

Pourquoi les prestataires du planning familial restreignent l'accès aux services: examen de la situation au Ghana

Par John Stanback et K. A. Twum-Baah

Contexte: Comprendre les pratiques des prestataires du planning familial est essentiel à la conception de systèmes de formation, surveillance et logistique aptes à optimiser l'accès des clientes et la qualité des soins. Il n'est cependant pas toujours facile de comprendre pourquoi les prestataires imposent des restrictions inappropriées à leurs clientes ou les soumettent à des procédures médicalement inutiles.

Méthodes: Des données d'analyse de situation au Ghana ont servi à identifier 46 établissements offrant des services de planning familial mais susceptibles d'imposer à leur clientèle d'importants obstacles médicaux et autres. Des intervieweurs ont rendu visite, fin 1994, à un échantillon choisi à dessein de 97 prestataires, leur posant des questions ouvertes et fermées afin d'identifier les pratiques restrictives et de sonder les prestataires sur la motivation de leurs pratiques.

Résultats: Les prestataires appliquaient diverses restrictions reconnues comme entravant l'accès des clientes aux services. Des raisons de sécurité et de morale étaient le plus souvent invoquées pour justifier les restrictions imposées en fonction de l'âge et de la parité. Beaucoup de prestataires se souciaient particulièrement des problèmes de fécondité future susceptibles de résulter de la contraception et imposaient des critères d'âge ou de parité minimale pour assurer que seules les femmes de fécondité établie avaient accès à la contraception. Certaines prestataires pensaient apparemment, en particulier, que les contraceptifs injectables étaient cause de stérilité permanente. Certaines ont également invoqué des préoccupations de santé pour justifier l'imposition de visites de contrôle et de réapprovisionnement strictes et celle d'analyses de sang et d'urine de routine.

Conclusions: Bien que le souci de protection de la santé des clientes paraisse admirable en soi, les prestataires ne possédant pas une connaissance technique suffisante de la contraception risquent d'exagérer les dangers des différentes méthodes. En cherchant à imposer leur morale personnelle, ils violent les droits fondamentaux de leurs clientes.

Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 2001, pp 26–31

Quelles motivations empêchent les prestataires d'adopter une perspective orientée sur les besoins de leurs clientes? Pourquoi les obstacles médicaux persistent-ils? Comment accroître l'efficacité de la formation des prestataires? En bref, quels sont les facteurs déterminants des pratiques de prestation du planning familial? La réponse reste évasive. Depuis quelques années pourtant, la recherche semble éclaircir ce que l'on a qualifié de «boîte noire»¹ de la prestation de services de planning familial.² Une variété d'outils (interviews en profondeur, études de clientes fictives et observations) ont permis d'expliquer non seulement les pratiques de prestation en soi, mais aussi

les raisons pour ces pratiques. Une meilleure compréhension du comportement des prestataires représente un élément clé de la conception de systèmes de formation, surveillance et logistique aptes à optimiser l'accès aux services et la qualité des soins.

De récentes tentatives d'expliquer ce comportement ont produit des observations révélatrices, sans toutefois approfondir encore la constellation des facteurs qui régissent la provision de services. Cet article rapporte les données d'une étude menée au Ghana dans le but d'obtenir des prestataires les raisons des restrictions ou des procédures médicalement inutiles qu'ils imposent à leurs clientes.

Contexte

En 1969, le Ghana devint l'un des premiers pays d'Afrique à adopter une politique démographique. L'acceptation du planning familial fut cependant lente, au point que 20 ans plus tard, en 1988, la prévalence de la contraception moderne n'avait atteint que 5%. Entre 1988 et 1998, la pratique contraceptive moderne tripla presque, passant de 5% à 13%, tandis que l'indice synthétique de fécondité diminuait, lui, de 6,4 à 4,5 naissances par femme.³

Cherchant à améliorer la qualité des soins et l'accès des clientes aux prestations du planning familial et à d'autres soins de la santé reproductive, le Ghana a récemment défini et publié ses «protocoles nationaux des services de la santé reproductive» (avec l'assistance technique d'INTRAH et de PRIME).⁴ Quelques années plus tôt, le pays avait également formulé de nouvelles politiques et normes de prestation. Toutes ces consignes—règles uniformes auxquelles tous les points de services de planning familial sont appelés à se conformer—visent à éliminer les obstacles médicaux et à remplacer les différentes pratiques cliniques par des services uniformes de qualité. Les règles écrites peuvent aussi servir de protection aux prestataires, qui redoutent souvent les reproches éventuels de clientes insatisfaites ou de leurs partenaires.

Méthodes

Les analyses de situation menées au Ghana en 1993 et 1996 se sont révélées utiles pour identifier les faiblesses du système de planning familial du pays, par la révélation d'obstacles à l'accès aux services.⁵ Les raisons pour certaines pratiques

John Stanback est haut associé à la recherche, Family Health International, Research Triangle Park, NC, USA. K.A. Twum-Baah est statisticien gouvernemental adjoint, Ghana Statistical Service, Accra, Ghana. La recherche à la base de cet article a bénéficié de l'assistance d'Agence américaine pour le développement international.

n'étaient toutefois pas incluses dans la méthodologie des analyses de situation types. Aussi avons-nous entrepris une étude de suivi en 1994, afin d'en apprendre davantage sur la motivation des pratiques restrictives des prestataires.

Vouloir optimiser la quantité de données utiles par site, nous avons adopté une stratégie de «somme des carrés d'écart à la moyenne négative», ciblant les prestataires les plus susceptibles de soumettre leurs services à des obstacles restrictifs. Partant des données de l'analyse de situation de 1993, nous avons créé un indice des «barrières d'accès» en 1994 pour chacun des 719 prestataires de planning familial actifs interviewés dans le cadre de cette étude. De conception simple, l'indice est basé sur l'ajout d'un point par restriction médicale ou sociale déclarée à la cote du prestataire, qu'il s'agisse d'exigences de parité, de limites d'âge minimum et maximum, de l'imposition d'analyses de sang et d'urine, de critères de mariage et de consentement de l'époux, etc.

Quarante-six points de prestations ont ensuite été choisis comme sites d'étude, dans l'ensemble du Ghana, sur la base des cotes élevées atteintes par leurs prestataires. Trois intervieweurs se sont rendus aux 46 sites vers la fin de 1994 et y ont mené des entrevues de une à trois heures. Tous les prestataires disponibles ont été interviewés à chaque site, produisant un échantillon final de 97 prestataires.

A chaque entrevue, l'intervieweur a commencé par poser une série de questions simples aux prestataires concernant leurs pratiques cliniques. Un protocole de réponse a ensuite été utilisé pour approfondir les réponses aux questions originales indicatrices de pratiques susceptibles d'être interprétées comme imposant un obstacle d'accès. Par exemple, les prestataires qui avaient déclaré imposer des exigences de parité minimale à la prescription de la pilule ont été invitées à en donner leurs raisons. Enfin, l'intervieweur a passé en revue le registre journalier du site et examiné un échantillon de dossiers de clientes, afin de valider certaines réponses au questionnaire. Par exemple, les tranches d'âge et de parité des clientes ont été relevées, de même que l'indication dans les dossiers de l'imposition courante d'analyses de sang et d'urine, d'exams gynécologiques aux clientes voulant des méthodes hormonales ou de l'exigence du consentement écrit de l'époux.

L'échantillon considéré n'était pas représentatif de l'ensemble des prestataires du planning familial au Ghana. Nous avons délibérément choisi les établisse-

ments où les clientes avaient rencontré de multiples obstacles d'accès. Nous pensions toutefois que cet échantillon produirait une source de données à la fois riche et rentable sur les raisons généralement invoquées pour justifier ces obstacles.

Résultats

Indicateurs de base

Les 46 sites à l'étude comptaient neuf hôpitaux, 12 centres de santé, 10 postes sanitaires, sept centres de maternités, quatre cliniques de santé maternelle et infantile et de planning familial, deux cliniques de la Planned Parenthood Association of Ghana, une clinique privée et une clinique quasi-étatique. Ces sites étaient répartis dans sept des 10 régions du Ghana.

Les 97 prestataires interviewés comptaient 52 infirmières auxiliaires, 42 sages-femmes professionnelles, deux agents de développement et une bénévole. (Aucun médecin n'a été interviewé, les prestations de services de planning familial ne leur étant généralement pas affectées aux points de prestations du secteur public et non gouvernementaux du Ghana.)

Les 46 sites offraient tous la pilule combinée, les injections, le préservatif et les spermicides. Quarante-quatre offraient la pilule microprogestative; 36, le stérilet; et cinq (tous hôpitaux), des services de stérilisation féminine.

Restrictions de services

•*Exigences de mariage et de consentement de l'époux.* Dans les cliniques visitées lors des deux analyses de situation, en 1993 puis 1996, environ 40% des prestataires ayant participé aux deux enquêtes ont déclaré que le mariage était une condition indispensable à l'obtention d'au moins une méthode réversible.⁶ Les exigences de consentement du conjoint étaient plus répandues encore.

Les prestataires de notre échantillon d'«établissements-barrières» ont donné diverses raisons à ces exigences matrimoniales. La plus courante, invoquée dans un quart à un tiers des réponses (suivant la méthode), étaient simplement que, pour des raisons de morale, les femmes célibataires ne devraient pas avoir accès au planning familial. D'autres prestataires ont déclaré explicitement que ces restrictions décourageaient les rapports sexuels indiscriminés parmi les femmes célibataires.

D'autres raisonnements encore étaient spécifiques à la méthode. Ainsi, huit prestataires offrant le stérilet ont déclaré imposer la restriction du mariage pour éliminer les clientes de mœurs légères et éviter ainsi, vraisemblablement, les in-

fections suites à l'insertion. Trois prestataires ont indiqué que les méthodes hormonales opéraient de manière continue et qu'elles étaient dès lors inutiles aux clientes célibataires, dont l'activité sexuelle n'est probablement pas régulière. Une prestataire craignait que les clientes non mariées cherchent à utiliser la contraception orale pour provoquer un avortement.

Les raisons le plus souvent invoquées pour justifier l'exigence du consentement de l'époux étaient basées sur l'idée de la décision mutuelle que représente le planning familial ou de l'opposition potentielle du mari au planning familial ou à la méthode choisie par sa femme (tableau 1, page 28). D'autres prestataires craignaient les accusations éventuelles des époux, surtout si les contraceptifs fournis produisaient des effets secondaires ou qu'ils menaient à l'infécondité ou à l'infidélité. Certaines prédisaient qu'en l'absence de la règle du consentement du conjoint, les maris accuseraient leurs femmes d'infidélité, menant à la «punition», au «divorce», voire à des «conséquences fatales». Les clientes étaient plus susceptibles de devoir faire face aux exigences de mariage et de consentement de l'époux dans les centres de santé du secteur public, aux postes de santé et aux cliniques de santé maternelle et infantile et de planning familial que dans les hôpitaux et les centres de maternités (non indiqué).

•*Restrictions d'âge.* Plus de la moitié des prestataires à l'étude en 1993 et 1996 ont déclaré imposer des exigences d'âge minimum et maximum à la fourniture de diverses méthodes. Ces restrictions étaient particulièrement rigoureuses pour les injectables. Dans notre échantillon de prestataires choisis à dessein, l'âge moyen minimum requis pour la prescription de cette méthode était de plus de 30 ans.

Quant aux raisons de ces exigences, les prestataires de nos «établissements-barrières» ont invoqué le plus souvent la notion selon laquelle le minimum imposé était l'âge auquel les femmes sont suffisamment âgées pour se marier et avoir des enfants (tableau 1). Certaines ont exprimé une version négative de cette idée: le planning familial ne doit pas être permis aux femmes n'ayant pas atteint un certain âge, ou l'imposition d'un âge minimum décourage les mœurs légères, ou encore, les femmes plus jeunes ne sont pas suffisamment mûres pour assumer le planning familial. (La plupart des prestataires ne faisaient pas de différence entre la maturité physique et mentale.)

D'autres raisons encore étaient en référence à certaines méthodes et reflétaient le

Tableau 1. Nombre de prestataires ayant invoqué les raisons spécifiées aux diverses restrictions d'accès des clientes à certaines méthodes contraceptives, par restriction et raison, selon la méthode

Raison	Pilule micropro-gestative	Pilule combinée	Injectable	Stérilet
Consentement de l'époux	N=46	N=46	N=46	N=37
Le planning familial est une décision à prendre par les deux partenaires	15	14	16	11
L'époux est peut-être opposé à la pratique ou au choix du planning familial	8	9	5	6
Le prestataire pourrait se voir reprocher les problèmes éventuels	8	8	11	7
Le mari pourrait répudier ou punir sa femme	9	9	4	6
La méthode pourrait être cause de stérilité	2	2	9	1
Le planning familial peut conduire à l'infidélité	1	1	0	1
La méthode doit être connue du mari	0	0	0	2
Autre	3	3	1	3
Restrictions d'âge minimum	N=41	N=41	N=71	N=24
Le planning familial ne s'adresse qu'aux couples mariés	17	14	5	5
La méthode peut être cause de stérilité (temporaire)	3	3	44	1
Il faut décourager les relations sexuelles indiscriminées	2	2	0	1
Le risque de complications est plus grand chez les femmes jeunes	7	9	5	1
Il faut vérifier la fécondité/éviter les reproches de stérilité	2	3	4	2
Le planning familial est dangereux pour les femmes jeunes	4	4	1	4
Autre	6	6	12	10
Restrictions d'âge maximum	N=47	N=47	N=37	N=22
La cliente est à la ménopause; le planning familial est inutile	14	15	24	17
La méthode est dangereuse pour les clientes plus âgées	23	25	7	2
La méthode peut causer une ménopause précoce	1	1	3	1
La méthode est inacceptable pour les clientes plus âgées	0	0	1	1
Autre	9	7	2	1
Exigences de parité minimale	N=32	N=32	N=80	N=33
Fécondité retardée ou stérilité	24	24	75	13
Etroitesse du col utérin et de l'utérus chez les femmes nullipares	na	na	na	13
Des maladies asymptomatiques peuvent se révéler après la naissance du premier enfant	2	2	1	0
Si la femme est stérile, elle risque de blâmer le prestataire ou la méthode	3	3	1	3
Autre	3	3	3	4

N.B.: na=non applicable.

souci d'assurer la santé des clientes. Ainsi, les prestataires semblaient percevoir dans les injectables une méthode particulièrement risquée, et rationalisaient les restrictions d'âge imposées pour cette méthode par la crainte de provoquer la stérilité ou de différer le retour à la fécondité.

Quelques prestataires ont expliqué que les restrictions d'âge minimum (qui sont en fait aussi des restrictions de parité minimale) servent à vérifier la fécondité des clientes ou permettent d'éviter les reproches de clientes qui pourraient par la suite se révéler stériles. Trois prestataires ont déclaré fixer à 35 ans l'âge minimum d'administration des injectables car «à 35 ans, les clientes ont des enfants et approchent l'âge de la ménopause; si les injectables les rendent stériles, elles ne s'en inquiéteront donc pas».

La préoccupation à l'égard de la santé des clientes se manifeste aussi dans

d'autres raisonnements. Ainsi, 12 prestataires ont prétendu que les restrictions d'âge étaient nécessaires pour la pilule et les injectables car les jeunes femmes courent un plus grand risque de complications en utilisant des méthodes hormonales. Et deux autres ont suggéré que les organes de reproduction des femmes de moins de 18 ou 20 ans ne sont pas suffisamment mûrs pour la contraception hormonale.

Quelques raisonnements étaient notamment incorrects ou illogiques. Par exemple, deux prestataires ont avancé que l'âge minimum était imposé dans le but de prévenir les grossesses de l'adolescence. Une autre déclarait que la pilule microprogestative empêchait la lactation; une autre encore, que la pilule combinée accroissait la fécondité une fois interrompue. Trois, enfin, justifiaient l'imposition d'un âge minimum, pour les injectables,

en prétendant que la méthode était dangereuse pour les femmes qui avaient moins de 35 ans.

Dans notre échantillon, les prestataires qui imposaient des limites d'âge maximum à leurs clientes invoquaient généralement la ménopause et des raisons de santé (tableau 1). La moitié de celles qui refusaient la pilule combinée aux femmes plus âgées (à partir de 35 ans, généralement) la disait dangereuse ou responsable de risques accrus d'hypertension ou de maladie cardiovasculaire. Certaines prétendaient que «les méthodes hormonales peuvent conduire à une ménopause précoce», et que «les maladies asymptomatiques exposées à partir de 35 ans pourraient être confondues avec les effets secondaires de la méthode». Quelques-unes qualifiaient aussi certaines méthodes (les injectables, le stérilet, le préservatif et les spermicides) d'inacceptables pour les clientes plus âgées.

• *Restrictions de parité.* Les exigences de parité imposent aux femmes un nombre minimum d'enfants avant de leur accorder la contraception. Ces restrictions figurent au nombre des obstacles les plus courants dans les analyses de situation de 1993 et 1996: plus de la moitié des prestataires des deux enquêtes déclarent appliquer des règles de parité minimum à au moins une méthode réversible. Il est intéressant de noter que les critères de parité imposés pour les injectables—exigeant parfois une parité de trois, quatre ou même cinq enfants—étaient uniformément plus stricts que ceux imposés pour le stérilet.

La raison majeure invoquée pour cette limite était la croyance que les méthodes hormonales, et surtout les injectables, retardent la fécondité ou sont cause de stérilité. Des 80 prestataires de nos «établissements-barrières» ayant justifié l'imposition de limites de parité à l'administration des injectables, presque toutes (94%) ont mentionné une variation de cette raison (tableau 1). Les réponses aux autres questions indiquent également qu'un grand nombre de prestataires associent les injectables aux causes de stérilité permanente. Une prestataire a indiqué qu'elle ne recommanderait pas la méthode aux femmes qui allaitent car «la cliente pourrait désirer d'autres enfants». Et une autre a déclaré que «les injectables sont trop forts pour les ovaires; ils les détruisent». Des dizaines d'autres ont déclaré, directement ou de manière implicite, que les restrictions imposées protégeaient la cliente (ou en évitaient les reproches éventuels aux prestataires) de la stérilité causée par les injectables.

La fécondité différée ou la stérilité étaient aussi la raison principale (trois quarts des raisons déclarées) des limites de parité imposées à l'administration de la pilule (microprogestative et combinée). Un tiers des prestataires imposaient également une parité d'au moins un enfant, et parfois jusqu'à cinq, avant l'insertion du stérilet. Un tiers des prestataires offrant le stérilet sous restrictions de parité ont invoqué le risque de stérilité, tandis qu'un tiers ont cité l'étroitesse du col utérin. Trois prestataires sur 33 ont indiqué que les exigences de parité leur permettaient d'éviter les reproches au cas où le stérilet laissait la femme stérile.

Les commentaires suivants illustrent quelques-unes des raisons apparemment illogiques invoquées pour justifier les exigences de parité relatives au stérilet: «Le dispositif provoque des symptômes de la grossesse, tels que nausées. Par cette restriction, on assure donc que ces symptômes ne soient pas nouveaux pour la cliente.» Ou encore: «Le stérilet nourrit l'utérus, de sorte qu'après l'enlèvement, la cliente peut se retrouver enceinte.»

Autres pratiques

• *Analyses de sang et d'urine et prise de tension.* Dans l'analyse de situation de 1993, plus de la moitié des prestataires sondées ont déclaré imposer régulièrement des analyses de sang et d'urine avant la prescription de certaines méthodes. Certains chercheurs ont spéculé que la prévalence de cet obstacle est peut-être exagérée, en raison de la manière dont la question a été posée.⁷ Lors de nos visites aux «établissements-barrières» (où trois quarts des prestataires imposaient des analyses de routine), l'examen de plus de 2.400 dossiers de clientes ont toutefois bel et bien révélé l'imposition de ces analyses dans 34 des 46 établissements.

Pour évaluer les connaissances des prestataires, les intervieweurs ont invité les répondants qui imposaient ces analyses à leur en indiquer le but et les plages de résultats acceptables. La plupart ont fait preuve d'une bonne ou adéquate connaissance des raisons de l'analyse de sang et d'urine et des plages acceptables. À la question de savoir comment ils géraient les résultats anormaux, moins de la moitié ont indiqué fournir la méthode aux clientes dans l'attente de confirmation.

Autre épreuve de connaissance, les intervieweurs ont demandé aux prestataires la raison pour laquelle elles prenaient la tension de leurs clientes, et quelles étaient les plages acceptables pour les méthodes hormonales et le stérilet. Toutes en savaient

adéquatement les raisons, mais plus de trois quarts ont donné des limites supérieures qui étaient inférieures à celles recommandées dans les consignes du Ghana (16/10) et restreignent par conséquent peut-être l'accès à la contraception ou limitent inutilement le choix de certaines clientes.

• *Suivi et réapprovisionnement.* Bien que les nouveaux protocoles ghanéens de prestations en matière de santé reproductive ne recommandent qu'une seule visite de suivi pour le stérilet durant la première année (en l'absence de problèmes), la multiplicité des visites de suivi continue peut-être à poser un problème au Ghana, comme dans d'autres pays d'ailleurs. Des 85 prestataires offrant le stérilet dans notre échantillon choisi à dessein, 36% ont déclaré exiger au moins quatre visites durant la première année d'usage de la méthode, 31% imposaient trois visites, et 33% en requéraient deux ou moins. À la question du pourquoi de cette multiplicité, presque toutes ont expliqué qu'elles vérifiaient le maintien du stérilet, cherchaient à identifier les complications ou conseillaient les clientes sur la manière de prévenir les infections.

Nous avons également évalué les quantités d'approvisionnement et de réapprovisionnement de la pilule. Les protocoles du Ghana définissent le nombre de cycles à procurer aux nouvelles clientes (trois) et à celles de renouvellement (7 à 13). Lors de l'analyse de situation de 1996, 84% des prestataires ont indiqué n'avoir fourni qu'un approvisionnement d'un cycle à la première visite, et plus de 80% ont déclaré ne fournir qu'un maximum de trois cycles aux clientes de renouvellement qui utilisent la méthode depuis au moins un an. Dans notre échantillon restreint, à la question de savoir pourquoi elles prescrivaient moins de trois cycles aux visites de suivi, la plupart des prestataires ont invoqué la nécessité de visites de contrôle fréquentes en raison de problèmes de santé indétectables par les clientes.

• *Services aux clientes allaitantes et non réglées.* À la question des méthodes qu'elles recommandaient aux clientes qui allaitaient, environ 90% des prestataires de nos 46 «établissements-barrières» ont répondu la pilule microprogestative ou le stérilet. Moins de la moitié recommandaient les injectables. Pour évaluer le préjugé à l'encontre des injectables, les intervieweurs ont demandé à celles qui ne les avaient pas mentionnés la raison de cette omission. Environ trois quarts ont indiqué que les injectables réduisent la quantité de lait maternel ou perturbent la lactation.

Dans l'analyse de situation de 1996, les prestataires ont été interrogées sur leur ap-

proche des clientes non réglées qui demandent des méthodes hormonales. La moitié ont mentionné les tests de grossesse, mais davantage ont déclaré qu'elles renvoyaient ces clientes chez elles, avec ou sans méthode à adjuvant. Les prestataires de notre échantillon choisi à dessein ont été interrogées plus en détail sur la manière dont elles excluaient la grossesse chez les clientes non réglées. La plupart ont invoqué les tests de grossesse. Très peu seulement ont fait état des autres moyens spécifiés dans les consignes du Ghana, y compris l'allaitement maternel exclusif et les antécédents de la cliente.

Discussion

Notre objectif était de découvrir les raisons pour lesquelles les prestataires limitent l'accès des clientes aux services de planning familial au Ghana. Il ne s'agissait certes guère d'une étude approfondie du contexte culturel de la vie professionnelle et privée des prestataires, mais nous avons obtenu des résultats intéressants.

• *Pourquoi les prestataires imposent des restrictions d'âge, de parité, de consentement de l'époux et de mariage à l'administration de certaines méthodes.* Les restrictions fondées sur l'âge, la parité, l'état matrimonial et le consentement du conjoint sont arbitraires dans la mesure où la plupart n'ont aucune justification médicale. Les prestataires de notre échantillon paraissent toutefois les avoir imposées dans la meilleure des intentions. La plupart semblent croire qu'en agissant de la sorte, elles protègent à la fois leurs clientes et la société.

Les prestataires estimaient protéger leurs clientes en leur refusant l'accès aux méthodes jugées responsables de stérilité ou d'autres problèmes de santé. Les nouveaux protocoles et normes de planning familial du Ghana ne mettent peut-être pas assez en évidence ces questions.

L'aspect plus difficile du problème tient au fait que les prestataires désiraient aussi protéger leur société et leur culture à travers la préservation des valeurs traditionnelles et des contraintes morales opposées à la sexualité en dehors du mariage. Ce débat se retrouve dans la plupart des cultures, mais en tant qu'agents de santé, les prestataires doivent comprendre que le refus de services de planning familial aux femmes ne changera rien aux tendances comportementales. Au contraire, il pourrait faire courir aux femmes le risque de grossesses non désirées et de contraction de maladies sexuellement transmissibles.

• *Maîtrise des pratiques et analyses cliniques et de laboratoire et des implications de résul-*

tats anormaux. La plupart des prestataires comprenaient adéquatement les raisons pour la prise de tension et les analyses de sang et d'urine. Certaines appliquaient cependant une limite de tension inférieure à la norme, réduisant potentiellement l'accès des clientes à une contraception efficace, surtout en l'absence de distinction entre les méthodes hormonales mixtes et microprogestatives.

Si la mesure de la tension est justifiable en milieu clinique, l'utilité d'analyses de sang et d'urine obligatoires peut paraître douteuse, surtout si les femmes qui ne peuvent pas payer se voient priver de soins (comme l'ont signalé plusieurs prestataires). L'analyse de sang le plus souvent requise (hémoglobine) est utile dans le cas du stérilet, mais non indiquée pour la pilule combinée, dont l'effet de rehaussement des niveaux d'hémoglobine a été observé chez les clientes anémiques.⁸ Ironiquement, dans l'analyse de situation, la proportion de prestataires actifs requérant l'analyse était plus grande pour les méthodes hormonales que pour le stérilet. L'observation était inattendue, non seulement en raison de la faible utilité du test aux méthodes hormonales, mais aussi parce que les prestataires offrant le stérilet opèrent généralement dans des cliniques mieux équipées. D'autres analyses courantes, de la fonction rénale (albumine), du sucre dans l'urine (glucose) et de drépanocytose, sont également d'une utilité douteuse dans ce contexte.⁹

En cas de résultats anormaux, moins de la moitié des prestataires de notre échantillon ont indiqué qu'elles offriraient une méthode à la cliente pendant la période de traitement, de conseil ou d'attente de nouveaux résultats. L'approche est déplorable, car en l'absence d'autres symptômes, la première responsabilité envers la femme courant le risque d'une grossesse devrait être de lui procurer une méthode contraceptive efficace. Cela d'autant plus qu'un résultat anormal peut être le produit d'une infection pouvant être soignée, d'une condition susceptible de s'aggraver davantage sous l'effet d'une grossesse que sous celui de la contraception, ou d'un résultat faux positif. Quoi qu'il en soit, si les nouvelles analyses confirment le diagnostic, ou si l'état de la cliente se dégrade en présence du contraceptif, la méthode peut toujours être interrompue sans effets néfastes durables.

Les nouvelles consignes de prestations du Ghana reposent sur une version modifiée des recommandations d'analyse publiées par l'OMS dans ses critères d'admissibilité à la pratique contraceptive.¹⁰

Sous ces nouveaux protocoles, aucune analyse de sang ou d'urine n'est obligatoire pour aucune méthode.

• *Pourquoi les prestataires imposent de nombreuses visites de suivi aux clientes de la méthode du stérilet.* La plupart des clientes de cette méthode aux sites de notre échantillon choisis à dessein ont été invitées à revenir au moins trois fois durant la première année suivant l'insertion. Les prestataires justifient ces visites multiples par la nécessité de vérifier le maintien du stérilet et l'absence d'infection. Depuis quelques années, les experts expriment un certain doute quant à l'utilité et à la rentabilité de ces visites multiples, d'autant plus qu'elles exacerbent l'encombrement dans certaines cliniques et risquent de décourager certaines clientes de la méthode.¹¹ Les recommandations actuelles du Ghana stipulent la nécessité d'une seule visite de suivi, un mois après l'insertion, et de conseils précis aux clientes de revenir en cas de problème.

• *Pourquoi les clientes de la contraception orale ne reçoivent pas plus de tablettes de pilules par visite.* Beaucoup de prestataires semblent convaincus de la nécessité de contrôles fréquents, pour éviter de graves problèmes médicaux. Ainsi, huit prestataires sur 10 examinés dans le cadre de la dernière analyse de situation ne fournissent qu'une tablette de pilules à la première visite et un maximum de trois aux visites ultérieures.¹² Les effets secondaires de la pilule sont pourtant presque toujours mineurs, et presque tous les problèmes, majeurs comme mineurs, peuvent être détectés par une cliente bien conseillée, pour laquelle la pilule a été indiquée lors de la première consultation.

• *Pourquoi la contraception n'est pas fournie aux nouvelles clientes non réglées.* Le refus de services aux clientes non réglées représente un sérieux obstacle aux services de planning familial dans le monde entier.¹³ A la question de savoir comment la grossesse était exclue chez les clientes non réglées, nous avons découvert que la plupart des prestataires ne recourent qu'aux tests de grossesse, reflétant l'ignorance ou le malaise à l'égard des autres méthodes, tel l'examen des antécédents de la cliente.

Conclusions

Les prestataires de notre échantillon non représentatif ont révélé une connaissance technique inadéquate des précautions à prendre et des effets secondaires de la contraception moderne. Leur but est de protéger leurs clientes, mais en exagérant les risques de la pratique contraceptive, elles pourraient bien faire plus de mal que

de bien. Les injectables sont particulièrement mal compris. Comme dans d'autres pays d'Afrique,¹⁴ beaucoup de prestataires semblent se faire une idée exagérée de la stérilité causée par les injectables. En plus, les restrictions d'âge et de parité imposées sont particulièrement onéreuses, et peu de prestataires recommandent les injectables aux clientes qui allaitent.

En imposant leurs valeurs personnelles et en se méfiant de leurs patientes, les prestataires font du reste preuve d'un manque d'empathie et de professionnalisme. La «fin» de l'amélioration des mœurs sociales ne justifie pas les «moyens» du refus de services aux clientes célibataires et de la suspicion d'infidélité des épouses. De même, il faut déplorer la méfiance apparente des prestataires à l'égard de leurs clientes non réglées, pour lesquelles l'exclusion de la grossesse requiert souvent une certaine mesure de confiance.

Enfin, les prestataires de notre échantillon semblent recourir excessivement aux analyses de sang et d'urine. Nous osons espérer qu'avec l'avènement de nouvelles consignes, le temps et l'argent dépensés à ces fins par les cliniques et les clientes sont désormais mieux affectés ailleurs.

Nos observations reposent sur un échantillon non aléatoire de prestataires du planning familial ghanéen: les prestataires qui imposent de nombreuses restrictions à leur clientèle étaient spécifiquement ciblés. Nous ne pouvons dès lors extrapoler la prévalence des obstacles observés dans notre échantillon à l'ensemble du Ghana. Les analyses de situation du planning familial continuent pourtant d'exposer le problème au niveau national (dans l'ensemble, les observations étaient pires en 1996 qu'en 1993¹⁵), et les raisons invoquées par nos prestataires ne sont pas rares.

Si ces obstacles à l'accès sont en effet répandus, il importe que les nouveaux protocoles et normes ghanéens de prestations en santé reproductive couvrent beaucoup, pour ne pas dire la totalité, de ces pratiques restrictives. Notre espoir est de voir les nouvelles consignes et la formation ayant accompagné leur dissémination réduire les obstacles inutilement posés aux clientes du planning familial au Ghana.

Références

1. Bertrand J et al., Access, quality of care and medical barriers in family planning programs, *International Family Planning Perspectives*, 1995, 21(2):64-74.
2. Tavrow P, The determinants of client satisfaction with family planning services, thèse de doctorat non publiée, University of Michigan, Ann Arbor, 1997; Galway K, Notes and recommendations on interviews with family planning service providers, Washington, DC: The Futures

Group International, 1992; Hardee K et al., Assessing family planning service-delivery practices: the case of private physicians in Jamaica, *Studies in Family Planning*, 1995, 26(6):338-349; Whittaker A, Quality of care for women in Northeast Thailand: intersections of class, gender, and ethnicity, *Health Care for Women International*, 1996, 17(5):435-447; et Diaz M et al., Expanding contraceptive choice: findings from Brazil, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):1-16.

3. Ghana Statistical Service et Macro International, *Ghana Demographic and Health Survey 1998*, Calverton, MD, USA: Ghana Statistical Service et Macro International, 1999.

4. Republic of Ghana, National reproductive health and family planning service delivery policy and standards, Accra, Ghana, 1996; et Republic of Ghana, National reproductive health service protocols, Accra, Ghana, 1999.

5. Ghana Statistical Service, A situation analysis study of family planning service delivery points in Ghana, Accra, 1994; and Ghana Statistical Service, Second-round

situation analysis of family planning service delivery points in Ghana, Accra, 1997.

6. Miller K, Changes in quality of services over time, dans: Miller K et al., réds. *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, New York: Population Council, 1998, pp. 219-241.

7. Brown LF et Morgan GT, Tests and procedures required of clients in three countries of West Africa, dans: Miller K et al., 1998, op. cit. (voir référence 6), pp. 183-198.

8. Rivera R et al., The effects of three different regimens of oral contraceptives and three different intrauterine devices on the levels of hemoglobin, serum iron and iron binding capacity in anemic women, *Contraception*, 1983, 27(3):311-327.

9. Buekens P et al., Is blood testing necessary before OC prescription in Africa? *Studies in Family Planning*, 1990, 21(3):178-180; et Diadhiou F et al., A propos du bilan pa-

raclinique préliminaire à la contraception orale, *Revue Dakar Médicale*, 1991, 36(1):10-14.

10. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, Geneva: OMS, 1996.

11. Janowitz B et al., Should the recommended number of IUD revisits be reduced? *Studies in Family Planning*, 1995, 25(6):362-367.

12. Tabulation de l'auteur basée sur Miller K, 1998, op. cit. (voir référence 6).

13. Stanback J et al., Menstruation requirements: a significant barrier to contraceptive access in developing countries, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(3):245-250.

14. Askew I, Mensch B et Adewuyi A, Indicators for measuring the quality of family planning services in Nigeria, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(5):268-283.

15. Miller K, 1998, op. cit. (voir référence 6), pp. 229-231.