

PD-ABH-529

86110



intraH

TRIP REPORT B - #326-1
#and 2

Travelers: Dr. Manuel Pina, INTRAH Regional
Clinical Officer

Country Visited: Guinea

Date of Trip: December 13-20, 1992

Purpose: To participate in the 2nd congress of
the African Society of Gynecology and
Obstetrics (SAGO) and present INTRAH's
work on the contribution of developing
FP service policies and standards to
improving maternal health.

Program for International Training in Health

PAC IIb

**University of North Carolina at Chapel Hill
Chapel Hill, North Carolina 27514 USA**

TABLE OF CONTENTS

	<u>PAGE</u>
EXECUTIVE SUMMARY	i
SCHEDULE OF ACTIVITIES	ii
I. PURPOSE OF TRIP	1
II. ACCOMPLISHMENTS	1
III. BACKGROUND	1
IV. DESCRIPTION OF ACTIVITIES	2
V. FINDINGS AND RECOMMENDATIONS	3

APPENDICES

- A. INTRAH Presentation: "The Role of Developing Family Planning Service Policy and Standards in Improving Maternal Health: 6 Examples from sub-Saharan Africa"
- *B. Abstracts from the Meeting

*On file at INTRAH/Lomé

EXECUTIVE SUMMARY

From December 14 to 18, 1992, INTRAH Regional Clinical Officer Dr. Manuel Pina participated in the 2nd congress of the African Society for Gynecology and Obstetrics (SAGO) in Conakry and presented an INTRAH paper on the contributions of FP service policies and standards to improving maternal health.

Major accomplishments included:

- Dr. Pina participated in the sessions and the General Assembly meeting of the SAGO.
- An INTRAH paper entitled: "The Role of Developing Family Planning Service Policy and Standards in Improving Maternal Health: 6 Examples from sub-Saharan Africa" was presented.
- Information was collected from a recent survey of FP practices in Cameroon and a FP knowledge, attitude and practice survey among adolescents from Cameroon, Botswana, Benin, Senegal and Burkina Faso.

Major recommendations included:

- Results of recent studies on FP practices conducted with USAID assistance should be distributed and disseminated to health services directors and managers in Africa. This could contribute to increasing awareness about the acceptability of certain changed FP practices and lead to increased access to FP services and improved maternal and child health.
- INTRAH should participate in conferences and meetings of the African medical and paramedical communities to expand INTRAH's role in improving maternal health in Africa.

SAGO plans to compile a book of all presentations at the congress.

The third SAGO congress is scheduled to take place in December 1994 in Yaoundé, Cameroon.

SCHEDULE OF ACTIVITIES

- December 13** Arrived in Conakry from Lomé.
- December 14** Opening of the 2nd SAGO conference and beginning of sessions.

Presentation of INTRAH's paper.
- December 15-18** Participated in conference work sessions.
- December 18** Participated in the SAGO General Assembly and Bureau elections of officers.

Closing ceremony.
- December 20** Departed for Dakar, Senegal.

I. PURPOSE OF TRIP

The purpose of the trip was to participate in the 2nd congress of SAGO as a member and as INTRAH Regional Clinical Officer, and to present INTRAH's work on the contribution of developing FP service policies and standards to improving maternal health.

II. ACCOMPLISHMENTS

- A. Dr. Pina participated in the 2nd SAGO conference work sessions and in the General Assembly meeting.
- B. Dr. Pina presented an INTRAH paper entitled "The Role of Developing Family Planning Service Policy and Standards in Improving Maternal Health: 6 Examples from sub-Saharan Africa."
- C. Members of SAGO were informed about INTRAH's mandate and activities in Africa and discussions were held with persons who work or worked with INTRAH in Cameroon, Côte d'Ivoire, Niger, Bénin, Burkina Faso, and Senegal.
- D. Copies of national FP service policy and standards documents developed with INTRAH assistance in Togo, Burkina Faso, Cameroon were presented to participants.
- E. Information was collected from a recent survey of FP practices in Cameroon and a FP knowledge, attitude and practice survey among adolescents from Cameroon, Botswana, Benin, Senegal and Burkina Faso.

III. BACKGROUND

The SAGO congress described in this report was the second; the first congress was held in 1991 in Lomé, Togo. INTRAH has participated in the 2 meetings but this was the first time that INTRAH's work was presented to this group of decision-makers and resource persons for maternal health in Africa.

IV. DESCRIPTION OF ACTIVITIES

A. Participation in Conference Work Sessions

The main themes of the convention included:

- adolescents and reproductive health, and
- STD/AIDS and reproductive health.

As per a recommendation from the first SAGO meeting, special emphasis was placed on the status of maternal and perinatal mortality in 1992 in African countries.

Workshops in colposcopy and endoscopic surgery were conducted. Discussions of post-graduate teaching focused on female genital cancer.

Information was collected from a recent survey of FP practices in Cameroon and a FP knowledge, attitude and practice survey among adolescents from Cameroon, Botswana, Benin, Senegal and Burkina Faso (Appendix B).

B. INTRAH Presentation

The paper presented on behalf of INTRAH was entitled: "The Role of Developing Family Planning Service Policy and Standards in Improving Maternal Health: 6 Examples from sub-Saharan Africa" (see Appendix A) and showed the impact of INTRAH's intervention in 6 countries in sub-Saharan Africa on the contribution of developing national FP service policies and standards on improving maternal health.

The presentation was followed by a debate which focused on:

- age of family planning acceptance among adolescents,
- FP methods to be offered through community-based distribution,

- field application of and provider adherence to national service policies and standards,
- improvement of access to FP services to decrease maternal mortality in Africa,
- problems related to mandatory pelvic and other exams during FP consultation, and
- number of OC packets to be offered to clients at initial and follow-up visits.

Copies of FP Service Policy and Standards documents prepared with INTRAH assistance in Togo, Burkina Faso, and Cameroon were presented to the participants.

V. FINDINGS AND RECOMMENDATIONS

1. Finding

Participants had reservations about the number of OC packets to offer to new and continuing clients, laboratory tests before initiating certain methods, and at what age adolescents should be allowed to begin to use contraceptives.

Recommendation

Results of recent studies on FP practices conducted with USAID assistance should be distributed and disseminated to health services directors and managers in Africa. This could contribute to increasing awareness about the acceptability of certain changed FP practices and lead to increased access to FP services and improved maternal and child health.

2. Finding

Participants were informed about INTRAH activities in francophone Africa. Several participants requested and received INTRAH brochures and expressed their interest to keep in touch with INTRAH.

Recommendation

INTRAH should take advantage of similar meetings to inform the African medical and paramedical communities about INTRAH's work in promoting high quality maternal health and FP services.

3. **Finding**

Discussions with participants showed once again that much work remains to be done to promote and improve maternal health and FP service delivery in Africa.

Recommendation

The various agencies that directly participate in maternal health and FP programs in Africa should continue their efforts to promote quality FP service delivery. Interventions and actions in the field should be coordinated and should reflect values specific to each country.

APPENDIX A

INTRAH Presentation: "The Role of Developing Family
Planning Service Policy and Standards in Improving
Maternal Health: 6 Examples from sub-Saharan Africa"

**L'ELABORATION DES POLITIQUES ET DES STANDARDS
DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE
CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA SANTE MATERNELLE :
6 EXEMPLES EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA.**

Pina M., Angle M.A. et Wachira J.

Programme International pour la Formation en matière de Santé
(INTRAH)

Faculté de Médecine de l'Université de la Caroline du Nord,
Chapel Hill, Caroline du Nord, U.S.A.

TRANSP. #1

TRANSP. #2

La pratique volontaire de la planification familiale a beaucoup d'avantages médicaux. Elle fait baisser la morbidité et la mortalité maternelles en réduisant les risques pour une femme d'avoir un nombre élevé d'enfants ou de devenir mère à un âge précoce ou tardif. Elle réduit également les cas de grossesses chez les femmes qui ont de graves problèmes de santé et le nombre de celles qui ont recours à de dangereuses tentatives d'avortement. L'espacement des naissances fait baisser le taux de mortalité infantile. Selon les estimations de Fortney, si les femmes de moins de 20 ans ou de plus de 39 ans ayant dépassé la parité 5, avaient la possibilité d'éviter les grossesses, la mortalité maternelle aurait chuté de 58 %. Comme l'a noté James Grant de l'UNICEF, la planification familiale pourrait sauver les vies d'un quart à un tiers des 500.000 femmes qui meurent tous les ans des suites des complications des grossesses et de l'accouchement (Sweeney, 1992).

En Afrique de nombreux pays ont ressenti le besoin d'instaurer un programme de planification familiale. Après plusieurs années, ces différents programmes n'ont pas eu l'effet escompté, et ce, par des insuffisances dans les domaines suivants :

- absence de définition d'une politique et d'objectifs qualitatifs et quantitatifs ;
- gestion hasardeuse des ressources humaines, matérielles et financières ;
- manque de collecte des besoins et des facteurs qui influent sur les programmes de planification familiale.

Ainsi, des facteurs économiques, socio-culturels et logistiques empêchent de nombreux couples d'avoir accès aux services de planification familiale. **TRANSP. #3** S'ajoutant à ces facteurs, les barrières médicales, qui sont définies comme des procédures et des pratiques de services dysfonctionnelles, partiellement basées sur une logique médicale qui s'est révélée comme scientifiquement injustifiable et inutile (Shelton et al, 1992).

On dispose d'abondantes raisons épidémiologiques qui justifient la suppression de nombreuses barrières médicales courantes, telles que certaines mesures de dépistage avant l'utilisation d'une méthode de contraception, y compris certains aspects d'antécédents médicaux, les examens physiques et les examens de laboratoire ; certains critères d'éligibilité, tels que l'âge et la parité ; certaines restrictions concernant la distribution des contraceptifs, qui précisent les catégories de personnel autorisées à fournir les contraceptifs aux clients et en quelles quantités ; et certaines mesures d'encouragement à continuer la pratique de la contraception, comme d'inutiles procédures de suivi dont les bénéfices sont très faibles et les coûts élevés.

1

Les barrières médicales à la prestation des services de planification familiale peuvent être potentiellement réduites ou levées grâce, entre autres moyens, à l'élaboration et à la dissémination au niveau national d'une Politique et des Standards des services de planification familiale. INTRAH, le Programme International pour la Formation en matière de Santé de la Faculté de Médecine de l'Université de la Caroline du Nord, a prêté son assistance à 8 pays d'Afrique au sud Sahara pour l'élaboration et la dissémination des Politiques et des Standards nationaux des services de planification familiale. **TRANSP. #4** INTRAH vient de terminer la revue des effets des nouvelles politiques des services de planification familiale disponibles dans 6 des 8 pays : Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Tanzanie, Togo et Ouganda. Cette revue a permis de documenter la réduction ou l'élimination de plusieurs barrières médicales cruciales à l'accès aux services de planification familiale. Ces améliorations résultent directement des efforts de chaque pays à élaborer et ensuite à réviser les Politiques et les Standards des services nationaux de planification familiale.

En Afrique au sud du Sahara, INTRAH a trouvé qu'avant l'élaboration des politiques explicites des services de planification familiale, beaucoup de barrières médicales existaient effectivement, qui étaient codifiées par des circulaires et des règlements rigides et contradictoires. Les Politiques et les Standards nationaux des services de PF ont pour fonction de remplacer ces documents contradictoires par des directives pertinentes, répondant aux besoins actuels en matière d'éducation, de formation et de prestation de services de planification familiale.

L'engagement d'un pays à élaborer des Politiques et des Standards nationaux des services de planification familiale fournit l'opportunité d'améliorer la qualité des services de planification familiale et d'en faciliter simultanément l'accès par la réduction des barrières médicales dans les documents de politiques.

TRANSP. #5

"Les politiques des services" contiennent ou impliquent une philosophie qui met l'accent sur les raisons pour lesquelles les services doivent être offerts. Elles réglementent également les services en indiquant :

quels sont les types de services officiellement disponibles,
qui est éligible pour obtenir les services,
qui fournira les services,
où seront offerts les services
et à quelle fréquence les services seront offerts

TRANSP. #6

"Les standards des services" spécifient les niveaux minimums acceptables de performance pour chaque type des services à offrir.

TRANSP. #7

Nous avons conduit notre revue des politiques des services de planification familiale en évaluant 10 barrières médicales à l'accès aux services de planification familiale en nous demandant :

- 1) si les méthodes de PF sont officiellement disponibles pour les adolescents célibataires ou nullipares
- 2) si la distribution non clinique des CO est permise
- 3) si l'allaitement maternel intensif est spécifié comme méthode d'espacement des naissances
- 4) si l'accès aux injectables est soumis à des conditions d'âge et de parité
- 5) si un large choix de méthodes est disponible
- 6) si le nombre de cycles de CO distribués à chaque visite et par client a augmenté
- 7) si le consentement marital est exigé pour les méthodes de contraception réversible
- 8) si d'inutiles tests de laboratoire sont systématiquement demandés avant l'administration des contraceptifs
- 9) si les catégories de personnel qui peuvent administrer les différentes méthodes reflètent raisonnablement les compétences potentielles des agents de santé de base, qui sont les plus accessibles aux clients
- 10) si les examens pelviens sont obligatoires pour obtenir la contraception hormonale.

TRANSP. #8

Pour commencer cette revue, prenons l'exemple du Togo. Au Togo, nous pouvons non seulement voir les effets de l'élaboration des politiques des services de PF, mais également les effets de la révision des politiques. INTRAH a commencé à prêter son assistance au Togo en 1987 par un recensement des besoins en formation. Après plusieurs séminaires d'assistance technique, des Politiques et des Standards nationaux des services de planification familiale ont été élaborés et disséminés en février 1990, puis mis à jour en avril-mai 1992.

TRANSP #9

Lors du premier recensement des besoins en formation, les 10 barrières médicales suivantes ont été documentées : le consentement marital exigé pour toute femme qui désirait pratiquer la contraception ; le consentement parental requis pour les adolescents qui désiraient obtenir les contraceptifs ; le nombre des prestataires autorisés à offrir les services de PF était limité ; l'allaitement maternel exclusif n'était pas spécifiquement encouragé comme méthode de planification des naissances ; le Noristerat était le seul injectable autorisé ; de nombreux tests de laboratoire inutiles étaient exigés des femmes pour qu'elles puissent obtenir les contraceptifs oraux (CO) : glycosurie, protéinurie, glycémie, cholestérol total, triglycérides, HDL, LDL, SGPT, SGOT (transaminases), bilirubine totale, directe et indirecte, phosphatases alcalines, test de dépistage de la drépanocytose, et test de Papanicolaou ; la distribution non clinique des CO n'était pas permise ; le nombre de cycles de CO dispensés à chaque visite était limité à une plaquette à la première visite, et à trois plaquettes aux visites suivantes ; pour obtenir les injectables, la femme devait avoir au moins 3 enfants vivants et être mariée ; et il y avait des examens pelviens obligatoires avant d'utiliser la contraception hormonale, et à chaque visite de suivi.

L'élaboration de la première version des Politiques et des Standards des services de planification familiale (1990) a permis de lever 3 barrières médicales sur 10 dans les documents de politiques : le consentement marital pour la contraception réversible ; les tests de laboratoire inutiles ou (inaccessibles) pour les CO ; deux nouvelles catégories de prestataires ont été autorisées à offrir les méthodes médicales de PF (les sages-femmes d'état et les infirmiers accoucheurs ont l'autorisation de prescrire, d'administrer et de suivre les méthodes de contraception hormonale).

Les 7 autres barrières médicales identifiées ont été supprimées des textes de politiques grâce à la révision, en 1992, des Politiques et des Standards des services de planification familiale du Togo : les adolescents célibataires et nullipares peuvent désormais recevoir les méthodes de contraception sans consentement parental (l'âge moyen du premier accouchement est de 16 ans au Togo) ; l'allaitement maternel exclusif est spécifié comme méthode de PF ; la gamme des méthodes disponibles est élargie par l'autorisation des deux contraceptifs injectables (DMPA et NET-EN), ainsi que du Norplant ; la parité et le consentement marital pour obtenir les injectables, sont supprimés ; le nombre des cycles de CO dispensés à la troisième visite et aux visites suivantes est passé de 3 à 6 ; les examens pelviens ne sont plus nécessaires pour avoir accès aux contraceptifs hormonaux ; et enfin, la distribution des CO à base communautaire est officiellement autorisée.

Ces réductions des barrières médicales dans les documents de politiques seraient déjà traduites dans la pratique clinique au Togo. Les prestataires de services ont déclaré qu'ils fournissent les contraceptifs à des femmes à qui les conjoints avaient, par le passé, refusé de donner leur consentement. Ces prestataires confirment également qu'un plus grand choix de méthodes est disponible dans les cliniques depuis la dissémination, en 1990, des politiques et des standards des services de planification familiale.

12

TRANSP. #10

Il est nécessaire d'augmenter l'accessibilité aux services de planification familiale afin d'améliorer la santé maternelle et infantile. L'élaboration et la dissémination des Politiques et des Standards des services de planification familiale peut aider à réduire les barrières médicales qui entravent l'accès aux services de PF. Ce tableau montre les effets des politiques des services de planification familiale sur 10 barrières médicales qui avaient, de façon démesurée, restreint l'accès aux contraceptifs. Sur la colonne de droite, après l'élaboration des politiques des services de planification familiale, au moins trois pays sur 6 ont autorisé la distribution à base communautaire (DBC) des CO ; 5 pays ont augmenté le nombre de cycles de CO dispensés à chaque visite ; 2 sur 4 ont fini par reconnaître l'allaitement maternel comme méthode d'espacement des naissances ; au moins 5 ont supprimé ou baissé les conditions d'âge et de parité pour les injectables. En outre, 2 pays sur 5 ont officiellement élargi l'éventail des méthodes disponibles ; 4 des 6 pays ont éliminé les tests de laboratoire inutiles ; 3 des six pays ont décrété que l'examen pelvien n'est pas obligatoire (tout en retenant la disponibilité de cet examen pour les femmes qui le désireraient) ; tous les six pays ont supprimé les exigences du consentement marital pour les méthodes réversibles ; il en a été de même pour le consentement parental pour les adolescents ; et au moins 4 pays ont considérablement élargi les catégories de personnel autorisés à dispenser aussi bien les méthodes médicales que non-médicales.

- 13

Au bas du tableau, on peut voir que tous les six pays ont sensiblement modifié leurs politiques des services de PF pour en augmenter l'accessibilité et en améliorer simultanément la qualité en éliminant les procédures et les restrictions inutiles, libérant ainsi les ressources (notamment les prestataires de services) pour se concentrer sur les tâches plus cruciales concernant la santé reproductive : particulièrement le counseling adéquat et le dépistage approprié pour l'utilisation des contraceptifs, et la prévention des MST (grâce à l'éducation, la promotion des condoms et la référence appropriée).

Pour améliorer la santé reproductive de la femme, il est capital de rendre maximale l'accessibilité à des services de PF sûrs et efficaces, et de prévenir les MST.

INTRAH partage l'engagement des pays, avec lesquels il travaille, à assurer à leurs populations des services de santé reproductive de haute qualité. L'élaboration des Politiques des services de planification familiale contribue considérablement à la réalisation de ce but en permettant une utilisation rationnelle de ressources limitées.

TRANSP. #11

En conclusion, l'accès aux services de planification familiale peut sauver des vies. Là où il y a des restrictions scientifiques injustifiables à cet accès, leur suppression permet d'améliorer la qualité des soins. Dans 6 pays d'Afrique au sud du Sahara, le processus d'élaboration des Politiques et des Standards des services de planification familiale a englobé l'élimination des restrictions inutiles, facilitant ainsi l'accès aux services de planification familiale désirés.

Références

Fortney, Judith A. The importance of Family Planning in Reducing Maternal Mortality (L'importance de la planification familiale dans la chute de la mortalité maternelle). Studies in Family Planning, Vol. 18 #2, mars-avril 1987. pp. 109-11.

Entretien avec Pauline Muhuhu et Jedida Wachira, INTRAH, Chapel Hill, NC. 26 octobre 1992.

Entretien avec Pape Gaye, Ali Boly et Béatrice Ekue, INTRAH, Chapel Hill, NC. 22 octobre 1992.

INTRAH, Chapel Hill. Plan pour l'enquête sur l'"impact" du Document de Politiques et de Standards des services de SMI/PF Sur la prestation des services de SMI/PF : Burkina Faso, Août 1992.

Rapport de voyage, INTRAH #0-172. 3-19 juin 1987.

Rapport de voyage, INTRAH #0-83. 13-18 février 1989.

Rapport de voyage, INTRAH #B-102-2. 4-23 février 1990.

Rapport de voyage, INTRAH #302-1 et 2, #303-1 et 2. 12 avril - 11 mai 1992

Kagone, Présentation, Symposium FHI, Dakar, 1990.

Maternal and Child Health/Family Planning Unit, Department of Primary Care. Ministry of Health, Botswana.
Botswana: Family Planning General Policy Guidelines and Service Standards. October, 1987.

Division de la Santé Familiale, Ministère de la Santé. Togo : Politiques et Standards des services de Planification Familiale, mars 1990.

Ministère de la Santé et le Programme International pour la Formation en matière de Santé. Burkina Faso : Document de Politiques et de Standards des services de Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale. Février 1992.

Ministère de la Santé et le Programme International pour la Formation en matière de Santé. Cameroun : Document de Politiques et de Standards des services de Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale. Août 1992.

13

Ministry of Health and the Program for International Training in Health. Tanzania: National Family Planning Policy Guidelines and Standards for Family Planning Service Delivery and Training. August, 1992.

Ministry of Health and the Program for International Training in Health. Uganda: National Policy Guidelines for Family Planning and Maternal Health Service Delivery. 1992.

Pina, Manuel. Mémorandum à INTRAH, Chapel Hill, 19 octobre 1992.

Pina, Manuel. Mémorandum à INTRAH, Chapel Hill, 16 novembre 1992.

Pina, Manuel. Mémorandum à INTRAH, Chapel Hill, 25 novembre 1992.

Pina, Manuel. Mémorandum à INTRAH, Chapel Hill, 26 novembre 1992.

Shelton, James D., Medical Barriers to Access to Family Planning: Issues for Women's Health and Quality Care (Les Barrières Médicales à l'accès à la Planification Familiale : Questions concernant la Santé des Femmes et la Qualité des soins). May, 1992.

Sorgho, Consultation, Burkina Faso, Novembre 1992.

Sweeney, Catherine. One of Three Pregnancies Unwanted (Une Grossesse sur trois Non désirée). Popline, janvier-février, 1992, Vol. 14, p1.

Winikoff, Beverly and Sullivan, Maureen. Assessing the Role of Family Planning in Reducing Maternal Mortality (Evaluation du rôle de la Planification Familiale dans la baisse de la Mortalité Maternelle). Studies in Family Planning. Vol. 18 No 3, May/June 1987, pp. 128 - 142.