

Les prestataires tanzaniens limitent-ils inutilement l'accès à la contraception?

Par Ilene S. Speizer, David R. Hotchkiss, Robert J. Magnani, Brian Hubbard et Kristen Nelson

Contexte: *Même en présence de services de planning familial physiquement accessibles et d'obstacles économiques rares, les obstacles médicaux aux prestations contraceptives—sur-spécialisation, restrictions d'admissibilité, obstacles de procédure et parti pris du prestataire, par exemple—peuvent limiter le recours des femmes aux services.*

Méthodes: *Les données de l'enquête sur la disponibilité de services (Service Availability Survey) menée en Tanzanie en 1996 servent à l'analyse de la prévalence des barrières médicales par type de prestataire, type d'organisme et emplacement urbain ou rural.*

Résultats: *Des proportions relativement élevées de prestataires limitent l'admissibilité en fonction de l'âge, surtout en ce qui concerne les contraceptifs oraux, méthode la plus largement pratiquée parmi les Tanzaniennes. Entre 79% et 81% des aides médicales, accoucheuses formées, aides à la santé de la mère et de l'enfant et des effectifs auxiliaires (types de prestataires de planning familial les plus courants en Tanzanie rurale) soumettent la pilule à des restrictions d'âge. De tous les prestataires, 10% à 13% ont déclaré qu'il existait au moins une méthode moderne qu'ils ne recommanderaient jamais, tandis que 13% disaient renvoyer une cliente chez elle jusqu'à ses règles suivantes, imposant ainsi un obstacle de procédure inapproprié à la prestation de la plupart des méthodes hormonales. Dans l'ensemble, ces restrictions limitent sérieusement l'accès de certains groupes de femmes à la contraception. Par exemple, les jeunes femmes célibataires non réglées au moment de leur visite se sont avérées rencontrer au moins une barrière ou un obstacle de procédure dans plus de 70% des centres de prestations urbains et dans 80% des centres ruraux.*

Conclusions: *Si les visites de formation et de contrôle mettaient davantage l'accent sur l'observation des directives et normes de prestation du programme national tanzanien de planning familial, les restrictions inutiles des prestataires à la pratique contraceptive pourraient être réduites et, en fin de compte, éliminées.*

Perspectives Internationales sur le Planning Familiar, numéro spécial de 2000, pp. 19-27

Au début des années 1990, les Tanzaniennes rencontraient peu d'obstacles physiques susceptibles de limiter leur accès aux services de planning familial: les estimations pour l'année 1991 révèlent une distance moyenne au centre de prestations le plus proche d'environ quatre kilomètres.¹ Aucun obstacle économique significatif ne s'opposait du reste à la pratique de la contraception, la plupart des services de planning familial étant, à ce jour encore, offerts gratuitement. Le système d'approvisionnement et de distribution de contraceptifs était cependant largement dysfonctionnel, et peu

de prestataires, dans les centres du secteur public, avaient été formés à l'offre de services contraceptifs modernes. Ainsi, en dépit d'un accès physique presque universel aux centres de soins de santé de la Tanzanie, l'accès réel aux services de planning familial moderne et à la contraception était limité.

Depuis 1992, année de la mise en œuvre de la Politique démographique nationale de la Tanzanie, la situation a profondément changé. La disponibilité régulière d'une multiplicité de méthodes contraceptives modernes dans les centres d'Etat est devenue la règle plutôt que l'exception, et le nombre de prestataires du secteur public ayant reçu une formation pertinente à l'offre de méthodes contraceptives modernes a quadruplé.²

Malgré ces améliorations au niveau de l'offre, la demande et le besoin non satisfaits de services de planning familial demeurent élevés en Tanzanie. Les estimations obtenues de l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 1996 indiquent que 24% des Tanzaniennes mariées dési-

rent soit différer la naissance de leur prochain enfant d'au moins deux ans ou ne plus avoir d'enfants, mais qu'elles ne pratiquent toutefois aucune méthode contraceptive. En fait, malgré la disponibilité améliorée de méthodes contraceptives et de prestataires formés dans les centres de santé de l'Etat, le besoin non satisfait n'a diminué que légèrement par rapport au niveau relevé au début des années 1990 (environ 30% des femmes en âge de procréer).³

Comment expliquer la persistance de ces niveaux élevés de besoin non satisfait? Une explication possible, du côté de la demande, serait le déclin des désirs de fécondité au cours de la période considérée, donnant lieu à une plus forte demande de services de planning familial.* Côté offre, il se pourrait que les prestataires imposent des obstacles à l'usage de la contraception (contre-indications inappropriées, restrictions d'admissibilité, obstacles de procédure inutiles, sur-spécialisation des prestataires, parti pris et réglementations inutiles, par exemple).⁴

Ces obstacles sont potentiellement importants en ce qu'ils peuvent affecter tout autant l'accès aux services de planning familial que leur qualité. Ils peuvent refuser aux femmes l'accès aux services, accroître le coût psychologique et le facteur temps de leur recours à ces services et restreindre leur choix de méthodes.⁵ Si beaucoup de ces obstacles résultent des attitudes et normes culturelles des prestataires, les études récentes les caractérisent d'«obstacles médicaux», car il s'agit de restrictions imposées par les prestataires du planning familial, en vertu de justifications souvent dénuées de fondement médical.⁶

La présence d'obstacles médicaux n'est pas un problème nouveau sur la scène du planning familial. En fait, plusieurs auteurs ont apporté d'importantes contributions conceptuelles sur le comment et le pourquoi des restrictions d'accès imposées par les obstacles médicaux.⁷ Chose étrange, pourtant, très peu de recherche empirique a été effectuée sur la question dans les pays en voie de développement. Parmi les rares études relatives aux

Ilene S. Speizer et David R. Hotchkiss sont professeurs adjoints, Robert J. Magnani est professeur associé et Kristen Nelson est étudiante de troisième cycle à la School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University, New Orleans, LA, USA. Brian Hubbard est actuellement adjoint au développement de l'University of Michigan, affecté aux Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA. L'étude à la base de cet article a été financée par l'U.S. Agency for International Development, au titre du projet EVALUATION (Evaluating Family Planning Program Impact Project), contrat n° DPE-3060-C-00-1054-00.

*Entre 1991 et 1996, le nombre moyen d'enfants désirés par les femmes mariées est passé de 6,1 à 5,5.

Tableau 1. Parmi les femmes mariées, pourcentage de celles qui pratiquent une méthode moderne et répartition en pourcentage des utilisatrices courantes, par type de méthode, en fonction de l'âge; et parmi les femmes célibataires sexuellement actives, pourcentage de celles qui pratiquent une méthode moderne et répartition en pourcentage des utilisatrices courantes, par type de méthode, Tanzanie, 1996

Marital status et groupe d'âge	% pratiquant une méthode moderne	Distribution en %					
		Pilule	Stérilet	Injectable	Préservatif	Stérilisation	Total
Femmes mariées							
Total	13.3	41.4	4.5	33.8	6.0	14.3	100.0
15-19	4.4	50.0	11.4	18.2	15.9	4.5	100.0
20-24	12.6	54.8	3.2	31.7	9.5	0.8	100.0
25-29	14.4	55.6	2.1	31.9	9.0	1.4	100.0
30-34	13.9	43.9	8.6	38.1	2.2	7.2	100.0
35-39	15.8	27.2	5.7	41.8	4.4	20.9	100.0
40-44	16.9	20.7	2.4	30.2	4.7	42.0	100.0
45-49	9.3	16.1	3.2	24.7	0.0	55.9	100.0
Célibataires sexuellement actives							
Total	21.4	44.8	4.7	17.9	29.7	2.8	100.0

Source: référence 3.

obstacles médicaux, le flagrant parti pris des prestataires a été relevé au Kenya et au Nigéria, y compris le refus d'accès aux services pour raison d'âge, de nombre d'enfants et d'état matrimonial.⁸ De même, au Pakistan, environ un tiers des femmes n'auraient été admises à pratiquer la contraception hormonale en raison de fausses idées reçues sur les critères d'âge et de parité.⁹ L'étude rapportée ici représente l'une des rares tentatives de quantification de la mesure des obstacles imposés par les prestataires, avec, comme unité d'analyse, le prestataire aussi bien que le centre de prestations.

Le problème des obstacles médicaux est bien connu des autorités tanzaniennes du planning familial. En 1994, l'Unité de planning familial du ministère de la Santé a institué les Directives et normes politiques nationales de planning familial et de formation, stipulant que «tous les hommes et femmes en âge de procréer, adolescents compris, indépendamment de leur parité et de leur état matrimonial, disposent d'un droit d'accès à l'information, à l'éducation et aux services offerts dans le domaine du planning familial».¹⁰ A ce jour, toutefois, la persistance de ces obstacles n'a fait l'objet d'aucune évaluation systé-

matique. Cet article vise à combler cette lacune à travers la recherche des obstacles médicaux aux points de prestations de planning familial de l'Etat et l'examen des conséquences de ces obstacles pour les Tanzaniennes en quête de services de planning familial.

Données et méthodes

L'enquête sur la disponibilité de services menée en Tanzanie en 1996 (Tanzania Service Availability Survey ou TSAS) a été entreprise par le Bureau des statistiques du gouvernement tanzanien, avec l'assistance technique du projet EVALUATION de l'University of North Carolina à Chapel Hill. L'enquête faisait appel à cinq instruments: un instrument d'observation d'établissement destiné au recueil d'informations relatives aux équipements et fournitures; une entrevue menée dans l'établissement; un questionnaire sur les procédures et pratiques de l'établissement; un questionnaire soumis aux prestataires; et une entrevue de sortie avec les clientes du planning familial.

Les données utilisées dans cet article proviennent principalement du questionnaire soumis aux prestataires et de celui sur les procédures et pratiques en vigueur dans les établissements.* Ces deux instruments procurent une richesse d'informations sur l'offre ou non de services de planning familial par l'établissement et sur les obstacles médicaux éventuellement signalés par le personnel médical des établissements. Le questionnaire destiné aux prestataires a été administré à tous les prestataires disponibles ayant accepté d'y répondre le jour de la visite de l'établissement. Les informations obtenues sont par conséquent représentatives des prestatai-

res, sans toutefois caractériser tous les prestataires de chaque établissement.

La stratégie d'échantillonnage des enquêtes d'établissement repose sur un modèle de grappes. Au total, 357 grappes urbaines et rurales ont été échantillonées, mais nous en avons exclu les 30 de Zanzibar. Ainsi, nos résultats ne sont pertinents que pour les 327 grappes continentales. Avec l'aide d'informateurs locaux, nous avons identifié l'hôpital, le centre de santé et le dispensaire le plus proche de chaque grappe. Les établissements identifiés ont ensuite été comparés à la liste maîtresse de 1992 de tous les établissements de soins de santé du pays.

En ce qui concerne les hôpitaux et les centres de santé, la grande majorité des établissements échantillonés correspondaient à ceux de la liste maîtresse. Beaucoup des dispensaires soumis à l'enquête ne figuraient cependant pas sur la liste. Il se peut que, en Tanzanie pour le moins, les informateurs communautaires soient plus fiables que les listes officielles d'Etat dans l'identification des lieux de prestations.¹¹

Le nombre d'établissements échantillonés a été déterminé non pas en fonction du nombre de grappes, mais plutôt en fonction du nombre d'établissements uniques inclus dans l'échantillon final. Ainsi, plutôt que d'avoir 327 établissements de chaque type, le nombre a été réduit en fonction de divers facteurs. D'abord, l'établissement le plus proche n'a pas été visité s'il se trouvait à plus de 30 kilomètres de la grappe d'échantillonnage. Ensuite, en présence de deux grappes proches l'une de l'autre, un même établissement a souvent été identifié comme le plus proche des deux grappes, n'étant dès lors visité qu'une seule fois. Enfin, certains établissements ont été visités sans qu'aucune entrevue n'ait cependant eu lieu pour cause de refus du personnel.

Les établissements échantillonés sont limités davantage encore, pour les besoins de cette analyse, aux points de prestations d'Etat, source des méthodes de planning familial de 74% des Tanzaniennes qui pratiquent le planning moderne.¹² En milieu urbain, les données étaient disponibles pour 123 établissements de planning familial d'Etat (36 hôpitaux, 37 centres de santé et 50 dispensaires). En milieu rural, elles l'étaient pour 238 établissements d'Etat (24 hôpitaux, 75 centres de santé et 139 dispensaires). Au niveau des prestataires, les données étaient disponibles pour 355 prestataires de planning familial en milieu urbain et 546 en milieu rural.¹³ L'attention est concentrée, dans cet article, sur les médecins, infirmiers et infir-

*Les données des entrevues de sortie auraient pu offrir un complément utile à cette analyse, mais nous avons choisi de les exclure pour deux raisons: d'une part, ces entrevues n'avaient été menées qu'avec les clientes de 15% seulement des établissements d'Etat inclus dans l'étude et, d'autre part, les femmes découragées de chercher à obtenir des services n'étaient pas clientes et n'auraient par conséquent pas été représentées dans les interviews de sortie.

[†]Les nombres de prestataires et d'établissements indiqués dans les tableaux diffèrent parfois en raison d'informations manquantes de la part des prestataires ou d'établissements.

mières, aides à la santé de la mère et de l'enfant, accoucheuses qualifiées, aides médicales et auxiliaires.

Les estimations de la prévalence des obstacles imposés par les prestataires fondées sur les données de l'enquête TSAS diffèrent probablement de celles issues d'un échantillon aléatoire d'établissements (analyse de situation, par exemple), étant donné que les obstacles varient suivant le type de prestataire, lequel varie à son tour suivant le type de point de prestations. La TSAS a recueilli ses informations auprès de l'hôpital, du centre de santé et du dispensaire le plus proche (dans un rayon de 30 kilomètres), offrant dès lors une information sur tous les types de points de prestations d'Etat accessibles à toutes les femmes. En revanche, l'analyse de situation présente les informations relatives aux obstacles en fonction d'un échantillon aléatoire d'établissements du pays, ceux-ci n'étant pas nécessairement représentatifs des endroits fréquentés par les femmes. La procédure de collecte de la TSAS semble convenir mieux aux besoins de cette étude en ce qu'elle offre une information sur les obstacles médicaux imposés dans les établissements d'Etat les plus proches d'un échantillon aléatoire de femmes.

Pour les besoins de l'analyse, les obstacles médicaux se définissent telles les pratiques, dérivées en partie au moins d'un raisonnement de nature médicale, donnant lieu à l'entrave ou au refus scientifiquement injustifiable de la pratique contraceptive.¹³ Ces obstacles peuvent être imposés au niveau de la réglementation nationale, au niveau politique du programme ou à celui des prestataires individuels. Six types d'obstacles médicaux sont décrits dans la documentation:¹⁴ les contre-indications, l'admissibilité, les obstacles de procédure, la sur-spécialisation des prestataires, le parti pris des prestataires et la réglementation.

Les obstacles opposés sous la forme de contre-indications reposent sur une mauvaise information relative aux maladies potentiellement associées à la pratique d'une méthode. Par exemple, de nombreux prestataires croient erronément que les méthodes hormonales ne conviennent pas aux femmes atteintes de diabète, d'épilepsie ou ayant des varices, refusant dès lors de leur prescrire une contraception orale.

Les obstacles d'admissibilité comprennent les interdictions de pratique d'une méthode de planning familial en fonction de l'âge, de la parité, de l'état matrimonial ou du consentement de l'époux. Ainsi, certains prestataires estiment inapproprié de

Tableau 2. Pourcentage des établissements de soins de santé du secteur public offrant une méthode de planning familial, par méthode, en milieu urbain ou rural et par type d'établissement

Méthode	Urbain				Rural			
	Total (N=123)	Hôpital (N=36)	Centre de santé (N=37)	Dispensaire (N=50)	Total (N=238)	Hôpital (N=24)	Centre de santé (N=75)	Dispensaire (N=139)
Pilule	98.4	94.4	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Injectable	98.4	94.4	100.0	100.0	99.2	100.0	100.0	98.6
Implant	10.7	37.1	0.0	0.0	3.8	25.0	2.7	0.7
Stérilet	65.9	94.4	70.3	42.0	36.6	91.7	65.3	11.5
Préservatif	97.6	94.4	100.0	98.0	99.2	100.0	100.0	98.6
Comprimé moussant	83.7	94.4	83.8	76.0	63.7	91.7	73.3	53.6
Diaphragme	14.6	27.8	10.8	8.0	3.8	8.3	2.7	3.7
Stérilisation								
Féminine	26.0	86.1	2.7	0.0	9.8	75.0	6.7	0.0
Masculine	12.5	42.9	0.0	0.0	4.7	37.5	2.7	0.0
Planning familial naturel	67.2	80.0	64.9	60.0	59.7	79.2	71.6	49.6

fournir un stérilet à une femme non encore mère, même en l'absence de risque de contracter une maladie sexuellement transmissible. Il n'existe aucune justification médicale à la limitation d'une méthode quelconque sur la base de telles caractéristiques, pourvu qu'une consultation appropriée soit offerte.¹⁵

Les obstacles de procédure comprennent les examens physiques et analyses de laboratoire injustifiables en tant que condition à l'accès ou à la poursuite d'une méthode. Par exemple, un prestataire peut imposer un examen pelvien à la femme avant de lui prescrire un contraceptif, ou peut retarder la prestation du service désiré jusqu'au moment de ses règles suivantes.

La sur-spécialisation est le produit de l'exigence, pour les prestataires, d'un niveau d'éducation formelle élevé (il faut être médecin ou infirmière, par exemple) pour la prestation de méthodes cliniques, alors qu'un personnel formé de moindre niveau d'éducation est tout aussi capable de pratiquer la plupart des procédures spécialisées.¹⁶ En milieu rural, où les spécialistes sont moins susceptibles de s'installer, la disponibilité des méthodes cliniques peut être limitée si seuls les spécialistes sont réputés pouvoir les offrir.

Le parti pris du prestataire inclut la pratique qui consiste à favoriser certaines méthodes et à en décourager d'autres sans raison médicale valable, de même que la non-considération des préférences de la cliente. Certaines restrictions réglementaires peuvent résulter de contrôles religieux, d'inquiétudes sanitaires ou de la non-approbation d'une méthode particulière par le gouvernement.

Les données disponibles pour cet article permettent l'examen de quatre de ces six types d'obstacles; elles ne suffisent pas à l'analyse des obstacles de type contre-in-

dications et réglementation. Etant donné l'adoption, en Tanzanie, de directives et normes nationales en 1994, les obstacles réglementaires restants sont cependant rares.

La recherche décrite ici présente deux limites, la première étant la restriction de l'étude à l'établissement d'Etat de chaque type le plus proche des communautés échantillonnées dans le cadre de l'EDS. La gamme complète des types de prestations proposés par l'Etat n'est dès lors pas toujours reflétée, pas plus que le fait que les femmes fréquentent ou non ces établissements. Il est en second lieu impossible d'évaluer l'influence des obstacles imposés par les prestataires sur les comportements contraceptifs. Si ces obstacles sont susceptibles d'affecter l'adoption de méthodes contraceptives aussi bien que la gamme de méthodes pratiquées (parmi les adolescentes, surtout), l'estimation de l'ampleur de ces rapports ne relève pas de la portée de cette étude.

Données contextuelles

En 1996, l'indice synthétique de fécondité de la Tanzanie était de 5,8 naissances par femme, en baisse par rapport à celui de près de 6,3 en 1991-1992. En milieu rural, 8% des femmes en âge de procréer, et 24% en milieu urbain, pratiquaient une méthode contraceptive moderne en 1996. De manière générale, environ 75% des femmes mariées qui pratiquaient la contraception moderne utilisaient la pilule ou les injectables (tableau 1). Ce modèle se maintient en fonction de l'âge et de la parité (non représenté), à deux exceptions près: la stérilisation féminine est la principale méthode moderne à partir de l'âge de 40 ans, et le préservatif est la méthode la plus répandue parmi les femmes sans enfants. Pour les célibataires sexuellement actives, la pilule et le préservatif sont les deux méthodes les plus importantes.

Tableau 3. Parmi les établissements de soins de santé du secteur public, pourcentage disposant de réserves constantes durant les 30 derniers jours et les 12 derniers mois, pourcentage disposant d'un personnel formé à certains aspects et pourcentage disposant de certains équipements, par type d'établissement

Service	Hôpital de santé (N=60)	Centre (N=112)	Dispensaire (N=188)
% sans épuisement des stocks de pilules*			
30 derniers jours	84.9	83.9	84.5
12 derniers mois	70.4	77.7	70.1
% sans épuisement des stocks d'injectables*			
30 derniers jours	83.0	81.1	77.7
12 derniers mois	64.2	59.5	53.0
% sans épuisement des stocks de stérilets*			
30 derniers jours	100.0	95.8	88.9
12 derniers mois	96.2	90.1	81.1
% avec formation au planning familial†			
Médecins	73.6	12.5	50.0
Assistants médicaux	28.3	28.4	23.5
Infirmiers/ infirmières	85.7	50.0	24.1
Accoucheuses qualifiées	90.7	79.8	68.8
Aides à la santé de la mère et de l'enfant	72.0	70.4	69.1
% disposant d'équipements			
Gants jetables			
Au moment de l'enquête	78.0	72.6	78.6
6 derniers mois	21.7	31.7	53.7
Stérilisateur			
opérationnel	91.5	94.6	83.6
Lampe	41.7	12.5	13.2
Sphygmo- manomètre	83.3	76.8	60.3
Spéculum	93.3	94.6	63.0
Aiguilles jetables	70.0	52.3	46.0

*Parmi les établissements offrant chaque méthode. †Parmi les établissements comptant chaque type de prestataire.

Dans quelle mesure les méthodes contraceptives sont-elles disponibles dans les établissements du secteur public? Tant en milieu urbain que rural, les méthodes renouvelables (pilule, injectables, préservatif et comprimés moussants) sont généralement largement disponibles dans les trois types d'établissements (tableau 2, page 21). Le stérilet est disponible dans la plupart des hôpitaux et dans environ deux tiers des centres de santé. Les implants et la stérilisation féminine comme masculine sont également principalement

*Il convient d'interpréter ces observations avec prudence. Si l'épuisement des fournitures peut résulter d'un problème d'inefficacité gouvernementale, un établissement peut également souffrir d'épuisements de stocks dus à l'importance de la demande. La distinction des raisons de la fréquence des épuisements de stocks des établissements porte au-delà de la portée de cette analyse.

offerts dans les hôpitaux seulement. En raison de la faible disponibilité des implants, du diaphragme et de la stérilisation féminine et masculine, l'attention est concentrée, dans cet article, sur les autres méthodes renouvelables et cliniques.

La pratique des méthodes renouvelables exige le retour de la femme au centre tous les un à trois mois, soit pour renouveler son approvisionnement, soit pour recevoir une nouvelle injection. La véritable disponibilité de ces méthodes dépend des stocks entretenus, de la formation des prestataires aux services de planning familial et des types d'équipement disponibles aux établissements. Parmi ceux qui offraient la pilule, les injectables et le stérilet, la disponibilité était élevée pour le mois précédent: seuls 15% environ ont signalé un épisode de leurs stocks de pilules, et 18%, de leurs stocks d'injectables (tableau 3).* Pour la pilule, aucune différence de disponibilité n'a été observée en fonction du type d'établissement. Pour les injectables, les dispensaires étaient légèrement plus susceptibles de signaler un épisode de stocks que les centres de santé et les hôpitaux. Bien que rares dans les quelques établissements qui offraient le stérilet, les épisodes de stocks étaient plus couramment observés dans les dispensaires que dans les autres types d'établissement.

Selon les informations recueillies lors de l'entrevue menée dans les établissements, dans les hôpitaux employant chaque type de prestataire, la plupart étaient formés aux prestations de planning familial (tableau 3). Les assistants médicaux employés dans les hôpitaux étaient cependant moins susceptibles d'avoir reçu de formation que tous les autres prestataires. L'obstacle à la disponibilité du planning familial n'en est pas important puisque les assistants médicaux représentent le type de prestataire le moins courant dans les hôpitaux (tableau 4).

Dans les centres de santé et les dispensaires, le niveau de formation révèle d'importants obstacles à l'accès au planning familial. Dans les dispensaires et les centres de santé, par exemple, les aides à la santé de la mère et de l'enfant représentent le type de prestataire le plus courant (tableau 4), mais 30% n'ont reçu aucune formation particulière au planning familial (tableau 3). De plus, les autres prestataires fréquemment rencontrés dans les dispensaires (assistants médicaux) et les centres de santé (accoucheuses qualifiées) n'ont pas souvent reçu non plus de formation adéquate au planning familial. Dans les établissements où le planning familial est offert, l'absence de formation d'un important pourcentage des prestataires peut compromettre la satisfaction uniforme des besoins de planning familial des femmes.

Le tableau 3 présente aussi des données relatives à la disponibilité d'équipements importants nécessaires aux prestations de planning familial, par type d'établissement. Bien que la majorité des établissements déclarent disposer de gants jetables (environ 75%), les épisodes de stocks sont un problème fréquent, surtout dans les hôpitaux et les centres de santé. En ce qui concerne les autres types d'équipement, les hôpitaux et les centres de santé sont mieux équipés que les dispensaires. Il existe d'importants écarts au niveau des équipements disponibles: en particulier, tous les établissements manquent de lampes et d'aiguilles, et les dispensaires sont également pauvres en spéculums. Ce manque d'équipement peut limiter, particulièrement, l'accès des nouvelles patientes aux méthodes de planning familial, tout en posant obstacle, aussi, aux femmes intéressées par les méthodes cliniques.

Ainsi, malgré l'amélioration significative des aspects logistiques et de gestion des ressources au début des années 1990,¹⁷ la situation est loin d'être parfaite. La plu-

Tableau 4. Répartition en pourcentage du personnel des établissements publics de planning familial, par type de prestataire en poste, en milieu urbain ou rural et par type d'établissement

Type de personnel	Urbain				Rural			
	Total (N=355)	Hôpital (N=139)	Centre de santé (N=103)	Dispensaire (N=113)	Total (N=546)	Hôpital (N=87)	Centre de santé (N=171)	Dispensaire (N=288)
Médecins	2.5	6.4	0.0	0.0	2.2	11.5	1.2	0.0
Assistants médicaux	7.9	3.6	10.7	10.6	18.0	2.3	14.0	25.0
Infirmiers/ infirmières	19.2	30.2	13.6	10.6	6.2	24.1	4.7	1.7
Accoucheuses qualifiées	22.8	25.2	30.1	13.3	15.6	31.0	24.6	5.6
Aides à la santé de la mère et de l'enfant	36.3	28.8	34.9	46.9	36.6	27.6	44.4	34.7
Auxiliaires	11.3	5.8	10.7	18.6	21.4	3.5	11.1	33.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

part des établissements semblent cependant disposer de réserves régulières suffisantes pour ce qui est des contraceptifs les plus utilisés par les Tanzaniennes.

Obstacles médicaux

Sur-spécialisation des prestataires

L'insertion du stérilet et des implants est une intervention généralement réservée aux médecins et aux infirmiers/infirmières.¹⁸ Les types de prestataires disponibles dans un établissement particulier peuvent dès lors représenter un déterminant important du choix de méthodes qui y est offert. En Tanzanie, un faible pourcentage seulement des prestataires ruraux sont médecins ou infirmiers/infirmières, plus de la moitié (52%) de l'ensemble étant des accoucheuses qualifiées ou des aides à la santé de la mère et de l'enfant (tableau 4). En milieu rural, ces aides représentent la plus grande partie des prestataires, mais les assistants médicaux et les auxiliaires forment également un groupe important.

En milieu urbain, une minorité seulement des effectifs est faite de médecins et infirmiers/infirmières, mais la proportion de ces derniers est supérieure à celle rencontrée dans les milieux ruraux. Les infirmiers/infirmières, aides à la santé de la mère et de l'enfant et accoucheuses qualifiées représentent la plus large proportion des effectifs globaux des hôpitaux urbains, tandis que les aides à la santé de la mère et de l'enfant forment un plus grand pourcentage des prestataires rencontrés dans les centres de santé et dispensaires urbains (conséquence de l'accent mis sur les prestations de planning familial et de consultation des nourrissons dans ces établissements).

L'implantation principale des médecins et infirmiers/infirmières dans les hôpitaux constitue un facteur de restriction de la disponibilité du stérilet et des implants dans les centres de santé et les dispensaires. Les autres facteurs incluent le manque d'équipements ou de fournitures nécessaires à l'offre de ces méthodes (voir plus haut). La formation d'un personnel médical moins technique, y compris les accoucheuses, à l'insertion du stérilet et des implants, et l'amélioration de l'infrastructure des établissements permettraient d'accroître l'accessibilité de ces méthodes en dehors des hôpitaux. Si la formation des aides et des assistants médicaux était assurée pour les méthodes du stérilet et des implants, il ne serait pas nécessaire d'augmenter le nombre de médecins et d'infirmiers/infirmières dans les centres de santé et les dispensaires, étant donné que les effectifs existants pourraient

Tableau 5. Pourcentage des prestataires de planning familial du secteur public limitant l'admissibilité des clientes à la pratique d'une méthode pour des raisons d'âge, de parité, d'état matrimonial ou de consentement du conjoint, par méthode et (pour les obstacles liés à l'âge) milieu urbain ou rural, en fonction du type de prestataire

Obstacle et méthode	Médecins	Assistants médicaux	Infirmiers/infirmières	Accoucheuses qualifiées	Aides SME	Auxiliaires
AGE						
Total	(N=17)	(N=120)	(N=90)	(N=158)	(N=317)	(N=152)
Pilule	52.9	79.2	71.1	81.0	78.9	80.3
Préservatif	37.5	48.7	38.2	36.7	41.2	45.6
Stérilet	46.7	72.0	60.6	60.0	62.4	77.8
Injectable	42.9	80.2	62.2	67.5	63.7	68.7
Milieu urbain	(N=6)	(N=26)	(N=60)	(N=76)	(N=123)	(N=38)
Pilule	33.3	73.1	66.7	80.3	86.2	81.6
Préservatif	33.3	37.0	37.9	34.7	46.7	50.0
Stérilet	16.7	58.3	64.3	66.7	69.1	80.0
Injectable	33.3	73.1	61.7	66.7	66.7	75.7
Milieu rural	(N=11)	(N=94)	(N=30)	(N=82)	(N=194)	(N=114)
Pilule	63.6	80.9	80.0	81.7	74.2	79.8
Préservatif	40.0	52.2	38.7	38.6	37.7	44.0
Stérilet	66.7	84.6	54.2	52.6	54.4	75.0
Injectable	50.0	82.2	63.3	68.3	61.8	66.4
PARITE						
Total	(N=17)	(N=120)	(N=90)	(N=158)	(N=317)	(N=152)
Pilule	11.8	21.7	6.7	12.7	18.9	29.0
Préservatif	0.0	4.2	0.0	1.9	3.9	7.5
Stérilet	6.7	0.0	4.6	0.0	4.0	22.2
Injectable	14.3	34.5	17.8	23.6	23.9	32.0
ETAT MATRIMONIAL						
Total	(N=16)	(N=120)	(N=89)	(N=158)	(N=317)	(N=145)
Pilule	25.0	19.2	9.0	5.7	12.9	21.4
Préservatif	20.0	16.1	13.6	2.5	10.7	13.4
Stérilet	23.1	28.0	12.5	18.8	17.5	22.2
Injectable	15.4	28.7	18.0	12.2	20.1	26.9
CONSENTEMENT DU MARI						
Total	(N=16)	(N=120)	(N=89)	(N=157)	(N=316)	(N=143)
Pilule	6.3	25.8	4.5	7.6	15.2	37.1
Préservatif	13.3	17.0	6.9	9.5	14.0	31.4
Stérilet	15.4	16.0	1.6	5.0	7.1	33.3
Injectable	16.7	25.9	5.6	7.7	14.5	34.9

Note: La valeur N peut être inférieure à celle indiquée, selon la disponibilité des méthodes et les données manquantes des prestataires n'ayant pas abordé la question des obstacles.

offrir un plus large éventail de méthodes. Cela d'autant plus que les prestataires qui avaient participé, entre 1992 et 1996, à un cours de formation sur le planning familial et l'hygiène de la reproduction destiné à accroître l'observation des directives politiques nationales, étaient plus susceptibles d'offrir le stérilet que ceux qui n'avaient pas reçu cette formation (85% par rapport à 55%).¹⁹

Admissibilité

•*Obstacles liés à l'âge.* Même si un établissement dispose des équipements, de la formation et des approvisionnements appropriés, une femme n'est pas nécessairement admise au planning familial si les prestataires refusent de servir les clientes qui ne satisfont pas à certains critères d'âge. Une mesure de ces obstacles (évaluée selon les restrictions d'accès injustifiées éventuellement imposées par le personnel médical aux clientes âgées de 12 à 55 ans*) indique qu'une proportion

plutôt élevée des prestataires limite en effet l'admissibilité en fonction de l'âge, surtout en ce qui concerne les contraceptifs oraux—soit la méthode la plus largement pratiquée par les Tanzaniennes. Pour la pilule, des restrictions d'âge sont imposées par 79% à 81% des assistants médicaux, des accoucheuses qualifiées, des aides à la santé de la mère et de l'enfant et des auxiliaires (tableau 5), soit les types de prestataires le plus souvent rencontrés en milieu rural. Des restrictions sont également imposées par les prestataires aux niveaux de formation plus élevés, 53% des médecins et 71% des infirmiers/infirmières faisant état de restrictions d'âge.

La méthode barrière dénuée d'effets secondaires hormonaux offerte par le préservatif laisse anticiper l'imposition de moindres restrictions. Les données confir-

*Bien que large, cette tranche d'âge peut affecter l'accès d'une femme au planning familial si le prestataire la perçoit comme plus jeune (ou plus âgée) que son âge réel.

ment en effet cette attente, bien que plus d'un tiers des prestataires déclarent soumettre la méthode à certaines restrictions d'âge. Les autres méthodes sont toutes associées à des niveaux de restriction similaires par type de prestataire et suivant le milieu urbain ou rural. Non recommandées d'un point de vue médical, ces restrictions représentent des obstacles sociaux imposés dans un contexte médical.

En moyenne, l'âge maximum était d'environ 43 à 44 ans pour la plupart des méthodes féminines réversibles, la limite étant comparable pour la stérilisation féminine et masculine (non indiqué). Il peut s'agir là d'un obstacle important pour les femmes plus âgées qui désirent limiter le nombre de leurs enfants. L'âge minimum était, en moyenne, de 14 à 15 ans, limitant l'accès des jeunes femmes sexuellement actives à la plupart des méthodes et leur faisant courir le risque de naissances prénuptiales non désirées. Bien que le préservatif soit associé aux restrictions d'âge les plus faibles (14 ans), cette limite peut néanmoins réduire l'accès de la méthode aux adolescents, qui tendent pourtant à avoir des rapports infréquents et à changer souvent de partenaires²⁰ et qui ont donc besoin de méthodes barrières aptes à prévenir les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées.

• **Restrictions liées à la parité.** Les prestataires sont considérés imposer un obstacle de parité s'ils déclarent la nécessité pour une femme d'avoir un certain nombre d'enfants avant de pouvoir pratiquer une méthode contraceptive. Contrairement aux restrictions d'âge, celles de parité imposées à l'usage du préservatif sont rares ou inexistantes (tableau 5). Celles imposées sur les méthodes féminines sont cependant plus fréquentes. En fonction de la parité, les effectifs de niveau inférieur—assistants médicaux, aides à la santé de la mère et de l'enfant et auxiliaires—semblent les plus réticents à consentir les méthodes. Ainsi, 35% des assistants médicaux, 24% des aides à la santé de la mère et de l'enfant et des accoucheuses qualifiées, et 32% des auxiliaires ont déclaré limiter l'accès aux injectables en fonction de critères de parité. Les différences de restrictions de parité entre les milieux ruraux et urbains, par type spécifique de prestataire, étaient négligeables (non indiqué). Ces restrictions n'en sont pas moins plus importantes dans les milieux ruraux, où les types de personnel les plus conservateurs sont les principaux prestataires.

Le nombre moyen d'enfants exigé avant d'accorder une méthode à une femme était d'environ 2,5. Les restrictions de pa-

rité peuvent donc représenter un obstacle important pour les jeunes femmes non encore mères qui désirent éviter une grossesse non désirée ou inopportunne.

• **Etat matrimonial.** Les restrictions imposées par les prestataires en fonction de l'état matrimonial sont moins fréquentes que celles liées à l'âge de la femme pour la majorité des méthodes féminines. Environ 20% de l'ensemble des prestataires en ont fait état (tableau 5). Ces restrictions peuvent affecter l'aptitude des jeunes femmes célibataires sexuellement actives à différer leurs grossesses ou à éviter celles non désirées. De manière générale, les assistants médicaux, les aides à la santé de la femme et de l'enfant et les auxiliaires sont le plus susceptibles de limiter les méthodes aux femmes mariées. La situation en est le plus problématique dans les milieux ruraux et dans les dispensaires urbains, où il s'agit des prestataires les plus courants du planning familial.

• **Consentement du conjoint.** De manière générale et pour la plupart des méthodes, peu de prestataires exigent le consentement du conjoint. Ici encore, les assistants médicaux et les auxiliaires sont le plus susceptibles de signaler l'observation de tels critères, suivis des aides à la santé de la mère et de l'enfant. Ces exigences posent un problème particulier dans les milieux ruraux.

• **Obstacles de formation et d'admissibilité.** Nous avons également cherché à savoir si le manque de formation pouvait influencer la probabilité pour les prestataires d'imposer des obstacles d'admissibilité. Parmi ceux compris dans l'échantillon, 25% avait reçu, dans le cadre de leur emploi, une formation clinique de base au planning familial, une formation générale ou une mise à jour sur l'hygiène de la reproduction, entre 1992 et 1996. Les aides à la santé de la mère et de l'enfant étaient les plus susceptibles d'avoir été formées (32%), suivies des assistants médicaux (27%), des infirmiers/infirmières (24%) et des accoucheuses qualifiées (21%). Les médecins (16%) et les auxiliaires (12%) étaient les moins susceptibles d'avoir reçu ce type de formation. (Les faibles niveaux de formation parmi les médecins et les infirmiers/infirmières peuvent être le reflet d'une formation antérieure à leur emploi.)

Il est intéressant de noter que les obstacles d'admissibilité imposés par les prestataires ne semblent pas liés au bénéfice ou non d'une formation récente. Ainsi, la comparaison des prestataires n'ayant reçu aucune formation en matière de planning familial ou d'hygiène de la reproduction entre 1992 et 1996 à ceux en ayant bénéfi-

cié durant la même période, révèle que 83% et 82%, respectivement, avaient déclaré l'imposition d'obstacles en fonction de l'âge (non indiqué). De même, ces pourcentages étaient de 83% et 82% pour tous les obstacles à la pilule, et de 28% chacun pour ceux liés à l'état matrimonial. Aucune différence n'a été observée suivant le milieu urbain ou rural, le type de prestataire ou le moment de la formation (1992–1993 ou 1994–1996).

L'absence de liaison entre la prévalence des obstacles d'admissibilité et le moment récent ou non de la formation laisse entendre que ces obstacles sont imposés par les prestataires individuels plutôt qu'au niveau du programme national. Pour approfondir la question, nous avons analysé les établissements où plusieurs prestataires avaient été interviewés, afin de déterminer la fréquence de leurs désaccords éventuels sur la restriction du planning familial en fonction de l'âge, de la parité, de l'état matrimonial ou du consentement de l'époux.

Les résultats indiquent de fréquents désaccords entre prestataires. Par exemple, dans 54% des établissements, les prestataires étaient d'avis différents sur la nécessité d'imposer des restrictions à l'accès au préservatif en fonction de l'âge. Les pourcentages comparables, pour les injectables et la pilule, étaient de 51% et 43%, respectivement. Les pourcentages de désaccord étaient moindres pour les obstacles, par méthode spécifique, en fonction de l'état matrimonial et du consentement du conjoint (environ 30% chacun). Le désaccord le plus variable, dans les réponses des prestataires, avait trait aux obstacles spécifiques en fonction de la parité, 10% seulement des prestataires étant d'avis différents concernant le préservatif, par rapport à 46% concernant les injectables.

Parti pris du prestataire

Le parti pris des prestataires peut aussi être source de limitation d'accès aux méthodes. Nous avons examiné à ce sujet la tendance des prestataires à ne jamais recommander au moins un type de méthode moderne pourtant offert dans leur établissement. Entre 10% et 13% ont déclaré n'avoir jamais recommandé une méthode moderne au moins (graphique 1). Les pourcentages supérieurs parmi les médecins peuvent être le produit de leur faible représentation dans l'échantillon. (La différence entre les médecins et les autres prestataires ne s'est pas révélée statistiquement significative.) En milieu urbain, le pourcentage des prestataires ayant déclaré ne jamais recommander une méthode particulière est comparable parmi

tous les types de prestataires, tandis qu'en milieu rural, ceux dotés d'un niveau de formation supérieur (les infirmiers/infirmières et les accoucheuses) sont plus sujets aux partis pris que leurs collègues moins formés (les aides à la santé de la femme et de l'enfant et les auxiliaires).

Parmi les prestataires ayant déclaré ne jamais recommander au moins une méthode, nous avons examiné les méthodes en question (non indiqué). Ces méthodes varient suivant l'emplacement urbain ou rural. En milieu urbain, les prestataires ont le plus souvent cité les injectables, les implants, le stérilet et la pilule comme méthodes jamais recommandées. Les établissements ruraux présentaient un moindre parti pris à l'égard des méthodes féminines, le préservatif étant la méthode le plus souvent citée comme n'étant jamais recommandée. Ainsi, en dépit d'une plus grande disponibilité matérielle des méthodes hormonales et de niveaux de formation supérieurs dans les milieux urbains, le parti pris des prestataires peut empêcher les femmes de pratiquer la méthode la mieux adaptée à leurs besoins particuliers.

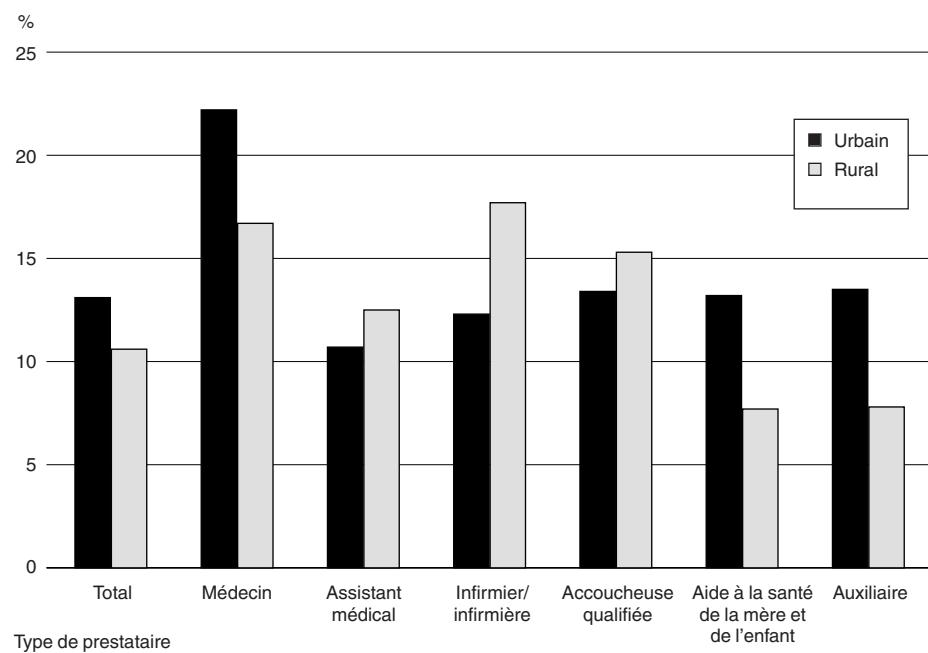
Obstacles de procédure

Imposer à une femme qu'elle attende le moment de ses règles suivantes avant de lui prescrire la pilule, le stérilet ou sa première injection contraceptive est un exemple d'obstacle de procédure. Ce délai n'est généralement pas approprié s'il est possible de confirmer l'absence de grossesse avant la prescription de ces méthodes, moyennant un simple test de grossesse ou l'obtention des antécédents récents de la femme en termes de règles, activité sexuelle et grossesses.²¹ L'imposition de tels délais à toutes les clientes non réglées peut réduire le taux d'acceptation de ces méthodes pour des raisons de coût et de manque de commodité.

Notre examen des obstacles de procédure repose sur les informations relatives au traitement réservé par les prestataires aux clientes intéressées par les méthodes hormonales et le stérilet. Parmi les prestataires des établissements offrant ces méthodes, 60% ont déclaré ordonner un test de grossesse avant de prescrire la pilule, une autre méthode hormonale ou le stérilet à une femme non réglée (65% en milieu urbain et 57% en milieu rural). Il s'agit là d'une stratégie appropriée de prestation de ces méthodes lors de la visite des clientes non réglées.

Parmi les 417 prestataires n'ayant pas mentionné l'administration d'un test de grossesse avant la prescription de méthodes hormonales ou du stérilet (156 en milieu ur-

Graphique 1. Pourcentage des prestataires de planning familial déclarant n'avoir jamais recommandé au moins une méthode, par type de prestataire, en lieu de résidence urbain ou rural



bain et 261 en milieu rural), la stratégie citée le plus souvent (35%, soit environ 13% de l'ensemble des prestataires) était l'invite à la cliente de revenir au moment de ses règles suivantes (tableau 6, page 26). Lorsque les tests de grossesse sont chers ou non disponibles, cette stratégie ne répond pas adéquatement aux besoins des femmes qui ne désirent pas d'enfant mais qui courrent le risque d'une prochaine naissance. L'obtention des antécédents de la femme en vue d'exclure la grossesse ou (pour les femmes qui désirent la pilule) l'approvisionnement en pilules et en préservatifs (mentionné par 19% des prestataires) avec instructions d'utiliser le préservatif jusqu'aux prochaines règles et d'entamer alors le premier cycle de la pilule,²² offrirait de meilleures options. Les prestataires pourraient aussi simplement fournir des préservatifs et inviter la cliente à revenir (selon l'approche adoptée par 32% des prestataires). Cette stratégie ne garantit toutefois pas l'usage du préservatif jusqu'au moment des règles suivantes, pas plus d'ailleurs que le retour ultime de la cliente.

L'autre pratique couramment mentionnée par les prestataires n'ayant pas déclaré l'administration de tests de grossesse était l'offre directe de la méthode (31% des prestataires). L'option n'est pas recommandée, médicalement, pour les femmes intéressées par le stérilet, l'insertion et l'usage du dispositif pouvant s'avérer dangereux si la femme est déjà enceinte. Etant donné, toutefois, que la majorité des Tan-

zaniennes utilisent la pilule et les injectables et que la prescription accidentelle de ces méthodes aux femmes enceintes ne s'est pas avérée associée à de plus hauts risques de défauts de naissance,²³ il pourrait s'agir là d'une stratégie de prestation appropriée.

La majorité des prestataires (60%) ont déclaré adopter la stratégie de l'exclusion de la grossesse. Parmi ceux ne l'ayant pas mentionnée, les obstacles de procédure paraissent importants, les clientes se voyant souvent imposer une autre visite à l'établissement ou étant invitées à pratiquer temporairement une méthode ne répondant pas nécessairement à leurs besoins ou à ceux de leur partenaire. Pour réduire ces obstacles, la formation des prestataires devrait inclure l'obtention des antécédents d'une femme en vue de l'exclusion d'une grossesse en cours. Les services de planning familial en seraient accessibles à une plus grande proportion de femmes au moment de leur première visite.

Implications des obstacles de prestataire
Nous nous sommes concentrés jusqu'ici sur la mesure dans laquelle les prestataires individuels imposent des restrictions d'accès au planning familial. Voyons maintenant les conséquences globales de ces obstacles, avec, comme unité d'analyse, les établissements de soins de santé. Notre but est de simuler l'expérience vécue par une femme hypothétique présentant certaines caractéristiques et cherchant à obtenir une méthode contra-

ceptive particulière dans un établissement du secteur public tanzanien. Notre intérêt portant sur les obstacles imposés par les prestataires, l'accent est mis sur la disponibilité des méthodes offertes par chaque établissement échantillonné.

La mesure de résultat utilisée dans cette analyse est la proportion des établissements «sans obstacles», soit ceux qui n'imposent aucun obstacle injustifié en fonction des caractéristiques ou du choix de méthode d'une cliente, comme mesuré sur tous les prestataires interviewés dans chaque établissement échantillonné. Dans les établissements comptant plusieurs prestataires, le résultat de la visite d'une cliente dépend dans certains cas du prestataire qui la reçoit. Ainsi, nos estimations exagèrent peut-être parfois la probabilité pour une cliente donnée de rencontrer des obstacles injustifiés. Comme il n'existe cependant pas non plus de garantie de rencontre de prestataires n'imposant pas d'obstacles, l'indicateur utilisé offre une mesure raisonnable du risque de rencontre d'obstacles.

Pour raisons d'espace, nous avons limité la discussion au scénario détaillé d'une femme non enceinte désireuse de pratiquer la contraception orale, méthode de prédilection de la plupart des Tanzanien(ne)s. (Les résultats sont similaires pour les autres méthodes largement utilisées.)

Imaginons d'abord une adolescente célibataire de 15 ans qui désire obtenir la pilule dans un établissement du secteur public. Dans moins de la moitié des établissements, cette cliente ne rencontrerait pas de restriction d'accès (tableau 7). Si cette femme avait 20 ans et non 15, 59% et 54% des établissements urbains et ruraux, respectivement, ne lui opposeraient aucun obstacle de prestataire. Si cette femme de 20 ans n'était pas réglée au moment de sa visite clinique, elle ne rencontrerait aucun obstacle (restrictions d'âge, de parité ou critères d'admission inappropriés) que dans 28% et 19% seulement des établissements.

Tableau 6. Pourcentage des prestataires de planning familial déclarant appliquer des stratégies de sélection autres que les tests de grossesse pour la prestation de méthodes hormonales (N=417)

Stratégie	Total	Urbain	Rural
Inviter la cliente à revenir lors de ses prochaines règles	34.5	25.0	40.2
Essayer de provoquer les règles	19.7	21.2	18.8
Fournir des préservatifs et inviter la cliente à revenir	31.9	35.9	29.5
Fournir la méthode hormonale	30.5	34.0	28.4
Fournir la méthode hormonale et des préservatifs	18.7	29.5	12.3

Note: Cet échantillon est limité aux prestataires de planning familial travaillant dans un établissement où les méthodes hormonales sont offertes et n'ayant pas déclaré l'administration d'un test de grossesse avant la prestation de méthodes hormonales.

sements urbains et ruraux, respectivement.

Les prestataires sont plus susceptibles de consentir leurs prestations aux femmes mariées. Ainsi, plus de 80% des établissements n'opposeraient aucun obstacle à une femme mariée de 20 ans, mère d'un enfant et désireuse de prendre la pilule, par rapport à 68% et 61%, respectivement, des établissements urbains et ruraux, pour une femme célibataire mère d'un enfant. Si la même femme mariée n'avait cependant pas le consentement de son mari, elle ne serait pas aussi susceptible d'obtenir la pilule, moins de deux tiers des établissements étant dans ce cas dénués d'obstacles (soit une proportion proche des valeurs observées pour les femmes non mariées).

La plupart des femmes mariées âgées de 30 à 39 ans et mères de plusieurs enfants sont susceptibles d'obtenir la pilule, peu de prestataires leur imposant de restrictions d'accès. A partir de 40 ans toutefois, la situation est moins favorable: pour une femme mariée de 30 ans, mère de quatre enfants, qui désire la pilule, le pourcentage d'établissements sans obstacles atteint 95% en milieu urbain et 93% en milieu rural. Par contre, si cette même femme avait 40 ans, 49% et 60% d'établissements, respectivement, en milieu urbain et rural, ne lui imposeraient pas d'obstacles.

Discussion

Durant les années 1990, le gouvernement de la Tanzanie a pris une série de mesures importantes destinées à offrir un accès universel aux services de planning familial dans le pays. Au niveau politique, la Politique démographique nationale et

Tableau 7. Pourcentage des établissements de planning familial du secteur public sans obstacles imposés par le prestataire aux femmes répondant aux caractéristiques spécifiées, en milieu urbain ou rural

Caractéristiques	Urbain (N=123)	Rural (N=238)
Femme non enceinte désirant la pilule		
15 ans, célibataire, sans enfants	43.9	43.3
20 ans, célibataire, sans enfants	58.5	54.2
20 ans, célibataire, sans enfants, non réglée	28.4	19.3
20 ans, célibataire, un enfant	68.3	60.9
20 ans, mariée, un enfant	82.9	80.7
20 ans, mariée, un enfant, sans consentement du mari	64.2	58.8
30 ans, mariée, quatre enfants	95.1	93.3
40 ans, mariée, quatre enfants	48.8	59.7
Femme non enceinte désirant une méthode injectable		
15 ans, célibataire, sans enfants	36.6	35.3
20 ans, célibataire, sans enfants	52.8	41.6
20 ans, célibataire, sans enfants, non réglée	23.6	17.6
20 ans, célibataire, un enfant	56.9	49.6
20 ans, mariée, un enfant	72.4	66.0
20 ans, mariée, un enfant, sans consentement du mari	60.2	50.0
30 ans, mariée, quatre enfants	88.6	90.3
40 ans, mariée, quatre enfants	74.0	75.2
Femme non enceinte désirant le préservatif		
15 ans, célibataire, sans enfants	61.8	62.2
20 ans, célibataire, sans enfants	74.0	75.6
20 ans, célibataire, un enfant	75.6	76.5
20 ans, mariée, un enfant	95.1	95.4
20 ans, mariée, un enfant, sans consentement du mari	73.2	68.1
30 ans, mariée, quatre enfants	99.2	98.7
40 ans, mariée, quatre enfants	95.9	96.2
Nonpregnant woman who wants IUD		
15 ans, célibataire, sans enfants	43.1	55.0
20 ans, célibataire, sans enfants	60.2	63.0
20 ans, célibataire, sans enfants, non réglée	24.4	24.4
20 ans, célibataire, un enfant	69.1	71.8
20 ans, mariée, un enfant	85.4	82.4
20 ans, mariée, un enfant, sans consentement du mari	74.0	75.2
30 ans, mariée, quatre enfants	95.1	94.1
40 ans, mariée, quatre enfants	77.2	81.5

Note: Pour les scénarios ci-dessus, la disponibilité d'une méthode particulière est présumée dans tous les établissements.

les Normes et directives politiques de prestations de planning familial et de formation ont été introduites en 1991 et 1994, respectivement. Au niveau des programmes et de la mise en œuvre, les améliorations des ressources et du système logistique du planning familial ont accru significativement la disponibilité des méthodes contraceptives dans les établissements de soins de santé de l'Etat. De nombreux prestataires ont en outre été formés à l'offre de services de planning familial.

Bien que ces mesures aient réduit et même éliminé certains obstacles à l'accès aux contraceptifs, nos observations révèlent la persistance d'autres obstacles généralement absents des indicateurs physiques d'accessibilité (distance aux établissements, nombres de méthodes offertes ou prévalence des épuisements de stocks). Ces obstacles, imposés par les prestataires individuels sans aval poli-

tique ni justification médicale valable, limitent significativement l'accès à la contraception en Tanzanie. Les obstacles d'âge imposés aux jeunes femmes célibataires méritent une attention spéciale, les adolescents ayant été identifiés telle une population cible devant bénéficier d'un accès garanti aux services de planning familial.²⁴ De même, les obstacles de procédure imposés aux femmes de tous âges désireuses de pratiquer les méthodes hormonales sont dignes de considération, étant donné l'importante proportion des femmes tanzaniennes qui y ont recours.

La formation continue des prestataires en place et le renforcement des normes et directives du programme officiel par des mesures d'encadrement représentent les réponses programmatiques logiques aux observations de notre étude. Il sera nécessaire de déployer les efforts requis à ces égards à mesure de l'évolution du Programme national tanzanien de planning familial, de la phase de «lancement» à celle de «consolidation», et de l'accent mis sur la génération (et la satisfaction) de la demande de planning familial au maintien de taux de continuation et d'efficacité élevés.

Les obstacles imposés inutilement par les prestataires n'en sont pas moins le produit de facteurs d'envergure plus large que la simple durée et qualité de la formation et de l'encadrement assuré. Les normes et attitudes qui façonnent le milieu social où opèrent les prestataires ont aussi leur importance. La recherche menée au Ghana laisse entendre que les prestataires imposent parfois des restrictions su-

périeures à celles exigées par le programme dans le but de protéger leur société, leur culture ou leurs valeurs.²⁵ S'il en va de même dans d'autres contextes, la situation présente un formidable défi au niveau de la formation, la résistance au changement étant susceptible de se révéler relativement forte dans de nombreux cercles, surtout parmi les prestataires plus âgés et plus «arrêtés». Cela n'empêche, l'influence des perspectives et des pratiques des prestataires est essentielle à la progression des programmes nationaux tel celui de la Tanzanie et à la satisfaction des besoins d'hygiène de la reproduction des populations qu'ils servent.

Références

1. Beegle K, *The Quality and Availability of Family Planning Services and Contraceptive Use in Tanzania*, Living Standards Measurement Study n° 114, Washington, DC: Banque mondiale, 1995.
2. United Republic of Tanzania, Bureau of Statistics, Planning Commission, *Tanzania Service Available Survey 1996*, Chapel Hill, NC, USA: The EVALUATION Project, 1997.
3. United Republic of Tanzania, Bureau of Statistics, Planning Commission, et Macro International, *Tanzania Demographic and Health Survey 1996*, Calverton, MD, USA: Macro International, 1997.
4. Shelton JD, Angle MA et Jacobstein RA, Medical barriers to access of family planning, *Lancet*, 1992, 340(28):1334-1335.
5. Bertrand JT et al., Access, quality of care and medical barriers in family planning programs, *International Family Planning Perspectives*, 1995, 21(2):64-69.
6. Ibid.
7. Shelton JD, Angle MA et Jacobstein RA, 1992, op. cit. (voir référence 4); et Bertrand JT et al., 1995, op. cit. (voir référence 5).
8. Askew I, Mensch B, et Adewuyi A, Indicators for measuring the quality of family planning services in Nigeria, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(2):268-283; et Population Council et Kenyan Ministry of Health, *Quality of Care in Family Planning Service Delivery in Kenya: Client's and Provider's Perspectives*, rapport final, Africa Operations Research and Technical Assistance Project II, 1995.
9. Ministry of Population Welfare, A situation analysis of family welfare centers in Pakistan, avant-projet, Ministry of Population Welfare, Islamabad, Pakistan, 1993.
10. United Republic of Tanzania, Ministry of Health, *National Policy Guidelines and Standards for Family Planning Service Delivery and Training*, Dar es Salaam, Tanzania: Ministry of Health, 1994.
11. United Republic of Tanzania, Bureau of Statistics, Planning Commission, et Macro International, 1997, op. cit. (voir référence 3).
12. Ibid.
13. Shelton JD, Angle MA et Jacobstein RA, 1992, op. cit. (voir référence 4), p. 1334.
14. Ibid.
15. Reduction of medical barriers to contraception, *IMCH Newsletter*, 1995, 22(211):5-6.
16. Ibid.
17. United Republic of Tanzania, Bureau of Statistics, Planning Commission, 1997, op. cit. (voir référence 2).
18. Ibid.
19. Ibid.
20. Shelton JD, Angle MA et Jacobstein RA, 1992, op. cit. (voir référence 4), p. 1334.
21. Stanback J et al., Menstruation requirements: a significant barrier to contraceptive access in developing countries, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(3): 245-250.
22. Ibid.
23. Ibid.
24. United Republic of Tanzania, Ministry of Health, 1994, op. cit. (voir référence 10).
25. Twum-Baah KA et Stanback J, Provider rationales for restrictive family planning service practices in Ghana, Accra, Ghana: Ghana Statistical Services; et Research Triangle Park, NC, USA: Family Health International, 1995.