Population Reports

Informed Choice
Family Planning Methods

Send to a Colleague

JHU/CCP

Table des matières

- Résumé de la rédaction
- Credits

Chapitres

1. Pourquoi un choix éclairé est important
2. Décisions de planification familiale
3. Politiques pour un choix éclairé
4. Communication et choix
5. Amélioration de l'accès

Le choix éclairé en planification familiale

Aider à choisir

Les meilleures décisions en matière de planification familiale sont celles qu'on prend soi-même, sur la base d'informations exactes et d'une série d'options de contraception. Quand on fait des choix éclairés, on est mieux en mesure de pratiquer la planification familiale en toute sécurité et efficacement. Les prestataires et les programmes ont pour responsabilité d'aider à faire des choix éclairés de planification familiale.

Selon toute probabilité, les décisions concernant la procréation et la pratique de la contraception répondront d'autant mieux aux besoins d'une personne qu'elles correspondent à ses souhaits et à ses valeurs, reposent sur des informations exactes et pertinentes et sont conformes aux prescriptions de la médecine — en d'autres termes, sont des choix éclairés. Pour faire des choix éclairés, il faut savoir ce qu'est la planification familiale, avoir accès à toute une série de méthodes, et bénéficier de l'appui de politiques sociales et de normes communautaires qui permettent un choix individuel.

Un choix éclairé offre de nombreux avantages. On pratique plus longtemps la planification familiale si on choisit soi-même les méthodes. Par ailleurs, l'accès à une série de

6. Gestion pour un choix éclairé
7. Communications client-prestataire

- Figures
- Tableaux
- Encadrés
- Bibliographie

Faits saillants

- Que peut-on faire ?
- Pourquoi les communautés sont importantes
- Les femmes savent ce qu'elles veulent
- Elimination des cibles
- Plus de méthodes, plus de choix
- « Votre santé est entre vos mains »
- Les clientes ont-elles des choix ?
- Je vous en prie, demandez !
- Combien de conseils ?
- Clientes actives, meilleurs choix
- Conseils aux clients persistants

- POPLINE
- La Médiatheque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Uni versity School of Public Health, 111

méthodes facilite le choix d'une méthode qu'on aime ou le passage aux méthodes qu'on souhaite. La possibilité de faire des choix éclairés ouvre la voie à un partenariat de confiance entre clients et prestataires et encourage à prendre plus de responsabilités pour sa propre santé. Donner aux clients la possibilité de faire des choix éclairés est la clé de services de planification familiale de qualité.

Une stratégie de choix éclairé

Le principe d'un choix éclairé se réfère aux décisions qu'on peut prendre soi-même — et non pas aux modalités qu'appliquent les programmes et les prestataires de planification familiale. Néanmoins, les programmes, les prestataires et les décideurs peuvent beaucoup aider à faire des choix éclairés en matière de planification familiale. Les programmes peuvent le faire dans les meilleures conditions en adoptant une stratégie portant sur cinq domaines — politiques publiques, programmes de communication, accès à la planification familiale, leadership et administration, et communications entre clients et prestataires.

Politiques de soutien. Pour aider à faire des choix éclairés en matière de planification familiale, les gouvernements nationaux et les programmes de planification familiale peuvent fixer des normes et établir des directives de prestation de services, éliminer les obstacles médicaux inutiles et tous les objectifs, stimulants et éléments de dissuasion de nature démographique et veiller à ce que la population ait accès aux méthodes qu'elle préfère. Des politiques sociales et économiques nationales peuvent aussi donner à la population la possibilité de faire elle-même des choix éclairés, par exemple en améliorant l'éducation des femmes et leur condition sociale.

Programmes de communication. Les programmes de communication peuvent toucher le public et l'informer au sujet des choix de planification familiale. Dans les médias et par le biais des réseaux sociaux communautaires, les communications peuvent faire savoir que la population a droit à des informations concernant sa propre santé et peut prendre elle-même de bonnes décisions de planification familiale en

Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXVIII, numéro 2,
Eté 2000
Série J, numéro 50
Programmes de planification familiale

fonction de ses propres besoins et de ses propres souhaits. Les messages peuvent mettre en exergue les méthodes de contraception qui sont disponibles et dire où et comment trouver des informations et des services. Les programmes de communication peuvent aussi encourager à rechercher auprès des prestataires de planification familiale des réponses à des questions et à des soucis.

Accès élargi. On peut d'autant mieux choisir une méthode appropriée et changer de méthode en fonction de l'évolution des besoins qu'on dispose d'un plus grand nombre de méthodes de planification familiale. En offrant une série de méthodes dans le plus grand nombre possible de lieux, on aide à assurer qu'un choix est à la portée de tous, y compris les habitants des zones rurales, les économiquement faibles, les personnes qui ne peuvent pas facilement quitter leur foyer et celles qui ne veulent pas se rendre dans un dispensaire.

Leadership et administration. Un leadership vigoureux peut faire du principe d'un choix éclairé l'objectif d'un programme et une mesure de sa réussite. Les responsables de programme peuvent faire du choix éclairé leur norme d'organisation s'ils analysent et améliorent son fonctionnement, assurent un bon encadrement, forment le personnel et évaluent les résultats. L'administration des choix éclairés exige qu'on accorde une importance particulière aux décisions concernant les méthodes permanentes et à long terme, stérilisation, DIU et implants, car, une fois prises, ces décisions ne sont pas facilement annulées.

Communication client-prestataire. On peut faire des choix éclairés sans jamais voir un prestataire de planification familiale. Cependant, quand on va voir un prestataire, celui-ci peut s'assurer que le choix est effectivement éclairé. Les prestataires peuvent demander aux nouveaux clients quelle méthode ils préfèrent et peuvent d'ordinaire leur fournir cette méthode. Ils peuvent demander aux clients persistants s'ils voudraient essayer une autre méthode. Ils peuvent éviter de prendre des décisions au nom de leurs clients ou de gêner leurs possibilités de décider par eux-mêmes. Durant une bonne consultation portant sur un choix éclairé, les clients jouent un rôle actif, posent des questions, expriment leurs soucis et interviennent sur un pied d'égalité avec les prestataires.

Assurer un choix éclairé

Les décisions portant sur la santé reproductive et la pratique de la contraception comptent parmi les plus importantes qu'on puisse prendre quand on est en âge de procréer. Avec l'acceptation généralisée du principe d'un choix éclairé en matière de planification familiale, les populations du monde entier sont mieux informées, disposent d'un choix plus grand et d'un meilleur soutien quand il s'agit de prendre des décisions appropriées. Les organismes donateurs, les services publics, les programmes de planification familiale et les prestataires doivent se donner partout pour but de veiller à ce que les choix soient éclairés en matière de planification familiale.

Suivante
Haut | Table des matières

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

JHU/CCP

Table des matières

- Résumé de la rédaction
- Credits

Chapitres

1. Pourquoi un choix éclairé est important
2. Décisions de planification familiale
3. Politiques pour un choix éclairé
4. Communication et choix
5. Amélioration de l'accès
6. Gestion pour un choix éclairé
7. Communications client-prestataire

- Figures
- Tableaux
- Encadrés
- Bibliographie

Credits

Le présent rapport a été préparé par Ushma D. Upadhyay, M. P.H. qui a été aidée dans ses recherches par Vidya Setty. Bryant Robey, rédacteur en chef. Stephen M. Goldstein, rédacteur gérant. Mise en page : Linda D. Sadler. Production : John R. Fiege, Merridy Gottlieb, Peter Hammerer, Monica Jiménez et Deborah Maenner.

Nous remercions les personnes suivantes d'avoir bien voulu examiner le projet de texte : Jane Bertrand, Barbara Crane, Margarita Diaz, Alison Ellis, Bernard Guyer, Jill Tabbutt-Henry, Michelle Heerey, Ronald Hess, Sallie Craig Huber, Monica Jasis, Young Mi Kim, Jan Kumar, Alice Payne Merritt, Suellen Miller, Rosalind Petchesky, Phyllis Tilson Piotrow, Malcolm Potts, Sharon Rudy, Avantika Singh, J. Joseph Spiedel, Patricia Stephenson, Marcel Vekemans, Judith Winkler et Nancy Yinger.

Citation proposée : Upadhyay, U.D. *Le choix éclairé en planification familiale : Aider à choisir*. *Population Reports*, Séries J, No. 50. Baltimore, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Printemps 2001.

Population Information Program
Center for Communication Programs
The Johns Hopkins University
Bloomberg School of Public Health

Phyllis Tilson Piotrow, Ph.d., Directrice, **Center for Communication Programs** ; nvestigatrice principale, **Population Information Program** (PIP)

Ward Rinehart, Directeur de projet, **PIP**

Linda D. Sadler, esponsable de rédaction des éditions en langues étrangères des *Population Reports*.

Anne W. Compton, Directrice adjointe, **PIP**, et Chef de POPLINE, Services bibliographiques informatisés

Faits saillants

- Que peut-on faire ?
- Pourquoi les communautés sont importantes
- Les femmes savent ce qu'elles veulent
- Elimination des cibles
- Plus de méthodes, plus de choix
- « Votre santé est entre vos mains »
- Les clientes ont-elles des choix ?
- Je vous en prie, demandez !
- Combien de conseils ?
- Clientes actives, meilleurs choix
- Conseils aux clients persistants

- POPLINE
- La Médiatheque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Uni versity School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXVIII, numéro 2, Eté 2000
Série J, numéro 50
Programmes de planification familiale

Hugh M. Rigby, Directeur associé, **PIP**, et Chef, Centre d'information médias/publications

Jose G. Rimon II, Directeur adjoint, **Center for Communication Programs** Directeur de projet, **Population Communication Services**

Population Reports (USPS 063-150) is published four times a year (Spring, Summer, Fall, and Winter) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the Population Information Program of the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland and other locations. Postmaster to send address changes to Population Reports, Population Information Program, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Population Reports Population Reports a pour mission de présenter un tableau d'ensemble exact et fiable des faits nouveaux importants qui interviennent dans le domaine de la population. Les vues qui y sont exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, ou celles de l'Université Johns Hopkins.

Publié avec le soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), Global, G/PHN/POP/CMT, conformément aux conditions du Don No HRN-A-00-97-00009-00.

Précédente | Suivante
Haut | Table des matières

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

JHU/CCP

Table des matières

- Résumé de la rédaction
- Credits

Chapitres

1. Pourquoi un choix éclairé est important
   - Compréhension du choix éclairé
   - Avantages d'un choix éclairé
   - Evolution du choix éclairé
2. Décisions de planification familiale
3. Politiques pour un choix éclairé
4. Communication et choix
5. Amélioration de l'accès
6. Gestion pour un choix éclairé
7. Communications client-prestataire

- Figures
- Tableaux
- Encadrés
- Bibliographie

Pourquoi un choix éclairé est important

Pour beaucoup, les choix en matière de procréation et de pratique de la contraception comptent parmi les plus importantes décisions qu'on puisse prendre en matière de santé (162). Ils ont le plus de chances de répondre aux besoins d'une personne s'ils expriment ses désirs et ses valeurs, se fondent sur des informations exactes et pertinentes et sont conformes aux prescriptions de la médecine — en d'autres termes, sont des choix éclairés (22).

Selon une définition de EngenderHealth, anciennement AVSC International, « la démarche par laquelle une personne parvient à une décision en matière de soins de santé » est un choix éclairé quand elle « se fonde sur l'accès à toutes les informations dont le client pense avoir besoin et qu'il comprend pleinement. Cette démarche doit amener la personne à prendre en toute liberté une décision informée pour savoir si elle désire ou non obtenir des services de santé et, dans l'affirmative, quelle méthode ou intervention elle choisira et acceptera de recevoir » (22).

La notion de choix éclairé peut être appliquée à toute une série de décisions de santé sexuelle et reproductive. Le présent numéro de *Population Reports* est consacré au choix éclairé en matière de planification familiale — y compris la décision éventuelle d'éviter une grossesse, d'espacer et de planifier la naissance des enfants, de pratiquer la contraception, de choisir la méthode de planification familiale et de persister à utiliser telle ou telle méthode ou d'en changer.

On entend par « choix éclairé » une décision qu'une personne peut prendre pour son propre compte ; ce n'est pas un ensemble de modalités qu'un prestataire de planification familiale peut exécuter. Néanmoins, les décideurs, les responsables de programme et les prestataires de services ont d'importants rôles à jouer (voir encadré Encourager un

Faits saillants

- Que peut-on faire ?
- Pourquoi les communautés sont importantes
- Les femmes savent ce qu'elles veulent
- Elimination des cibles
- Plus de méthodes, plus de choix
- « Votre santé est entre vos mains »
- Les clientes ont-elles des choix ?
- Je vous en prie, demandez !
- Combien de conseils ?
- Clientes actives, meilleurs choix
- Conseils aux clients persistants

- POPLINE
- La Médiatheque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXVIII, numéro 2,
Eté 2000
Série J, numéro 50
Programmes de planification familiale

choix éclairé — Que peut-on faire ?). Pour les programmes de planification familiale, la meilleure façon d'aider les gens à faire des choix éclairés consiste à adopter une stratégie portant sur cinq domaines : politique, programmes de communication, accès, leadership et administration, et communication client-prestataire (voir Stratégie de choix éclairé).

JHU/CCP

Danielle Baron, JHU/CCP

Mrudula Amin, JHU/CCP

En Egypte (haut), au Sénégal (milieu) et en Inde (bas), on obtient des informations concernant la planification familiale auprès de membres de la famille, d'amies, et d'agents communautaires, ainsi que de dispensateurs de services. Beaucoup prennent leurs décisions bien avant de chercher à se procurer des produits de contraception.

Précédente | Suivante
Haut | Table des matières

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

JHU/CCP

Table des matières

- Résumé de la rédaction
- Credits

Chapitres

1. Pourquoi un choix éclairé est important
2. Décisions de planification familiale
   - L'individu dans la communauté
   - Influences du ménage
   - Valeurs individuelles et caractéristiques personnelles
   - Stratégie de choix éclairé
3. Politiques pour un choix éclairé
4. Communication et choix
5. Amélioration de l'accès
6. Gestion pour un choix éclairé
7. Communications client-prestataire

- Figures
- Tableaux

Décisions de planification familiale

Le principe du choix éclairé est centré sur l'individu. Or, la plupart des gens prennent des décisions de planification familiale en réponse à toute une série d'influences externes. Il s'agit d'influences exercées par le ménage et les normes communautaires, par les lois et politiques de l'Etat, les informations disponibles, et l'accès aux méthodes et aux services de planification familiale. Souvent, les gens n'ont pas conscience, en raison de leur caractère indirect, des facteurs qui interviennent dans leurs possibilités de procéder à des choix éclairés.

Les gouvernements exercent, sur les décisions de planification familiale, une influence qui est à la fois indirecte, par exemple quand les lois affectent les possibilités qu'ont les femmes de prendre des décisions indépendantes, et directe, par exemple quand l'accès aux informations, aux produits et aux services de contraception est réglementé (67). Les informations et les valeurs communiquées par les médias et d'une personne à une autre conditionnent le volume des connaissances de la planification familiale et l'intérêt qu'on lui porte (81, 345). L'accès à la contraception — nombre de méthodes disponibles et leur facilité d'obtention — conditionne les possibilités d'employer les méthodes qu'on préfère (143)(voir Figure 1).

On sait depuis longtemps que la consultation est un élément fondamental qui permet d'assurer un choix éclairé ; or, ce qui se produit avant la visite à un prestataire de services peut être encore plus important. En règle générale, on prend les décisions de planification familiale par petites étapes durant la période de fécondité, et non pas à la suite d'un choix unique (438).

Les plus grandes décisions de planification familiale — faut-il maîtriser sa fécondité et faut-il recourir à une méthode de planification familiale — sont généralement prises avant même qu'on envisage la contraception ou qu'on rencontre un prestataire de services. Au moment où ils deviennent des clients de la planification familiale, les intéressés songent déjà d'ordinaire à une certaine méthode de contraception et possèdent quelques

- Encadrés
- Bibliographie

Faits saillants

- Que peut-on faire ?
- Pourquoi les communautés sont importantes
- Les femmes savent ce qu'elles veulent
- Elimination des cibles
- Plus de méthodes, plus de choix
- « Votre santé est entre vos mains »
- Les clientes ont-elles des choix ?
- Je vous en prie, demandez !
- Combien de conseils ?
- Clientes actives, meilleurs choix
- Conseils aux clients persistants

- POPLINE
- La Médiatheque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Uni versity School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXVIII, numéro 2,
Eté 2000
Série J, numéro 50
Programmes de planification familiale

informations — véridiques ou fausses — la concernant (244). Par exemple, dans chacun des 50 pays pour lesquels on possède des données des enquêtes démographiques et de santé, au moins 80 % des femmes en union qui projetaient de commencer à pratiquer la planification familiale disaient songer à une certaine méthode ; dans 26 pays, cette proportion dépassait 90 % (voir el Tableau 1).

Dans l'étude de six pays dont il a été question plus haut (voir Persistance de la pratique de la contraception, chapitre 1.2), 75 % à 100 % des femmes songeaient à une certaine méthode au moment où elles arrivaient au dispensaire de planification familiale (193). Par ailleurs, en Equateur, en Ouganda et au Zimbabwe, plus de 94 % des clientes avaient une préférence pour une certaine méthode avant de recevoir les conseils d'un prestataire (407). Au Kenya, au moins 46 % des nouvelles clientes avaient, au moment de leur arrivée au dispensaire, une préférence pour une certaine méthode (244). Dans un dispensaire du Nigéria, 55 % des nouvelles clientes demandaient une méthode particulière (7).

Les décideurs, les responsables de programme et les presta-taires de services peuvent d'autant mieux aider à faire des choix éclairés qu'ils savent comment la population prend des décisions de planification familiale et quels sont les facteurs, directs et indirects, qui exercent une influence sur ces décisions.

Danielle Baron, JHU/CCP

	Au Sénégal, les femmes se retrouvent à l'occasion d'une réunion communautaire pour parler de leur santé. Les valeurs et les normes communautaires conditionnent leurs attitudes. Elles déterminent si la pratique de la contraception est socialement acceptable et si on peut prendre soi-même des décisions de planification familiale.

Précédente | **Suivante**
Haut | **Table des matières**

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

JHU/CCP

Table des matières

- Résumé de la rédaction
- Credits

Chapitres

1. Pourquoi un choix éclairé est important
2. Décisions de planification familiale
3. Politiques pour un choix éclairé
   - Consensus international pour le choix éclairé
   - Soutien national du choix éclairé
   - Politiques qui encouragent l'accès
   - Elimination des cibles, incitations et désincitations
   - Politiques sociales et économiques
   - Organismes

Politiques pour un choix éclairé

Des politiques publiques peuvent étayer un choix éclairé en matière de planification familiale. Le principe de choix éclairé est reconnu sur le plan international et se fonde sur les droits de l'homme (426). Les gouvernements ont la responsabilité de veiller à ce que ce principe devienne une réalité.

Consensus international pour le choix éclairé

Deux droits fondamentaux de la personne sous-tendent le choix éclairé : 1) le droit de prendre librement une décision concernant le nombre d'enfants et leur date de naissance, et 2) le droit d'avoir accès aux informations et aux services de planification familiale. Ces droits se fondent depuis longtemps sur des déclarations internationales prises par consensus, dont la Proclamation de Téhéran, adoptée en 1968 lors de la Conférence internationale des droits de l'homme (425).

Le Programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) déclare que « les programmes de planification familiale doivent avoir pour but de permettre aux couples et aux individus de décider librement et de manière responsable du nombre et de l'espacement de leurs enfants, d'assurer des choix éclairés et d'offrir une gamme complète de méthodes efficaces et sans danger » (426).

Les gouvernements qui signent des documents internationaux contenant des déclarations de principes s'engagent à mettre ces principes en œuvre (202). Cependant, la place que les gouvernements accordent à ces engagements et les sommes qu'ils consacrent à leur réalisation varient de façon considérable dans le monde. Les avocats du choix éclairé ont demandé instamment aux gouvernements d'honorer leurs engagements, ont encouragé la population à exercer ses droits et ont demandé aux prestataires de respecter ces derniers (204, 315, 320).

donateurs
4. Communication et choix
5. Amélioration de l'accès
6. Gestion pour un choix éclairé
7. Communications client-prestataire

- Figures
- Tableaux
- Encadrés
- Bibliographie

Faits saillants

- Que peut-on faire ?
- Pourquoi les communautés sont importantes
- Les femmes savent ce qu'elles veulent
- Elimination des cibles
- Plus de méthodes, plus de choix
- « Votre santé est entre vos mains »
- Les clientes ont-elles des choix ?
- Je vous en prie, demandez !
- Combien de conseils ?
- Clientes actives, meilleurs choix
- Conseils aux clients persistants

- POPLINE
- La Médiatheque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population

IPPF

La Charte de l'IPPF reconnait les principes d'un choix informé. Les politiques officielles peuvent préconiser un choix en matière de planification familiale.

Ministerio de Salud de Zambia

Comme l'a fait la Zambie, les pays peuvent mettre leurs directives à jour afin de permettre à un plus grand nombre de personnes d'obtenir la méthode de planification familiale de leur choix.

Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Uni versity School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXVIII, numéro 2,
Eté 2000
Série J, numéro 50
Programmes de planification familiale

Précédente | Suivante
Haut | Table des matières

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

JHU/CCP

Table des matières

- Résumé de la rédaction
- Credits

Chapitres

1. Pourquoi un choix éclairé est important
2. Décisions de planification familiale
3. Politiques pour un choix éclairé
4. Communication et choix
   - Emploi de nombreux circuits de communication
   - Répondre aux besoins d'information
5. Amélioration de l'accès
6. Gestion pour un choix éclairé
7. Communications client-prestataire

- Figures
- Tableaux
- Encadrés

Communications pour un choix éclairé

Les communications jouent un rôle capital pour assurer un choix éclairé de planification familiale. Des communications efficaces donnent à la population la possibilité de rechercher ce qui lui convient le mieux et d'exercer son droit de recevoir des soins de santé de qualité (346). On a déjà vu que les gens prennent un grand nombre de leurs décisions les plus importantes en matière de planification familiale — y compris la dé-cision de maîtriser la fécondité ou de recourir à une méthode de planification familiale — avant même de demander la contraception (voir Chapitre 2). Pour faire des choix éclairés, la plupart des gens doivent donc avoir pas mal de connaissances bien avant de décider de venir voir un prestataire de soins de santé.

Il y a dans le monde des millions de gens qui tirent des médias leurs informations de planification familiale. Parfois, les médias sont leur principale source d'information. Au Kenya, par exemple, sur 1.518 personnes interrogées en 1992, 42 % ont déclaré que la radio ou la télévision était leur principale source d'information (252). Dans 49 pays qui ont fait l'objet d'enquêtes démographiques et de santé, le pourcentage de femmes mariées qui avaient entendu ou vu des messages à la radio, à la télévision ou aux deux, au cours des six mois précédant l'enquête, allait de 12 % en Côte d'Ivoire à 92 % en Jordanie. Parmi les hommes mariés interrogés dans 26 pays, le pourcentage allait de 24 % en Mozambique à 84 % au Pérou.

Pour ceux qui décident de devenir des clients de la planification familiale, les programmes de communication complètent les informations que fournissent les conseillers. Les clients de la planification familiale veulent des informations mais craignent parfois que les prestataires ne leur disent pas toute la vérité (188). Les consultations sont utiles, mais une séance de consultation avec un prestataire de planification familiale ne peut pas fournir toutes les

- Bibliographie

Faits saillants

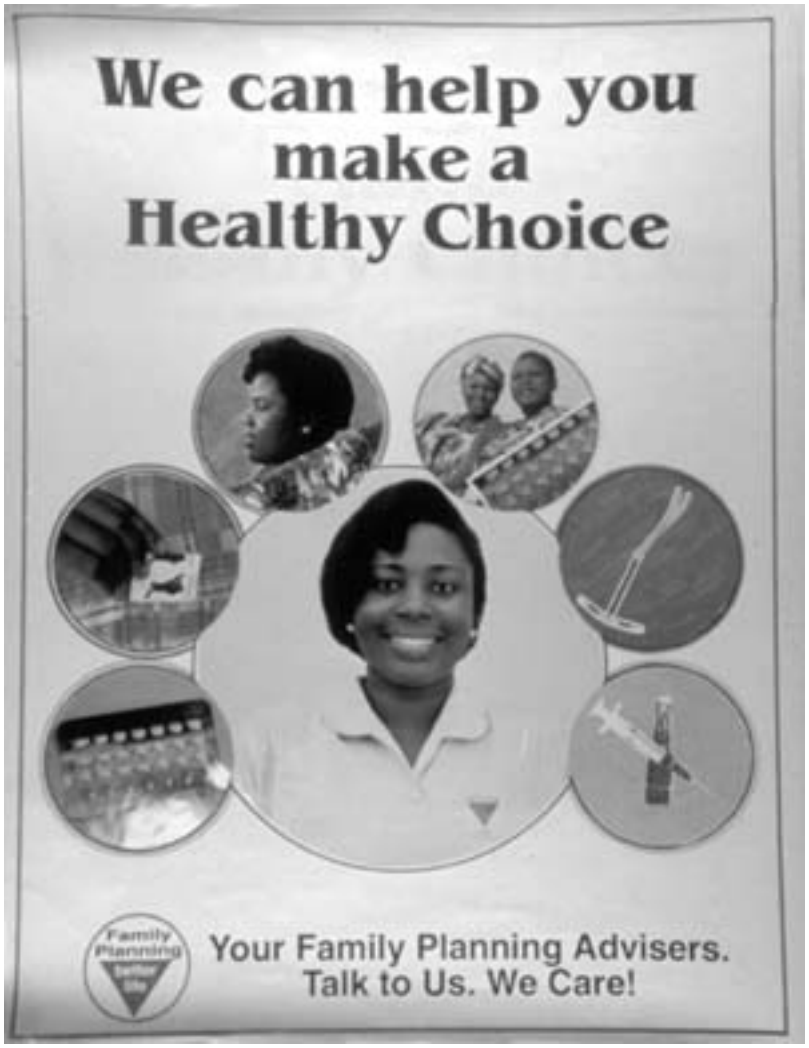
- Que peut-on faire ?
- Pourquoi les communautés sont importantes
- Les femmes savent ce qu'elles veulent
- Elimination des cibles
- Plus de méthodes, plus de choix
- « Votre santé est entre vos mains »
- Les clientes ont-elles des choix ?
- Je vous en prie, demandez !
- Combien de conseils ?
- Clientes actives, meilleurs choix
- Conseils aux clients persistants

- POPLINE
- La Médiatheque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXVIII, numéro 2,
Eté 2000
Série J, numéro 50
Programmes de planification familiale

informations dont une personne a besoin pour faire un choix éclairé. Par ailleurs, ni les conseillers ni les agents de santé qui travaillent en première ligne n'ont à assumer l'entière responsabilité de l'information de leurs clients.



Ministère de la Santé du Ghana

Comme le montre cette affiche du Ghana, des instruments de communication peuvent encourager la population à rechercher des informations auprès d'un dispensateur de services et à l'entretenir de ce qui l'inquiète.

Précédente | Suivante
Haut | Table des matières

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

JHU/CCP

Table des matières

- Résumé de la rédaction
- Credits

Chapitres

1. Pourquoi un choix éclairé est important
2. Décisions de planification familiale
3. Politiques pour un choix éclairé
4. Communication et choix
5. Amélioration de l'accès
   - Plus de méthodes, plus de choix
   - Accroissement du nombre de sources
6. Gestion pour un choix éclairé
7. Communications client-prestataire

- Figures
- Tableaux
- Encadrés
- Bibliographie

Amélioration de l'accès

Si on veut aider la population à faire un choix éclairé en matière de planification familiale, il est essentiel d'offrir un large accès à un nombre aussi grand que possible de méthodes. Au fur et à mesure que de nouvelles méthodes deviennent disponibles et qu'augmente l'accès à ces méthodes, les clients sont de plus en plus nombreux à trouver les méthodes qu'ils désirent.

Souvent, la méthode de planification familiale qui est utilisée n'est pas celle qu'on préfère. Par exemple, dans les neuf pays pour lesquels les enquêtes sur la santé reproductive fournissent des données comparables, le pourcentage de femmes déclarant préférer une méthode différente va de 11 % à Maurice à 48 % au Costa Rica (voir Figure 3). Le plus souvent, les raisons avancées étaient que la méthode préférée coûtait trop cher, était trop difficile à obtenir ou n'était pas disponible. D'autres raisons étaient l'inéligibilité médicale et l'opposition de la famille. D'autres études ont donné des résultats analogues (19, 393, 407).

Plus de méthodes, plus de choix

Au fur et à mesure que de nouvelles méthodes deviennent disponibles, un plus grand nombre de personnes peuvent trouver une méthode qui leur convient — au début, et plus tard, si elles veulent changer de méthode (170). Aujourd'hui, le choix de contraceptifs est plus grand que jamais. Néanmoins, pour assurer un plus grand choix à une population plus nombreuse, on a besoin de nouvelles méthodes de contraception (130, 159, 187, 287) ; plusieurs sont en train d'être mises au point (48).

Le choix de contraceptifs varie énormément. Parmi les régions en développement, l'Amérique latine offre le plus grand choix de méthodes et l'Afrique, le choix le plus réduit (357). Bien que pratiquement tous les pays fournissent au moins quelques méthodes, il y en a beaucoup où la population n'a que peu ou pas d'accès à certaines méthodes.

Dans 88 pays en développement étudiés en 1999, la proportion moyenne de couples ayant facilement accès à la contraception s'établissait à 79 % dans le cas des préservatifs, à 76 % pour les

Faits saillants

- Que peut-on faire ?
- Pourquoi les communautés sont importantes
- Les femmes savent ce qu'elles veulent
- Elimination des cibles
- Plus de méthodes, plus de choix
- « Votre santé est entre vos mains »
- Les clientes ont-elles des choix ?
- Je vous en prie, demandez !
- Combien de conseils ?
- Clientes actives, meilleurs choix
- Conseils aux clients persistants

- POPLINE
- La Médiatheque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Uni versity School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXVIII, numéro 2,
Eté 2000
Série J, numéro 50
Programmes de planification familiale

contraceptifs oraux, à 61 % pour le DIU, à 43 % pour la stérilisation féminine et à 29 % pour la stérilisation masculine. Cette analyse accorde un poids égal à chaque pays, quels que soient les effectifs de leur population. La même étude a constaté que, dans 50 pays, les couples n'avaient que peu ou pas d'accès à la vasectomie, 29 à la stérilisation féminine, 14 au DIU, 5 aux contraceptifs oraux et 2 aux préservatifs (357). En fonction des différences d'accessibilité des divers contraceptifs, les pays disposaient de choix de méthodes très divers (151). Au niveau national, le panachage de méthodes offert dans un pays peut indiquer si la population est en mesure de faire un choix éclairé (41).

Rick Maiman, grâce à la David and Lucile Packard Foundation

Au Mexique, des conseillers de jeunes parcourent à tricycle les quartiers urbains pour fournir des contraceptifs et des informations. La multiplication des sources de planification familiale élargit les choix à la disposition des utilisateurs.

L'option permettant de changer de méthode joue un rôle capital dans la persistance de la pratique de la planification familiale (90). L'existence d'une série de choix permet de changer de méthode en fonction de l'évolution des besoins, au lieu de continuer une méthode qui est devenue peu appropriée ou peu satisfaisante, ou de cesser entièrement de pratiquer la contraception. L'offre d'une série de méthodes aide aussi à assurer qu'on disposera toujours au minimum de certaines méthodes, même lorsque des pénuries se produisent à cause de l'irrégularité des approvisionnements (60).

Afin d'élargir l'accès aux choix de méthodes de contraception, les programmes de planification familiale peuvent offrir des méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité, en même temps que des méthodes faisant appel à des produits (189). Les prestataires de services devraient pouvoir expliquer à leurs clientes les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité ou savoir où les envoyer se familiariser avec ces méthodes. Des études sont en cours dans cinq pays pour examiner l'accès aux méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité (160, 273).

Combien de méthodes ? Peu de programmes ont les moyens d'offrir la gamme complète de méthodes de planification familiale. Quelle est la gamme de méthodes qu'un programme doit offrir afin d'assurer un choix ? Les directives de l'OMS concernant le panachage de méthodes de contraception ne mentionnent pas spécifiquement quelles méthodes les programmes devraient offrir. Elle déclarent que « les programmes doivent offrir diverses catégories de méthodes afin de répondre aux besoins divers des individus et des couples » (465). D'autres experts conseillent au programmes d'offrir :

- des options de contraception aux hommes et aux femmes,
- des méthodes temporaires et des méthodes permanentes,
- des méthodes hormonales et des méthodes non hormonales,
- des méthodes faisant appel à des produits et des méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité,
- des méthodes tributaires du prestataire et des méthodes tributaires de l'utilisateur,
- des options de contraception pour les femmes allaitantes, y compris la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA),
- la contraception d'urgence (178).

Comme la plupart des programmes de planification familiale réalisés dans des pays en développement sont tributaires de dons de produits, il arrive souvent qu'ils ne peuvent offrir que les méthodes qu'ils reçoivent. Des réductions des contributions des donateurs se traduisent ordinairement par une diminution de l'accès à la planification familiale. Pour assurer un choix éclairé, il est essentiel que les donateurs augmentent leur soutien (voir **Chapitre 3.6**). En outre, des changements de donateurs et des méthodes qu'ils fournissent, ainsi que les modifications des cycles d'approvisionnement et une coordination médiocre, causent

	souvent des pénuries temporaires de produits de contraception (429).

Précédente | Suivante
Haut | Table des matières

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

JHU/CCP

Table des matières

- Résumé de la rédaction
- Credits

Chapitres

1. Pourquoi un choix éclairé est important
2. Décisions de planification familiale
3. Politiques pour un choix éclairé
4. Communication et choix
5. Amélioration de l'accès
6. Gestion pour un choix éclairé
    - Animation du programme
    - Amélioration des résultats
    - Suivi et évaluation
    - Méthodes permanentes et méthodes tributaires du prestataire
    - Choix dans un

Une gestion pour un choix éclairé

Pour les programmes de planification familiale, l'amélioration de la gestion de la prestation de services peut donner aux clients de meilleures aptitudes leur permettant de faire un choix éclairé. Une gestion visant un choix éclairé exige un engagement de la direction et un environnement conçu pour donner aux clients ce qu'ils désirent. Si on veut s'assurer que les clients sont en mesure de faire des choix éclairés, il faut prêter attention à des éléments fondamentaux de la gestion tels que l'analyse et l'amélioration des résultats, un encadrement efficace, la formation du personnel et l'évaluation des résultats.

La gestion doit veiller tout particulièrement à ce que les clients qui choisissent des méthodes permanentes ou à long terme — stérilisation, DIU et implants — prennent des décisions informées. Par ailleurs, une gestion visant à un choix éclairé est particulièrement importante dans les milieux disposant de maigres ressources, où les effectifs du personnel peuvent être réduits, les contraceptifs peu abondants et la documentation déficiente.

Animation du programme

Une animation vigoureuse peut créer, pour un programme, un environnement qui facilite le choix éclairé (386). Si la direction donne l'exemple et met en pratique le choix éclairé, le reste du personnel suivra. La mention du choix éclairé dans le mandat et dans les directives officielles de politique du programme peut aider le personnel et les clients à prendre conscience du fait que le programme s'est engagé à appliquer le principe du choix éclairé et à respecter les droits des clients (209, 220).

Par exemple, la politique de la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF) en matière de choix éclairé déclare que toutes les Associations de planning familial associées à l'IPPF doivent faciliter à tous les individus qui en font la demande

milieu pauvre en ressources
7. Communications client-prestataire

- Figures
- Tableaux
- Encadrés
- Bibliographie

Faits saillants

- Que peut-on faire ?
- Pourquoi les communautés sont importantes
- Les femmes savent ce qu'elles veulent
- Elimination des cibles
- Plus de méthodes, plus de choix
- « Votre santé est entre vos mains »
- Les clientes ont-elles des choix ?
- Je vous en prie, demandez !
- Combien de conseils ?
- Clientes actives, meilleurs choix
- Conseils aux clients persistants

- POPLINE
- La Médiatheque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Uni versity School

l'accès à toute une série de services de santé sexuelle et reproductive, consultation comprise. En outre, les associations affiliées doivent s'assurer que les services sont fournis sans contrainte, que la prestation des services n'est pas liée à des incitations financières, et qu'aucun service n'est fonction de l'acceptation d'un autre service. Toutes les associations affiliées doivent accepter cette politique si elles veulent prétendre à la qualité de membre de l'IPPF (192).

Dans le cas des programmes où la notion de choix éclairé est nouvelle, les responsables peuvent s'assurer qu'elle est comprise par tout le personnel, à tous les niveaux de l'organisation (106). Les responsables peuvent s'assurer que le programme ne comporte plus de cibles, incitations et désincitations concernant l'emploi de la contraception (voir chapitre 3.4). Bien que les cibles, incitations et désincitations fassent rarement partie de la politique nationale officielle et que, en général, les donateurs ne soutiennent pas des programmes de planification familiale qui continuent à prévoir des cibles, il subsiste parfois une culture orientée vers ces dernières (253, 398). Les programmes peuvent faire de l'aptitude des clients à procéder à des choix éclairés un indicateur important de leur réussite, aux cotés d'indicateurs classiques tels que l'augmentation du nombre de nouveaux clients, ou même à titre de remplacement de ces indicateurs (25, 212) (voir encadré Evaluation du choix éclairé).

Les responsables de programme peuvent soutenir le principe selon lequel tous les clients doivent recevoir la méthode de contraception de leur choix, à condition qu'elle soit médicalement appropriée et qu'elle respecte les directives médicales nationales. Les responsables peuvent éliminer les obstacles qui empêchent certains groupes, les jeunes par exemple, d'employer certains services ou certaines méthodes de planification familiale (voir chapitre 7.1).

Quand les directives qui encouragent le choix éclairé sont claires, faciles à comprendre et largement appliquées, elles peuvent faire augmenter les options de contraception qui sont offertes. Par exemple, après que la Tanzanie ait mis en place en 1994 de nouvelles directives de prestation de services de planification familiale et les ait diffusées pendant toute une

of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXVIII, numéro 2,
Eté 2000
Série J, numéro 50
Programmes de planification familiale

année, en parallèle à des stages de formation, les prestataires ont commencé à offrir des injectables à toutes les femmes. Auparavant, ils étaient nombreux à penser que les injectables étaient un produit dangereux que seuls des médecins pouvaient prescrire, en les réservant aux mères de famille nombreuse (451).

Au Kenya, après la diffusion de directives analogues, en 2000, le pourcentage de prestataires qui recommandaient une double protection aux clientes en continu — préservatifs employés seuls ou en même temps qu'une autre méthode pour protéger contre les IST et contre la grossesse — est passé de 9 % à 23 %. Le pourcentage de nouvelles clientes qui se voyaient refuser des services de planification familiale parce qu'elles n'avaient pas de règles est tombé de 19 % à 2 % (237).

Précédente | Suivante
Haut | Table des matières

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

JHU/CCP

Table des matières

- Résumé de la rédaction
- Credits

Chapitres

1. Pourquoi un choix éclairé est important
2. Décisions de planification familiale
3. Politiques pour un choix éclairé
4. Communication et choix
5. Amélioration de l'accès
6. Gestion pour un choix éclairé
7. Communications client-prestataire
   - Amélioration de la consultation
   - Clients actifs
   - Aider les clients à faire des choix éclairés

- Figures
- Tableaux

Meilleures communications client-prestataire

De bonnes communications entre clients et prestataires de planification familiale durant les consultations sont la clé d'un choix éclairé. Quand la consultation est un partenariat, dans lequel les clients et les prestataires communiquent ouvertement, partagent des informations, expriment des émotions, et posent librement des questions qui trouvent une réponse, les clients sont plus satisfaits, comprennent mieux les informations et s'en souviennent, emploient plus efficacement la contraception, et vivent des vies plus saines (104, 109, 173).

L'origine des choix éclairés en planification familiale se situe, on le sait, bien avant la visite à un prestataire ; en effet, nombreux sont ceux qui font des choix éclairés sans avoir vu un prestataire. Cependant, quand les clients recherchent des services, ils disposent alors d'informations suffisantes concernant ce qu'ils peuvent faire de concert avec le prestataire pour qu'on soit sûr que les décisions de planification familiale se fondent sur le principe du choix éclairé.

La consultation en vue d'un choix éclairé, comme une bonne consultation en général, doit être considérée comme un partenariat entre deux experts — le prestataire, à titre d'expert en médecine, et le client, en qualité d'expert de sa propre situation et de ses propres besoins (391, 432). Les clients peuvent jouer un rôle actif lors de la séance de consultation (248) tandis que, pour leur part, les prestataires peuvent comprendre les soucis, les désirs et les besoins des clients, et y répondre — dans le cadre d'un dialogue véritable (299, 436).

- Encadrés
- Bibliographie

Faits saillants

- Que peut-on faire ?
- Pourquoi les communautés sont importantes
- Les femmes savent ce qu'elles veulent
- Elimination des cibles
- Plus de méthodes, plus de choix
- « Votre santé est entre vos mains »
- Les clientes ont-elles des choix ?
- Je vous en prie, demandez !
- Combien de conseils ?
- Clientes actives, meilleurs choix
- Conseils aux clients persistants

- POPLINE
- La Médiatheque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Uni versity School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXVIII, numéro 2, Eté 2000
Série J, numéro 50
Programmes de planification familiale

JHU/CCP

Au Népal, des agents de santé participent à un stage radiodiffusé interactif d'éducation portant sur les consultations en planification familiale. La formation des prestataires et l'offre d'un soutien continu font augmenter les connaissances techniques de la planification familiale et améliorent les communications entre le client et le prestataire.

Amélioration de la consultation

Les clients et les prestataires de planification familiale ont pour responsabilité de veiller à ce que la consultation soit conforme au principe d'un choix éclairé et conduise à des décisions de planification familiale que les clients prennent eux-mêmes. Un certain nombre d'obstacles entravent de bonnes communications entre client et prestataire. Il s'agit d'obstacles médicaux inutiles et d'autres restrictions que les prestataires imposent aux services, des préférences des prestataires en matière de contraception et de leurs préjugés pour ou contre certaines méthodes, de la gêne qu'éprouvent les prestataires et les clients pour parler de sexualité, des différences de situation et de connaissances entre prestataires et clients, et de la problématique hommes-femmes. On aide un choix éclairé si on trouve les moyens de surmonter ces obstacles.

Eviter les obstacles médicaux inutiles. Parfois, les pro- grammes de service et les prestataires empêchent les clients, à tort, de recevoir la méthode de contraception de leur choix en appliquant des politiques ou des pratiques que la science ne justifie pas, mais

qui se fondent, au moins en partie, sur des raisons médicales (39, 382). Des contreindications dépassées subsistent parfois dans les directives officielles d'un programme ou continuent à être observées par les prestataires dans leur travail ordinaire (39).

Ces obstacles médicaux inutiles peuvent entraver le choix éclairé, même lorsque les politiques officielles essaient d'assurer que les clients éligibles obtiennent les méthodes qu'ils souhaitent (383, 467). Une étude de cinq pays africains a montré, par exemple, que les prestataires imposaient deux fois plus de critères de recevabilité que n'exigeaient les directives de planification familiale en vigueur (288).

Par ailleurs, au Kenya, une étude effectuée en 1999 a estimé que 78 % des femmes qui n'avaient pas leurs règles étaient renvoyées sans obtenir de service ; il leur fallait attendre d'avoir leurs règles pour confirmer qu'elles n'étaient pas enceintes, condition inutile dans le cas de la plupart des méthodes hormonales (399). Beaucoup de clientes qui sont renvoyées n'obtiennent pas la méthode de contraception de leur choix, voire une méthode quelconque, si elles ne sont pas en mesure de revenir au dispensaire (396).

Eviter les préjugés du prestataire. Le principe du choix éclairé signifie que les prestataires évitent de tenir compte de leurs préjugés et, au contraire, donnent la priorité aux préférences de la cliente par rapport aux leurs — même si une cliente choisit un méthode moins efficace, n'emploie une méthode que de façon irrégulière, ou refuse un service, sinon tous (139). Néanmoins, beaucoup de prestataires pensent qu'ils doivent prendre les décisions de planification familiale au nom de leurs clientes, parce qu'ils sont mieux informés (102, 119, 244).

Parfois, les prestataires élèvent des obstacles fondés sur l'âge du sujet, sa situation de famille, ou sur d'autres critères peu appropriés (178, 289). En particulier, beaucoup de prestataires refusent des services de planification familiale aux jeunes célibataires (195, 247). Au Ghana, par exemple, lors d'une enquête effectuée en 1994, 26 % des prestataires déclaraient que le mariage était une condition préalable à l'obtention de services de planification familiale. Quelque 76 % des prestataires ne fournissaient la contraception qu'à partir d'un certain âge parce qu'ils pensaient que l'accès à la contraception conduisait les

jeunes adultes à la promiscuité (423).

Souvent, les prestataires ont leurs propres préférences et des idées préconçues concernant la méthode qui serait la meilleure pour leurs clients (102, 193, 378, 410). Dans une étude effectuée en 1993 à la Jamaïque, 90 % des médecins ont déclaré préférer la pilule pour les femmes qui voulaient retarder leur première grossesse, et 40 % ont dit s'opposer au moins à une méthode de planification familiale, en général les injectables ou les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité (176).

En Inde, en 1994, une étude a constaté que la plupart des prestataires se laissaient influencer par les programmes, qui préconisaient alors certaines cibles, et choisissaient donc pour leurs clientes la stérilisation, les DIU et, dans une moindre mesure, la pilule (255, 446). De même, au Kenya, la raison pour laquelle l'emploi du DIU a diminué de façon spectaculaire en 10 ans était que beaucoup de prestataires de services nourrissaient des préjugés contre cette méthode (400).

Une présentation équilibrée est la meilleure formule — indiquant les éléments positifs et négatifs des diverses méthodes (2, 413, 421). Quand les prestataires prennent mieux conscience de leurs propres préjugés et de leurs propres perceptions, ils sont mieux en mesure d'aider leurs clients à prendre pour eux-mêmes des décisions informées. On trouve une indication des préjugés d'un prestataire à l'égard de certaines méthodes quand le dosage de méthodes de contraception utilisées par ses clients diffère radicalement de celui des clients d'autres prestataires. De même, si le dosage de méthodes de contraception utilisées par les clients d'un dispensaire est faussé en faveur d'une certaine méthode, la raison peut en être les préjugés du prestataire (41, 382).

Pour surmonter ces préjugés, des exercices de jeux de rôles et des groupes de discussion avec les clients peuvent aider les prestataires à comprendre la place de leur comportement dans les choix des clients (69, 128, 358). Un modèle de comportement — qui présente des exemples de consultations positives — peut aider les prestataires à améliorer leur interaction avec les clients (325, 374).

Rick Maiman, grâca à la David and Lucille Packard Foundation

Les hommes doivent aussi avoir des connaissances au sujet de la planification familiale. Parfois, les dispensateurs supposent que les hommes ne veulent pas prendre de décision de planification familiale ou pratiquer la contraception. Des consultations réservées aux hommes, comme dans ce dispensaire du Mexique, peuvent encourager leur participation.

Acceptation de la sexualité. Les prestataires de planification familiale peuvent se sentir mal à l'aise ou incertains à propos des problèmes sexuels et éviter d'en parler; beaucoup d'entre eux supposent que les clients ne veulent pas en parler non plus (34, 294, 300). Or, si on ne parle pas de sexualité, beaucoup de clients risquent de faire des choix de planification familiale mal informés (100, 294).

Pour beaucoup de clients, la séance de consultation est la seule occasion qui leur est offerte d'évoquer des questions sexuelles, ce qui les conduit à souhaiter vivement en parler. En Egypte, 71 % des clientes qui recevaient des conseils au sujet de la sexualité ne s'en disaient pas gênées. Comme l'a déclaré une cliente, « si le docteur nous pose des questions ... nous lui parlerons de nos problèmes, sans quoi je me sentirais gênée d'en parler » (3). Une formation qui invite les membres du personnel à réfléchir à leurs propres sentiments et à leurs propres expériences en matière de sexualité peut aider à les mettre plus à l'aise pour traiter de la question avec leurs clientes (34, 294).

Raccourcir la distance sociale. Des différences de classe sociale, de niveaux d'éducation, de connaissances scientifiques et d'autres situations entre les prestataires et leurs clients entravent souvent de bonnes communications client-prestataire. Parfois, les prestataires traitent de façon différente les clients de situation sociale élevée et les clients dont la situation socioéconomique est médiocre (139, 429). Les prestataires croient volontiers, en particulier, qu'ils savent ce qui convient le mieux aux clients pauvres. Les prestataires de services qui occupent une situation élevée sous-estiment souvent leurs clients de condition inférieure et prennent donc des décisions en leur nom (429). Par exemple, en 1993, une étude bolivienne portant sur un grand nombre de clientes Aymara a constaté que les prestataires manquaient souvent de tact ou étaient condescendants et n'offraient que le DIU comme option de contraception, sans expliquer ses effets secondaires (370).

Les prestataires et les clients ont souvent des croyances différentes en matière de santé et comprennent de façon différente comment fonctionne le corps et ce qui cause les maladies. Normalement, les idées du prestataire se fondent sur la science, tandis que celles du client prennent pour base la tradition, des notions populaires et des bruits qui courent (166, 188).

Les clients n'expriment que rarement leurs propres croyances en matière de santé, à moins que le prestataire ne leur demande de le faire, mais ils rejettent souvent des informations qui ne concordent pas avec ces croyances (110, 150, 157, 254). Les prestataires peuvent réduire ces différences de compréhension s'ils disent respecter les croyances du client mais établissent des liens entre celles-ci et le modèle médical de santé (188).

La problématique hommes-femmes. On parle peu des rôles des deux sexes — rôles qu'une culture juge appropriés pour un homme et une femme — mais ils affectent souvent la façon dont les prestataires et les clients réagissent les uns aux autres et les décisions que prennent les clients. Quand les clients sont des femmes, il est moins probable que les dispensateurs leur posent des questions, leur fournissent des informations techniques, leur offrent diverses options de traitement et diagnostiquent et soignent certaines maladies; ils attribuent volontiers les plaintes des clientes à des facteurs psychosomatiques (242, 321).

Parfois, les prestataires supposent que les hommes ne veulent pas

prendre de décisions de planification familiale ou pratiquer la contraception. En fait, ces dispensateurs font un choix pour le compte des hommes, ce qui explique le fait que les méthodes de contraception masculines sont moins utilisées que les méthodes féminines (111, 429).

Pour aider à résoudre la problématique hommes-femmes à propos des décisions de planification familiale, les prestataires peuvent demander à chaque client dans quelle mesure il ou elle veut que d'autres personnes interviennent dans ses décisions. Si d'autres membres de la famille s'opposent aux intentions du client, et si le client se sent à l'aise pour parler de la question, le dispensateur peut inviter le conjoint ou un autre membre de la famille du client à venir parler des diverses options de planification familiale et leur expliquer pourquoi il est préférable que les décisions soient prises par les clients eux-mêmes (77, 298).

Cependant, quand les consultations s'adressent aux deux partenaires, les femmes y participent moins que si elles sont les seuls interlocuteurs ; elles peuvent alors exercer moins d'influence sur les décisions de planification familiale. Au Kenya, par exemple, les clients masculins s'exprimaient plus que les clientes durant une consultation de couple. Les hommes offraient des informations supplémentaires ou posaient des questions pendant 66 % de leur temps de parole, contre 27 % dans le cas des femmes. Les prestataires offraient plus d'informations aux hommes qu'aux femmes, et les hommes avaient plus d'influence sur la teneur, la direction et la durée de la séance (242).

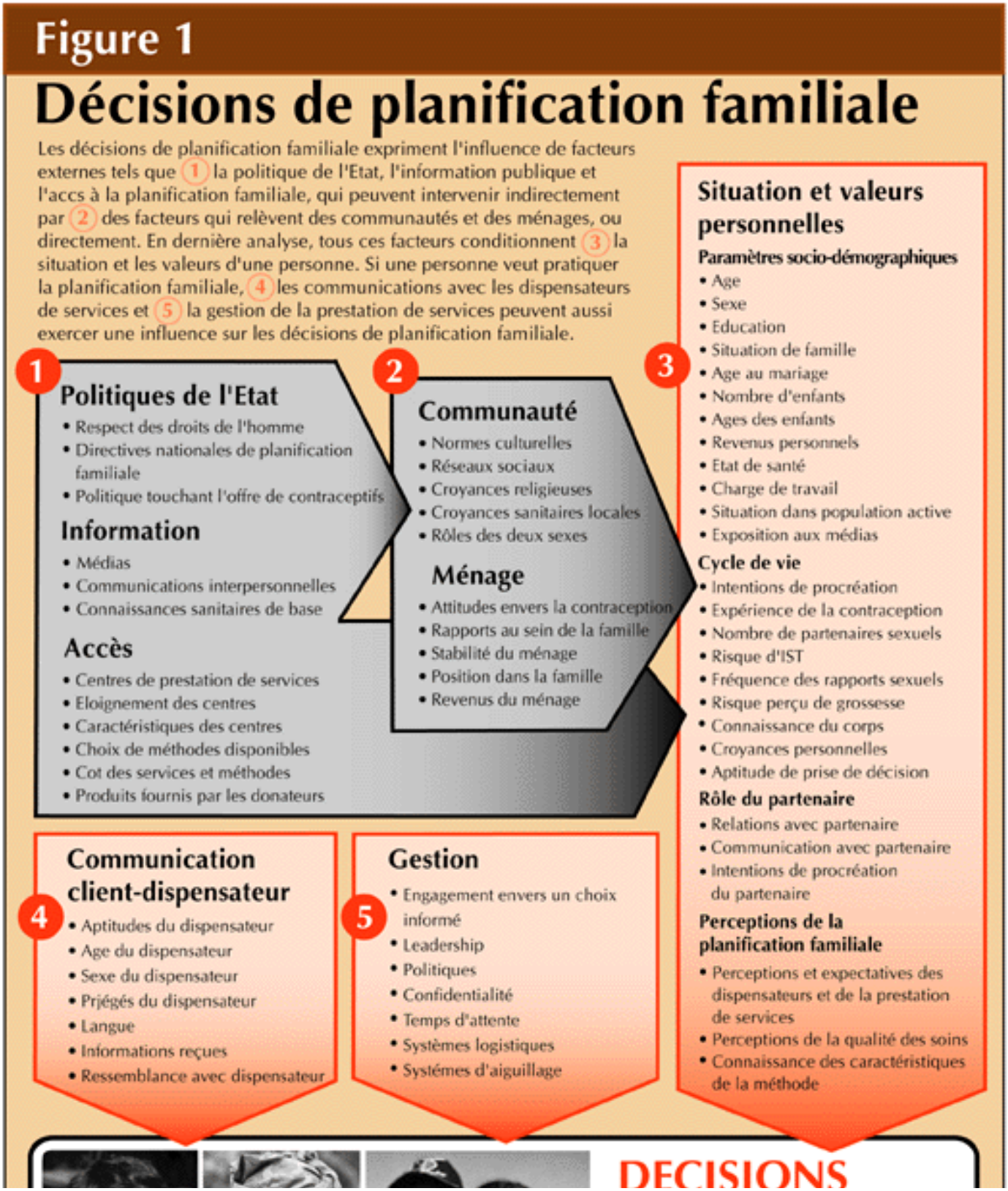
Une formation peut aider les prestataires, hommes et femmes, à mieux comprendre leurs rôles respectifs. Quand les prestataires comprennent comment la problématique hommes-femmes exerce une influence sur des questions telles que les communications entre époux, les intentions de procréation et la violence domestique, ils peuvent mieux aider les clients à faire leurs choix de planification familiale (106, 186, 326).

Précédente | **Suivante**
Haut | **Table des matières**

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Figures

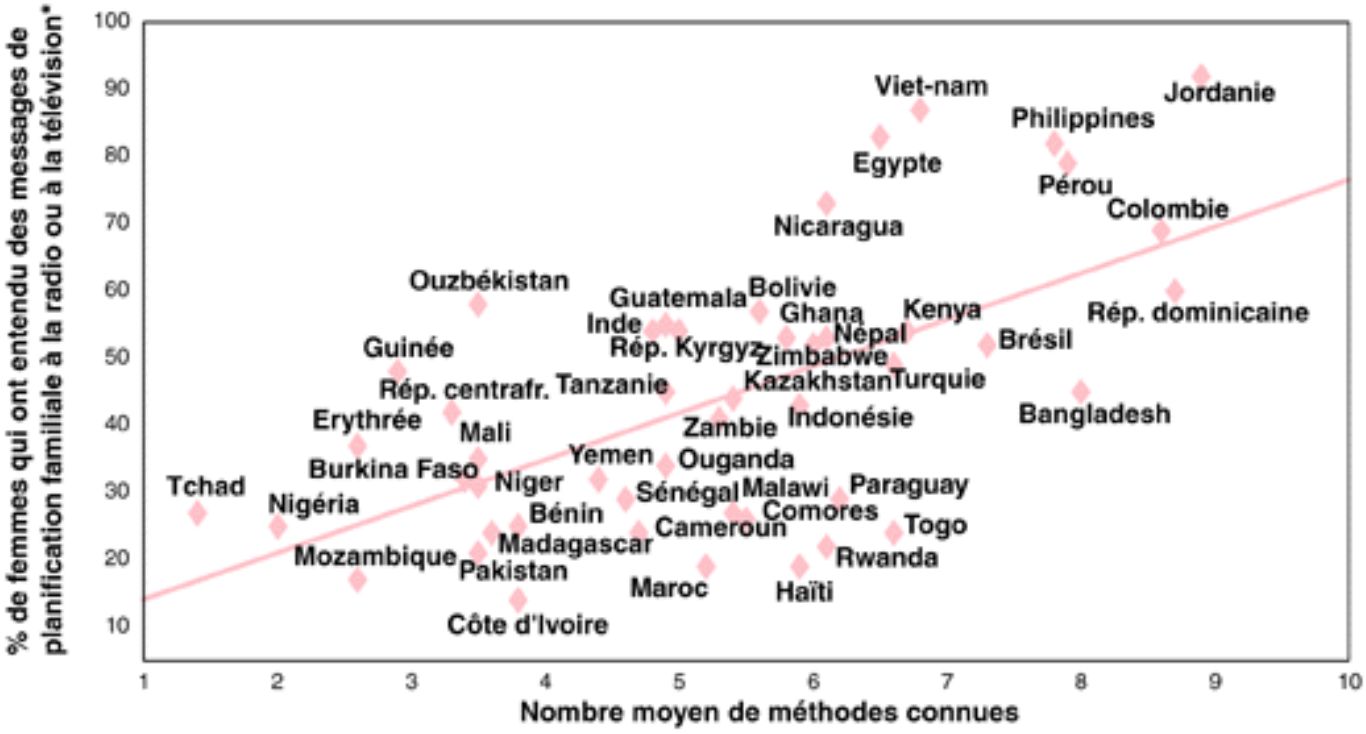
Figure 1. Décisions de planification familiale
Figure 2. Les médias aident à informer les femmes
Figure 3. Préférence pour une autre méthode
Figure 4. Assurer des choix éclairés dans le dispensaire



Connecter au chapitre 2

Figure 2. Les médias aident à informer les femmes

Connaissance des méthodes de contraception, par exposition aux messages de la télévision ou de la radio, 1990–1999



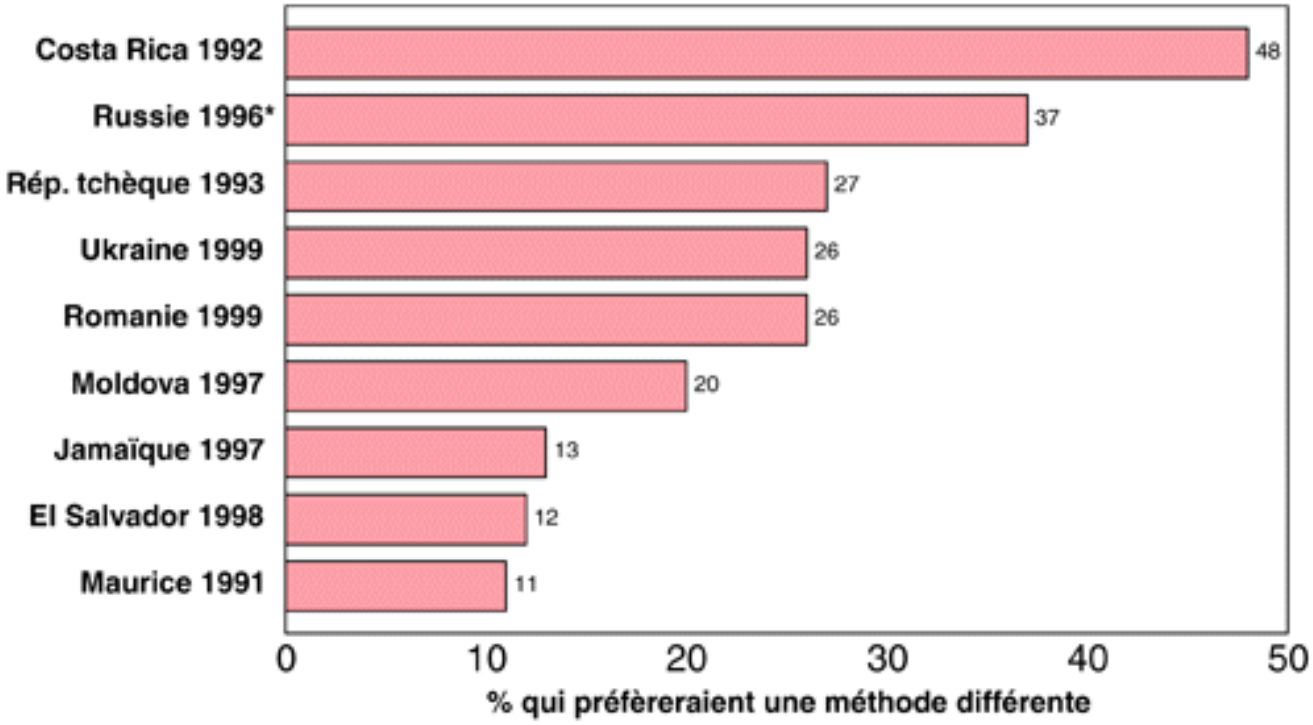
** Au cours des quelques derniers mois qui précèdent l'entretien (de un à douze mois)*
Source : Enquêtes démographiques et de santé

Population Reports

Connecter au chapitre 4.2

Figure 3. Préférence pour une autre méthode

Pourcentage de femmes utilisant actuellement une méthode de contraception qui préfèreraient une méthode différente, 1991–1999



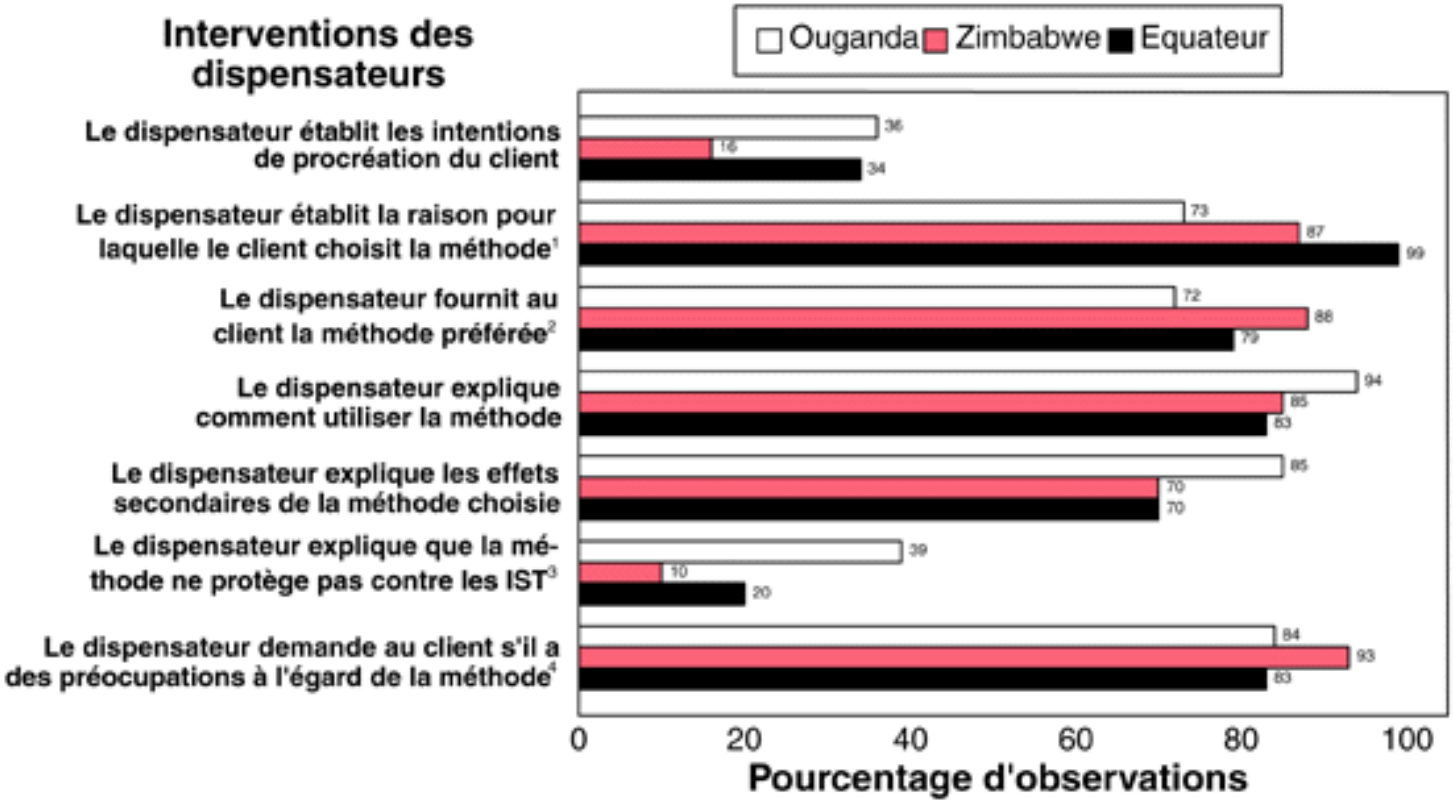
** Moyenne de trois régions (Ivanovo, Perm, Yekaterinbourg)*
Source : US Centers for Disease Control & Prevention, Enquêtes sur la santé reproductive

Population Reports

Connecter au chapitre 5

Figure 4. Assurer des choix éclairés dans le dispensaire

Interventions de dispensateurs auprès de nouveaux clients de la planification familiale, sur la base d'observation de séances de consultation



[1]Parmi ceux qui ont reçu leur méthode préférée
[2]Parmi ceux qui préfèrent une méthode
Source : Sullivan et Bertrand 2000 (407)

[3]Non compris les utilisateurs du préservatif
[4]Parmi les nouveaux clients et les clients persistants

Population Reports

Conneter au encadre
Connecter au chapitre 7.3

Précédente | Suivante
Haut | Précédente

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Tableau

Tableau 1

Les femmes savent quelle méthode elles veulent

Pourcentage de femmes ne pratiquant pas actuellement la contraception qui ont l'intention de le faire dans les 12 prochains mois et savent quelle méthode elles veulent, 1990–1999

Les EDS posent en particulier les questions suivantes : « Avez-vous l'intention d'employer une méthode dans les 12 prochains mois ? » et « Quand vous employez une méthode préféreriezvous utiliser ? »

Fuente: Enquêtes démographiques et de santé

Région, pays et année	% de femmes ayant l'intention de pratiquer la planification familiale qui savent quelle méthode elles veulent
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	
Bénin 1996	86
Burkina Faso 1999	95
Cameroun 1998	84
Comores 1996	96
Côte d'Ivoire 1994	93
Ghana 1998	87
Guinée 1999	99
Kenya 1998	88
Madagascar 1997	85
Malawi 1992	96
Mali 1996	86
Mozambique 1997	89
Namibie 1992	95
Niger 1998	91
Nigéria 1990	84
Ouganda 1995	82
Rép. centrafricaine 1994	88
Rwanda 1992	98
Sénégal 1997	80
Tanzanie 1996	91
Tchad 1997	90
Togo 1998	84
Zambie 1996	89
Zimbabwe 1994	99
ASIE & PACIFIQUE	
Bangladesh 1997	87
Inde 1999	93
Indonésie 1997	91
Népal 1996	89

Pakistan 1991	***82***
Philippines 1998	***96***
Vietnam 1997	***98***
ASIE CENTRALE	
Kazakhstan 1995	***86***
Ouzbekistan 1996	***98***
Rép. Kyrgyze 1997	***98***
AMERIQUE LATINE & CARAIBES	
Bolivie 1997	***83***
Brésil 1996	***92***
Colombie 1995	***88***
Guatemala 1999	***91***
Haïti 1994	***96***
Nicaragua 1997	***95***
Paraquay 1990	***83***
Pérou 1996	***82***
Rép. dominicaine 1996	***92***
PROCHE ORIENT & AFRIQUE DU NORD	
Egypte 1995	***89***
Erythrée 1995	***97***
Jordanie 1997	***94***
Maroc 1992	***100***
Soudan 1990	***94***
Turquie 1998	***85***
Yémen 1997	***87***

Connecter au chapitre 2

Précédente | **Suivante**
Haut | **Précédente**

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Encadres

Encourager un choix éclairé — Que peut-on faire ?
Choisir une double protection
Aider les femmes en situations spéciales
Evaluation du choix éclairé
Combien d'informations ? Combien de conseils ?

Encourager un choix éclairé — Que peut-on faire ?

On entend par « choix éclairé » une décision qu'on peut prendre soi-même. Néanmoins, les responsables de programme de planification familiale et les prestataires de services, tout comme les décideurs, les donateurs et les médias, ont un rôle important à jouer en matière de planification familiale s'ils encouragent un choix éclairé.

Les décideurs peuvent :

- Veiller à ce que les règlements ne limitent pas les options de contraception.
- Eliminer entièrement de leur politique nationale les cibles, incitations et éléments de dissuasion qui concernent la planification familiale.
- Eliminer les restrictions qui frappent la publicité des méthodes de contraception dans les médias et dans les lieux où sont offerts les services de planification familiale.
- Elaborer et mettre régulièrement à jour des directives nationales qui réduisent les obs-tacles entravant la pratique de la planification familiale.
- Assurer l'accès de tous les enfants à un enseignement de qualité, leur permettant ainsi d'apprendre à lire, à écrire et à exercer un esprit critique pour prendre des décisions

Les responsables de programme peuvent :

- Définir des politiques administratives déclarant de façon explicite que tous les clients doivent recevoir la méthode de planification familiale qu'ils souhaitent, à condition qu'ils com- prennent cette méthode et qu'il n'y ait pas de contre-indications interdisant son emploi.
- Assurer à tous les clients l'accès à une série de méthodes de planification familiale.
- Evaluer régulièrement les modalités de prestation des services afin de s'assurer que les client sont satisfaits et peuvent faire des choix éclairés.
- Mettre sur pied des systèmes d'aiguillage en établissant avec d'autres organismes des liens permettant de répondre à l'ensemble des besoins de planification familiale des clients.
- S'assurer que des informations indiquant le mode d'emploi correct et l'accessibilité d'autres méthodes soient fournies en même temps que les contraceptifs diffusés en dehors des établissements de santé au titre

informées portant non seulement sur la planification familiale, mais sur tous les aspects de l'existence.

Les donateurs de planification familiale peuvent :

- Appuyer l'inclusion des principes d'un choix éclairé dans les programmes des bénéficiaires.
- Aider à assurer un approvisionnement fiable en produits de contraception.
- Aider à élaborer des indicateurs pour mesurer la réalisation d'un choix éclairé.

Les médias peuvent :

- Informer le public de son droit à des choix éclairés en matière de planification familiale.
- Représenter des prestataires qui respectent les choix de la population en matière de planification familiale.
- Présenter des informations détaillées, exactes et équilibrées concernant une série de méthodes de planification familiale, leurs sources, leurs coûts, leur efficacité, leur sécurité, leur réversibilité et la bonne façon de les employer.
- Apporter une assistance technique et faire cadeau de temps d'antenne et d'espace rédactionnel aux campagnes réalisées dans les médias à propos des choix de planification familiale.

d'une distribution à base communautaire (DBC), du marketing social ou par d'autres dispensateurs de produits de planification familiale.

Les prestataires de services peuvent :

- Fournir aux clients la méthode de planification familiale de leur choix, à moins qu'elle ne convienne pas pour des raisons médicales.
- Fournir des informations claires et impartiales au sujet des avantages et des inconvénients de diverses méthodes de contraception et expliquer l'emploi correct de la méthode choisie.
- Moduler leurs conseils et leurs indications en fonction des besoins exprès et de la situation personnelle du client.
- Examiner les questions et les problèmes qu'évoque le client.
- S'abstenir de juger le client et d'avoir des idées préconçues concernant ce qui constitue la meilleure méthode pour la client.
- Respecter la décision du client même s'il choisit une méthode moins efficace que celle qu'ils conseilleraient.
- Respecter la décision du client de changer de méthode, même si le client en change souvent.
- Respecter la décision du client, même s'il refuse un service ou l'ensemble des services.

Aidez-vous aussi vous-même. Quand on envisage soi-même de pratiquer la planification familiale, on peut beaucoup faire pour s'assurer qu'on fait des choix éclairés. On peut rechercher activement dans les médias des informations concernant la santé et la planification familiale et s'adresser aussi à des sources communautaires. On peut en parler avec les partenaires sexuels, des membres de la famille et des amis ou amies.

Si on vient voir un prestataire de planification familiale, on peut préparer des questions, les poser et escompter des réponses. Au fur et à mesure que les décisions de planification familiale prennent un caractère plus personnel, on sera mieux à même de faire des choix éclairés.

Connecter au chapitre 1

Choisir une double protection

L'épidémie mondiale de VIH/SIDA a rendu plus important que jamais d'envisager, partout dans le monde, une double protection — contre les grossesses non souhaitées et contre les infections sexuellement transmises (IST). Les prestataires de planification familiale ont pour responsabilité d'aider la population à comprendre ce que sont les IST, à évaluer ses propres risques et à faire des choix salutaires (414).

Une double protection fait intervenir le choix d'une méthode de planification familiale en même temps qu'une décision à propos du comportement sexuel. Pour prendre ces décisions, il faut savoir si on court personnellement un risque de IST et aussi comment se protéger contre ces dernières.

Evaluation des risques

Le prestataire peut aider les clients à évaluer leurs propres risques de IST en les incitant à se poser les questions suivantes avant de choisir une méthode de planification familiale :

1. Avez-vous des rapports sexuels avec plus d'une personne ?
2. Est-ce que votre partenaire sexuel a des rapports avec d'autres personnes ou utilise des aiguilles usagées ?

Les personnes qui répondent par l'affirmative à l'une ou l'autre question courent un risque d'IST.

Certains clients veulent parler de risques et de comportement sexuel. D'autres, non. Les prestataires doivent être prêts à parler franchement et honnêtement de sexualité et de comportement dangereux. Ils doivent aussi être prêts à aider le client à évaluer discrètement ses

propres risques et à prendre des décisions sans expliquer quoi que ce soit. Avant qu'un client prenne une décision définitive au sujet d'une méthode de planification familiale, les prestataires doivent donc faire ressortir que, si on court un risque d'attraper une IST, il faut se servir de préservatifs, soit isolément soit en liaison avec une autre méthode de contraception.

Choix d'une protection

Quand les clientes envisagent une méthode quelconque de planification familiale, les prestataires doivent leur dire si cette méthode va les protéger contre les IST (298). Or, beaucoup d'entre eux ne le font pas. Par exemple, en Ouganda, des prestataires ont expliqué à 39 % de leurs clientes que leur méthode les protège contre les IST ; au Zimbabwe, seulement 10 % l'ont fait (407) (voir **Figure 4**). En fait, si on présente les préservatifs comme le choix de planification familiale qui empêche aussi les IST, on peut les rendre plus attrayants aux yeux de beaucoup de clientes, notamment celles qui pensent courir plus de risques de tomber enceintes que d'attraper une IST (66, 277). En fait, certaines campagnes de promotion du préservatif font désormais une publicité qui prone la « protection » sans préciser s'il s'agit de protection contre la grossesse ou contre les IST (155, 441).

Il existe cinq façons de pratiquer une double protection, sans toutefois exiger dans tous les cas l'emploi du préservatif. C'est ainsi que même si on ne veut pas utiliser le préservatif, on peut trouver un moyen de se protéger contre les IST. On peut :

1. Employer uniquement un préservatif masculin ou féminin ;
2. Employer un préservatif masculin ou féminin en même temps qu'une autre méthode de planification familiale ;
3. Employer une méthode autre que le préservatif dans un régime de monogamie mutuelle ;
4. N'avoir que des relations sexuelles sans pénétration ; ou
5. Pratiquer la continence (203, 277, 298).

Les prestataires de planification familiale et les campagnes de communication peuvent faire connaitre ces options.

Changement de comportement

Des enquêtes effectuées en Afrique et en Amérique latine montrent que la population a changé de comportement sexuel afin d'éviter le VIH/SIDA. Parmi les hommes et les femmes qui n'ont jamais été mariés (qu'ils soient ou non sexuellement actifs), le changement de comportement le plus fréquemment signalé pour éviter le SIDA consistait à cesser tous rapports sexuels ou, s'ils n'avaient pas encore eu d'expérience sexuelle, à retarder leur initiation. Le deuxième changement le plus fréquent consistait à se mettre à employer des préservatifs. Parmi les gens mariés vivant dans tous les pays étudiés, le changement de comportement sexuel le plus souvent signalé consistait à limiter les rapports au seul conjoint (155).

Certains prestataires de planification familiale craignent que, s'ils conseillent une formule de double protection à un client qui court un risque d' IST, ils l'empêchent de faire un choix informé d'une méthode de planification familiale. Or, en fait, si on choisit une méthode de planification familiale sans tenir compte du risque d'IST et sans prévoir de protection, on ne peut pas dire qu'il s'agit d'un choix véritablement informé. Les prestataires doivent donc prévoir une discussion du comportement sexuel chaque fois qu'ils parlent de décision en matière de planification familiale.

En possession de renseignements exacts, les personnes à risque d'IST, VIH/SIDA compris, décident en général de se protéger. Par exemple, parmi les femmes qui venaient en consultation dans un dispensaire mexicain de planification familiale, celles qui possédaient des informations sur le dispositif intra-utérin (DIU) et les IST et couraient un risque d'IST pouvaient mieux éliminer l'emploi du DIU que ne pouvaient le faire les prestataires dans le cadre de dépistages routiniers. Après que les prestataires leur aient donné des informations sur les risques, les femmes qui couraient un risque d'IST choisissaient deux fois plus souvent le préservatif (83, 266).

Connecter au chapitre 2.3 | **Connecter au chapitre 7.3**

Aider les femmes en situations spéciales

Après un accouchement et un avortement, les femmes méritent qu'on leur donne des soins supplémentaires pour s'assurer qu'elles peuvent faire et exécuter des choix éclairés de planification familiale.

Planification familiale après l'accouchement

Lorsqu'une femme se trouve dans un milieu médical durant sa grossesse, les prestataires de soins de santé ont plus de possibilités de lui faire connaitre l'ensemble des options de planification familiale. En raison du manque de temps et des douleurs physiques, beaucoup de femmes ont des difficultés à prendre de grandes décisions durant le travail ou aussitôt après l'accouchement (49, 50). Il faut donc donner des conseils à propos de la contraception après l'accouchement, avant ce dernier, notamment quand les femmes envisagent des méthodes permanentes ou tributaires du prestataire (235). En particulier, si une femme envisage la stérilisation, elle doit prendre sa décision avant d'accoucher ; en effet, une femme risque plus de regretter une décision prise au moment de l'accouchement (129, 468).

Les prestataires ne doivent jamais demander aux femmes de choisir un contraceptif durant le travail ou sous calmants. Le stress, la douleur et des calmants peuvent compromettre leurs aptitudes à prendre des décisions. Par ailleurs, le consentement du mari ne doit pas remplacer celui de la femme alors qu'elle se trouve sous calmants. Les femmes risquent davantage de regretter une décision quand celle-ci est prise par leur mari par rapport aux cas où elle est prise par la seule femme ou par le couple (414).

Contrairement au principe du choix éclairé, certains prestataires font de la contraception après l'accouchement le synonyme exclusif de la pose d'un DIU ou de la stérilisation (349). C'est pourquoi ils n'offrent pas d'autres méthodes. Certains prestataires se croient obligés, après un accouchement, de convaincre les femmes qui ont de nombreux enfants de se faire stériliser ou poser un DIU (212). Pour leur part, les femmes qui ont déjà donné leur accord pour une stérilisation peuvent avoir l'impression que, comme elles ont accouché, il leur faut désormais se faire stériliser. C'est pourquoi, après l'accouchement, il est bon de reparler de sa décision avec la cliente, pour voir si elle a changé d'avis (184).

Susheela Engelbrecht, JHPIEGO

Un agent de santé ghanéen donne des soins prénataux à une cliente enceinte. En offrant des conseils de contraception aux femmes avant qu'elles ne commencent le travail, on aide à encourager des décisions informées concernant la planification familiale après l'avortement.

Planification familiale après un avortement

Beaucoup de femmes ont des avortements provoqués parce qu'elles n'ont pas été en mesure de faire des choix éclairés au sujet de la planification familiale. Si une femme n'a pas la possibilité de faire un choix éclairé *après* un avortement provoqué, le système des soins de santé l'a négligée par deux fois (269).

Les femmes qui reçoivent des soins après un avortement doivent être informées qu'elles peuvent retomber presque immédiatement enceintes. Elles doivent décider si elles veulent pratiquer la contraception. Elles doivent pouvoir choisir parmi toute une série de méthodes. A condition que la femme n'ait pas d'autres problèmes médicaux qui interdisent l'emploi de telle ou telle méthode, toutes les méthodes de contraception peuvent être employées sans danger après le traitement des complications (182) (voir *La planification familiale après un traitement suivant l'avortement*, supplément au *Population Reports*, Série L, No. 10, sept. 1997). Une protection est nécessaire immédiatement parce que la fécondité se rétablit peu après l'avortement. Souvent, on a besoin de systèmes de recours pour faciliter l'obtention de la contraception qu'elles désirent pour les femmes qui viennent de se faire avorter (305, 469).

Les prestataires dont les clientes viennent de subir un avortement peuvent le mieux aider les femmes s'ils s'abstiennent de manifester ou de prendre des mesures qui limitent les choix de contraception (365). De même, les soins ne doivent dépendre ni de l'acceptation par la femme de la contraception en général ni de son emploi de telle ou telle méthode de contraception (469).

Après un avortement, les clientes peuvent dire qu'elles n'auront plus de rapports sexuels et refuser les contraceptifs (305). Néanmoins, les prestataires peuvent leur donner des informations sur une série de méthodes, en indiquant comment se les procurer. Ils peuvent aussi remettre à ces femmes des préservatifs, des pilules ou des contraceptifs d'urgence, que la femme peut emporter chez elle pour s'en servir si elle en a besoin (269).

Connecter au chapitre 6.4

Evaluation du choix éclairé

Questions d'évaluation qui aident à mesurer si les clients de la planification familiale sont en mesure de faire des choix éclairés :

Pour évaluer

tout programme de planification familiale

1. Est-ce que la politique de l'Etat mentionne spécifiquement le droit à un choix libre et éclairé en vue de planifier sa famille ?
2. Est-ce que la politique de l'Etat évite de fixer des cibles numériques et d'offir des incitations et des désincitations qui entravent un choix éclairé ?
3. Est-ce que le service de planification fami- liale précise que le choix éclairé constitue un objectif fondamental ?
4. Est-ce que le service de planification familiale a éliminé tous les obstacles médicaux inutiles et toutes les restrictions arbitraires concernant les personnes qui peuvent être aidées ?
5. Est-ce que les modalités du programme vi-sant à assurer un choix éclairé sont les mêmes pour les hommes et pour les femmes ?
6. Est-ce que la formation fait place au choix éclairé ?
7. Combien de méthodes de contraception sont approvées aux fins de distribution ?
8. Combien de méthodes sont disponibles au lieu de service ?
9. Pour combien de méthodes les clients sont aiguillés vers d'autres programmes ?
10. Est-ce que les clients reçoivent la méthode de leur choix ?
11. Est-ce que les clients sont satisfaits de la méthode qu'ils reçoivent ?

Adapté d'après CEDPA 1996 (72) et Hardon 1997 (179)

Pour évaluer

a communication client-prestataire

1. Est-ce que le client participe activement à la discussion et au choix de la méthode ?
2. Est-ce que le prestataire encourage le client à poser des questions ?
3. Est-ce que le client pose des questions et reçoit des réponses courtoises et complètes ?
4. Est-ce que le client (homme ou femme) reçoit la méthode de son choix ?
5. Est-ce que le client peut expliquer pourquoi il ou elle choisit la méthode ?
6. Est-ce que le prestataire pose des questions au sujet des intentions de procréation du client ?
7. Est-ce que le prestataire répond aux questions du client ?
8. Est-ce que le prestataire demande au client quelle méthode il ou elle préfère ?
9. Est-ce que le prestataire donne des informations exactes au sujet de la méthode choisie ?
10. Est-ce que le prestataire dit au client si la méthode choisie protège contre les IST, VIH/SIDA compris ?
11. Est-ce que le prestataire module les informations essentielles en fonction des besoins particuliers du client ?
12. Est-ce que le prestataire donne des instructions indiquant quand il faut revenir ?
13. Est-ce que toutes les méthodes fournies par le programme sont disponibles au moment de la visite du client ?

Adapté d'après l'évaluation de MEASURE 1999 (286)

Outre les questions ci-dessus, on peut répondre aux questions suivantes :

Pour évaluer

la distribution à base communautaire (DBC)

1. De combien de méthodes non cliniques les agents de DBC disposent-ils ?
2. Est-ce que les agents de DBC envoient les clients vers d'autres centres pour des méthodes dont ne dispose pas le programme de DBC ?
3. Est-ce que les agents de DBC imposent aux méthodes des restrictions en sus de celles que stipule le programme ?

Adapté d'après The EVALUATION Project 1993 (122)

Pour évaluer

les détaillants, autres que les pharmaciens

1. Combien de méthode de contraception sont disponibles ?
2. Est-ce que le détaillant aiguille les clients vers d'autres confrères pour les méthodes qui ne sont disponibles qu'ailleurs ?
3. Est-ce que le client reçoit des informations suffisantes sur la façon d'employer le produit ?
4. Est-ce que le détaillant pense que les informations dont il dispose au sujet du produit sont suffisantes ?

Adapté d'après The EVALUATION Project 1993 (122)

Pour évaluer

les programmes de communication

1. Est-ce qu'on sait qu'on a le droit de faire soi-même des choix éclairés ?
2. Est-ce qu'on connait les méthodes de planification familiale ?
3. Combien de méthodes connait-on ?
4. Quelles méthodes connait-on ?
5. Est-ce qu'on comprend bien ces méthodes, y compris leur mode d'emploi ?
6. Est-ce qu'on sait où se procurer ces méthodes ?
7. Est-ce qu'on sait où se procurer des informations sur la planification familiale ?
8. Est-ce que les clients ont l'intention de consulter un prestataire de planification familiale pour obtenir des informations ou conseils supplémentaires ?
9. Est-ce que les clients parlent de la planification familiale à des membres de leur famille ou de leur communauté ?

Adapté d'après Bertrand and Kincaid 1996 (40)

Connecter au chapitre 4.1 | Connecter au chapitre 6 | Connecter au chapitre 6.3

Combien d'informations ?
Combien de conseils ?

De combien d'informations et de combien de conseils les clients de planification familiale ont-ils besoin ? Ce sont là deux importantes questions pratiques qui confrontent ceux qu'intéresse la communication client-prestataire en vue d'un choix éclairé. Des recherches portant sur les décisions médicales constatent des différences considérables à propos du volume d'informations et du nombre de conseils que la population souhaite recevoir (116, 118). Certains clients veulent assumer entièrement la responsabilité de leurs décisions de planification familiale. D'autres veulent recevoir une aide importante d'un prestataire (285). Pour les prestataires de planification familiale, le problème consiste à identifier ces besoins individuels et à y répondre, tout en satisfaisant à leur obligation morale d'aider tous les clients à faire des choix éclairés.

Afin d'aider les clients à faire des choix éclairés au sujet de l'emploi de la contraception, les programmes de planification familiale avaient pensé que les prestataires devraient donner à leurs clients une masse d'informations qui mettent toutes les méthodes sur un plan d'égalité. Or, cette méthode inondait les clients d'informations techniques et ne les aidait guère à appliquer les informations à leur propre existence (403).

En règle générale, il faut peu de temps pour assimiler deux ou trois éléments d'information. Une trop grande masse d'information est stressante (244). Quand les clients sont des auditeurs passifs, en particulier, ils oublient ou faussent ce que leur disent les prestataires (100). Si un client connait la crainte, le stress ou l'angoisse, il prend plus de temps pour assimiler des informations. Si les clients sont désemparés par la masse d'informations, il arrive souvent qu'ils ne pratiquent pas bien la planification familiale et risquent plus de cesser la contraception que ceux qui reçoivent des conseils clairs et concis (193).

Décisions partagées et choix éclairé

Des études ont constaté que les malades ne veulent pas prendre eux-mêmes les décisions concernant leur santé — notamment quand elles peuvent entraîner de graves conséquences (57, 118). Ils préfèrent au contraire laisser ces décisions à d'autres personnes, telles que des médecins et des membres de leur famille (37, 156, 336, 420). Cependant, la plupart des études des décisions médicales préconisent comme modèle une décision partagée, de préférence à la décision prise par le seul prestataire (73). Lorsque la décision est partagée, le prestataire fait participer le sujet au processus de décision, car il sait que les décisions de traitement doivent faire intervenir des informations personnelles le concernant (74, 99, 171).

Le modèle de choix éclairé va plus loin que celui de la décision partagée : ce sont les clients

qui prennent aux-mêmes les décisions de planification familiale. Le prestataire continue cependant à jouer un rôle important. Il aide le client à réfléchir pendant la prise de décision, met en relief les questions fondamentales, et évalue les options (31, 74, 100). En outre, le prestataire s'assure que les décisions des clients sont bien informées. Sur ces points importants, les décisions de planification familiale sont différentes de celles qui portent sur des questions plus complexes de santé reproductive, telles que le traitement des IST et du SIDA, les complications de la grossesse, et les soins après l'avortement, ou sur des décisions médicales qui concernent, par exemple, la grosse chirurgie et le traitement du cancer, qui suscitent souvent des angoisses et créent un sentiment d'abandon si on rend le malade entièrement responsable de ses décisions (37, 156, 336, 420).

Des études montrent que, lorsque les clients de la planification familiale disposent de bonnes informations, ils sont aussi compétents que les prestataires pour évaluer correctement leurs propres risques de santé et éviter les mauvais choix de contraception (113, 475). Par exemple, dans les zones rurales du Mexique, les utilisatrices de la pilule et les autres femmes peuvent diagnostiquer aussi bien que les prestataires une forte tension artérielle ou une maladie du cœur (474).

JHU/CCP

Dans cette communauté du Bangladesh, un agent de santé communautaire s'entretient avec un couple pour lui parler de ses choix de planification familiale. Les avis diffèrent souvent quant à la quantité d'informations recherchées.

Ce que peuvent faire les prestataires

Comme les clients accusent d'importantes différences sur le plan du volume d'informations et de conseils qu'ils souhaitent recevoir pour prendre des décisions de planification familiale, le prestataire doit s'enquérir, par des moyens efficaces et dans le respect de la déontologie, des connaissances que possède déjà le client et des conseils qu'il souhaite recevoir. De nos jours, les programmes préconisent de plus en plus que les prestataires modulent et individualisent leurs informations afin d'aider leurs clients à réfléchir aux choix qui leur sont offerts (98, 100, 118, 149, 272).

Les prestataires peuvent demander aux clients ce qu'ils veulent savoir, puis leur fournir des informations qui sont pertinentes et dont le client peut tenir compte (299). Le fait de parler une langue ordinaire que comprennent les clients et d'éviter les termes techniques aide les clients à assimiler les informations et à s'en souvenir. Les prestataires peuvent répéter les informations les plus importantes et donner aux clients le temps d'en absorber le sens (100). Les prestataires peuvent aussi laisser aux clients le temps de décider à leur propre rythme,

même si cela signifie repousser une décision à une date ultérieure afin de consulter un conjoint ou un membre de la famille.

Si les clients disent vouloir que le prestataire décide pour eux, les prestataires doivent respecter ce désir. Ils peuvent décrire la notion de choix éclairé, expliquer comment le client tirera profit d'une participation à la prise de décision (358) et essayer d'amener le client à apporter cette participation (99, 146, 171, 358). Le respect de l'autonomie du client est un principe du choix éclairé et un élément de nombreux codes déontologiques du domaine de la santé (198, 470).

Connecter au chapitre 1.3 | **Connecter au chapitre 7.3**

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

JHU/CCP

Table des matières

- Résumé de la rédaction
- Credits

Chapitres

1. Pourquoi un choix éclairé est important
2. Décisions de planification familiale
3. Politiques pour un choix éclairé
4. Communication et choix
5. Amélioration de l'accès
6. Gestion pour un choix éclairé
7. Communications client-prestataire

- Figures
- Tableaux
- Encadrés
- Bibliographie

Faits saillants

Bibliographie

Un astérisque (*) denote une publication qui a été particulièrement utile pour préparer le présent numéro de *Population Reports*.

1. ABATE, A. Population will reach 129 million in 2030. The Daily Monitor (Addis Ababa), Nov. 28, 2000. p. 1.
2. ABDEL-TAWAB, N. The Clinical Services Improvement Project (PCSI) counseling training program: Impact on providers and clients in Egypt. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Communication Services, Jun. 1993. 39 p.
3. ABDEL-TAWAB, N., NAWAR, L., YOUSSEF, H., and HUNTINGTON, D. Integrating issues of sexuality into Egyptian family planning counseling. Frontiers report. Cairo, Egypt, Population Council, Frontiers in Reproductive Health, Mar. 26, 2000. 47 p. (Available: http://www.popcouncil.org/pdfs/ frontiers/egypt_sex. pdf, Accessed Mar. 8, 2001)
4. ABDEL-TAWAB, N. and ROTER, D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: Lessons from the Egyptian experience. Social Science and Medicine. (Forthcoming)
5. ABECASSIS, A.F. History of contraception in France. SOINS, Gynecologie, Obstetrique, Puericulture, Pediatrie (141): 5-11. Feb. 1993.
6. ADAIR, L.S., VISWANATHAN, M., POLHAMUS, B., GULTIANO, S., and AVILA, J. Cebu longitudinal health and nutrition survey follow-up study. Final report to the Women's Study Project. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, University of San Carlos, 1997. (Available: http:// www.fhi.org/en/wsp/wsfinal/fctshts/wsfct22.html, Accessed Apr. 4, 2001)
7. ADEWUYI, A., AJAEGBU, H., AYOOLA, G., BABALOLA, S., ESIMAII, G., KISSEKA, M., OMIDEYI, K., THOMAS, K., ASKEW, I., and MENSCH, B. Nigeria: The family planning situation analysis study. Final report. New York, Population Council, Africa Operations Research and Technical Assistance Project, Nov. 1992. 30 p.
8. AGHAJANIAN, A. and MERHYAR, A.H. Comment: Fertility, contraceptive use and family planning program activities in the Islamic Republic of Iran. International Family Planning Perspectives 25(2): 12. Jun. 1999.
9. AKA-DAGO-AKRIBI, H., DU LOU , A.D., MSELLATI, P., DOSSOU, R., and WELFFRENS-EKRA, C. Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire. Reproductive Health Matters 7(13): 20-29. May 1999.
10. ALI, M. and CLELAND, J. Contraceptive discontinuation in six developing countries: A cause-specific analysis. International Family Planning Perspectives 21 (3): 92-97. Sep. 1995.
11. ALI, N., WELLS, E., and SUTTON, D. Reviewing print material for oral contraceptives: Direction for the future. Washington, D.C., Program for Appropriate Technology in Health, Jul. 9, 1998. 70 p.
12. AMIN, R., BECKER, S., and BAYES, A. NGO-promoted microcredit programs and women's empowerment in rural Bangladesh: Quantitative and qualitative evidence. Journal of Developing Areas 32(2): 221-236. Winter 1998.
*13. ANDERSON, J.M. Empowering patients: Issues and strategies. Social

- Que peut-on faire ?
- Pourquoi les communautés sont importantes
- Les femmes savent ce qu'elles veulent
- Elimination des cibles
- Plus de méthodes, plus de choix
- « Votre santé est entre vos mains »
- Les clientes ont-elles des choix ?
- Je vous en prie, demandez !
- Combien de conseils ?
- Clientes actives, meilleurs choix
- Conseils aux clients persistants

- POPLINE
- La Médiatheque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Uni versity School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXVIII, numéro 2, Eté 2000
Série J, numéro 50
Programmes de planification familiale

Science and Medicine 43(5): 697-705. Sep. 1996.
14. ANDERSON, L.A., MCEVOY DEVELLIS, B., and DEVELLIS, R.F. Effects of modeling on patient communication, satisfaction, and knowledge. Medical Care 25(11): 1044-1056. Nov. 1987.
15. APROPO and SOCIAL MARKETING FOR CHANGE (SOMARC). APROPO establishes an innovative agreement with commercial partners to contribute $50,000 up front to their CSM project. SOMARC II Highlights: 1-2. Dec. 1992.
16. ARTICLE 19. Standards and recommendations. In: Coliver, S. The Right to Know: Human Rights and Access to Reproduc-tive Health Information. London, Article 19, 1995. p. 327-355.
17. ASHOKE, S., KANE, T.T., and HAMAL, H. Contraceptive social marketing in Nepal: Consumer and retailer knowledge, needs and experience. Journal of Biosocial Sciences 22: 305-322. 1990.
18. ASIA WEEK. Philippines. Church vs. State: Fidel Ramos and family planning face "Catholic Power". Asia Week Aug. 24, 1994. p. 21-22.
19. ASKEW, I., MENSCH, B., and ADEWUYI, A. Indicators for measuring the quality of family planning services in Nigeria. Studies in Family Planning 25(5): 268-283. Sep./Oct. 1994.
20. ASOCIACION HONDURENA DE PLANIFICACION FAMILIAR (ASHONPLAFA) and FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Purchasers of oral contraceptives in a social marketing program in Honduras: Final report. Tegucigalpa, Honduras, ASHONPLAFA, Oct. 1987. 77 p.
21. ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (AVSC). Informed consent and voluntary sterilization. An implementation guide for program managers. New York, AVSC, 1988. 31 p.
*22. AVSC INTERNATIONAL. Informed choice. New York, AVSC International, Folder. 1998.
23. AVSC INTERNATIONAL. Informed choice in family planning: Legacies and challenges. New York, AVSC International, 1998. 2 p.
24. AVSC INTERNATIONAL. Leadership in informed choice. New York, AVSC International, 1998. 4 p.
25. AVSC INTERNATIONAL. Informed choice assessment: Discussion guidelines. New York, AVSC International, 2000. 7 p.
26. BAAH-BOAKYE, E.A. Husband-wife communication in family planning decisions in urban Ghana. May 1988. 109 p. (Unpublished)
27. BANDURA, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1986.
28. BANGLADESH FAMILY PLANNING SOCIAL MARKETING PROJECT. Evaluation of illustrated support material of Maya pill. 1982. 22 p. (Unpublished)
29. BANKOLE, A. and SINGH, S. Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: Hearing the man's voice. International Family Planning Perspectives 24(1): 15-24. Mar. 1998.
30. BARKAT-E-KHUDA, MIRZA, T., and AHMED, S. Lessons learned on doorstep delivery of injectable contraceptives. Proceedings of the Workshop by the International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B) and the Maternal and Child Health-Family Planning (MCH-FP) Extension Project, Dhaka, Bangladesh, Sep. 28, 1994. ICDDR,B, MCH-FP, 78 p.
31. BARNETT, B. Clients prefer method choices. Network 19(1): 14-18. Research Park Triangle, North Carolina, Family Health International. Fall 1998.
32. BARNETT, B. First-time users have diverse needs. Network 19(4): 4-7.

Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Summer 1999.
33. BARNETT, B. and STEIN, J. Women's voices, women's lives: The impact of family planning. North Carolina, The Women's Studies Project, Jun. 1998.
34. BECKER, J. and LEITMAN, E. Introducing sexuality within family planning: The experience of the HIV/STD prevention projects from Latin America and the Caribbean. New York, Population Council, 1998. (Quality/Calidad/Qualite No. 8) 28 p.
35. Bedimo, A.L., Bessinger, R., and KISSINGER, P. Reproductive choices among HIV-positive women. Social Science and Medicine 46(2): 171-179. Jan. 1998.
36. BEGUM, H. Health care, ethics and nursing in Bangla-desh: A personal perspective. Nursing Ethics 5(6): 535-541. Nov. 1998.
37. BEISECKER, A.E. and BEISECKER, T.D. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. Medical Care 28(1): 19-28. Jan. 1990.
38. BERTAKIS, K.D., ROTER, D., and PUTNAM, S.M. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. The Journal of Family Practice 32(2): 135-136. Feb. 1991.
39. BERTRAND, J.T., HARDEE, K., MAGNANI, R.J., and ANGLE, M.A. Access, quality of care, and medical barriers in family planning programs. International Family Planning Perspectives 21(2): 64-74. Jun. 1995.
40. BERTRAND, J.T. and KINCAID, L.D. Evaluating Information-Education-Communication (IEC) programs for family planning and reproductive health. Final report of the IEC Working Group. Chapel Hill, North Carolina, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Tulane University Center for International Health and Development, The Futures Group, Oct. 1996. 161 p.
41. BERTRAND, J.T., RICE, J., SULLIVAN, T.M., and SHELTON, J. Skewed method mix: A measure of quality in family planning programs. Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, May 2000. 41 p. (Available: http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/workingpapers/wp0023ab.html)
42. BEST, K. CARE project enlists community support. Network 17(2): 11-13. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Spring 1999.
43. BEST, K. City life isolates many clients. Network 17(2): 13. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Spring 1999.
44. BEST, K. Social contacts influence method use. Network 19(4): 12-15. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Summer 1999.
45. BHUSHAN, I. Understanding unmet need. Baltimore, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Nov. 1997. (Available: http://www.jhuccp.org/pubs/working_papers/wp4/contents.html)
46. BIDDLECOM, A.E. and FAPOHUNDA, B.M. Covert contraceptive use: Prevalence, motivations, and consequences. [Policy Research Division Working Papers No. 108]. New York, Population Council, 1998. 37 p.
47. BITRAN, R.A. and MCINNES, D.K. The demand for health care in Latin America. Lessons from the Dominican Republic and El Salvador. Proceedings of the EDI, Washington, D.C., 1993. World Bank, 54 p.
48. BLACKBURN, R. New contraceptive choices. [Outline]. *Population Reports*, Series M, No. 16. Baltimore, Johns Hopkins University Bloomberg School of

Public Health, Population Information Program, Nov. 2000. 3 p.
49. BLANEY, C.L. Long-acting methods require special care. Network 15(1): 18-21. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Aug. 1994.
50. BLANEY, C.L. Important needs follow pregnancy. Network 17(4). Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Summer 1997. (Available: http://www.fhi.org/)
51. BLUMENTHAL, P.D. and MCINTOSH, N. Pocket guide for family planning providers 1996-1998. 2nd ed. Oliveras, E., ed. Baltimore, Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health, 1996. 399 p.
52. BONGAARTS, J. and WATKINS, S.C. Social interactions and contemporary fertility transitions. [Research Division Working Papers No. 88]. New York, Population Council, 1996. 69 p.
53. BOSVELD, W. Explaining between-country variation in fertility: The theoretical link between individual behaviour and social context. Amsterdam, Postdoctorale Onderzoekersopleiding Demografie, Aug. 1998. (Nethur-Demography Paper No. 41) 17 p.
54. BOULAY, M. Change in social networks and the adoption of family planning: A study in rural Nepal. Presented at the 20th International Sunbelt Social Network Conference, Vancouver, B.C., Apr. 13-15, 2000.
55. BOULAY, M. The influence of information-seeking strategies on social network composition and contraceptive adoption among women in rural Nepal. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Los Angeles, Mar. 23-25, 2000. Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs. 40 p.
56. BOULAY, M., STOREY, D.J., and SOOD, S. Indirect exposure to a family planning mass media campaign in Nepal. [Draft]. Baltimore, Johns Hopkins University, Center for Communication Programs, Nov. 4, 1999.
57. BRADDOCK, C.H., EDWARDS, K.A., HASENBERG, N.M., LAIDLEY, T. L., and LEVINSON, W. Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. Journal of the American Medical Association 282(24): 2313-2320. Dec. 1999.
58. BRADLEY, J., BRUCE, J., DIAZ, S., HUEZO, C., and MWORIA, K. Using COPE to improve quality of care: The experience of the family planning association of Kenya. New York, Population Council, 1999. (Quality/Calidad/ Qualite No. 9) 19 p. (Available: http://www.popcouncil.org/publications/qcq/ qcq09.pdf, Accessed Mar. 21, 2001)
*59. BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in Family Planning 21(2): 61-91. Mar./Apr. 1990.
60. BRUCE, J. and JAIN, A. Improving the quality of care through operations research. In: Seidman, M. and Horn, M.C. Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better. New York, Wiley-Liss, 1991. p. 259-282.
61. BUTTA, P. Informed consent and voluntary sterilization: An implementation guide for program managers. New York, AVSC International, 1995. 26 p.
62. CACHAN, J. and MARSHALL, M. Implementing reproductive health awareness: Progress to date. Advances in Contraception 13(2-3): 363-371. Jun./ Sep. 1997.
63. CARIGNAN, C.S., IPPOLITO, L., and NERSESIAN, P.V. SEATS II: Clinical protocols for family planning programs: A resource book. Volume I. AVSC International and John Snow, Oct. 1995.
64. CARLOS, A.C. Trends and directions. In: Carlos, A.C. Male Involvement in

Family Planning: Programme Initiatives. London, International Planned Parenthood Federation, 1984. p. 1-8.
65. CASTRO MARTIN, T. The impact of women's education on fertility in Latin America: Searching for explanations. International Family Planning Perspectives 21(2): 52-57, 80. Jun. 1995. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2105295.html, Accessed Apr. 5, 2001)
66. CATES, W., JR., STEINER, M.J., and RAYMOND, E.G. Dual vs. duel(ing) protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections: What is the best contraceptive approach? [Draft]. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Jan. 8, 2001. 20 p.
67. CATINO, J. Meeting the Cairo challenge: Progress in sexual and reproductive health. Implementing the ICPD Programme of Action. New York, Family Care International, Oct. 1999. 190 p.
68. CEGALA, D.J. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. Presented at the Health Communication Division of the National Communication Association Meeting, Chicago, Illinois, Nov. 1999. Ohio State University. 31 p.
69. CENTER FOR HUMAN SERVICES, JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, and JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Improving interpersonal communication between health care providers and patients. Core course. Reference manual 1999. Bethesda, Maryland, Center for Human Services, 1999. 40 p.
70. CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRLP). Women of the world: Laws and policies affecting their reproductive lives. Anglophone Africa. New York, CRLP, May 1997. 52 p.
71. CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRLP). Nothing personal: A human rights report on the provision of surgical sterilization in Peru, 1996-1998. New York, CRLP, Mar. 2000. 20 p.
72. CENTRE FOR DEVELOPMENT AND POPULATION ACTIVITIES (CEDPA). Institution-building for quality services. New York, United Nations. Population Division. Department for Economic and Social Information and Policy Analysis., 1996. p. 388-394.
73. CHARLES, C., WHELAN, T., and GAFNI, A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? British Medical Journal 319: 780-782. Sep. 18, 1999. (Available: http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7212/780, Accessed Jun. 18, 2001).
74. CHARLES, C., GAFNI, A., and WHELAN, T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). Social Science and Medicine 44(5): 681-692. Mar. 1997.
75. CHERKAOUI, M. Fertile changes. ORGYN: 27-32. 1995.
76. CHI, I.C. and JONES, D.B. Incidence, risk factors, and prevention of poststerilization regret in women: An updated international review from an epidemiological perspective. Obstetrical and Gynecological Survey 49(10): 722-732. Oct. 1994.
77. CHINA POPULATION TODAY. Quality services for Shanghai couples. Urban family planning programme. China Population Today, Vol. 14, No. 1, Feb. 1997. p. 9.
78. CHU, J. Quality reorientation of the family planning program in China: Some conceptual issues. Boston, Massa-chusetts, Harvard Center for Population and Development Studies, Dec. 1999. 41 p. (Available: http://www.hsph.harvard.edu/grhf/HUpapers/chu.html, Accessed Mar. 15, 2001)

79. CLARK, S. and SPIELER, J. Natural family planning: U.S. Agency for International Development policy considerations. In: Jennings, J.T., Spieler, J.M., Von Hertzen, H., and Queenan, V.H., eds. Proceedings of the Conference on Natural Family Planning: Current Knowledge and New Strategies for the 1990s, Washington, D.C., Dec. 10-14, 1990. p. 88-90.
80. CLARKE, L.L., SCHMITT, K., BONO, C.A., STEELE, J., and MILLER, M. K. Norplant selection and satisfaction among low-income women. American Journal of Public Health 88(8): 1175-1181. Aug. 1998.
81. CLELAND, J. and MAULDIN, W.P. The promotion of family planning by financial payments: The case of Bangladesh. Studies in Family Planning 22(1): 1-18. Jan./Feb. 1991.
82. CLELAND, J. and WILSON, C. Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view. Population Studies 41(1): 5-30. Mar. 1987.
83. COGGINS, C., LANGER, A., WINIKOFF, B., LAZCANO, E.C., HEIMBURGER, A., and SLOAN, N. Effectiveness of integration of self-screening of STDs into family planning programs. Presented at the American Public Health Association 126th Annual Meeting, Washington, D.C., Nov. 15-18, 1998.
84. COHEN, W.J. Freedom of choice (family planning). Studies in Family Planning 1(23): 2-5. Dec. 1964.
85. COLEY, K.C. Contraception: What pharmacists should tell their patients. American Pharmacy 33(9): 55-66. Sep. 1993.
86. COLIVER, S. Algeria. In: Coliver, S. The Right to Know: Human Rights and Access to Reproductive Health Information. London, Article 19, 1992. p. 99-120.
*87. COLIVER, S., ed. The right to know: Human rights and access to reproductive health information. London, Article 19, 1995. 391 p.
88. CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION and PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH (PATH). Medical and service delivery quidelines. http://www.path.org/cec/html/medguide.htm PATH, 2001.
89. COTTEN, N., STANBACK, J., MAIDOUKA, H., TAYLOR-THOMAS, J.T., and TURK, T. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and The Gambia. International Family Planning Perspectives 18(4): 145-149. Dec. 1992.
*90. COTTINGHAM, J. Beyond acceptability: Users' perspectives on contraception. London, World Health Organization, 1997. p. 1-5.
91. CURTIS, S. and NEITZEL, K. Contraceptive knowledge, use, and sources. Calverton, Maryland, Macro International, Mar. 1996. (DHS Comparative Studies No. 19) 100 p.
92. CURTIS, S.L. and BLANC, A.K. Determinants of contraceptive failure, switching, and discontinuation: An analysis of DHS contraceptive histories. Calverton, Maryland, Macro International, Oct. 1997. (Demographic and Health Surveys Analytical Reports No. 6) 50 p.
93. DABIRI, O.M. The way forward: Nigeria's population. Oct./Dec. 1993. p. 30-31, 34.
94. DADIAN, M.J. Protection vs. protectionism? AIDS Captions 4(1): 9. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Jun. 1997.
95. DANIELS, D. and EDWARDS-LOPEZ, J. Overview of the EC's health, AIDS and population portfolio in developing countries (1990-1999). London, European Commission Council, Oct. 2000. 1 p. (Available: http://europa.eu.int/comm/development/sector/social/pfolio3011_en.htm)
96. DAVANZO, J. and GRAMMICH, C. Barren ground: Eastern Europe's

transition from communism isn't the only factor affecting the region's demographics. http://www.rand.org/popmatters/TOL.html RAND, Population Matters, Jan. 3, 2001.
97. DAVID, H.P. and BABAN, A. Women's health and reproductive rights: Romanian experience. Patient Education and Counseling 28(3): 235-245. Jul. 1996.
98. DAVIS, A. and WYSOCKI, S. Clinician/patient interaction: Communicating the benefits and risks of oral contraceptives. Contraception 59(1 Suppl.): S39-42. Jan. 1999.
99. DEBER, R.B., KRAETSCHMER, N., and IRVINE, J. What role do patients wish to play in treatment decision making? Archives of Internal Medicine 156 (13): 1414-1420. Jul. 8, 1996.
*100. DELBANCO, T.L. and DALEY, J. Through the patient's eyes: Strategies toward more successful contraception. Obstetrics and Gynecology 88(3 Suppl.): S41-47. Sep. 1996.
101. DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (DFID). China. London, DFID, 2000. 1 p. (Available: http://www.dfid.org.uk/public/what/advisory/group4/faq7.html>
102. DIAZ, J. and DIAZ, M. Quality of care in family planning in Latin America. Advances in Contraception 9(2): 117-128. Jun. 1993.
*103. DIAZ, M., JASIS, M.I., PACHAURI, S., PINE, R.N., PLATA, M.I., RUMINJO, J., STEELE, C., TABBUTT-HENRY, J., and WIDYANTORO, N.S. Informed choice in international family planning service delivery. Strategies for the 21st century. New York, AVSC International, 1999. 22 p.
104. DIMATTEO, M.R. The physician-patient relationship: Effects on the quality of health care. Clinical Obstetrics and Gynecology 37(1): 149-161. Mar. 1994.
105. DIMATTEO, M.R., REITER, R.C., and GAMBONE, J.C. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. Health Communication 6(4): 253-265. Oct./Dec. 1994.
106. DIXON-MEULLER, R. Gender inequalities and reproductive health: Changing priorities in an era of social transformation and globalisation. Belgium, International Union for the Scientific Study of Population, 1999. (Policy and Research Paper No. 16) (Available: http://www.iussp.org/Publications_on_site/PRP/prp16.htm>
*107. DIXON-MUELLER, R. Population policy and women's rights: Transforming reproductive choice. Westport, Connecticut, Praeger, 1993. 300 p.
108. DKT INTERNATIONAL (DKT). 1998 contraceptive social marketing statistics. Washington, D.C., DKT, Sep. 1999. 8 p.
109. DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association 260(12): 1743-1748. Sep. 23-30, 1988.
110. DONOVAN, J.L. Patient decision making: The missing ingredient in compliance research. International Journal of Technology Assessment in Health Care 11(3): 443-455. Summer 1995.
111. DRENNAN, M. Reproductive health: New perspectives on men's participation. *Population Reports*, Series J, No. 46. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1998. 35 p.
112. DUBE, H.M.B., MARANGWANDA, C.S., and NDHLOVU, L. An assessment of the Zimbabwe family planning programme. Results from the 1996 situation analysis study. Harare, Zimbabwe, Zimbabwe National Family Planning Council, Population Council, May 1998. 53 p.
113. DUCLAYAN, G. and HAREL, K. When choosing a contraceptive, women

know best. Momentum: News from the Population Council [Newsletter], Sep. 1999. p. 8-9.
114. EDMUNDS, M., STRACHAN, D., and VRIESENDORP, S. Client-responsive family planning: A handbook for providers. Watertown, Massachusetts, Pathfinder Fund, 1987. 93 p.
115. EDOZIEN, L. Counselling for female sterilisation. British Journal of Family Planning 23(1): 14-15. Apr. 1997.
116. EDWARDS, A. and ELWYN, G. The potential benefits of decision aids in clinical medicine. Journal of the American Medical Association 282(8): 779-780. Aug. 25, 1999.
117. EGYPT. CENTRAL AGENCY FOR PUBLIC MOBILIZATION AND STATISTICS (CAPMAS), WOMEN AND CHILD RESEARCH UNIT, and UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) EGYPT. The situation of women in Egypt. Cairo, CAPMAS, UNICEF, 1991. 61 p.
118. ENDE, J., KAZIS, L., ASH, A., and MOSKOWITZ, M.A. Measuring patients' desire for autonomy: Decision making and information-seeking preferences among medical patients. The Journal of General Internal Medicine 4 (1): 23-30. Jan./Feb. 1989.
119. ENE, E.N. Family planning, fertility control and the law in Nigeria: The choices for a new century. African Journal of Reproductive Health 2(2): 82-95. Oct. 1998.
120. ENGENDERHEALTH. Building coalitions. http://www.engenderhealth.org/ia/foc/focbc.html EngenderHealth, Apr. 9, 2001.
121. ENTWISLE, B., RINDFUSS, R.R., GUILKEY, D.K., CHAMRATRITHIRONG, A., CURRAN, S.R., and SAWANGDEE, Y. Community and contraceptive choice in rural Thailand: A case study of Nang Rong. Demography 33(1): 1-11. Feb. 1996.
122. EVALUATION PROJECT, SERVICE DELIVERY WORKING GROUP, and QUALITY SUBCOMMITTEE. Indicators of quality of care in family planning programs. Mar. 31, 1993. 7 p. (Unpublished)
123. EVANS, I. and HUEZO, C., eds. Family planning handbook for health professionals: The sexual and reproductive health approach. London, International Planned Parenthood Federation, 1997. 387 p.
124. EXPERT PANEL ON EMERGENCY CONTRACEPTION. Consensus statement on emergency contraception. Bellagio conference on emergency contraception. Bellagio, Italy, South to South Cooperation in Reproductive Health, May 15, 1995. 8 p.
125. FADEN, R.R., BEAUCHAMP, T.L., and KING, N.M. A history and theory of informed consent. New York, Oxford University Press, 1986. 389 p.
126. FAMCARE. Retailer's contraceptive training manual for Liberia. Monrovia, Liberia, Famcare, 1988. 74 p.
127. FAMILY PLANNING LOGISTICS MANAGEMENT and JOHN SNOW INC (JSI). Programs that deliver: Logistics' contributions to better health in developing countries. [report]. Arlington, Virginia, JSI, 2000. 117 p.
128. FAMILY PLANNING SERVICE EXPANSION AND TECHNICAL SUPPORT (SEATS) PROJECT. Vital connections: Linking women's literacy programs and reproductive health services. Arlington, Virginia, John Snow, Inc, World Education, Inc, Jul. 1999. 50 p.
129. FATHALLA, M.F. Family planning linked to an obstetric service. Tropical Doctor 18(1): 25-29. Jan. 1988.
130. FATHALLA, M.F. A woman-centered agenda for the twenty-first century.

Advances in Contraception 12(4): 331-334. Dec. 1996.
131. FEDERATION OF FAMILY PLANNING ASSOCIATIONS OF MALAYSIA. Family planning and sexual and reproductive health programs. http://www.ffpam.org.my/programs.htm Mar. 12, 2001.
132. FEELEY, F. Conducting regulatory assessments for commercial sector family planning. A summary. Arlington, Virginia, Deloitte Touche Tohmatsu International, Promoting Financial Investments and Transfers to Involve the Commercial Sector in Family Planning, 1997. 4 p.
133. FERREROS, C., CLEMENTE, W., and LEMOS FERNANDES, M.E. The impact of social marketing on the condom market in Brazil. Proceedings of the Third USAID HIV/AIDS Prevention Conference, Washington, D.C., Aug. 7-9, 1995. p. 9.
134. FIGUEROA, B. Adding color to life: Illustrated health materials for women in Peru. New York, Population Council, 1992. (Quality/Calidad/Qualite No. 4) p. 13-18.
135. FINGER, W.R. Commercial sector can improve access. Network 18(2): 12-15. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Winter 1998.
136. FINGER, W.R. and KHALAF, S.G. Contraceptive methods for young adults. [Chart]. Network 17(3): 16-17. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Spring 1997.
137. FOGARTY, J.S. Reactance theory and patient noncompliance. Social Science and Medicine 45(8): 1277-1288. Oct. 1997.
138. FONTAINE, A., POTTER, L., and VENEY, J.E. Use-effectiveness of oral contraceptives and quality of care. Apr. 25, 1993. 28 p. (Unpublished)
*139. FOSTER, P. and HUDSON, S. From compliance to concordance: A challenge for contraceptive prescribers. Health Care Analysis 6(2): 123-130. Jun. 1998.
140. FRANK, M.L., POINDEXTER, A.N., JOHNSON, M.L., and BATEMAN, L. Characteristics and attitudes of early contraceptive implant acceptors in Texas. Family Planning Perspectives 24(5): 208-213. Sep./Oct. 1992.
141. FRASER, I.S., TIITINEN, A., AFFANDI, B., BRACHE, V., CROXATTO, H.B., DIAZ, S., GINSBURG, J., GU, S., HOLMA, P., and JOHANSSON, E. Norplant consensus statement and background review. Contraception 57(1): 1-9. Jan. 1998.
142. FREEDMAN, L.P. and ISAACS, S.L. Human rights and reproductive choice. Studies in Family Planning 24(1): 18-30. Jan./Feb. 1993.
143. FREEDMAN, R. Do family planning programs affect fertility preferences? A literature review. Studies In Family Planning 28(1): 1-13. Mar. 1997.
144. FREEMAN, M.A. Measuring equality: A comparative perspective on women's legal capacity and constitutional rights in five commonwealth countries. Berkeley Women's Law Journal 5: 110-138. 1989-1990.
145. FRIEDMAN, I. Poverty, human rights, and health. In: Crisp, N. and Ntuli, A., eds. South African Health Review. 5th ed. Durban, South Africa, Health Systems Trust, 1999. 12 p. (Available: http://www.hst.org.za/sahr/99/chap1.htm, Accessed Apr. 9, 2001.
146. FROSCH, D.L. and KAPLAN, R.M. Shared decision making in clinical medicine: Past research and future directions. American Journal of Preventive Medicine 17(4): 285-294. Nov. 1999.
147. FUTURES GROUP INTERNATIONAL. Pharmacist's contraceptive training manual. Ghana Social Marketing Programme. 1992. 85 p. (Unpublished)

148. FUTURES GROUP INTERNATIONAL and SOCIAL MARKETING FOR CHANGE (SOMARC). Ghana Social Marketing Program tracking survey 1988: Report and analysis. Washington, D.C., SOMARC, Nov. 1989. 130 p.
149. GAFNI, A., CHARLES, C., and WHELAN, T. The physician-patient encounter: The physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. Social Science and Medicine 47(3): 347-354. 1998.
150. GALLEN, M., LETTENMAIER, C., and GREEN, C.P. Counseling makes a difference. *Population Reports*, Series J, No. 35, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1987. p. 31.
151. GALWAY, K. and STOVER, J. Determining an appropriate contraceptive method mix. OPTIONS II tool: Policy and programmatic use of DHS data analysis chapter. [Draft]. May 4, 1994. 79 p. (Unpublished)
152. GANDOTRA, M.M. and DAS, N.P. Contraceptive choice, shift, and use continuation: A prospective study in Gujarat. Journal of Family Welfare 36(3): 54-69. Sep. 1990.
153. GANDOTRA, M.M. and DAS, N.P. Factors influencing choice of a contraceptive and the reasons for its discontinuation. In: Khan, M.E. and Cernada, G. Spacing as an Alternative Strategy. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing Corporation, 1996. p. 95-114.
154. GARATE, M.R., MOSTAJO, P., ROSEN, J.E., and ROJO, M. CBD promoter incentives for IUD insertion referral: Can they lead to client coercion and abuse? Findings from Peru. Proceedings of the 119th Annual Meeting of the American Public Health Association, Atlanta, Georgia, Nov. 11-14, 1991. 17 p. (Unpublished)
155. GARDNER, R., BLACKBURN, R.D., and UPADHYAY, U.D. Closing the condom gap. *Population Reports*, Series H, No. 9. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, April 1999. 36 p.
156. GAWANDE, A. Whose body is it, anyway? What doctors should do when patients make bad decisions. Annals of Medicine, The New Yorker, Oct. 4, 1999. p. 84-91.
157. GAY, J. A literature review of the client-provider interface in maternal and child health and family planning clinics in Latin America. Washington, D.C., Pan American Health Organization, Nov. 1980. 78 p.
158. GAZIANO, C. The knowledge gap: An analytical review of media effects. Communication Research 10(4): 447-486. Oct. 1983.
159. GEARY, J. From comparison to choices. The voice of the voiceless. ORGYN (4): 10-13. 1994.
160. GEORGETOWN UNIVERSITY. Deciding whether to use natural family planning: The couple decision-making process. Georgetown University, Mar. 30, 2000. p. 1-17.
161. GERMAN MINISTRY OF COOPERATION AND DEVELOPMENT (BMZ). BMZ aktuell. Sector Policy. Bonn, Germany, BMZ, Jun. 1991. 24 p.
162. GERTNER, N. Interference with reproductive choice. In: Cohen, S. and Taub, N. Reproductive Laws for the 1990s. Contemporary Issues in Biomedicine, Ethics, and Society. Clifton, New Jersey, Humana Press, 1989. p. 307-328.
163. GODLEY, J. Kinship networks and contraceptive choice in Nang Rong, Thailand. International Family Planning Perspectives 27(1): 4-10, 41. Mar. 2001. (Available: http://www.agi-usa.org/journals/toc/ifpp2701toc.html, Accessed Mar. 22, 2001)
164. GOODKIND, D. and PHAN, T.A. Reasons for rising condom use in

Vietnam. International Family Planning Perspectives 23(4): 173-178. Dec. 1997.
165. GRADY, W.R., HAYWARD, M.D., BILLY, J.O., and FLOREY, F.A. Contraceptive switching among currently married women in the United States. Journal of Biosocial Science (11 Suppl.): S117-132. 1989.
166. GRAY, A., CHOWDHURY, J.H., CALDWELL, B., and AL-SABIR, A. “Traditional” family planning in Bangladesh. Summary report. Dhaka, Bangladesh, Population Council, 1997. 41 p.
167. GREADY, M., KLUGMAN, B., XABA, M., BOIKANYO, E., and REES, H. South African women’s experiences of contraception and contraceptive services. In: Ravindran, S.T.K., Berer, M., and Cottingham, J., eds. Beyond Acceptability: Users’ Perspectives on Contraception. London, World Health Organization. Reproductive Health Matters, 1997. p. 23-35. (Available: http://www.who.int/reproductive-health/publications/beyond_acceptability_users_perspectives_on_contraception/beyond_acceptability_abstract.en.html, Accessed Apr. 6, 2001)
168. GREENFIELD, S., KAPLAN, S.H., WARE, J.E., JR., MARTIN YANO, E., and FRANK, H.J.L. Patients’ participation in medical care: Effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. Journal of General Internal Medicine 3(5): 448-457. Sep./Oct. 1988.
169. GREENSPAN, A. Adding choice to the contraceptive mix: Lessons from Indonesia. Asia-Pacific Population and Policy (19): 1-4. Dec. 1991.
170. GREENWELL, K.F. Contraceptive method mix menu: Providing healthy choices for women. World Health Statistics Quarterly 49(2): 88-93. 1996.
171. GUADAGNOLI, E. and WARD, P. Patient participation in decision-making. Social Science and Medicine 47(3): 329-339. Aug. 1998.
172. GUZMAN GARCIA, S., SNOW, R., and AITKEN, I. Preferences for contraceptive attributes: Voices of women in Ciudad Juarez, Mexico. International Family Planning Perspectives 23(2): 52-58. Jun. 1997.
173. HALL, J.A., ROTER, D.L., and KATZ, N.R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Medical Care 26(7): 657-675. Jul. 1988.
174. HAQUE, I., KANE, T.T., ROY, N.C., MOZUMDER, K.A., and KHUDA, B. E. Contraceptive switching patterns in rural Bangladesh. In: Kane, T.T. and Phillips, J.F. Reproductive Health in Rural Bangladesh: Policy and Programmatic Impli-cations. Vol. 1. Dhaka, Bangladesh, International Centre for Diarrhoeal Disease Research Bangladesh, Jul. 1997. p. 217-246.
175. HARDEE, K., AGARWAL, K., LUKE, N., WILSON, E., PENDZICH, M., FARRELL, M., and CROSS, H. Post-Cairo reproductive health policies and programs: A comparative study of eight countries. Futures Group International, POLICY Project, 1998. 69 p.
176. HARDEE, K., CLYDE, M., MCDONALD, O.P., BAILEY, W., and VILLINSKI, M.T. Assessing family planning service-delivery practices: The case of private physicians in Jamaica. Studies in Family Planning 26(6): 338-349. Nov./Dec. 1995.
177. HARDEE, K., JANOWITZ, B., STANBACK, J., and VILLINSKI, M.T. What have we learned from studying changes in service guidelines and practices? International Family Planning Perspectives 24(2): 84-90. Jun. 1998.
178. HARDON, A. Reproductive rights in practice: A comparative assessment of quality of care. In: Hardon, A. and Hayes, E. Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on Quality of Care. London, Zed Books, 1997. p. 193-222.
179. HARDON, A. Reviewing quality of care policies. In: Hardon, A., Mutua, A., Kabir, S., and Engelkes, E., eds. Monitoring Family Planning and Reproductive Rights. London, Zed Books, 1997. p. 23-30

180. HARDY, E., BAHAMONDES, L., OSIS, M.J., COSTA, R.G., and FAÚNDES, A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. Contraception 54(3): 159-162. Sep. 1996.
181. HARDY, E., GOODSON, P., DE SOUZA, T.R., and RODRIGUEZ, C.M. Factors associated with the acceptance of Norplant or IUD among women with similar socio-demographic characteristics. Advances in Contraception 7(1): 95-105. Mar. 1991.
182. HATCHER, R.A., RINEHART, W., BLACKBURN, R., GELLER, J.S., and SHELTON, J.D. The essentials of contraceptive technology. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1997. 340 p.
183. HATCHER, R.A., TRUSSELL, J., STEWART, F., CATES, W., STEWART, G.K., GUEST, F., and KOWAL, D. Contraceptive technology. 17th ed. New York, Irvington Publishers, Inc., 1998.
184. HAWS, J.M., BUTTA, P.G., and GIRVIN, S. A comprehensive and efficient process for counseling patients desiring sterilization. Nurse Practitioner 22(6): 52, 55-56, 59-61. Jun. 1997.
185. HEICHELHEIM, J., HOLSCHER, M., MEEKERS, D., and PIRVULESCU, M. Pharmacist survey of contraceptive availability, knowledge and practices, Romania. Bucharest, Romania, Population Services International, 1998. 43 p.
186. HEISE, L., ELLSBERG, M., and GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. *Population Reports*, Series L, No. 11, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sept. 1999. 44 p.
*187. HEISE, L.L. Beyond acceptability: Reorienting research on contraceptive choice. In: Ravindran, S.T.K., Berer, M., and Cottingham, J., eds. Beyond Acceptability: Users Perspectives on Contraception. Geneva, World Health Organization, Reproductive Health Matters, 1997. p. 6-14.
188. HODGINS, S.R. Contraceptive discontinuation in Togo and women's experience with method use and services. Dissertation, Department of Health Behavior and Health Education, University of North Carolina at Chapel Hill School of Public Health, Chapel Hill, North Carolina, 2000. 233 p.
189. HOLDEN, C. "Right-to-life" scores new victory at AID. Science 229(4718): 1065-1067. Sep. 13, 1985.
190. HOLLERBACH, P.E. Factors that determine the appropriateness of new technologies to consumer needs. New York, Population Council, Center for Policy Studies, 1982. (Working Papers No. 94) 65 p.
191. HUBACHER, D., GOCO, N., GONZALEZ, B., and TAYLOR, D. Factors affecting continuation rates of DMPA. Contraception 60(6): 345-351. Dec. 1999.
192. HUEZO, C. and BRITTON, A. [IPPF's official policy on informed choice of contraception] Personal communication, Jan. 29, 2001.
*193. HUEZO, C. and MALHOTRA, U. Choice and use-continuation of methods of contraception: A multicentre study. London, International Planned Parenthood Federation, 1993. 176 p.
194. HULL, T.H. The challenge of contraceptive implant removals in East Nusa Tenggara, Indonesia. International Family Planning Perspectives 24(4): 176-179. Dec. 1998. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2417698.html)
195. HUNTINGTON, D., LETTENMAIER, C., and OBENG-QUAIDOO, I. User's perspective of counseling training in Ghana: The "mystery client" trial. Studies in Family Planning 21(3): 171-177. May/Jun. 1990.
196. INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH (IRH). GEORGETOWN UNIVERSITY MEDICAL CENTER. Research up-date: Testing approaches to

improve reproductive health knowledge, attitudes and skills. Washington, D.C., IRH, Aug. 25, 1999.
197. INTERNATIONAL CENTRE FOR DIARRHOEAL DISEASE RESEARCH BANGLADESH (ICDDR) and MATERNAL AND CHILD HEALTH FAMILY PLANNING (MCH-FP) EXTENSION PROJECT. The Matlab Project: Lessons for policy. Dhaka, Bangladesh, ICDDR, MCH-FP Extension Project, Dec. 1987. (MCH-FP Extension Project Briefing Paper No. 1) 5 p.
198. INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO) and FIGO COMMITTEE FOR THE STUDY OF ETHICAL ASPECT OF HUMAN REPRODUCTION. Ethical framework for gynecologic and obstetric care. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology. London, FIGO, 1997. 9 p.
199. INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES (IIPS) and MACRO INTERNATIONAL INC. National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-1999: India. Mumbai, India, IIPS, 2000. 443 p.
200. INTERNATIONAL MEDICAL STATISTICS (IMS) HEALTH. Pharmaceutical Index 1997-2000. Hormonal contraceptive Egypt market study. Cham, Switzerland, IMS Health, 2000.
201. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). Effect of counselling on use-continuation of contraception. Highlights from an IPPF study. IPPF Medical Bulletin 27(6): 3-4. Dec. 1993.
202. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). IPPF Charter on sexual and reproductive rights. London, IPPF, 1996. 63 p.
203. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF) and INTERNATIONAL MEDICAL ADVISORY PANEL. Statement on dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, including HIV. London, IPPF, May 2000. 3 p.
204. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF) and WORKING GROUP ON THE PROMOTION OF FAMILY PLANNING AS A BASIC HUMAN RIGHT. The human right to family planning. November 1983. London, IPPF, 1984. 52 p.
205. IRELAND. Health, Family Planning Amendment Act, 1992. Oireachtas (20): 1-9. Dublin, Ireland, Jul. 1992.
206. IRWANTO, PRASADJA, H., SUNARNO, N., POERWANDARI, E.K., HARDEE, K., EGGLESTON, E., and HULL, T. In the shadow of men: Reproductive decision-making and women's psychological well-being in Indonesia. Research Triangle Park, North Carolina, Women's Studies Project, Family Health International, Dec. 1997. 69 p. (Available: http://www.fhi.org/en/wsp/wsfinal/pfds/indo4.pdf, Accessed Mar. 28, 2001)
207. ISAACS, S.L. Incentives, population policy, and reproductive rights: Ethical issues. Studies in Family Planning 26(6): 363-367. Nov./Dec. 1995.
208. ISLAM, N.M. and RAHMAN, M.M. Client satisfaction with sterlization procedure in Bangladesh. Asia-Pacific Population Journal 8(1): 39-52. Mar. 1993.
209. JACOBSON, J.L. Transforming family planning programmes: Towards a framework for advancing the reproductive rights agenda. Reproductive Health Matters 8(15): 21-32. May 2000.
210. JAFFE, F.S. Commentary: Some policy and program implications of "Contraceptive Failure in the United States". Family Planning Perspectives 5(3): 143-144. Summer 1973.
211. JAIN, A. Walking the walk: Reproductive health and family planning programs. Proceedings of the Cooperating Agencies Meeting on Reproductive

Health Approach to Family Planning, Washington, D.C., Feb. 25, 1994. Population Council, p. 78-89.
*212. JAIN, A. Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority? International Family Planning Perspectives 25 (Suppl.): S39-43, S49. Jan. 1999.
213. JAIN, A. Reproductive health approach to family planning: Implications for evaluating its impact. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Los Angeles, Mar. 23-25, 2000. Population Council, p. 23.
214. JAIN, A. and BRUCE, J. A reproductive health approach to the objectives and assessment of family planning programs. In: Sen, G., Germain, A., and Chen, L.C. Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights. Boston, Harvard University Press, Mar. 1994. p. 194-209.
215. JAIN, A.K. Fertility reduction and the quality of family planning services. Studies in Family Planning 20(1): 1-16. Jan./Feb. 1989.
216. JANOWITZ, B., CHEGE, J., THOMPSON, A., RUTENBERG, N., and HOMAN, R. Community-based distribution in Tanzania: Costs and impacts of alternative strategies to improve worker performance. International Family Planning Perspectives 26(4): 158-160, 193-195. Dec. 2000. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2615800.html, Accessed Apr. 2, 2001
217. JANOWITZ, B., HOLTMAN, M., HUBACHER, D., and JAMIL, K. Can the Bangladeshi family planning program meet rising needs without raising costs? International Family Planning Perspectives 23(3): 116-121, 145. Sep. 1997. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2311697.html, Accessed Apr. 2, 2001)
218. JEJEEBHOY, S. Women’s education, autonomy, and reproductive behaviour: Experience from developing countries. Oxford, Clarendon Press, 1996. 328 p.
219. JEJEEBHOY, S.J. The importance of social science research in protecting adolescents’ sexual and reproductive choice. Medicine and Law 18(2-3): 255-275. 1999.
220. JENNINGS, V., MURPHY, E., STEELE, C., EISEMAN, E., HUBER, S.C., LION-COLEMAN, A., RUDY, S., and WILSON, A. Creating the organizational context for positive client-provider interaction: A leadership challenge. Washington, D.C., United States Agency for International Development, 1999. (MAQ Papers No. 1) 18 p.
221. JIMENEZ, E. Pricing policy in the social sectors: Cost recovery for education and health in developing countries. Baltimore, The Johns Hopkins University Press. 1987.
222. JOHNS HOPKINS PROGRAM FOR INTERNATIONAL TRAINING IN REPRODUCTIVE HEALTH (JHPIEGO). Performance improvement process. http://www.reproline.jhu.edu/english/3improve/3process/3pi.htm JHPIEGO, Jan. 20, 1999.
223. JOHNS HOPKINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS (JHU/CCP). Distance education works: Improving quality of care by stimulating client demand and provider skills. [Project Summary]. Balti-more, JHU/CCP, Jan. 1998. (Communication Impact No. 1) 2 p.
224. JONES, B.S. Emergency contraceptive pills: What does the law say about prescribing, dispensing, repackaging, and advertising? Journal of the American Medical Women’s Association 53(5 Suppl. 2): S233-237. 1998.

225. KABIR, S. (Population Concern) [Payments in Bangladesh] Personal communication, March 12, 2001.
226. KABIR, S.M. and CHAKLADER, H. Contraceptives at your doorstep: Two urban and two rural areas of Bangladesh. In: Hardon, A. and Hayes, E. Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on Quality of Care. London, Zed Books, 1997. p. 112-132.
227. KAK, N., THOMAS, M., and UNDERWOOD, C. Research findings of the Private Sector Initiatives Subproject POP/FP III Project. [Draft]. Baltimore, Johns Hopkins University, Population Communication Services, Sep. 15, 1998. 84 p.
228. KALMUSS, D., DAVIDSON, A., CUSHMAN, L., HEARTWELL, S., and RULIN, M. Potential barriers to the removal of Norplant among family planning clinic patients. American Journal of Public Health 88(12): 1846-1849. Dec. 1998.
229. KANE, T.T., GAMINIRATNE, K.H., and E.H., S. Contraceptive method switching in Sri Lanka: Patterns and implications. International Family Planning Perspectives 14(2): 68-75. Jun. 1988.
230. KAPLAN, S.H. and WARE , J.E., JR. The patient's role in health care and quality assessment. In: Goldfield, N. and Nash, D.B., eds. Providing Quality Care. Future Challenges. 2nd ed. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1995. p. 25-52.
231. KATZ, J. Reflections on informed consent: 40 years after its birth. Journal of American College of Surgeons 186(4): 466-474. Apr. 1998.
232. KAZI, S. and SATHAR, Z.A. Productive and reproductive choices: Report of a pilot survey of urban working women in Karachi. Pakistan Development Review 25(4): 593-608. Winter 1986.
233. KELLER, A., VILLARREAL, F.S., DE RODRÍGUEZ, A.R., and CORREU, S. The impact of organization of family planning clinics on waiting time. Studies in Family Planning 6(5): 134-140. 1975.
234. KELLER, S. Updating service delivery guidelines and practices: A workshop on recent recommendations and experiences, Guatemala City, March 6, 1995. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Aug. 1995.
235. KENNEDY, K.I. Post-partum contraception. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology 10(1): 25-41. Apr. 1996.
236. KENNEY, G.M. Assessing legal and regulatory reform in family planning. Washington, D.C., Futures Group International, Jan. 1993. (OPTIONS Policy Paper No. 1) 28 p.
237. KENYA GUIDELINES UPDATE EVALUATION STUDY GROUP. The effectiveness of national dissemination of updated reproductive health/family planning guidelines in Kenya. [Draft final report]. Nairobi, Kenya Guidelines Update Evaluation Study Group, Feb. 7, 2001. 20 p.
238. KHALIFA, M.A. Determinants of the choice of source for family planning services in Egypt. Presented at the Cairo Demographic Center (CDC) 23rd Annual Seminar on Population and Development Issues in the Middle East, Africa, and Asia, Cairo, Dec. 12-14, 1993. p. 26 (Unpublished)
239. KHALIL, K. and MYNTTI, C. Target-setting in family planning programs: Issues and controversies. Presented at the Population Council Symposium on Family, Gender, and Population Policy, Cairo, Feb. 7-9, 1994. p. 18 (Unpublished)
240. KHAN, A.R., BOON-ANN, T., and MEHTA, S. Quality of care and target-free approach for family planning programmes. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, Population Programme, Oct. 4, 1999. 17 p.
241. KHAN, J.R., THAPA, S., and GAMINIRATNE, K.H. Sociodemographic

determinants of contraceptive method choice in Sri Lanka: 1975-1982. In: Tsui, A. O. and Herbertson, M.A. Dynamics of Contraceptive Use. Cambridge, England, Parkes Foundation, 1989. p. 41-60.
242. KIM, Y.M. Differences in counseling men and women: Family planning in Kenya. Patient Education and Counseling 39(1): 37-47. Jan. 2000.
243. KIM, Y.M., KOLS, A., BONNIN, C., RICHARDSON, P., and ROTER, D. Client communication behaviors with health care providers in Indonesia. [Draft]. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Aug. 25, 2000. 30 p.
*244. KIM, Y.M., KOLS, A., and MUCHEKE, S. Informed choice and decision-making in family planning counseling in Kenya. International Family Planning Perspectives 24(1): 4-11, 42. Mar. 1998.
*245. KIM, Y.M., KOLS, A., THUO, M., MUCHEKE, S., and ODALLO, D. Client-provider communication in family planning: Assessing audiotaped consultations from Kenya. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Comm-nication Programs, Jan. 1998. (Working Paper No. 5) 63 p. (Available: http://www.jhuccp.org/pubs/working_papers/wp5/)
246. KIM, Y.M., LETTENMAIER, C., ODALLO, D., THUO, M., and KHASIANI, S. Haki Yako: A client-provider information, education, and communication project in Kenya. Baltimore, Johns Hopkins University, Center for Communication Programs, Dec. 1996. (IEC Field Report No. 8) 39 p.
247. KIM, Y.M., MARANGWANDA, C., and KOLS, A. Quality of counselling of young clients in Zimbabwe. East African Medical Journal 74(8): 514-518. Aug. 1997.
*248. KIM, Y.M., ODALLO, D., THUO, M., and KOLS, A. Client participation and provider communication in family planning counseling: Transcript analysis in Kenya. Health Communication 11(1): 1-19. 1999.
249. KIM, Y.M., PUTJUK, F., BASUKI, E., and KOLS, A. Self-assessment and peer review: Improving Indonesian service providers' communication with clients. International Family Planning Perspectives 26(1): 4-12. Mar. 2000.
250. KIM, Y.M., PUTJUK, F., BASUKI, E., and LEWIS, G. "Smart Patient" coaching in Indonesia: A strategy to improve client and provider communication. Presented at the SARC 2001 Meeting, Bali, Indonesia, Feb. 2001. Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs. 28 p.
251. KING, L. "France needs children": Pronatalism, nationalism and women's equity. Sociological Quarterly 39(1): 33-52. Winter 1998.
252. KIRAGU, K., KRENN, S., KUSEMIJU, B., AJIBOYE, J.K.T., CHIDI, I., and KALU, O. Promoting family planning through mass media in Nigeria: Campaigns using public service announcements and a national logo. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Jul. 1996. (IEC Field Report No. 5) 5 p. (Available: http://www.jhuccp.org/pubs/field_reports/fr5/contents.html, Accessed Mar. 21, 2001)
253. KIRSCH, J.D. and CEDENO, M.A. Informed consent for family planning for poor women in Chiapas, Mexico. Lancet 354(9176): 419-420. Jul. 31, 1999.
254. KLEINMAN, A. Explanatory models in health-care relationships: A conceptual frame for research on family-based health-care activities in relation to folk and professional forms of clinical care. [MIT Press Series on the Humanistic and Social Dimensions of Medicine No. 5]. In: Stoeckle, J.D. Encounters Between Patients and Doctors: An Anthology. Cambridge, Massachusetts, MIT Press, 1987. p. 273-283.
255. KOENIG, M.A., FOO, G.H., and JOSHI, K. Quality of care within the Indian

Family Welfare Programme: A review of recent evidence. Studies in Family Planning 31(1): 1-18. Mar. 2000.
256. KOLS, A. and SHERMAN, J.E. Family planning programs: Improving quality. *Population Reports*, Series J, No. 47, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1998. 40 p.
257. KONATE, D.L. and CASTLE, S. The impact of family planning on the lives of women in the district of Bamako, Mali: Interim report after third round of interviews. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, 1999.
258. KOST, J., FORREST, J.D., and HARLAP, S. Comparing the health risks and benefits of contraceptive choices. Family Planning Perspectives 23(2): 54-61. Mar./Apr. 1991.
259. KUMAR, J. Making informed choice real in service delivery. Presented at the AID/CA's Meeting on Informed Choice and Tiahrt Amendment, Washington, D.C., Sep. 5, 2000. AVSC International. 4 p.
260. KUMAR, J. (AVSC International) [Donor Requirements] Personal communication, Jan. 12, 2001.
261. KUMAR, S. Health-care camps for the poor provide mass sterilisation quota. Lancet 353(9160): 1251. Apr. 10, 1999.
262. LADJALI, M. Conception, contraception: Do Algerian women really have a choice? In: Turshen, M. Women and Health in Africa. Trenton, New Jersey, Africa World Press, 1991. p. 125-141.
263. LAMBERT, W. and SIDOTI, N. Choosing instructional languages for educational radio broadcasts in less developed countries. (World Bank Staff Working Paper No. 491) In: Feliciano, G., Hancock, A., Hein, G., Horley, A., Jenkins, J., Lambert, W., Perraton, H., Sakamoto, T., Sidoti, N., and Tiffin, J. Futagami, S., ed. The Educational Uses of Mass Media. Washington, D.C., World Bank, 1981. p. 74-93.
264. L'ANCIEN, A. The earthquake at Karlsruhe: Germany finally wakes up to the fact of its decline? Population et Avenir (641): 6-8. Jan./Feb. 1999.
265. LASEE, A. and BECKER, S. Husband-wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya. International Family Planning Perspectives 23(1): 15-20, 33. Mar. 1997.
266. LAZCANO PONCE, E.C., SLOAN, N.L., WINIKOFF, B., LANGER, A., COGGINS, C., HEIMBURGER, A., CONDE-GLEZ, C.J., and SALMERON, J. The power of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. Sexually Transmitted Infections 76(4): 277-281. Aug. 2000. (Available: http://www.sextransinf.com)
267. LEI, Z.W., WU, S.C., GARCEAU, R.J., S JIANG, S., YANG, Q.Z., WANG, W.L., and VANDER MEULEN, T.C. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depomedroxyprogesterone acetate for contraception. Contraception 53(6): 357-361. Jun. 1996.
268. LEÓN, F.R., MONGE, R., ZUMARÁN, A., GARCÍA, I., and RÌOS, A. Length of counseling sessions and the amount of relevant information exchanged: A study in Peruvian clinics. International Family Planning Perspectives 27(1): 28-33, 46. Mar. 2001. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2702801.html)
269. LEONARD, A.H. and LADIPO, O.A. Post-abortion family planning: Factors in individual choice of contraceptive methods. Advances in Abortion Care 4(2): 1-4. Carrboro, North Carolina, IPAS. 1994.
270. LEOPRAPAI, B. Role of private sector in family planning service delivery.

Journal of Population and Social Studies 7(2): 11-17. Jan. 1999.
271. LLOYD, C. Family and gender issues for population policy. New York, Population Council, 1993. (Working Paper No. 48) 41 p.
272. LOWES, R. Patient-centered care for better patient adherence. Family Practice Management 5(3): 46-47, 51-54, 57. Mar. 1998. (Available: http://www.aafp.org/fpm/980300fm/patient.html, Accessed Mar. 28, 2001)
273. LUNDGREN, R., PAVON, S., and REYES, O. Informed choice. Presented at the Annual Conference of the American Public Health Association, Boston, 2000. ASHONPLAFA, Honduran Ministry of Health, Institute for Reproductive Health, Georgetown University, p. 27.
274. LUOMA, M. and BEASLEY, D. Performance improvement: Helping workers do their best. PRIME Series 1(1): 6. Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine, Program for International Training in Health, PRIME Project. 1999.
275. LUTZ, W. Future reproductive behavior in industrialized countries. In: Lutz, W. The Future Population of the World. Laxenburg, Austria, International Institute for Applied Systems Analysis, 1994. p. 267-294.
276. MAGNANI, R.J., HOTCHKISS, D.R., FLORENCE, C.S., and SHAFER, L. A. The impact of family planning supply environment on contraceptive intentions and use in Morocco. Studies in Family Planning 30(2): 120-132. Jun. 1999.
277. MANTELL, J. Family planning clinics. New York, New York State Psychiatric Institute, Columbia University, 2001.
278. MAQ EXCHANGE. Maximizing Access and Quality (MAQ) Exchange Facilitator Notebook. Washington, D.C., United States Agency for International Development, 2000. 103 p.
279. MARSHALL, M., JENNINGS, V., and CACHAN, J. Reproductive health awareness: An integrated approach to obtaining a high quality of health. Advances in Contraception 13(2-3): 313-318. Jun./Sep. 1997.
280. MATHIS, J. Status of national FP/RH guidelines. Washington, D.C., United States Agency for International Development, May 12-13, 1998.
281. MATTESON, P.S. and HAWKINS, J.W. Women's patterns of contraceptive use. Health Care for Women International 18(5): 455-466. Sep./Oct. 1997.
282. MCCAULEY, A.P. and GELLER, J.S. Decisions for Norplant programs. *Population Reports*, Series K, No. 4, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1992. 32 p.
283. MCCAULEY, A.P., ROBEY, B., BLANC, A.K., and GELLER, J.S. Opportunities for women through reproductive choice. *Population Reports*, Series M, No. 12, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1994. 40 p.
284. MCINTOSH, N. and OLIVERAS, E., eds. Service delivery guidelines for family planning programs. Baltimore, Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health, 1996. 113 p.
285. MCKINSTRY, B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. British Medical Journal 321: 867-871. Oct. 7, 2000.
286. MEASURE EVALUATION. Short list of QC indicators matched with QC instruments. Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Oct. 19, 1999. 2 p.
287. MILLER, E.R., SHANE, B., and MURPHY, E. Contracep-tive safety: Rumors and realities. Washington, D.C., Dec. 1998. 40 p.
288. MILLER, K., MILLER, R., FASSIHIAN, G., and JONES, H. How providers

restrict access to family planning methods: Results from five African countries. In: Miller, K., Miller, R., Askew, I., Horn, M.C., and Ndhlovu, L., eds. Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings From Situation Analysis Studies. New York, Population Council, Nov. 1998. p. 159-179.
289. MILLER, R., ASKEW, I., HORN, M.C., and MILLER, K. Clinic-based family planning and reproductive health programs in sub-Saharan Africa. In: Miller, K., Miller, R., Askew, I., Horn, M.C., and Ndhlovu, L., eds. Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings From Situation Analysis Studies. New York, Population Council, Nov. 1998. p. 245-255.
290. MILLER, W.B. and PASTA, D.J. The relative influence of husbands and wives on the choice and use of oral contraception, a diaphragm, and condoms. Journal of Applied Social Psychology 26(19): 1749-1774. Oct. 1-15, 1996.
291. MITRA, S.N. and AL-SABIR, A. Contraceptive use dynamics in Bangladesh. Calverton, Maryland, Macro International, Oct. 1996. (DHS Working Papers No. 21) 28 p.
292. MKANGI, K. The social cost of small nuclear families: A critique of demographic transition. (Occasional Papers from Summary Series B) Developmental Studies (2): 43-49. 1992.
293. MONTGOMERY, M.R. and CHUNG, W. Social networks and the diffusion of fertility control: The Korean case. Presented at the Seminar on Values and Fertility Change, sponsored by the International Union for the Scientific Study of Population, Sion, Switzerland, Feb. 16-19, 1994. 44 p. (Unpublished)
294. MOORE, K. and HELZNER, J.F. What's sex got to do with it? Challenges for incorporating sexuality into family planning programs. Presented at the Workshop on the Challenges of Incorporating Sexuality into Family Planning Programs, New York, Feb. 6, 1996. Population Council, p. 28
295. MORGAN, C. and MURGATROYD, S. Total quality management in the public sector: An international perspective. Buckingham, England, Open University Press, 1994. 200 p.
296. MOTT, F.L. and MOTT, S.H. Household fertility decisions in West Africa: A comparison of male and female survey results. Studies in Family Planning 16 (2): 88-99. Mar./Apr. 1985.
297. MOULTON, J. Formal and nonformal education and empowered behavior. A literature review. Washington, D.C., Support for Analysis and Research in Africa, Academy for Educational Development, Apr. 1997. 48 p. (Available: http://www.usaid.gov/regions/afr/hhraa/formal/full.txt, Accessed Apr. 9, 2001)
*298. MURPHY, E. and STEELE, C. Client-provider interactions in family planning services: Guidance from research and program experience. Washington, D. C., United States Agency for International Development. Office of Population/ Research Division, 2000. (MAQ Papers No. 2) 11 p.
299. MURPHY, E. and STEELE, V.C. Client Provider Interactions (CPI) in family planning services: Guidance from research and program experience. In: Technical Guidance and Competence Working Group, Program for International Training in Health, Department of Epidemiology, and University of North Carolina at Chapel Hill. Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use. Vol. 2. 1997. p. 187-194.
300. MUTUA, A.N., ONDOLO, O., MUNANIE, E., and NDIKU, K. A wide range of methods to reduce population: Two rural regions and one urban area in Kenya. In: Hardon, A. and Hayes, E. Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on Quality of Care. London, Zed Books, 1997. p. 59-76.
301. NAKATO, L. Have you heard the rumour? Africa Women and Health 2(3):

23-27. Jul./Sep. 1994.
302. NATIONAL FAMILY PLANNING & REPRODUCTIVE HEALTH ASSOCIATION (NFPRHA). NFPRHA report: The pill set to become legal in Japan. http://www.unfpa.org/swp/1999/pdf/swp99.pdf NFPRHA, Jun. 2, 1999.
303. NDHLOVU, L., SOLO, J., MILLER, R., MILLER, K., and OMINDE, A. An assessment of clinic-based family planning services in Kenya: Results from the 1995 situation analysis study. New York, Population Council, Jan. 1997. 44 p. (Available: http://www.popcouncil.org/pdfs/aor/ken1.pdf, Accessed Mar. 20, 2001)
304. NEAMATALLA, G.S. and HARPER, P.B. Family planning counseling and voluntary sterilization. A guide for managers. New York, Association for Voluntary Surgical Contraception, 1990. 57 p.
305. NEAMATALLA, G.S. and STEELE VERME, C. Postabortion women: Factors influencing their family planning options. New York, AVSC International, Sep. 1995. (AVSC Working Paper No. 9) 14 p.
*306. NEW ZEALAND. DEPARTMENT OF HEALTH. Principles and guidelines for informed choice and consent. Wellington, New Zealand, Department of Health, May 1991. 8 p.
307. OBWAKA, W., RUMINJO, J.K., NDAVI, P.N., and SEKADDE-KIGONDU, C. Correlates of contraceptive failure among clients attending an antenatal clinic in Nairobi. East African Medical Journal 74(9): 561-565. Sep. 1997.
308. O'CONNOR, A.M., ROSTOM, A., FISET, V., TETROE, J., ENTWISTLE, V., LLEWELLYN-THOMAS, H., HOLMES-ROVNER, M., BARRY, M., and JONES, J. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: Systematic review. British Medical Journal 319(7212): 731-734. Sep. 18, 1999.
309. OKWUDISHU, C. Patterns of ownership and accessibility to information and media facilities in democratizing the media in Nigeria. Africa Media Review 3(1): 121-133. 1988.
310. OPARA, J.U., ERNST, F.A., GASKIN, H., SMITH, L., and NEVELS, H.V. Factors associated with elective Norplant removal in black and white women. Journal of the National Medical Association 89(4): 237-240. Apr. 1997.
311. OZALP, S., YALCIN, O.T., HASSA, H., ERBAY, B., and DALAN, N. Factors affecting the contraceptive choice in a developing country. International Journal of Gynecology and Obstetrics 65(1): 53-57. Apr. 1999.
312. PALMA-SEALZA, L., COSTELLO, M.P., and ECHAVEZ, C. Male involvement through reproductive health awareness in Bukidnon Province, the Philippines: An intervention study. Manila, Population Council, Philippines Department of Health, Jun. 1998. 109 p.
313. PALMORE, J.A. Awareness sources and stages in the adoption of specific contraceptives. Demography 5(2): 960-972. 1968.
314. PANEL ON POPULATION PROJECTIONS, COMMITTEE ON POPULATION, and NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Posttransition fertility. In: Bongaarts, J. and Bulatao, R.A. Beyond six billion: Forecasting the world's population. Washington, D.C., National Academy Press, 2000. 258 p.
315. PANOS. Women's health: Using human rights to gain reproductive rights. London, Panos Global Information Programmes, Dec. 1998. (Panos Briefing No. 32) 24 p.
316. PARIANI, S., HEER, D.M., and VAN ARSDOL, M.D. Continued contraceptive use in five family planning clinics in Surabaya, Indonesia. Presented

at the 115th Annual Meeting of the American Public Health Association, New Orleans, Louisiana, Oct. 18-22, 1987. 7 p.
*317. PARIANI, S., HEER, D.M., and VAN ARSDOL, M.D. Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java. Studies in Family Planning 22(6): 384-390. Nov./Dec. 1991.
318. PARIANI, S., HEER, D.M., VAN ARSDOL, M.D., and HAYWARD, M. Continued use of contraception among clients in East Java, Indonesia. Presented at the 117th Annual Meeting of the American Public Health Association, Chicago, Oct. 22-24, 1989. 10 p. (Unpublished)
319. PARRAS, M. and MORALES, M.J. Reproductive rights on paper: Four Bolivian cities. In: Hardon, A. and Hayes, E. Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on Quality of Care. London, Zed Books, 1997. p. 77-94.
320. PETCHESKY, R. and JUDD, K. Negotiating reproductive rights: Women's perspectives across countries and cultures. Atlantic Highlands, New Jersey, Zed Books, 1998. 358 p.
321. PFANNENSCHMIDT, S., MCKAY, A., and MCNEILL, E. Through a gender lens. Washington, DC, US Agency for International Development, October 1997. 44 p.
*322. PHILLIBER, S. Contraception and informed choice in the United States: A review of literature. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Jun. 1988. 49 p.
323. PHILLIPS, J.F., GREENE, W.L., and JACKSON, E.F. Lessons from community-based distribution of family planning in Africa. New York, Population Council, 1999. (Policy Research Division Working Papers No. 121) 102 p.
324. PINE, R.N. Maintaining a focus on informed choice. AVSC NEWS, Vol. 36, No. 3, New York. AVSC International, Fall 1998. p. 6, 8.
325. PIOTROW, P.T., KINCAID, D.L., RIMON II, J.G., and RINEHART, W. Health communication: Lessons from family planning and reproductive health. Westport, Connecticut, Praeger, 1997. 307 p.
326. PODHISITA, C. Gender decision making in family formation and planning: Achievement and future direction. Journal of Population and Social Studies 6(1-2): 1-27. Jan. 1998.
327. POPULATION ACTION INTERNATIONAL (PAI). Con-traceptive choice: Worldwide access to family planning. 1997 report on progress towards world population stabilization. Washington, D.C., PAI, 1997. (Available: http://www.populationaction.org/programs/rc97.htm)
328. POPULATION COUNCIL. Secrecy and silence: Why women hide contraceptive use. Population Briefs 4(3): 3. Sep. 1998.
329. POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI). PROSALUD in Venezuela. Country fact sheet. Washington, D.C., PSI, Sep. 2000. 2 p. (Available: http://www.psi.org/psi_ops/cfs/47_venezuela.html)
330. POTTER, J.E. The persistence of outmoded contraceptive regimes: The cases of Mexico and Brazil. Population and Development Review 25(4): 703-739. Dec. 1999.
331. POTTS, M. The population policy pendulum. British Medical Journal 319 (7215): 933-934. Oct. 1999.
332. POTTS, M. (University of California, Berkeley) [User fees for CBD Programs] Personal communication, Feb. 15, 2001.
333. POTTS, M. and SHOUSE, N. International aspects of ethical problems in obstetrics and gynaecology. Baillieres Best Practice Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 13(4): 559-570. Dec. 1999.

334. PRICE, M.M. Physically, mentally disabled teens require special contraceptive care. Contraceptive Technology Update 8(12): 154-156. Dec. 1987.
335. PRICE, N. Contraceptive social marketing: Pros and cons. Reproductive Health Matters 2(3): 51-54. May 1994.
336. QUILL, T.E. and BRODY, H. Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient choice. Annals of Internal Medicine 125(9): 763-769. Nov. 1, 1996.
337. RAHMAN, M., BARKAT E, K., KANE, T.T., and PHILLIPS, J.F. Policy impact of the project. In: Barkat-E-Khuda, Kane, T.T., and Phillips, J.F. Improving the Bangladesh Health and Family Planning Programme: Lessons Learned Through Operations Research. Dhaka, Bangladesh, International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, 1997. p. 117-126.
338. RANATUNGA, N. Incentives and informed consent. In: Jayawikramarajah, P.T. and Corea, S.M. Voluntary Surgical Contraception: A Review of Progress in Sri Lanka. Proceedings of the 2nd National Conference on Voluntary Surgical Contraception, March 1-3, 1982, Colombo, Sri Lanka. Sri Lanka Association for Voluntary Surgical Contraception, 1982. p. 193-213.
339. RASTOGI, R. Provider's key role in family planning. Innovations (1): 12. Jun. 1995.
340. RATNAM, S.S. The impact of government policies on the family planning programme of the Republic of Singapore. In: Jayawikramarajah, P.T. and Corea, S. M. Voluntary Surgical Contraception: A Review of Progress in Sri Lanka. Proceed-ings of the 2nd National Conference on Voluntary Surgical Contraception, March 1-3, 1982, Colombo, Sri Lanka. Sri Lanka Association for Voluntary Surgical Contraception, 1982. p. 231-233.
341. RATZAN, S.C. Health literacy: Communications for the public good. Health Promotion International; 19. p. (Forthcoming)
342. REDDY, S. and VANDEMOORTELE, J. User financing of basic social services: A review of theoretical arguments and empirical evidence. New York, United Nations Childrens Fund, 1996. (UNICEF Staff Working Papers, Evaluation, Policy and Planning Series) 105 p. (Available: http://www.unicef.org/reseval/pdfs/Userfees.pdf, Accessed Mar. 15, 2001)
343. REPRODUCTIVE HEALTH OUTLOOK (RHO). Family planning program issues. http://www.rho.org/html/fp_program_issues.html RHO, 2001.
344. REPUBLIC OF ZAMBIA. MINISTRY OF HEALTH. Family planning in reproductive health: Policy framework, strategies and guidelines. Lusaka, Republic of Zambia Ministry of Health, Mar. 1997. 116 p.
345. RETHERFORD, R. and PALMORE, J. Diffusion Processes Affecting Fertility. In: Bulatao, R., Lee, R., Hollerbach, P., Bongaarts, J. Determinants of Fertility In Developing Countries, Vol. 2. New York, Academic Press, 1983. p. 295-339.
*346. RIMAL, R.N., RATZAN, S.C., ARNTSON, P., and FREIMUTH, V.S. Reconceptualizing the "patient": Health care promotion as increasing citizens' decision-making competencies. Health Communication 9(1): 61-74. 1997.
347. RIMON, J.G. Communication impact: Philippines communication outreach accelerates family planning use in 1993-1996. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Aug. 1998. (No. 3) 2 p.
*348. RINEHART, W., RUDY, S., and DRENNAN, M. GATHER guide to counseling. *Population Reports*, Series J, No. 48, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1998. 32 p.
349. RIVERA, R. and SOLIS, J.A. Opinion: Improve family planning after

pregnancy. Network 17(4): 3. Research Park Triangle, North Carolina, Family Health International. Summer 1997. (Available: http://www.fhi.org/en/fp/fppubs/network/v174/nt1741.html)
350. RIZVI, S.A., NAQVI, S.A., and HUSSAIN, Z. Ethical issues in male sterilization in developing countries. British Journal of Urology 76(2 Suppl.): S103-105. Nov. 1995.
351. ROBEY, B., ROSS, J., and BHUSHAN, I. Meeting unmet need: New strategies. *Population Reports*, Series L, No. 8, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1996. 36 p.
352. ROBEY, B. and STAUFFER, P. Helping the news media cover family planning. Population Report, Series J, No. 42. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1995. 28 p.
353. ROBINSON, E.J. and WHITFIELD, M.J. Improving the efficiency of patients' comprehension monitoring: A way of increasing patient's participation in general practice consultations. Social Science and Medicine 21(8): 915-919. 1985.
354. ROGERS, E.M. Diffusion of innovations. 1st ed. New York, Free Press, 1983.
355. ROGERS, E.M. and KINCAID, D.L. Communication networks: Toward a new paradigm for research. New York, Free Press, 1981. 386 p.
356. ROSENSTOCK, I.M. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs 2: 328-335. 1974.
*357. ROSS, J. and STOVER, J. Effort indices for national family planning programs, 1999 cycle. Research Triangle Park, North Carolina, Futures Group International, University of North Carolina, May 2000. (MEASURE Evaluation Working Paper)
358. RUDY, S., TABBUTT-HENRY, J., SCHAEFER, L., and MCQUIDE, P. Training for Effective Client-Provider Interaction (CPI): Issues, Processes and Recommendations. May 8, 2001. 26 p. (Draft)
359. RUTENBERG, N., BIDDLECOM, A.E., and KAONA, F.A. Reproductive decision-making in the context of HIV and AIDS: A qualitative study in Ndola, Zambia. International Family Planning Perspectives 26(3): 124-130. Sep. 2000.
*360. RUTENBERG, N. and WATKINS, S.C. The buzz outside the clinics: Conversations and contraception in Nyanza province, Kenya. Studies in Family Planning 28(4): 290-307. Dec. 1997.
361. SABA, W., VALENTE, T.W., MERRITT, A.P., KINCAID, D.L., LUJAN, M., and FOREIT, J. The mass media and health beliefs: Using media campaigns to promote preventive behavior. Presented at the 121st Annual Meeting of the American Public Health Association, San Francisco, Oct. 24-28, 1993. 25 p. (Unpublished)
362. SADANA, R. and SNOW, R. Balancing effectiveness, side-effects and work: Women's perceptions and experiences with modern contraceptive technology in Cambodia. Social Science and Medicine 49(3): 343-358. Aug. 1999.
363. SADIK, N. Guidelines for UNFPA support to family planning programmes. [Memorandum]. Dec. 29, 1992. 12 p. (Unpublished)
364. SAI, F.T. Politics and ethics in family planning. Senanayake, P. and Kleinman, R.L., eds. Proceedings of the Meeting Challenges: Promoting Choices, International Planned Parenthood Federation Family Planning Congress, New Delhi, Oct. 1992. Parthenon Publishing Group, p. 365-374.
365. SALTER, C., JOHNSTON, H.B., and HENGEN, N. Care for postabortion complications: Saving women's lives. *Population Reports*, Series L, No. 10, Baltimore. Johns Hop-kins School of Public Health, Population Information

Program, Sep. 1997. 32 p.
366. SALWAY, S. How attitudes toward family planning and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in Ghana. International Family Planning Perspectives 20(2): 44-47, 74. Jun. 1994.
367. SCHENKER, J.G. and EISENBERG, V.H. Ethical issues relating to reproduction control and women's health. International Journal of Gynecology and Obstetrics 58(1): 167-176. Jul. 1997.
368. SCHMIDT, M.A., DABBS, C., GETSON, A., HEMMER, C., JACOBSTEIN, R., JOHNSON, C., and SCHULER, S. Report of the Informed Choice Task Force of the Bureau for Science and Technology/Office of Population. Washington, D.C., U.S. Agency for International Development, Office of Population, Nov. 1987. 48 p.
369. SCHNEIDER, C.E. The practice of autonomy: Patients, doctors, and medical decisions. New York, Oxford University Press, 1998. 307 p.
370. SCHULER, S.R., CHOQUE, M.E., and RANCE, S. Misin-formation, mistrust, and mistreatment: Family planning among Bolivian market women. Studies in Family Planning 25(4): 211-221. Jul./Aug. 1994.
371. SCHULER, S.R., HASHEMI, S.M., CULLUM, A., and HASSAN, M. The advent of family planning as a social norm in Bangladesh: Women's experiences. Reproductive Health Matters 4(7): 66-78. May 1996.
372. SCHULER, S.R. and HOSSAIN, Z. Family planning clinics through women's eyes and voices: A case study from rural Bangladesh. International Family Planning Perspectives 24(4): 170–175, 205. Dec. 1998.
373. SCHULER, S.R., MCINTOSH, E.N., GOLDSTEIN, M.C., and PANDE, B. R. Barriers to effective family planning in Nepal. Studies in Family Planning 16 (5): 260-270. Sep./Oct. 1985.
374. SCHULTZ, D.E., MARTIN, D., and BROWN, W.P. Strategic advertising campaigns. 2nd ed. Lincolnwood, Illinois, NTC Business Books, 1987.
375. SCOTT, T. Changing the attitudes and behaviors of men through social marketing: Pakistan, Philippines and Vietnam. International Council on Management of Population Programmes, Jan. 26, 2001. Available: http://www.icomp.org.my/inno4/inno4c7.htm
376. SECRETARIA DE GOBERNACION DE MEXICO. Decreto que Reforma y Adiciona el Ariculo 4o [Decree of the Reform and Addition of Article 4]. March 31, 1974. 2 p. (Available: http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg/constmex/pdf/rc079.pdf)
377. SEEWALD, R. The couple's choices. Integration (35): 6-8. Mar. 1993.
378. SEVERY, L.J. Physicians' perceptions of contraceptive methods: Cultural comparisons. In: Palmore, J.A., Ward, S.E., and Bulatao, R.A., eds. Choosing a Contraceptive. Method Choice in Asia and the United States. (Westview Special Studies in Science, Technology, and Society Series). Boulder, Colorado, Westview Press, 1989. p. 40-56.
379. SEVERY, L.J. and MCKILLOP, K. Low-income women's perceptions of family planning service alternatives. Family Planning Perspectives 22(4): 150-157, 168. Jul./Aug. 1990.
*380. SEVERY, L.J. and THAPA, S. Preferences and tolerance as determinants of contraceptive acceptability. In: Severy, L.J., ed. Advances in Population: Psychosocial Perspectives. Vol. 2. London, Jessica Kingsley Publishers, 1994. p. 119-139.
381. SHARMA, D.C. Indian state proposes third child population control policy. Lancet 356(9236): 1178. Sept. 30, 2000.

*382. SHELTON, J., DAVIS, S., and MATHIS, J. Maximizing access and quality (MAQ): Checklist for family planning service delivery, with selected linkages to reproductive health. Washington, D.C., United States Agency for International Development, 1996. 19 p.
383. SHELTON, J.D., ANGLE, M.A., and JACOBSTEIN, R.A. Medical barriers to access family planning. Lancet 340(8831): 1334-1335. Nov. 28, 1992.
384. SHEPARD, B. Feminist ethical perspectives in the international family planning field. Presented at the 116th Annual Meeting of the American Public Health Association, Boston, Nov. 13-17, 1988. 10 p. (Unpublished)
385. SHORT, S.E. and ZHAI, F. Looking locally at China's one-child policy. Studies in Family Planning 29(4): 373-387. Dec. 1998.
386. SIMMONS, R. and SIMMONS, G.B. Moving toward a higher quality of care: Challenges for management. In: Jain, A.K. Managing quality of care in population programs. West Hartford, Connecticut, Kumarian Press, 1992. p. 23-34.
387. SIMONDS, S.K. Health education as social policy. Health Education Monograph 2(1): 1-25. 1974.
388. SINDING, S.W. Women's demands and demographic goals. Planned Parenthood Challenges 1: 13-16. 1994.
389. SMITH, J. and SAFFITZ, G. The PSI story. Accomplish-ments and lessons learned from Egypt's Private Sector Initiative: A special initiative for the Private Commercial Sector. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Communication Services, Nov. 4, 2000. 30 p.
390. SMITH, J.M. and RAO, V. Market-based services: Strategic role in family planning service expansion. New York, United Nations. Population Division. Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 1996. p. 449-458.
391. SMITH, R.C. and HOPPE, R.B. The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. Annals of Internal Medicine 115(6): 470-477. Sep. 15, 1991.
392. SNOW, R., GARCIA, S., KURESHY, N., SADANA, R., SINGH, S., BECERRA-VALDIVIA, M., LANCASTER, S., MO-FOKENG, M., HOFFMAN, M., and AITKEN, I. Investigating women's preferences for contraceptive technology: Focus group data from 7 countries. Nov. 1996. (Working Paper Series No. 96.05) 32 p.
*393. SNOW, R., GARCIA, S., KURESHY, N., SADANA, R., SINGH, S., BECERRA-VALDIVIA, M., LANCASTER, S., MOFOKENG, M., HOFFMAN, M., and AITKEN, I. Attributes of contraceptive technology: Women's preferences in seven countries. In: Ravindran, S.T.K., Berer, M., and Cottingham, J., eds. Beyond Acceptability: Users Perspectives on Contracep-tion. London, World Health Organization. Reproductive Health Matters, 1997. p. 36-48. (Available: http://www.who.int/reproductive-health/publications/ beyond_acceptability_users_perspectives_on_co ntraception/ beyond_acceptability_abstract.en.html, Accessed Mar. 30, 2001)
*394. SOCHA MCGEE, D. and CEGALA, D.J. Patient communication skills training for improved communication competence in the primary care medical consultation. Journal of Applied Communication Research 26(1): 412-430. 1998.
395. SOCIAL PLANNING, ANALYSIS AND ADMINISTRATION CONSULTANTS, POPULATION COUNCIL (PC), and ASIA AND NEAR EAST OPERATIONS RESEARCH AND TECHNICAL ASSISTANCE PROJECT. Profile of clients of different providers of family planning services in Egypt. Final report. Cairo, Egypt, Social Planning, Analysis and Administration

Consultants. PC. Asia and Near East Operations Research and Technical Assitance Project, May 1994. 24 p.
396. SPEIZER, I.S., HOTCHKISS, D.R., MAGNANI, R.J., HUBBARD, B., and NELSON, K. Do service providers in Tanzania University restrict clients' access to contraceptive methods? International Family Planning Perspectives 26(1): 13-20, 42. Mar. 2000.
397. SPICEHANDLER, J. Norplant introduction: A management perspective. In: Segal, S.J., Tsui, A.O., and Rogers, S.M., eds. Proceedings of the Conference on Demographic and Programmatic Consequences of Contraceptive Innovations, Washington, D.C., Oct. 6-7, 1988. Plenum Press, p. 199-225.
398. SRINIVASAN, S. Has India's population policy failed? Humanscape 6(11): 37-39. Nov. 1999.
399. STANBACK, J., NUTLEY, T., J., G., and QURESHI, Z. Menstruation requirements as a barrier to contraceptive access in Kenya. East African Medical Journal 76(3): 124-126. Mar. 1999.
400. STANBACK, J., OMONDI, O., and OMUODO, D. Why has IUD use slowed in Kenya? Part A: Qualitative assessment of IUD service delivery in Kenya. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Aug. 1995. 47 p. (Available: http://www.fhi.org/en/fp/fpother/fctsht/fctsht9.html
401. STASH, S. Reasons for unmet need in Nepal: An attempt to pick up where fertility surveys leave off. Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, Population Studies Center, 1995. 44 p. (Unpublished)
402. STECKLOV, G. Fertility implications of reduced breast-feeding by HIV/AIDS-infected mothers in developing countries. [Letter]. American Journal of Public Health 89(5): 780-781. May 1999.
403. STEELE VERME, C., HARPER, P.B., MISRA, G., and NEAMATALLA, G. S. Family planning counseling: An evolving process. International Family Planning Perspectives 19(2): 67-71. Jun. 1993.
404. STEINBOCK, B. Coercion and long-term contraceptives. Hastings Center Report 25(1 Suppl.): S19-22. Jan./Feb. 1995.
405. STEPHENSON, M. Health care: Primary health care. In: Middleton, J., ed. Encyclopedia of Africa South of the Sahara. Vol. 2. Charles Scribner's Sons, 2001. p. 288-299. (Available: http://www.africana.com/tt_682.htm, Accessed Mar. 15, 2001)
406. STEVENS, J.R. and STEVENS, C.M. Introductory small cash incentives to promote child spacing in India. Studies in Family Planning 23(3): 171-186. May/Jun. 1992.
*407. SULLIVAN, T. and BERTRAND, J., eds. Monitoring quality of care in family planning: Country reports from the Quick Investigation of Quality (QIQ). (MEASURE Evaluation Technical Report, No. 5) Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Jul. 2000. 159 p.
408. TABAK, E.R. Encouraging patient question-asking: A clinical trial. Patient Education and Counseling 12(1): 37-49. Aug. 1988.
409. TABBUTT-HENRY, J. (EngenderHealth/AVSC International) [Evolution of informed choice] Personal communication, Mar. 18, 2001.
410. TALWAR, P.P. Choice, acceptance and continuation of spacing methods in India. In: Khan, M.E. and Cernada, G. Spacing as An Alternative Strategy. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing, 1996. p. 115-142.
*411. TASK FORCE ON INFORMED CHOICE. Informed choice: Report of the Cooperating Agencies Task Force. Baltimore, The Johns Hopkins School of

Public Health, Center for Communication Programs, Jul. 1989. 37 p.
412. TAVROW, P. What prevents family planning clinics in developing countries from adopting a client orientation? An exploratory study from Malawi. Sep. 28, 1999. 55 p. (Unpublished)
413. TAYLOR, T.R. Understanding the choices that patients make. Journal of the American Board of Family Practice 13(2): 124-133. 2000.
*414. TECHNICAL GUIDANCE/COMPETENCE WORKING GROUP. Recommendations for updating selected practices in contraceptive use, Vol. 2. Family Planning and Population Unit. Division of Reproductive Health. World Health Organization, Office of Population. United States Agency for International Development, Sep. 1997. 260 p. (Available: http://www.reproline.jhu.edu/ english/6read/6multi/tgwg/6tgwg.htm, Accessed Aug. 10, 1999)
415. THAPA, S. and FRIEDMAN, M. Female sterilization in Nepal: A comparison of two types of service delivery. Interna-tional Family Planning Perspectives 24(2): 78-83. Jun. 1998.
416. THOMPSON, S.C., NANNI, C., and SCHWANKOVSKY, L. Patient-oriented interventions to improve communication in a medical office visit. Health Psychology 9(4): 390-404. 1990.
417. TRIAS, M. Fees for services in PROFAMILIA, Colombia. Ashford, L.S. and Bouzidi, M., eds. Proceedings of the Seminar on Programme Sustainability through Cost Recovery, Kuala Lumpur, Malaysia, Oct. 21-25, 1991. International Planned Parenthood Federation, p. 33-35.
418. TRUSSEL, J., KOENIG, J., VAUGHAN, B., and STEWART, F. Evaluation of a media campaign to increase knowledge about emergency contraception. Presented at the PAA Annual Meeting 2001, Washington, D.C., Mar. 29-Apr. 1, 2001. 14 p.
419. TULADHAR, J., DONALDSON, P.J., and NOBLE, J. The introduction and use of Norplant implants in Indonesia. Studies in Family Planning 29(3): 291-299. Sep. 1998.
420. TURNER, S., MAHER, E.J., YOUNG, T., YOUNG, J., and VAUGHAN HUDSON, G. What are the information priorities for cancer patients involved in treatment decisions? An experienced surrogate study in Hodgkin’s disease. British Journal of Cancer 73(2): 222-227. Jan. 1996.
421. TVERSKY, A. and KAHNEMAN, D. The framing of decisions and the psychology of choice. Science 211(4481): 453-458. Jan. 30, 1981.
422. TWEEDIE, I. and OFORI, J. Reducing facility defaulting and contraceptive discontinuation: A longitudinal study of facility defaulters in Ghana. [Draft]. Baltimore, Ghana. Ministry of Health, Health Education Unit, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Apr. 1996. 38 p.
423. TWUM-BAAH, K.A. and STANBACK, J. Provider rationales for restrictive family planning service practices in Ghana. Chapel Hill, North Carolina, Ghana Statistical Service and Family Health International, Mar. 1995. 43 p.
424. UBEL, P.A. and LOEWENSTEIN, G. The role of decision analysis in informed consent: Choosing between intuition and systematicity. Social Science and Medicine 44(5): 647-656. Mar. 1997.
425. UNITED NATIONS (UN). Proclamation of Teheran. International Conference on Human Rights. Teheran, UN, May, 13 1968.
426. UNITED NATIONS (UN). Programme of Action of the International Conference on Population and Development. Cairo, UN, 1995. 115 p.
427. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). The state of the world population, 1994. Choices and responsibilities. New York, UNFPA, 1994.

68 p.
428. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). One year after Cairo: Mexico. http://www.earthsummitwatch.org/cairo1/mexico.htm Jul. 31, 2000.
429. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Quality of family planning services. New York, UNFPA, 1997. (Evaluation Report No. 8) 55 p.
430. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Re-productive health and reproductive rights. In: UNFPA. The State of World Population 1999: 6 Billion. A Time for Choices. New York, UNFPA, Sep. 26, 1999. p. 34-49. (Available: http://www.unfpa.org/swp/1999/pdf/swp99.pdf, Accessed Mar. 15, 2001)
431. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Do-nor support for contraceptives and logistics. New York, NY, UNFPA, 1999. 22 p. (Available: http://www.unfpa.org/tpd/globalinitiative/pdf/donor991.pdf, Accessed Mar. 14, 2001)
432. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). MAQ: From guidelines to action. Proceedings of the USAID-sponsored conference, Washing-ton, D.C., May 12-13, 1998. USAID, 64 p.
433. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DE-VELOPMENT (USAID). Voluntary participation and informed choice in family planning. Washington, D.C., USAID. Center for Population, Health and Nutrition, Jul. 1999. (POP Briefs) 2 p. (Available: http://www.usaid.gov/pop_health/pop/poptiahrt.htm)
434. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID) and BUREAU FOR PROGRAM AND POLICY COORDINATION. USAID policy paper: Population assistance. Washington, D.C., USAID, Sep. 1982. 16 p. (Available: http://www.usaid.gov/pubs/ads/pps/population/population.doc)
435. UNITED STATES CONGRESS. Foreign Assistance Act of 1961, Amendment. Title 22: Section 2151b, 1967. (Available: http://caselaw.lp.findlaw.com/casecode/uscodes/22/chapters/32/subchapters/i/parts/i/sections/section_2151b.html, Accessed Mar. 7, 2001)
436. UNIVERSITY OF CALIFORNIA AT BERKELEY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. Doctor: Can we talk? UC Berkeley Well-ness Letter [Newsletter], Vol. 16, No. 2, Nov. 1999. 5 p.
437. VALENTE, T.W. Network models of the diffusion of innovations. Quantitative methods in communication. Cresskill, New Jersey, Hampton Press, 1995. 186 p.
438. VALENTE, T.W., PAREDES, P., and POPPE, P.R. Matching the message to the process: The relative ordering of knowledge, attitudes, and practices in behavior change research. Human Communication Research 24(3): 366-385. Mar. 1998.
439. VALENTE, T.W., POPPE, P.R., ALVA, M.E., BRICEÑO, R.V.D., and CASES, D. Street theatre as a tool to reduce family planning misinformation. International Quarterly of Community Health Education 15(3): 279-289. 1995.
440. VALENTE, T.W. and SABA, W.P. Mass media and interpersonal influence in a reproductive health communication campaign in Bolivia. Communication Research 25(1): 96-124. Feb. 1998.
441. VALENTE, T.W., SABA, W.P., MERRITT, A.P., FRYER, M.L., FORBES, T., PEREZ, A., and RAMIRO BELTRAN, L. Reproductive health is in your hands: Impact of the Bolivia National Reproductive Health Program campaign. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Feb. 1996. (IEC Field Report No. 4) 47 p.

442. VALENTE, T.W., WATKINS, S.C., JATO, M.N., VAN DER STRATEN, A., and TSITSOL, L.M. Social network associations with contraceptive use among Cameroonian women in voluntary associations. Social Science and Medicine 45(5): 677-687. Sep. 1997.
443. VAN HOLLEN, C. Moving targets: Routine IUD insertion in maternity wards in Tamil Nadu, India. Reproductive Health Matters 6(11): 98-106. May. 1998.
444. VAN ROSSEM, R. and MEEKERS, D. An evaluation of the effectiveness of targeted social marketing to promote adolescent and young adult reproductive health in Cameroon. AIDS Education and Prevention 12(5): 383-404. Oct. 2000.
445. VERA, H. The client's view of high-quality care in Santiago, Chile. Studies in Family Planning 24(1): 40-49. Jan./Feb. 1993.
446. VERMA, R.K. and ROY, T.K. Assessing the quality of family planning service providers in four Indian states. In: Koenig, M.A. and Khan, M.E. Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme. New York, Population Council, 1999. p. 169-182.
447. VERNON, R. and FOREIT, J. How to help clients obtain more preventive reproductive health care. International Family Planning Perspectives 25(4): 200-202. Dec. 1999.
448. VICKERS, C.A. Decision making about family planning at family level. In: American Home Economics Association. Home Economics and Family Planning: Resource Papers for Curriculum Development. Washington, D.C., American Home Economics Association, 1974. p. 24-36.
449. VIETNAM NEWS. Vice President lauds family planning workers. Vietnam News (Hanoäi, Vietnam), Jul. 12, 2000. p. 1. (Available: http://vietnamnews.vnagency.com.vn/2000-07/11/Stories/08.htm
450. VO VAN KIET. Accelerating the implementation of the strategy on population and family planning to the year 2000. Directive No. 37-TTg. Jan. 17, 1997. 3 p. (Available: http://www.unescap.org/pop/database/law_viet/vi_015.htm
451. VOS, J., GUMODOKA, B., VAN ASTEN, H.A., BEREGE, Z.A., DOLMANS, W.M., and BORGDORFF, M.W. Improved injection practices after the introduction of treatment and sterility guidelines in Tanzania. Tropical Medicine and International Health 3(4): 291-296. Apr. 1998.
452. WALKER, J.R. The effect of public policies on recent Swedish fertility behavior. Journal of Population Economics 8(13). 1995. (Available: http://www.iza.org/jpe/v08.html
453. WALL, E.M. Valued outcomes in the selection of a contraceptive method. Western Journal of Medicine 141(3): 335-338. Sep. 1984.
454. WALL, E.M. Development of a decision aid for women choosing a method of birth control. Journal of Family Prac-tice 21(5): 351-355. Nov. 1985.
455. WALSH, J. Contraceptive choices: Supporting effective use of methods. In: Ravindran, S.T.K., Berer, M., and Cottingham, J., eds. Beyond Acceptability: Users Perspectives on Contraception. London, World Health Organization, Reproductive Health Matters, 1997. p. 89-96.
456. WARWICK, D.P. The ethics of population control. In: Roberts, G. Population Policy: Contemporary Issues. New York, Praeger, 1990. p. 21-37.
457. WEINBERGER, C.W. Population and family planning. Family Planning Perspectives 6(3): 170-172. Summer 1974.
458. WEISBERG, E. The Depo-Provera controversy: Regulatory, medical and social issues. Zambrano, D., ed. Proceed-ings of the International Symposium on Depo-Provera (medroxyprogesterone acetate) for Contraception. A Current

Perspective of Scientific Clinical and Social Issues, Oxford, Nov. 19-20, 1993. Oxford Clinical Communications, p. 27-38.
459. WILLIAMS, T.W., SCHUTT-AINE, J., and CUCA, Y. Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. International Family Planning Perspectives 26(2): 63-71. Jun. 2000.
460. WILSON, A. The reproductive health awareness (RHA) model: A qualitative perspective. Advances in Contraception 13(2/3): 339-342. Jun./Sep. 1997.
461. WINIKOFF, B., SEMERARO, P., ZIMMERMAN, M., and STEIN, K. Contraception during breastfeeding: A clinician's source-book. 2nd ed. New York, Population Council, 1997. 39 p.
462. WOLFF, J., AUSTIN, K., and FRICK, G., eds. Miller, J., series ed. Using electronic communications in family planning. Family Planning Manager, Boston, Family Planning Manage-ment Development, Management Sciences for Health, Vol. 5 Summer 1996. 39 p. (Available: http://erc.msh.org/readroom/english/usingec.htm, Accessed Mar. 21, 2001)
463. WORLD BANK. Improving Women's Health in India. Washington, D.C., International Bank for Reconstruction and Development, 1995. 172 p. (Available: http://www.worldbank.org/html/extpb/indiawom/indiasum.htm#HealthServices, Accessed Mar. 15, 2001.
464. WORLD FEDERATION OF HEALTH AGENCIES FOR THE ADVANCEMENT OF VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION. Ensuring informed choice for voluntary surgical contraception: Guidelines for counseling and for informed consent. 1984. 30 p. (Unpublished)
*465. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Contra-ceptive method mix: Guidelines for policy and service delivery. Geneva, WHO, 1994. 143 p.
466. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health benefits of family planning. Geneva, WHO, 1994. 14 p. (Available: http://www.who.int/rht/documents/FPP-95-11/fpp9511.htm Accessed Apr. 6, 2001)
467. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. Geneva, WHO, 2001. 147 p. (Available: http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_00_2_medical_eligibility_criteria_second_edition/)
468. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), DIVISION OF FAMILY HEALTH, and UNIT OF FAMILY PLANNING AND POPULATION. Female sterilization: What health workers need to know. Geneva, WHO, Division of Family Health, Unit of Family Planning and Population, 1994. (No. 4) 35 p.
469. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) and DIVISION OF REPRODUCTIVE HEALTH. Post-abortion family planning: A practical guide for programme managers. Geneva, WHO, Family and Reproductive Health, Division of Reproductive Health, 1997. 84 p. (Available: http://www.who.int/rht/documents/RHT97-20/postabortion_family_planning_.htm)
470. WORLD MEDICAL ASSOCIATION. World Medical Association declaration on the rights of the patient. Adopted by the 34th World Medical Assembly. Lisbon, Portugal, World Medical Association, Sep./Oct. 1981. (Available: http://www.wma.net/e/policy/17-h_e.html, Accessed Mar. 7, 2001)
471. YODER, P.S., HORNIK, R., and CHIRWA, B.C. Evaluat-ing the program effects of a radio drama about AIDS in Zam-bia. Studies in Family Planning 27 (4): 188-203. Jul./Aug. 1996.
472. ZAKHAROV, S.V. and IVANOVA, E.I. Fertility decline and recent changes in Russia: On the threshold of the second demographic transition. In: Davanzo, J.

and Farnsworth, G. Russia's Demographic Crisis. Santa Monica, California, RAND, 1996. 33 p.
473. ZAMBERLIN, N. New reproductive health law, Buenos Aires, Argentina. Reproductive Health Matters 8(16): 185. Nov. 2000.
*474. ZAVALA, A.S., PEREZ-GONZALES, M., MILLER, P., WELSH, M., WILKSINS, L.R., and POTTS, M. Reproductive risks in a community-based distribution program of oral contraceptives, Matamoros, Mexico. Studies in Family Planning 18(5): 284-290. Sep./Oct. 1987.
475. ZEIDENSTEIN, G. The user perspective: An evolutionary step in contraceptive service programs. Studies in Family Planning 11(1): 24-28. Jan. 1980.
476. ZHU, H.Z. Integration of poverty alleviation with family planning: An interview with SFPC Vice Minister Yang Kuifu. China Population Today, Vol. 13, No. 4, Aug. 1996. p. 2.
477. ZIMMERMAN, M., HAFFEY, J., CRANE, E., SZUMOWSKI, D., ALVAREZ, F., BHIROMRUT, P., BRACHE, V., LUBIS, F., SALAH, M., and SHAABAN, M. Assessing the acceptability of NORPLANT implants in four countries: Findings from focus group research. Studies in Family Planning 21(2): 92-103. Mar./Apr. 1990.

ISSN 0887-0241

Précédente
Haut | Table des matières

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy