteront d'ajuster leurs pratiques aux prérogatives de l'islam, d'autres encore chercheront un compromis pour concilier discours scientifique et discours religieux en appliquant les recommandations du religieux en s'appuyant sur l'argumentaire scientifique.

Perceptions/Attitudes des Professionnels de Santé en SSR/PF dans les centres visités

Le manque de satisfaction au travail : Aspects qualitatifs ...

Méthodologie:

Satisfactions vs insatisfactions des prestataires à travers le volet qualitatif :

Nous avons fait le choix d'explorer cet axe car les théories récentes de psychologie du travail établissent un lien entre la satisfaction, le bien être ressenti par le travailleur et son rendement. Bien entendu, les données recueillies ne permettent pas d'établir ici un lien de cause à effet entre insatisfaction et rendement mais elles peuvent éclairer les vécus des prestataires et offrir des pistes d'amélioration de leur quotidien.

Pour une revue de la littérature scientifique voir la thèse de Nathalie Bernard

Les raisons de l'insatisfaction ...

Des insatisfactions :

Insatisfaction relative aux équipements et à l'organisation :

le manque de RH peut pousser l'institution à créer des modes d'organisation au détriment du bien être des prestataires.

Difficultés particulières relatives aux patientes : plusieurs prestataires témoignent des difficultés particulières qui ont émergées après janvier 2011. La violence des patientes et les croyances religieuses qui rendent difficile la mission SR/PF :

Fléchissement de la **formation** et quelques réserves sur l'organisation.

-Problème de reconnaissance et de rapport à l'institution mère : la plupart des prestataires font état d'un sentiment de manque de reconnaissance de leurs efforts et de leurs engagements par la hiérarchie.

Pour les SF de l'ONFP un autre problème s'ajoute :

la différence de la grille salariale et de l'échelle de promotion par rapport à leurs collègues de la santé.

Quelques témoignages des professionnels de santé

« Par rapport aux équipes mobiles, les déplacements fatiguent. Sans parler de l'état des voitures et des dispensaires. On travaille chaque jour dans un dispensaire. Donc on met tout le matériel au chariot. Il y a l'installation du matériel. Tout ça prend du temps et ça fatigue. Et on doit ranger tout ça après le travail. Et on ne parle pas du lavage du matériel. Maintenant on lave les produits ici. Mais on les lavait dans les dispensaires avant. Même si l'on quitte à 8h et qu'on rentre à 13h. Il faut estimer le temps pour gérer la paperasse et les statistiques... comment faire pour traiter au minimum 20 patientes. Si on passe 15 minutes avec chaque patiente, on ne pourra pas examiner toutes les patientes » (FG SF Régions du centre).

- « A Eloueslatia , on travaille dans 13 dispensaires. Seuls 4 dispensaires ont de l'eau. Je quitte ma maison à 7h du matin et je rentre à 13h sans utiliser les sanitaires » (FG SF régions du centre).

- « J'ai 25 ans de service au PF. Dont 23 ans en équipe mobile. En 95 on était mieux qu'en 2017 et 2020 (...) On était plus à l'aise. On travaillait avec une infirmière et une animatrice. On gérait moins de paperasse. On faisait 2 centres par jour » (FG SF régions du centre).

- « On remplissait une seule feuille avant, on en remplit 4 maintenant. Avec le registre du prénatal, le cahier, avec les autres feuilles, la feuille de violence... on dirait des secrétaires » (FG SF régions du centre).

- « Par rapport aux sages-femmes, on était bien couverte, bien formée. Maintenant à Kasserine, si la pose du DIU fait un peu mal à la patiente, on se prépare au pire... ma collègue a fait une perforation, on allait nous agresser. Il y avait une voiture devant le centre et on attendait un signal pour nous attaquer. La sage-femme n'est plus protégée après la révolution. Et la sage-femme ne se sent plus confiante » (FG régions du centre PS).

- « J'ai 23 ans de service et j'ai toujours travaillé en équipe mobile et je remplace les sages-femmes des équipes mobiles. On travaillait à trois. Une sage-femme, une animatrice et une infirmière. On couvrait Kairouan-sud. On travaillait aux dispensaires et on se rendait ensuite chez les patientes, avec l'assistante sociale. On se rend aux jeunes accouchées au 40ème jour... on faisait les insertions du DIU sur place, chez les patientes. On se sentait couverte. Après la révolution, on a commencé à éviter le porte à porte. On a commencé à avoir peur. Et la sage-femme a peur. J'ai peur. Je peux faire la pose du DIU pour un utérus quadri-cicatriciel. Mais je ne le fais pas à domicile parce que je ne suis pas couverte sur le plan légal » (FG SF régions du centre).

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02461337/document> ou encore Emilie Bourdu, Marie-Madeleine Péretié, Martin Richer, La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité. Refonder les organisations du travail, Paris, Presses des Mines, 2016. ISBN : 978-2-35671-424-4 : <https://www.la-fabrique.fr/publication/la-qualite-de-vie-au-travail-un-levier-de-competitivite/>.

Le manque de satisfaction au travail : Aspects qualitatifs ...

Problème de statut et de responsabilités :

Différents profils de prestataires font état de problème en rapport au statut ou aux responsabilités qui leurs incombent.

Pour les sages-femmes

Deux problèmes se posent :

- L'un d'ordre **symbolique** (manque de reconnaissance de l'importance de leurs tâches par rapport à celles des médecins et aux infirmières) ;
- L'autre d'ordre **juridique** (en l'absence de médecin et de gynécologue les SF préfèrent référer vers les maternités régionales de peur de commettre une erreur et de se retrouver acculée d'une faute professionnelle et poursuivies en justice.

Pour les psychologues

- Sans profil de poste bien défini, sans référentiel et sans supervision, ce corps constitue aujourd'hui un potentiel énorme mais mal mobilisé, mal exploité.
- L'absence de référentiel laisse également une marge importante à l'infiltration du subjectif dans les pratiques professionnelles ce qui n'est pas sans danger pour les bénéficiaires. Chaque psychologue semble chercher la place qu'il peut et/ou veut occuper au sein du CRESR.

Pour les éducatrices

Ce profil semble aujourd'hui en désuétude :

- pas de recrutement ;
- pas de renouvellement des RH.
- Celles qui ont porté le programme SR/PF sont parties à la retraite ou partent bientôt sans qu'elles transmettent le savoir-faire et l'engagement qui les a caractérisés.
- Le manque de reconnaissance est ici aussi ressenti car certaines déplorent le retard dans l'octroi des grades.

Quelques témoignages des professionnels de santé

« Par rapport aux équipes mobiles, les déplacements fatiguent. Sans parler de l'état des voitures et des dispensaires. On travaille chaque jour dans un dispensaire. Donc on met tout le matériel au chariot. Il y a l'installation du matériel. Tout ça prend du temps et ça fatigue. Et on doit ranger tout ça après le travail. Et on ne parle pas du lavage du matériel. Maintenant on lave les produits ici. Mais on les lavait dans les dispensaires avant. Même si l'on quitte à 8h et qu'on rentre à 13h. Il faut estimer le temps pour gérer la paperasse et les statistiques... comment faire pour traiter au minimum 20 patientes. Si on passe 15 minutes avec chaque patiente, on ne pourra pas examiner toutes les patientes » (FG SF Régions du centre).

- « A Eloueslatia , on travaille dans 13 dispensaires. Seuls 4 dispensaires ont de l'eau. Je quitte ma maison à 7h du matin et je rentre à 13h sans utiliser les sanitaires » (FG SF régions du centre).

- « J'ai 25 ans de service au PF. Dont 23 ans en équipe mobile. En 95 on était mieux qu'en 2017 et 2020 (...) On était plus à l'aise. On travaillait avec une infirmière et une animatrice. On gérait moins de paperasse. On faisait 2 centres par jour » (FG SF régions du centre).

- « On remplissait une seule feuille avant, on en remplit 4 maintenant. Avec le registre du prénatal, le cahier, avec les autres feuilles, la feuille de violence... on dirait des secrétaires » (FG SF régions du centre).

- « Par rapport aux sages-femmes, on était bien couverte, bien formée. Maintenant à Kasserine, si la pose du DIU fait un peu mal à la patiente, on se prépare au pire... ma collègue a fait une perforation, on allait nous agresser. Il y avait une voiture devant le centre et on attendait un signal pour nous attaquer. La sage-femme n'est plus protégée après la révolution. Et la sage-femme ne se sent plus confiante » (FG régions du centre PS).

- « J'ai 23 ans de service et j'ai toujours travaillé en équipe mobile et je remplace les sages-femmes des équipes mobiles. On travaillait à trois. Une sage-femme, une animatrice et une infirmière. On couvrait Kairouan-sud. On travaillait aux dispensaires et on se rendait ensuite chez les patientes, avec l'assistante sociale. On se rend aux jeunes accouchées au 40ème jour...on faisait les insertions du DIU sur place, chez les patientes. On se sentait couverte. Après la révolution, on a commencé à éviter le porte à porte. On a commencé à avoir peur. Et la sage-femme a peur. J'ai peur. Je peux faire la pose du DIU pour un utérus quadri-cicatriciel. Mais je ne le fais pas à domicile parce que je ne suis pas couverte sur le plan légal » (FG SF régions du centre).

Femmes usagères des services de SSR/PF

Aspects quantitatifs et qualitatifs...

Méthodologie:

Afin d'évaluer le degré de satisfaction des usagères par rapport aux services de SSR/PF offerts dans les différents structures visitées, nous avons recruté :

153 femmes pour l'étude quantitative, elles ont répondu à un questionnaire hétéro-administré (voir annexe 3) ;

87 femmes pour l'étude qualitative, elles ont été écoutées lors d'entretiens individuels semi-directifs.

Motif de consultation en fonction du type de structure

Dans les CRESR, la majorité des clientes consultaient pour bénéficier des services du planning familial ou pour IVG/avortement (51,7% et 25,9%). Dans les CSB ruraux, nommés CSB(B), les deux principaux motifs de consultation étaient les services du planning familial mais aussi le suivi de la grossesse/périnatalité (59,4% et 28,1%).

Dans les CSB urbains, nommés CSB(A), les deux premiers motifs de consultation étaient la consultation post-natale et du nourrisson et le planning familial (47,9% et 33,3%).

Accès aux services

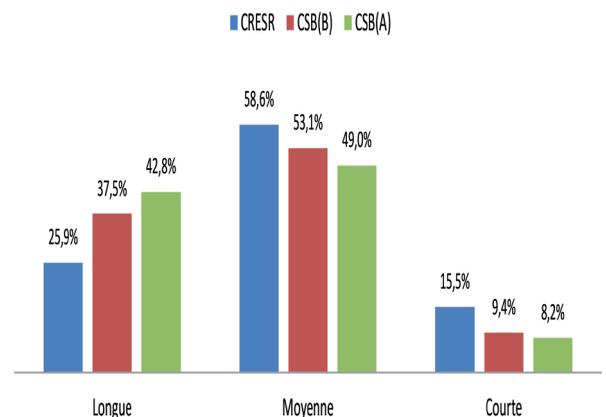
Proximité géographique en fonction du type de structure :

La distance entre les structures de santé et les habitations peut constituer un vrai obstacle pour l'accès aux services SSR/PF. Ce problème s'accroît dans les zones rurales où les moyens de transports sont rares voire inexistants.

Cette distance peut également être causée par la mauvaise qualité des services des structures proches ce qui pousse la femme à opter pour une structure plus lointaine mais lui garantissant un meilleur relationnel avec les prestataires ou une meilleure qualité de service en termes de disponibilité des profils de prestataires recherchés ou de matériels

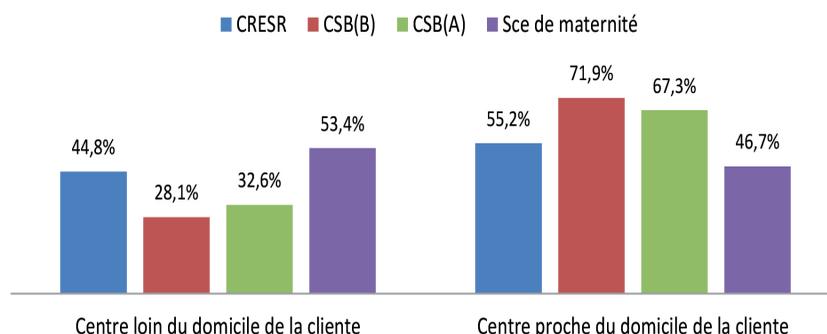
Durée d'attente en fonction du type de structure

Les entretiens individuels ont mis en exergue que certaines patientes déplorent la longue durée d'attente aussi bien dans les CRESR que dans les CSB. Les PMI semblent être moins touchées par ce problème.

**Confort de la salle d'attente en fonction du type de structure**

Indépendamment du type de la structure (CRESR, CSB(B), CSB(A) et service de maternité), la majorité des femmes ont dit que les salles d'attentes étaient confortables (86,2%, 71,9%, 85,7% et 70%). Toutefois, nous avons observé un manque d'espaces aménagés pour l'attente. Les salles d'attentes sont généralement exigües. Certaines disposent de chaises cassées inutilisables et qui semblent déposées là depuis longtemps.

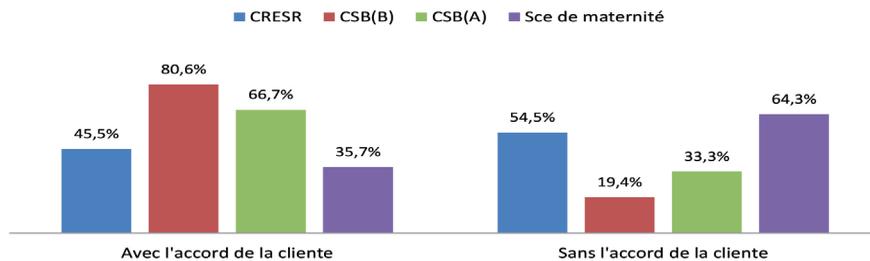
Ce problème amène les gens à attendre dehors, assis à même le sol, sans aucune protection contre les aléas du climat. Ceci s'est particulièrement observé dans les centres des zones rurales. De même, un problème d'entretien des locaux, de gardiennage et de jardinage existent dans certains centres. Le manque d'ouvriers en est la principale cause.



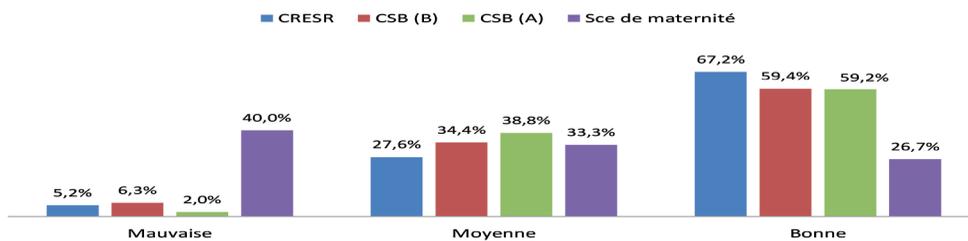
Aspects quantitatifs et qualitatifs ...

Qualité des services

Présence d'une tierce personne pendant la consultation sans l'accord de la patiente en fonction du type de structure

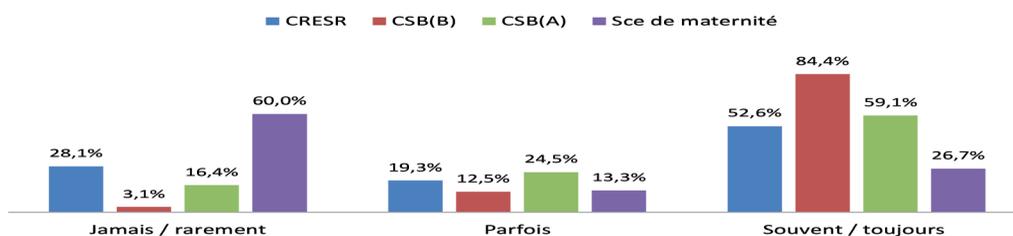


Qualité générale des services en fonction du type de structure



Disponibilité du personnel

Selon les clientes interrogées, dans les CRESR, les CSB(B) et les CSB(A), le personnel soignant est souvent disponible pour répondre à leurs demandes et besoins (52,6%, 84,4% et 59,1%), contrairement aux prestataires de services des services de maternité, dont la disponibilité est rare (26,7%).



Le volet qualitatif a montré que généralement les patientes rendent compte d'un relationnel positif avec les prestataires des centres où nous les avons rencontrées. Cependant, des insatisfactions ont également été relevées. Ce volet reste une priorité pour les femmes et primordial dans l'appréciation de la qualité des services reçus. Sans cet aspect, beaucoup d'efforts déployés par les prestataires et les structures risquent de ne pas être perçus et appréciés à leur juste valeur.

Situation des maternités

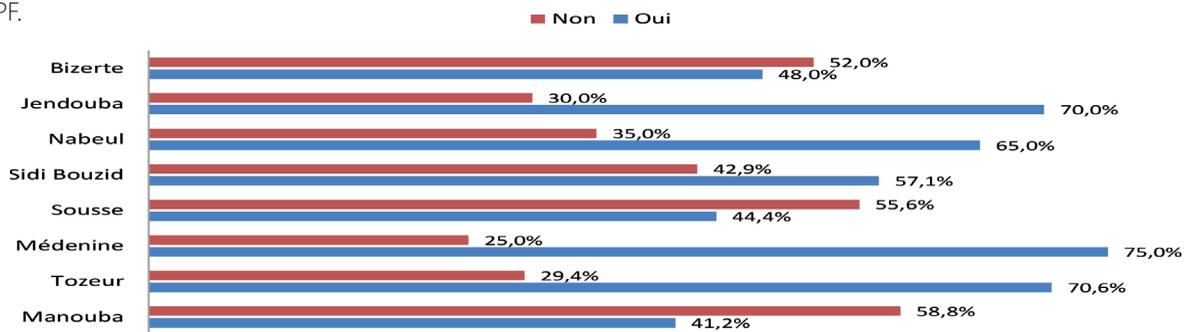
La situation des maternités est particulière compte tenu des hauts pourcentages d'insatisfaction et des témoignages recueillis. La grande majorité des patientes rencontrées parlent du jeu de hasard qui caractérise l'expérience au sein des maternités : aussi bien la prise en charge que la relation avec les prestataires dépend « sur qui tu tombes » et/ou de l'humeur du moment du prestataire. La majorité des femmes rencontrées dans les services de maternité font état de négligences, de maltraitements, de corruptions et d'un manque flagrant d'humanisme caractérisant les relations.

Femmes usagères des services de SSR/PF

L'activité SSR/PF en pratique

Recours à l'utilisation de contraceptifs en fonction de la région

Pour certaines la contraception est une évidence, une nécessité absolue. Pour d'autres, des obstacles se dressent contre une telle pratique. Certaines femmes ont une utilisation intermittente. Elles essaient une méthode puis, pour une raison ou sans raison, elle l'interrompt pour y revenir quelques années plus tard, souvent après une grossesse non programmée. Le motif de l'interruption est souvent l'apparition d'effets secondaires. Certaines femmes affichent un manque de rigueur quant à la contraception. Cette attitude affichée ne traduit pas forcément la réalité vécue. Il est fort probable que d'autres obstacles qu'elles n'ont pas sus ou souhaités formuler lors de l'entretien sont la vraie cause de ce manque de rigueur dans la pratique de la PF.



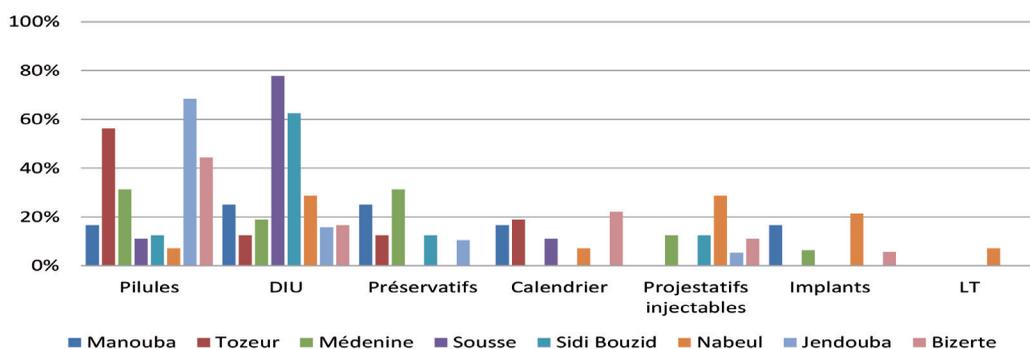
Croyances à l'efficacité des moyens de contraception naturels en fonction de la région

La majorité des femmes de l'échantillon estimaient que les moyens de contraception naturels ne sont pas efficaces. Toutefois, dans la région de Manouba, 41,2% des femmes interrogées considéraient que ces moyens (calendrier, retrait) sont suffisants pour la contraception.

Cette méthode a un statut ambigu chez les patientes rencontrées. Certaines femmes la considèrent comme une méthode de contraception, d'autres pas. Ceci révèle un manque de connaissance et peut être aussi un frein d'ordre idéologique à la contraception

Choix du moyen contraceptif en fonction de la région

Nous avons observé auprès des femmes rencontrées la prégnance des discours sociaux fondés sur l'expérientiel et les vécus au détriment du discours officiel concernant la contraception. Il y a une concurrence entre le discours officiel, les discours sociaux (chez les femmes peu instruites) et les informations récoltées sur Internet (chez les femmes instruites). Cette concurrence n'est pas à l'avantage du discours officiel car les rapports tendus et les mauvaises expériences vécues par les femmes au sein des institutions sanitaires publiques touchent à la crédibilité des institutions officielles et érodent la confiance de la population en ces institutions.



Aspects quantitatifs et qualitatifs ...

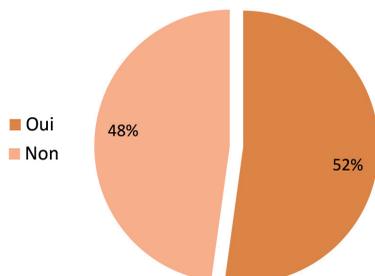
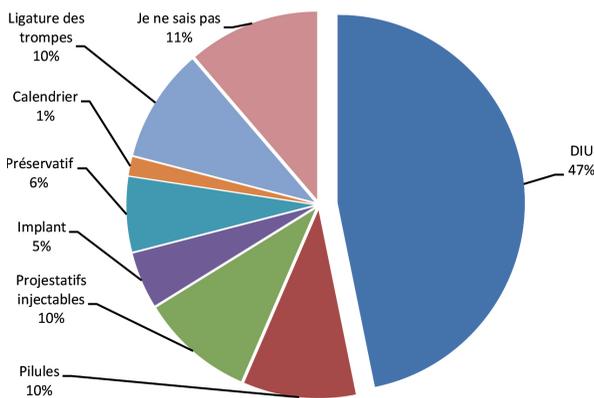
Implication du mari en fonction de la région

Contrairement aux régions de Tozeur et Sidi Bouzid, dans la région de Sousse, la majorité des hommes n'étaient pas impliqués dans le choix du moyen de contraception de la femme.

Les entretiens individuels ont confirmé que beaucoup d'hommes se désintéressent totalement de la question ; c'est aux femmes de gérer seules ce problème. Le tabou relatif à la sexualité s'y ajoutant, certaines décrivent un mari exigeant son droit de consommer son mariage, refusant catégoriquement d'utiliser le préservatif voire même, dans certains cas, d'en parler. La méthode traditionnelle du calendrier est également rejetée chez certains car elle nécessite l'abstinence sexuelle pendant les jours féconds ce qui prive le mari de ses droits sexuels.

Chez d'autres, le mari intervient dans le choix de la méthode contraceptive de sa femme. Plusieurs femmes ont rapporté le refus de leurs maris du stérilet car ils le trouvent gênant les rapports sexuels. Le problème rencontré par plusieurs femmes consiste dans le fait que leur santé ne leur permet, parfois, de n'adopter que cette méthode contraceptive.

Satisfaction du moyen de contraception actuel et Contraception à envisager



Connaissances en SSR/PF

La majorité des femmes ont dit que dans les CRESR, CSB type B et CSB type A, les prestataires de services leur ont parlé de contraception (80,7%, 87,5% et 70,2%). Cependant, selon les femmes recrutées dans les différents hôpitaux, le personnel soignant des services de maternité (principalement les sages-femmes) ne leur a parlé de contraception que dans 46,7% des cas. Un nombre important de femmes rencontrées écoutées en entretiens individuels disent ne pas connaître les méthodes contraceptives ou en connaissent un nombre limité.

Le discours est davantage basé sur des idées reçues et savoirs du sens commun que sur des connaissances scientifiques claires et précises. De même, la méconnaissance totale et la domination des idées reçues sont flagrantes concernant la reprise de la contraception après les accouchements, certaines considèrent, par exemple, que l'allaitement suffit comme méthode contraceptive.

Recours des femmes à l'avortement en fonction des régions

L'IVG chirurgicale n'était pas disponible dans tous les CRESR visités. Les raisons de l'indisponibilité de ce service seraient toujours le manque de personnel, principalement l'anesthésiste et le médecin voire même, dans certaines régions, un choix relatif à une volonté politique de l'ONFP depuis 2001. Un entretien avec les responsables de l'ONFP présente une tout autre version :

il s'agirait plutôt d'un manque de volonté du personnel. Il faut noter que le secteur privé offre ce service de l'IVG chirurgicale, mais plus le temps de gestation est long, plus chère coutera l'intervention.

Pour l'IVG médicamenteuse, le problème est différent. C'est un service qui est généralement disponible mais la forte demande dans certaines régions peut causer une rupture de stock. Dans les régions intérieures, les femmes, et surtout les jeunes femmes, craignant d'être reconnues, se déplacent vers d'autres régions, essentiellement l'est, à la recherche de l'IVG avec la garantie de l'anonymat. La disponibilité de l'IVG médicamenteuse dépend également beaucoup d'une évaluation subjective du médecin et/ou de la sage-femme.

