

# **Interactions clients-prestataires (ICP) pour les services de planification familiale: Directives de la recherche et de l'expérience en matière de programme**

**Le rôle de l'ICP dans l'efficacité des programmes.** Un ensemble croissant de recherche et les connaissances recueillies dans le cadre des programmes concernent la qualité des interactions clients-prestataires (ICP) et des facteurs contextuels de la vie des clients pour l'adoption, l'utilisation efficace et la continuation de la contraception moderne. Une plus grande efficacité des programmes tient aux efforts accomplis en vue d'améliorer cet aspect de la qualité des soins<sup>1-4</sup>. Les résultats ont des implications pour la formation des prestataires, la gestion des programmes, les politiques et la recherche. "Client" concerne ici les femmes qui reçoivent des services de planification familiale (PF) des centres de santé ou des distributeurs à base communautaire (DBC). Une grande partie des directives s'appliquent également aux soins de santé reproductive et autres soins de santé ainsi qu'à des groupes particuliers de clients – par exemple, les hommes, les jeunes, les femmes enceintes, les femmes en post-abortum et post-partum – ainsi que des contextes tels que les lieux du travail ou les groupes communautaires. Bien qu'un nombre croissant de programmes offrent informations et services destinés à ces groupes et contextes importants, la discussion de leurs besoins spéciaux n'entre pas dans la portée de ce document de synthèse. Afin d'insister tant sur l'importance du **processus** d'interaction avec les clients que sur l'**information** essentielle en vue de choix informé, nous traitons les deux séparément ci-après. En réalité, ils sont inséparables.

## **Processus-clés dans les interactions clients-prestataires (ICP)**

**1. Bien traiter le client.** Les clients sont plus susceptibles d'être satisfaits par les services si tout le personnel, et non seulement le conseiller, les traite avec respect et amabilité. A son tour, la satisfaction des clients est liée à une meilleure efficacité de l'utilisation, à une meilleure continuation et à des comptes rendus positifs<sup>5-7</sup>. Par ailleurs, de mauvaises ICP sont liées à l'arrêt et à l'échec de la méthode. Par exemple, des travaux de recherche faits en Egypte montrent que les consultations axées sur les clients (versus axées sur les médecins) étaient associées à un niveau trois fois supérieur, tant de la satisfaction que de la continuation des clients, même si les séances axées sur les clients ne duraient qu'une minute de plus<sup>8</sup>. Les clients se sentaient plus à l'aise lorsqu'on leur assurait que l'information resterait confidentielle et si un caractère privé, tant visuel qu'auditif, était maintenu lors du counseling et des procédures de PF. Cela crée une atmosphère de confiance dans laquelle les clients et les prestataires peuvent étudier les aspects émotionnels et sexuels liés au choix de la méthode. Les prestataires devraient encourager les clients à poser des questions de suivi sur les effets secondaires ou à clarifier les instructions. Les compétences en communication verbale et non verbale sont importantes. Les conseillers doivent écouter et observer activement, cherchant à comprendre les sentiments des clients ainsi que leur histoire médicale et personnelle. Le "langage gestuel" qui transmet chaleur et intérêt (par exemple, accorder toute l'attention au client pendant qu'il parle, sourire et hocher de la tête) ainsi qu'un ton de voix amical sont des comportements qui renforcent l'ICP<sup>9</sup>.

**2. Fournir la méthode préférée des clients.** Le choix informé reste le principe directeur: les clients qui ont déjà une préférence pour telle ou telle méthode devraient recevoir cette méthode

après le dépistage et le counseling, à moins qu'elle ne soit pas appropriée pour des raisons médicales ou personnelles. La recherche montre que les clients qui reçoivent la méthode pour laquelle ils sont venus – et un grand nombre ont une préférence avant de venir consulter le prestataire – sont bien plus susceptibles de continuer à utiliser la méthode que ceux qui ne reçoivent pas la méthode qu'ils préfèrent<sup>10,11</sup>. Toutefois, il faudrait parler d'autres méthodes qui fonctionnent de diverses manières, même aux clients qui ont déjà une préférence, et leur demander s'ils aimeraient qu'on leur parle davantage de ces méthodes. Cela est important dans le cas où la cliente demande telle méthode parce que c'est la seule qu'elle connaît ou parce qu'on l'a poussée à obtenir cette méthode. Les programmes qui répondent au choix approprié des clients reconnaissent qu'il n'existe pas une seule méthode qui soit bonne pour tous les clients. Ce que les clients et leur partenaire trouvent essentiel, attirant, guère pratique ou intolérable à propos des méthodes contraceptives varie grandement. Certains clients accordent beaucoup de valeur à l'efficacité de la prévention de la grossesse alors que d'autres consistent d'une part l'efficacité et d'autre part l'impact éventuel de la méthode sur leurs relations sexuelles, leurs sentiments personnels ou leur santé<sup>12,13</sup>. Aussi n'est-il guère surprenant que la continuation elle aussi augmente nettement s'il existe un accord au sein du couple concernant la méthode. La recherche montre que le counseling du couple est plus efficace en général que lorsqu'on s'entretient uniquement avec la femme ou l'homme<sup>10,14</sup>. Cela risque de ne pas être possible pour les femmes qui n'ont pas de partenaire constant, qui ont plusieurs partenaires ou dont les partenaires ne soutiennent pas la PF ou ne veulent pas venir au counseling.

Lors d'une réunion internationale sur le counseling, les participants ont insisté sur le fait que les politiques mises en place par les gouvernements, les bailleurs de fonds, les programmes des pays et les centres de services peuvent soit faciliter, soit entraver de bonnes ICP et un choix informé. Des politiques formulées clairement peuvent établir le choix informé comme étant le droit du client et faire du counseling une priorité programmatique. Les biais pour ou contre les méthodes, tels que les objectifs fixés au niveau du prestataire, les incitations en faveur de telle méthode, les préjugés personnels du prestataire et les réglementations, telles que celles exigeant un nombre donné d'enfants ou le consentement de l'époux, limitent les choix individuels et, partant, la réalisation des buts programmatiques<sup>15,16</sup>.

**3. Individualiser.** Vu que les vies et les personnalités des clients (et leurs intentions, préférences, connaissances, croyances, compétences, besoins et préoccupations à propos de la contraception) varient grandement, le counseling efficace est adapté à chaque individu<sup>17</sup>. Découvrir les caractéristiques individuelles, telles que la difficulté pour la cliente à adhérer à telle routine, permet au prestataire d'offrir une aide spéciale lorsque c'est indiqué. Par exemple, une étude américaine qui a examiné les taux d'abandon et d'échec de méthode pour les utilisatrices des contraceptifs oraux (CO) a montré qu'un quart à un tiers des utilisatrices auraient dû recevoir un counseling plus important sur les comportements liés au mode d'emploi, tel que les plans en vue d'opérationnaliser leurs intentions et stratégies pour se rappeler de prendre la pilule chaque jour<sup>18</sup>. Une analyse des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) a montré que les femmes qui utilisent pour la première fois la pilule et celles qui ont moins de 24 ans ont les taux d'abandon les plus élevés. Ces clientes ont probablement besoin d'un soutien plus important<sup>19</sup>. Certaines clientes ont également besoin de plus d'information et il faudra les rassurer davantage quant aux éventuels risques et conséquences des méthodes de PF pour la santé; peut-être ont-elles des croyances et perceptions profondément ancrées renforcées par les attitudes communautaires et les rumeurs qui entourent la planification familiale. La clarification devra se faire respectueusement.

Outre les facteurs individuels, une cliente peut se trouver dans telle étape du cycle de vie ou telle situation exigeant que le prestataire lui prête une attention spéciale. Un prestataire devrait "localiser" une femme et trouver ses intentions en matière de fécondité. Peut-être est-elle jeune et célibataire et souhaite-t-elle éviter la grossesse, peut-être s'agit-il d'une mère qui allaite et qui souhaite attendre avant d'avoir un autre enfant ou encore, est-elle une femme plus âgée qui ne souhaite plus d'enfants. Le conseiller doit également reconnaître que les intentions évoluent et sont souvent accompagnées d'ambivalence. En outre, la mesure dans laquelle une femme contrôle ses relations sexuelles influence le choix d'une méthode de PF. Par exemple, si une femme a un partenaire violent et si ce partenaire s'oppose à la PF, elle préférera utiliser une méthode non détectable et devra peut-être acquérir les compétences nécessaires pour discuter des questions reproductives avec son partenaire et négocier avec ce dernier. En outre, la nature de l'activité sexuelle d'une femme est pertinente – peut-être vit-elle une relation monogame ou peut-être a-t-elle de multiples partenaires sexuels. Si son partenaire travaille ailleurs, peut-être n'a-t-elle que des rapports sexuels peu fréquents<sup>20-22</sup>. En bref, le counseling contraceptif doit être adapté aux besoins de l'étape de la vie et du style de vie de chaque client.

**4. Encourager le client dans une interaction dynamique.** Seul un counseling interactif et dynamique (à savoir, quoi répondre aux besoins des clients) permet d'identifier les besoins, les risques, les préoccupations et les préférences des clients qui en sont à telle étape de la vie et dans telle situation. Toutefois, certains prestataires font du counseling un processus quasi-unilatéral; peut-être modèlent-ils un comportement observé dans leur propre formation, peut-être la distance sociale entre les prestataires et les clients fait qu'il est naturel de donner des instructions à un "patient". Par exemple, dans le cadre d'une étude du counseling, les prestataires parlaient longuement des méthodes disponibles et, ensuite, demandaient au client d'en choisir une. On discutait rarement des raisons faisant que tel client choisissait une méthode particulière et l'on ne vérifiait pas si les clients comprenaient l'information donnée. La même étude a conclu que les compétences des prestataires devaient être renforcées pour qu'ils puissent mieux déterminer quels sont les besoins des clients, classer en ordre prioritaire l'information pour la rendre pertinente au client et donner à celui-ci les moyens nécessaires de prendre une décision sur le plan de la PF<sup>23</sup>. Cette étude, ainsi que d'autres travaux de recherche, ont encouragé une formation qui est centrée sur le counseling comme étant une interaction dynamique où il ne s'agit pas tant d'"instruire" que de demander d'évaluer, d'écouter, d'encourager, de créer le rapport et de clarifier – et de laisser le client savoir à l'avance qu'une telle interaction a pour but de l'aider à faire le meilleur choix<sup>24,25</sup>. La formation en counseling a des résultats positifs pour le prestataire et le client; même l'enseignement à distance par la radio peut améliorer la performance des prestataires dans le cadre de l'ICP<sup>26-29</sup>.

**5. Eviter la surcharge d'information.** Il existe des limites à la quantité d'information que les personnes peuvent comprendre et retenir – autre raison pour laquelle le counseling ne devrait pas être dominé par une récitation sur chaque méthode offerte dans le cadre d'un programme. Les prestataires devraient **axer l'information factuelle sur la méthode choisie par le client** et être brefs, non techniques et clairs. Cette approche permet de mieux comprendre l'information-clé sur cette méthode (e.g., le mode d'emploi, les effets secondaires) et laisse suffisamment de temps pour poser des questions, pour clarifier et pour vérifier la compréhension. Mais au début de la séance, tous les clients devraient être informés qu'il existe diverses méthodes disponibles et que le conseiller sera heureux de les décrire si le client le souhaite. Une des grandes études faite à ce propos montre que les clients qui ont reçu le plus d'information étaient plus susceptibles d'abandonner la méthode que ceux qui avaient reçu moins d'information<sup>10</sup>. Cette situation est due

à la surcharge de l'information qui diminue la rétention de points-clés. Une séance dominée par l'information risque par ailleurs de laisser peu de temps pour aider le client à identifier les méthodes qui conviennent le mieux – ou peut-être le fait d'impartir plus d'information signifie que l'on n'a pas respecté les préférences initiales des clients. Les facteurs affectifs entrent également en jeu: une séance axée sur un prestataire peut mener au mécontentement des clients, facteur se répercutant négativement sur le rappel et l'adhésion à tel régime. Des études faites aux Etats-Unis ont montré que les gens n'arrivent pas à se rappeler de la moitié ou plus des informations et des instructions données lors des visites médicales de suivi. Ces études ont également montré que la participation du client et l'adaptation du volet éducatif au style d'apprentissage individuel permet une plus grande satisfaction des clients, l'adhésion au traitement et un meilleur résultat<sup>5,6</sup>. En outre, une information spécifique qui est organisée logiquement peut être mieux gardée et plus longtemps, surtout si l'on encourage les clients à poser des questions et à répéter les instructions avec leurs propres mots<sup>30</sup>.

**6. Utiliser et fournir des aides-mémoires.** Pendant la séance de counseling, l'utilisation d'affiches, de boîtes à images, de livrets avec images et d'échantillons de contraceptifs aident le client à se rappeler de l'information-clé et rappelle également au prestataire de discuter de points importants. L'utilisation de matériel éducatif que l'on peut emporter chez soi – prétesté aux fins de compréhension et d'acceptabilité culturelle avec les groupes de clients – aide les prestataires et les clients à se concentrer sur les points-clés pendant le counseling et permet aux clients de s'en rappeler par la suite. Le matériel que l'on peut emporter chez soi concernant la méthode aide à partager l'information exacte avec d'autres puisque les clients vont montrer ce matériel à leurs partenaires, amis et membres de la famille<sup>31,32</sup>.

### **Information-clé pour les clients qui choisissent une méthode contraceptive**

**1. Efficacité.** L'efficacité devrait être expliquée en termes facilement compréhensibles. Les prestataires doivent insister sur le fait que les méthodes contrôlées par les clients (par exemple, les CO, les méthodes de barrière, la planification familiale naturelle (PFN), la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)) ne préviennent efficacement une grossesse que si elles sont utilisées correctement et régulièrement – contrairement aux méthodes permanentes et à long terme (stérilisation, implants et DIU) dont l'efficacité se rapproche de 100% une fois qu'elles sont administrées correctement par le prestataire. Le counseling peut aider chaque client à peser les avantages, les inconvénients, efficacité avec autres caractéristiques de diverses méthodes et à envisager l'utilisation des méthodes à court terme dans le contexte de sa vie quotidienne (et de celle de son partenaire). Par exemple, les clients sont-ils capables et prêts à retarder les rapports pour insérer un spermicide, à prendre une pilule chaque jour ou à revenir pour la prochaine injection au bon moment? Pour les clients choisissant des méthodes à court terme, le counseling devrait porter sur l'utilisation correcte et régulière. Il est également utile pour les clients de recevoir des informations l'utilisation des CO en tant que contraception d'urgence et/ou sur les endroits où l'on peut obtenir la contraception d'urgence préemballée.

**2. Effets secondaires et complications.** Les clients ont besoin d'information sur les effets secondaires courants et la manière de les prendre en charge. Les clients doivent également recevoir des conseils sur les signes indiquant des complications rares et doivent savoir qu'il faut chercher immédiatement de l'aide en cas d'apparition de ces signes. Les prestataires devraient inviter les clients à revenir pour recevoir des conseils s'ils ont des problèmes et pour leur indiquer qu'ils peuvent changer de méthode s'ils ne sont pas contents. L'EDS et d'autres recherches ont identifié les effets secondaires et les problèmes de santé comme étant les principales raisons pour

lesquelles les clients abandonnent l'utilisation de la PF. La crainte de ces effets est également la principale raison pour laquelle ils n'adoptent les méthodes modernes<sup>19</sup>. Une étude africaine a montré que les femmes qui reçoivent un counseling inadéquat sur les effets secondaires sont plus susceptibles d'abandonner la PF lorsqu'elles ont des effets secondaires alors que celles qui ont été bien conseillées sur les effets secondaires continueront probablement la contraception avec la même méthode ou une méthode différente plus acceptable<sup>33</sup>. En Chine, les femmes qui ont reçu un counseling préalable sur le traitement des effets secondaires du DMPA ainsi qu'un soutien continu étaient presque quatre fois plus susceptibles de continuer avec cette méthode que les femmes qui n'avaient pas reçu de counseling<sup>34</sup>. Les femmes qui connaissent des effets secondaires pour lesquelles elles n'ont pas été suffisamment préparées se préoccupent des dangers pour leur santé ou craindront que l'effet secondaire, même s'il n'est pas dangereux, puisse être permanent et invalidant<sup>35</sup>. Elles peuvent même blâmer la méthode de causer des maux qui, pourtant, proviennent d'une cause différente. De telles préoccupations, suivies de l'arrêt de la méthode, décourageront probablement les autres personnes souhaitant utiliser la méthode puisque ces préoccupations se répandent de "bouche à oreille"<sup>7</sup>. En outre, une clarification respectueuse est nécessaire lorsqu'il existe des compréhensions erronées des effets, de la stérilisation masculine et féminine sur la santé et/ou la libido, les conséquences sanitaires des changements menstruels, le déplacement du DIU en dehors de l'utérus ou l'accumulation de pilule dans le corps.

**3. Avantages et inconvénients.** Outre les effets secondaires ainsi que les risques et les avantages pour la santé, les prestataires et les clients devraient discuter d'autres caractéristiques importantes de la méthode. C'est ce qu'on appelle "les avantages et les inconvénients" bien qu'il faille souligner que de telles perceptions varient grandement d'un individu et d'un couple à l'autre. Par exemple, certaines femmes souhaiteront la protection très efficace et continue qu'offre le DIU ou l'implant alors que d'autres ne seront pas à l'aise en ayant cet "objet" dans le corps ou souhaiteront avoir plus de contrôle leur permettant d'arrêter l'utilisation. D'autres encore souhaitent des méthodes avec le moins d'effets secondaires possibles alors que certaines femmes ne veulent pas d'une méthode qui doit être appliquée au moment des rapports sexuels. En outre, les clients évaluent différemment le mode d'application: certaines clientes favorisent les injections et d'autres ne les aiment guère; certaines rejettent les implants parce qu'ils peuvent être vus par d'autres personnes; certaines n'arrivent pas à se rappeler de prendre la pilule tous les jours; certains clients souhaitent des condoms suite à leur double protection alors que d'autres ne les trouvent guère agréables.

**4. Mode d'emploi.** Les clients ont besoin d'information brève et pratique sur la manière d'utiliser la méthode choisie ainsi que d'une explication sur la manière dont fonctionne la méthode afin de corriger, le cas échéant, les perceptions erronées (par exemple, à savoir que les contraceptifs oraux n'ont besoin d'être pris qu'en cas de rapport sexuel). Des instructions claires et spécifiques sont liées à une meilleure adhésion du client et à de meilleurs résultats et sont essentielles pour le counseling concernant les méthodes qui dépendent de l'utilisateur ou de l'utilisatrice telles que les CO et les méthodes de barrière. Les clientes devront se donner des stratégies pour utiliser régulièrement et correctement ces méthodes et auront besoin de conseils sur ce qu'elles doivent faire en cas d'échec de la méthode ou d'utilisation incorrecte (par exemple, lorsqu'elles oublient de prendre des pilules). Les programmes qui offrent aux femmes une éducation en santé reproductive (SR) peuvent les aider à utiliser correctement leur méthode en renforçant leur connaissances sur le système de reproduction, la grossesse et le fonctionnement de la contraception.

**5. Quand faut-il revenir.** Les clients ont besoin de conseils leur indiquant quand il faut revenir

pour un suivi ou un réapprovisionnement. La séance de counseling de suivi est un bon moment permettant de renforcer l'utilisation correcte et constante des méthodes contrôlées par les clients et de demander aux clients s'ils ont des effets secondaires désagréables qui doivent être traités. Peut-être, lors de ce suivi, faudra-t-il changer de méthode car l'on se rendra compte que le client connaît à présent des contre-indications médicales ou des changements dans sa situation personnelle (par exemple, le souhait de tomber enceinte dans six mois) ou dans son style de vie (la client a, à présent, de multiples partenaires). Les prestataires doivent non seulement indiquer aux clients quand ils doivent revenir mais doivent également leur dire qu'ils peuvent revenir à n'importe quel moment s'ils ont des questions ou des préoccupations. Les clientes choisissant les implants devraient recevoir une aide pour qu'elles se rappellent quand il faut les faire retirer – des visites de suivi peuvent être utiles – et doivent savoir qu'elles peuvent également les faire retirer à n'importe quel moment avant cette date.

**6. Prévention des MST/VIH.** Vu que la propagation d'infection par les MST/VIH continue, les messages d'évaluation de risque et de prévention des MST/VIH sont de plus en plus intégrés au counseling pour la PF. Les programmes trouvent diverses manières d'aborder le traitement et les références pour les maladies sexuellement transmissibles (MST). Les clients devraient être informés de l'éventuelle protection que confère leur méthode de PF contre les MST/VIH et savoir que l'abstinence ou l'utilisation correcte de condoms est le moyen le plus efficace pour les protéger<sup>36</sup>. Ceux qui utilisent des méthodes permanentes et à long terme utiliseront probablement les condoms dans une moindre mesure pour la protection, parce que la contraception revêt une priorité plus grande ou parce qu'ils n'associent plus les rapports sexuels et la nécessité d'être protégés. Certains – notamment les jeunes adultes ou les adolescents – pensent à tort que tous les contraceptifs protègent contre les MST/VIH. Une étude faite auprès d'adolescentes en Jamaïque a montré que 25% seulement d'entre elles savaient que les CO ne fournissaient pas une telle protection<sup>37</sup>. Les prestataires devraient aider les clients à évaluer dans quelle mesure ils risquent de contracter des MST/VIH et expliquer que le comportement d'un des partenaires signifie également risque pour l'autre<sup>38</sup>. On peut le faire de manière délicate ("Un grand nombre de femmes risquent de ne pas savoir que..."). Ceux exposés à un risque élevé ont besoin d'encouragement spécial, de compétences et de soutien pour utiliser les condoms en plus de toute autre méthode choisie. Le counseling du couple est probablement l'approche la plus efficace. Si ce n'est pas possible, il est bon, outre les messages de prévention, d'aider les clients à acquérir des compétences leur permettant de négocier l'utilisation des condoms et de communiquer avec les partenaires à propos des rapports sexuels.

### **Citations:**

1. Raymundo C, Cruz G. Family planning client-worker interaction as an ingredient of the quality of care. *Philippine Population Journal* 1993;9:(1-4).
2. Mensch B, Arends-Kuenning M, Jain A, Garate MR. Meeting reproductive goals: the impact of the quality of family planning services on unintended pregnancy in Peru. Research Division Working Paper No. 81. New York: Population Council, 1995.
3. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning* 1990;21(2):61-91.
4. Gallen M, Lettenmaier C. Counseling makes a difference. *Population Reports, Series J, No. 35*, 1987.
5. Delbanco T, Daley J. Through the patient's eyes: strategies toward more successful contraception. *Obstetrics & Gynecology* 1996;88(3 Suppl):41S-7S.
6. Ley P. Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology* 1982;21:241-54.
7. Bongaarts J, Watkins SC. Social interactions and contemporary fertility transitions. *Population and Development Review*. 1996;22(4):639-82.
8. Abdel-Tawab, Nahla and D. Roter. Provider-client relations in family planning clinics in Egypt. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, 1996.
9. Wells, E. Family planning counseling: meeting individual client needs. *Outlook* 1995;13(1).
10. Huevoz C, Malhorta U. Choice and user-continuation of methods of contraception, a multicentre study. London: IPPF, 1993.
11. Pariani S, Heer DM, Van Arsdol MD Jr. Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java. *Studies in Family Planning* 1991;22(6):384-90.
12. Dixon-Mueller R. The sexuality connection in reproductive health. In: Zeidenstsein, S. and K. Moore, eds., *Learning About Sexuality*. Population Council and International Women's Health Coalition, 1995.
13. Garcia SG, et al. Documenting preferences for contraceptive attributes. Paper presented at seminar, Woman's Health, Human Rights and Family

- Planning Programs in Mexico and Peru. Health & Development Policy Project and Population Council, 1996.
14. Becker S. Couples and reproductive health: a review of couple studies. *Studies in Family Planning* 1996;27(6):291-306.
  15. Family planning counseling: the international experience. New York: AVSC, 1992.
  16. Fort A. More evils of CYP. *Studies in Family Planning* 1996;27(4):228-31.
  17. Jain A, Bruce J. Implications of reproductive health for objectives and efficacy of family planning programs. Programs Division Working Papers, No. 8. New York: Population Council, 1993.
  18. Oakley D. Rethinking patient counseling techniques for changing contraceptive use behavior. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1994;170(5 Pt 2):1585-90.
  19. Ali MM, Cleland J. Determinants of contraceptive discontinuation in six developing countries. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, 1996.
  20. Brady, Martha, 1996. Personal communication.
  21. Dixon-Mueller R. Population policy and women's rights: transforming reproductive choice. Westport, CT: Praeger, 1993.
  22. Edwards SR. The role of men in contraceptive decision-making: current knowledge and future implications. *Family Planning Perspectives* 1994;26(2):77-82.
  23. Kim YM, Amissah M, Ofori JK, White K. Measuring the quality of family planning counseling: integrating observation, interviews and transcript analysis in Ghana (Project Report). Ghana Ministry of Health and Johns Hopkins University, Center for Communication Programs, 1994.
  24. Brown LD, et al. Improving patient-provider communication: implications for quality of care. Bethesda, MD: University Research Corporation, 1995.
  25. Roter D, Hall J. Doctors talking with patients, patients talking with doctors: improving communication in medical visits. Westport, CT: Auburn House, 1992.
  26. Verme CS, Harper PB, Misra G, Neamatalla GS. Family planning counseling: an evolving process. *International Family Planning Perspectives* 1993;19(2):67-71.
  27. Kim YM, Rimon J, Winnard K, Corso C, Mako IV, Lawal S, et al. Improving the quality of service delivery in Nigeria. *Studies in Family Planning* 1992;23(2):118-27.
  28. Heckert K. The distance education and interpersonal communication and counseling projects in Nepal. Paper presented at the APHA Annual Meeting, 1996.
  29. Becker J. Integrating sexuality into family planning services. Presentation at IPPF/WHO and Population Council Seminar, "What's Sex Got to Do With It?", 1996.
  30. Bertakis KD. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *Journal of Family Practice* 1977;5(2):217-22.
  31. Wittet S, et al. Nepal: evaluation of family planning booklets (Report). Baltimore: Johns Hopkins University, Population Communication Services.
  32. Haffey J, et al. Communicating Contraception. *Populi* 1985;11(2):31-9.
  33. Cotten N, Stanback J, Maidouka H, Taylor-Thomas J, Turk T. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and the Gambia. *International Family Planning Perspectives* 1992;18(4):145-9.
  34. Lei Z, Wu SC, Garceau RJ, Jiang S, Yang QZ, Wang WL, et al. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception* 1996;53(6):357-61.
  35. Mtawali G, Curtis K, Angle M, Pina M. Contraceptive side effects: responding to clients' concerns. *Outlook* 1994;12(3).
  36. Pachauri S. Relationship between AIDS and family planning programmes: a rationale for integrated reproductive health services. *Health Transition Review* 1994; 4 Suppl:321-48.
  37. Eggleston E, et al. Sexual activity and family planning: behavior, attitudes and knowledge among young adolescents in Jamaica. Paper presented at the Population Association Meetings, New Orleans, May 8-11, 1996.
  38. Caraël M, et al. Extramarital sex: implications of survey results for STD/HIV transmission. *Health Transition Review* 1994;4 Suppl:153-72.