



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Dispositif intra-utérin du postpartum (DIUPP) intégré aux services de santé maternelle

Expérience programmatique de plusieurs pays

Qui trouvera ce document utile ?

- Les décideurs politiques
- Les gestionnaires de programmes
- Les agents de santé maternelle et infantile

Qu'est ce qui est inclus ?

- Perspectives sur l'intégration dans les services de santé maternelle
- Expériences des pays : El Salvador, Guinée, Inde, Kenya, Paraguay, Rwanda, et Zambie

Au cours de ces dernières années, la communauté mondiale a connu un regain d'intérêt pour la pose des dispositifs intra-utérin en période de postpartum (DIUPP). En conséquence, l'expérience programmatique n'a cessé de croître depuis 2006. Dans le monde, on encourage de plus en plus les femmes à accoucher dans les structures de santé, ce qui multiplie les possibilités d'insertion immédiate d'un dispositif intra-utérin (DIU). On constate un renouvellement d'intérêt pour les services de planification familiale du postpartum (PFPP) à la lumière des recherches récentes qui valident les bienfaits pour la santé de limiter ou espacer les grossesses ou pour la mère et le bébé.¹ Le DIUPP est à l'intersection de la PFPP et de l'espacement sain des naissances lorsque le Copper T 380 A est utilisé pour les services de DIUPP.

L'objectif de cet article est 1) de présenter l'expérience récente sur le terrain du Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP), Population Services International (PSI) et Family Health International (FHI)-360 qui ont initié des services de DIUPP en les intégrant aux services de maternité, et 2) d'encourager les prestataires et les gestionnaires de santé à prendre note de certaines considérations programmatiques clés lors de l'initiation de services de DIUPP. L'expérience programmatique présentée ici s'inspire sur le travail à El Salvador, en Guinée, en



Inde, au Kenya, au Paraguay, au Rwanda, et en Zambie, où l'introduction du DIUPP a vu du succès. Des exemples de plaidoyer, de renforcement des services, de formation, de renforcement des capacités, de participation communautaire et de suivi et évaluation sont fournis tout le long du document.

“L'insertion du DIU immédiatement suivant l'accouchement paraît sûre et efficace, bien que des comparaisons avec d'autres moments d'insertion sont limitées. Les taux d'expulsion semblent plus élevés qu'avec l'insertion d'intervalle. Les avantages de l'insertion immédiatement suivant l'accouchement sont une forte motivation, la certitude que la femme n'est pas enceinte, et la commodité. La popularité de l'insertion du DIU immédiatement suivant l'accouchement dans des pays aussi divers que la Chine, le Mexique, et l'Égypte reflètent la faisabilité de cette approche ...Les DIUPP sont insérés dès l'expulsion du placenta jusqu'au premières 48 heures pour les femmes qui choisissent cette méthode et qui n'ont pas les complications d'hémorragies ou de septicémie.”
– Grimes et al. 2010. *Cochrane Database Systematic Review*. (5) : CD003036.

JUSTIFICATION DES SERVICES DE PFPP/DIUPP

Les services de PFPP sont une plateforme idéale pour repositionner la planification familiale. La grande majorité des femmes veulent éviter une autre grossesse pendant au moins deux ans après l'accouchement.² Une analyse d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 52 pays en voie de développement a révélé que les enfants conçus moins de 24 mois suivant la naissance précédente présentaient un risque d'un à deux fois supérieur de mourir dans la première année de vie (1,1 – 2,3) que les enfants conçus entre 36 à 47 mois d'intervalle.³ L'analyse des EDS démontre également que la probabilité qu'un enfant accuse un retard de croissance ou souffre de malnutrition chronique augmente substantiellement à mesure que diminue l'intervalle génésique. Les enfants conçus après un intervalle de 12 à 17 mois seulement sont 25% plus susceptibles d'accuser un retard de croissance et d'insuffisance pondérale par rapport à ceux conçus après un intervalle de 36 à 47 mois.⁴ Les DIUPP peuvent réduire la proportion des grossesses/naissances non désirées ainsi que les avortements car c'est l'une des méthodes les plus efficaces de planification familiale.

Le DIUPP est la seule méthode pour les couples qui veulent une méthode de planification familiale réversible, efficace, et de longue durée d'action qui peut être initiée au cours du postpartum immédiat même que lors de l'allaitement. Les critères d'éligibilité médicale (CEM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirment que les femmes allaitantes peuvent sans risque utiliser un DIUPP, les avantages étant plus importants que les risques. Les DIUPP sont efficaces par rapport au coût et peuvent être insérés par un prestataire de niveau intermédiaire. Les décideurs acceptent maintenant l'évidence que **la planification familiale est une intervention à faible coût qui réduit la mortalité maternelle, infantile et des moins de cinq ans.**

Expérience sur le terrain

MCHIP et d'autres ont introduit avec succès les DIUPP à plus de 65'000 femmes en postpartum dans le monde. L'**Inde** passe les services de DIUPP à l'échelle au niveau national, avec des services dans 19 de ses 28 états. Il y a des services de DIUPP dans chacune de cinq régions du **Rwanda**. Le **Kenya** vise un district où les sages-femmes offrent des services de DIUPP. La **Zambie** utilise un modèle de prestataires dédiés pour la PFPP. La **Guinée** a récemment démontré que lorsque les prestataires sont confiant dans la pose du DIUPP, ils augmentent également le nombre d'insertions de DIU d'intervalle. Le **Paraguay** a passé en revue rétrospectivement 8'499 cas de femmes ayant un DIUPP inséré à l'Hôpital national à Asunción.

Dans ces pays, les perspectives principales de ces programmes sont de :

- **Engager des experts** : dès la première étape du développement du programme, engager des experts reconnus dans ce domaine, tels que des professeurs d'obstétrique et leurs organisations professionnelles (par exemple, la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique, la Confédération Internationale des Sages-femmes et leurs filiales nationales). Les inclure lors des réunions des parties prenantes.
- **Faire le plaidoyer auprès des décideurs** : les décideurs cherchent des mécanismes visant à redynamiser la planification familiale, en particulier les méthodes de longue durée comme le DIU. En Guinée, en Inde, et au Rwanda, les ministères de la santé repositionnent les DIU immédiatement suivant l'accouchement et l'avortement.

Moment d'insertion du DIUPP

- Insertion post placentaire : dans les 10 minutes suivant l'expulsion du placenta
- Insertion per césarienne : avant la fermeture de l'incision utérine
- Avant la sortie de l'hôpital : insertion dans les 10 minutes ou jusqu'à 48 heures après la naissance

Quand poser un DIU d'intervalle ?

- A n'importe quel moment après quatre semaines postpartum si la femme n'est pas enceinte

- **Insister sur les choix éclairés et volontaires :** les prestataires doivent sensibiliser les femmes et recevoir leur consentement éclairé avant le travail, idéalement pendant les soins prénatals.
- **Réduire les besoins non satisfaits de planification familiale :** en 2012, 222 million de femmes ont un besoin non satisfait de contraception moderne. Ce chiffre a légèrement diminué entre 2008 et 2012 dans le monde en développement en général, mais il a augmenté dans les 69 pays les plus pauvres.⁵ En 2012, environ 53% des femmes (58 million) en Afrique subsaharienne qui voulaient éviter une grossesse n'utilisaient pas de planification familiale, ou utilisaient une méthode traditionnelle. Ces femmes représentent 91% des grossesses non-désirées.⁶ Les DIUPP sont l'une des nombreuses méthodes de planification familiale. Les avantages de cette méthode par rapport aux autres méthodes sont les suivantes :
 - Moins de fournitures et de personnel nécessaire pour les DIUPP que pour les DIU d'intervalle.
 - L'insertion du DIUPP prend quelques minutes seulement pour les femmes qui ont reçu un counseling, ont confirmé leur désir de cette méthode et que ces femmes ne présentent aucune contre-indication survenue lors du travail ou de l'accouchement pour un DIUPP.
 - Les DIUPP sont plus pratiques pour les prestataires et les clientes—utiliser l'occasion de l'accouchement quand la mère et le prestataire sont dans la structure sanitaire, veut dire qu'une autre visite de PF n'est pas nécessaire.
 - Les DIUPP répondent aux besoins en matière de reproduction des femmes qui veulent espacer leurs grossesses ainsi que de celles qui ont atteint la taille désirée de leur famille et souhaitent limiter de futures naissances.

Renforcement des services

Le DIUPP n'est pas un service séparé mais plutôt un service intégré aux services de santé maternelle pendant les visites de consultation prénatale (CPN) pour le counseling et le choix d'une méthode, et à l'accouchement et aux services après l'accouchement pour la prestation de la méthode. Souvent, les services dans les structures sanitaires ont besoin d'être renforcés, pour assurer en particulier que toutes les femmes sont conseillées efficacement et ont le temps de faire un choix éclairé et volontaire sur une méthode de contraception. Les pratiques de prévention des infections ont fréquemment besoin également d'être évaluées et renforcées. Une disponibilité continue de prestataires formés, de matériel et d'équipement doit aussi être mis en place. L'utilisation d'aides mémoires et de matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) peuvent être utiles pour promouvoir la qualité et l'acceptabilité des services. Le choix contraceptif de la mère doit toujours être communiqué efficacement entre le personnel de soins prénatals, de la maternité et du des consultations postnatales.

Dans le programme du Rwanda, le counseling en PFPP est systématiquement intégré lors de la CPN, travail et accouchement, et avant la sortie de l'hôpital. Le personnel de la maternité est formé, et les prestataires nouvellement formés reçoivent une supervision formative en temps opportun. Le taux d'acceptation du DIUPP est plus élevés dans les sites où tous ces domaines ont été renforcés

– FHI 360-évaluation menée par la direction technique de MCHIP et mise en œuvre du programme

Lors du renforcement de la prestation des services de PFPP, il faut penser à mettre à jour le personnel de la maternité, des soins prénatals et du postpartum, sur toutes les méthodes de contraception ainsi que la prestation de services de DIUPP. Une supervision continue assure la qualité des services. Les leçons apprises des programmes réussis de PFPP/DIUPP en matière de renforcement des services incluent :

- Assurer le choix éclairé et volontaire à travers un counseling et une prise de décision lors des visites de CPN et/ou lors de services préalables à la sortie de l'hôpital.
- Assurer que les fournitures, l'équipement et les articles requis pour les services sont disponibles sur le lieu d'insertion de DIU (par exemple, la salle de travail, la salle d'accouchement, le bloc opératoire, la salle d'intervention postpartum).
- Assurer la qualité des services en suivant les normes de performance/listes de vérification qui incluent le counseling en PFPP, l'évaluation des clientes, les pratiques de prévention des infections, les techniques correctes d'insertion, et les visites de suivi des clientes.
- Assurer que les prestataires font le placement au fond de l'utérus en redressant l'angle du bas de l'utérus en appuyant vers le haut sur l'utérus.
- Renforcer le système de suivi en créant des dossiers de suivi des insertions de DIUPP dans les lieux et lors des visites postnatales.
- Penser à contacter les femmes en postpartum par téléphone cellulaire et examiner seulement celles qui rapportent un problème.

Soins après avortement

Inclure le personnel de gynécologie qui traite les clientes en soins après avortement (SAA) dans la salle d'urgence. Plusieurs études suggèrent que les clientes de SAA cherchent une méthode efficace, comme un DIU, lors des soins.⁷ Cependant, si la cliente quitte la structure sanitaire sans une méthode, il est peu probable qu'elle revienne pour une insertion d'intervalle et elle est moins susceptible d'utiliser un DIU six mois après l'avortement.^{8,9}

PREPARER LE SITE DE FORMATION

Les programmes sur le terrain ont documenté un certain nombre de leçons apprises sur la préparation et la conduite efficace de la formation et du renforcement des capacités, y compris :

- Développer une équipe nationale de formation /renforcement des capacités (un corps d'un centre hospitalier universitaire respecté est un bon choix).
- Choisir un hôpital doté d'une maternité très fréquentée pour initier les services de PFPP/DIUPP. Un nombre élevé d'accouchements devrait permettre que suffisamment de femmes acceptent un DIUPP. Pendant la formation/le renforcement des capacités des sages-femmes en Zambie, chaque sage-femme a développé ses compétences et a pris confiance après la pose de DIUPP chez neuf clientes.¹⁰
- Former le personnel qui s'occupe effectivement de la majorité des accouchements dans les sites car ils agiront en tant qu'encadreurs lors de formations futures.
- Evaluer si le personnel qui servira d'encadreur a acquis la compétence pour services de DIUPP et applique les lignes directrices normalisées.
- Fournir l'information sur les services de DIUPP aux clientes de CPN pour créer la demande avant de mener la formation/le renforcement des capacités. Indiquer sur la carte de CPN que la cliente a reçu le counseling et signaler son choix de méthode de PFPP.

FORMATION ET RENFORCEMENT DES CAPACITES

- Démontrer toutes les composantes des services de DIUPP au cours de la formation axée sur la compétence/renforcement de la capacité, y compris le counseling, l'organisation des services, l'insertion de DIU, la prévention des infections, la documentation, et le suivi.
- Utiliser des modèles humanistes de sorte que les participants puissent acquérir des compétences avant le stage clinique.

- Les encadreurs doivent donner un feedback aux participants sur la pratique clinique dans un endroit privé sans clients. Les encadreurs devraient commencer par des observations positives et ensuite passer aux domaines à améliorer.
- Orienter tous les médecins, résidents, sages-femmes et infirmières de la structure de santé.
- Orienter le personnel de soutien, comme le personnel de nettoyage.
- Mener la supervision formative après formation/renforcement des capacités quatre à six semaines après la formation.

Les prestataires de santé des centres de santé périphériques, où les mères peuvent aller pour leur visite postnatale, devraient aussi recevoir une orientation sur les DIUPP. Par exemple, à El Salvador, les mères peuvent aller à un hôpital de district pour les soins prénatals et l'accouchement. Une fois la grossesse et l'accouchement passés sans problème, elles peuvent retourner à leur centre local de santé primaire. Dans un des sites du projet, où les prestataires des centres de santé périphériques n'étaient pas orientés sur les DIUPP, les mères se rendaient souvent dans de petits postes de santé pour les visites de suivi. Le personnel de PSI a cité une conséquence de la non orientation, "Quand les prestataires des petits postes de santé ont effectué la visite de postpartum à six semaines et ont découvert les fils de DIU in situ, ils les ont tirés."¹¹



2011 Atelier régional de DIUPP, Rajasthan, Inde

Approche intégrée

La prestation de services de DIUPP dans plusieurs programmes applique un modèle intégré de soins prénatals, soins pendant le travail et accouchement (T&A), et soins du postpartum. Au cours de la CPN, on demande aux femmes leurs objectifs en matière de reproduction et on les encourage d'attendre au moins 24 mois après l'accouchement avant d'essayer de tomber enceinte si elles prévoient d'avoir encore des enfants. Les femmes reçoivent également le counseling sur les diverses méthodes de PFPP pendant la CPN, y compris sur la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA), les injections d'AMPR, les préservatifs, les implants, les DIU et les méthodes permanentes. Afin d'améliorer la communication entre la CPN et le service de T&A, **plusieurs programmes sur le terrain ont efficacement utilisé un tampon pour indiquer la réalisation du counseling en PFPP et le choix d'une méthode de planification familiale de la part des clients.** Les femmes qui ne reçoivent pas de soins prénatals sont dépistées lorsqu'elles se présentent à la salle d'accouchement. Celles qui sont intéressées par le DIUPP sont évaluées sur leur condition clinique selon les critères d'éligibilité médicale de l'OMS. Le counseling en PFPP se fait en début du travail, le cas échéant, et de nouveau dans la salle de postpartum. Si la femme enceinte a choisi le DIUPP, on confirme son choix à nouveau avant l'accouchement. Ses antécédents médicaux sont également examinés pour déterminer s'il n'y a pas de contre-indications pour la pose du DIUPP.

Le Paraguay a défini cette approche intégrée en l'an 2000, qui depuis sert de modèle dans plusieurs pays où MCHIP appuie les programmes de DIUPP. A l'hôpital national à Asunción, au Paraguay, les femmes enceintes sont conseillées pendant la CPN sur la PFPP. Si ces femmes sont dans la première période du travail, et qu'elles peuvent faire un choix éclairé en contraception, elles reçoivent le counseling et l'offre de PFPP, y compris le DIUPP. S'il semble que la phase active ou d'autres conditions empêchent un choix éclairé, le counseling est différé jusqu'au premier jour après l'accouchement.

Normes et protocoles

La standardisation des prestations de soins de PFPP avec les directives nationales sert à assurer que les femmes reçoivent des services de PFPP de qualité. En Inde, l'inclusion de la PFPP dans les directives nationales renforce les efforts de passage à l'échelle, l'ensemble des institutions suivant le même processus. Les normes et directives sont la pierre d'assise de la qualité des soins. Elles servent de modèle pour la formation/le renforcement des capacités des prestataires, et permettent aux superviseurs d'aider le personnel à fournir des services de haute qualité. La création d'un programme d'assurance de la qualité au niveau institutionnel servira pour évaluer la performance dans la structure de santé, identifier les lacunes et mettre en place des interventions pour atteindre la performance désirée.

Supervision formative

Une formation ponctuelle n'est jamais suffisante. Les formateurs et les superviseurs doivent soutenir les prestataires nouvellement formés pour les aider à mettre en œuvre les services de PFPP/DIUPP et assurer la qualité des services à travers un suivi continu et le soutien technique. Dans le programme de MCHIP en Guinée les formateurs ont, immédiatement après la formation, aidé les prestataires à établir un service de DIUPP dans leur site, orienté tout le personnel, et évalué le circuit des clients et la disponibilité des instruments et des DIU dans la salle de travail et accouchement. Au Rwanda et en Inde, la supervision formative dans les six semaines suivant la formation et un suivi continu ont contribué à l'acceptation des DIUPP. La supervision formative au Rwanda a donné l'occasion pour les superviseurs et les prestataires de relever les défis et les obstacles à la prestation de services efficaces, tels que les mythes sur les DIU, le transfert du personnel formé, et le counseling minimal effectué pendant la CPN. Les superviseurs peuvent aussi contribuer à améliorer les compétences des prestataires en counseling et pour pratiquer la prévention des infections, prendre en charge les complications comme l'expulsion du DIUPP ou l'insatisfaction chez les clients. En outre, les superviseurs ont partagé les expériences d'autres sites avec les prestataires, ce qui pourrait leur permettre de relever certains de leurs défis.

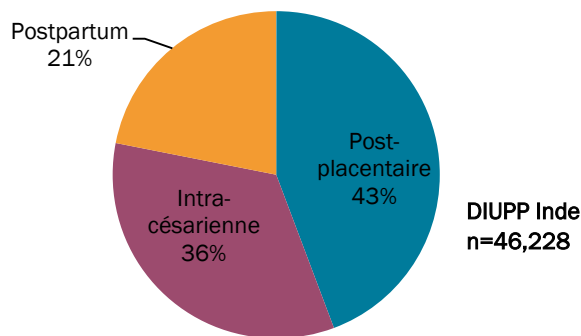
Suivi et Evaluation

Les indicateurs pour le suivi et l'évaluation des programmes de DIUPP peuvent inclure :

- Nombre de clientes en soins prénatals/femmes en début de travail et femmes en postpartum conseillées sur la PFPP
- Pourcentage de femmes qui ont accouché dans la structure de santé à qui on a inséré un DIUPP
- Pourcentage d'insertions de DIUPP post placentaires, intra césarienne et dans les 48 heures postpartum ou avant de quitter l'hôpital
- Pourcentage d'utilisatrices de DIUPP qui reviennent pour une visite de suivi dans les six semaines après l'accouchement
- Pourcentage d'utilisatrices de DIUPP qui ont signalé des complications comme l'expulsion spontanée, la grossesse, ou la demande de retrait dans les six premiers mois à cause des effets secondaires du DIUPP
- Pourcentage de structures de santé qui offrent des services de DIUPP
- Pourcentage de structures sanitaires qui fournissent des services de DIUPP et ont obtenu 80% des normes de performance nationales de la qualité pour les services relatifs aux DIUPP

Dans le programme de l'Inde, 34% des femmes porteuses de DIUPP ont été suivies. La plupart de ces femmes ont été vues en personne (76%). Les autres 24% ont été contactées par téléphone pour connaître l'état de leur DIUPP. Environ 6% des femmes qui ont eu un accouchement par voie vaginale dans les sites surveillés ont choisi un DIUPP (n=376,219), et 8% de celles qui ont eu une césarienne ont choisi la même méthode (n=164,550). La **Figure 1** indique le pourcentage des différents types d'insertion de DIUPP en Inde dans 19 états soutenus par plusieurs bailleurs : post placentaire (43%), intra césarienne (36%), et postpartum avant de quitter l'hôpital (21%).

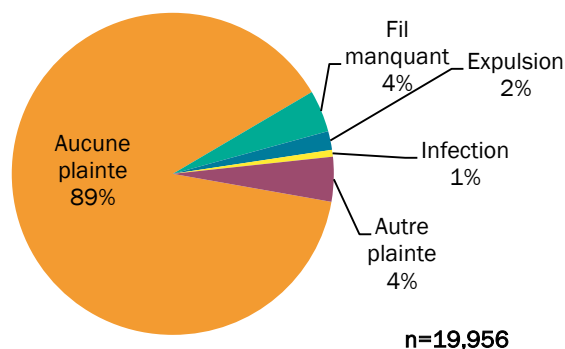
Figure 1. Pourcentage de types de DIUPP insérés, Inde



Selon les données des programmes des pays, la grande majorité des utilisatrices de DIUPP n'ont pas de complications. Par exemple, les complications parmi les utilisatrices de DIUPP au Paraguay sont de 4,9%, avec un taux d'expulsion spontanée très faible à 1,4%. Comme le montre la **Figure 2**, 89% des utilisatrices de DIUPP en Inde n'avaient aucunes plaintes ; 4% ont rapporté des fils manquants ; 2% l'expulsion ; 1% l'infection ; et 4% "autres plaintes" (par exemple des saignements, des crampes). En Guinée, 96% des femmes sont revenues pour le suivi, et le taux d'expulsion spontané était de 2,3% (n=1,160).

L'incidence de l'utilisation du DIUPP sur d'autres méthodes est intéressante. On a observé en particulier dans un site à Rajasthan, en Inde, une augmentation du taux d'acceptation du DIU d'intervalle, à mesure de l'augmentation du taux d'acceptation du DIUPP. Après que le programme de PFPP/DIUPP ait été lancé dans une structure de santé à Jaipur, en Inde (HB Kanwatiya), le pourcentage de la gamme de méthode est passé de 66% pour les méthodes de courte durée en 2010 à 50% en 2011 (ce qui signifie que les autres 50% étaient des méthodes de longue durée ou permanentes).

Figure 2. Résultats de visites de suivi du DIUPP après six semaines, Inde



ACCROITRE LA SENSIBILISATION ET FOURNIR DES INFORMATIONS

La communication pour le changement de comportement, le marketing social et la mobilisation communautaire (aux niveaux institutionnel et communautaire) peut créer la demande et augmenter l'acceptabilité des services de DIUPP. Certaines meilleures pratiques et leçons apprises sont décrites ci-dessous.

Niveau institutionnel

Le counseling en PFPP/DIUPP peut se faire pendant la période prénatale, en début de travail, après l'accouchement et avant de quitter l'hôpital, et pendant les discussions de groupe. Des posters d'IEC, des affiches et des aide-mémoires sont utiles. Le choix des mères en matière de PFPP doit toujours être communiqué entre agents de santé des services prénatals et T&A en notant systématiquement le counseling en PFPP et la méthode choisie sur la carte de la cliente. Les leçons apprises portent sur :

- **Inde** : tous les niveaux de personnel au sein des structures de santé doivent être orientés sur la terminologie de PFPP/DIUPP appropriée correspondant au niveau du personnel et sur les avantages pour les femmes en postpartum de quitter la structure avec une méthode réversible efficace.
- **El Salvador, Kenya** : Orienter le personnel qui travaille dans les centres de santé y compris en provenance des cliniques périphériques, qui s'occupe des clientes en prénatal et postpartum.
- **Paraguay** : Orienter le personnel de gynécologie qui travaille dans les salles d'urgences.
- **Inde, Kenya, Rwanda, et Zambie** : Engager les champions et agents de santé qui fournissent systématiquement des services de PFPP de haute qualité, qui offrent les DIUPP et sont des fervents prestataires de services de DIUPP.

Niveau communautaire

En Ethiopie, les agents de santé communautaires (ASC) ont augmenté la demande pour les méthodes de longue durée d'action grâce au counseling et à la référence.¹² Selon l'étude intitulée Fertilité Saine (Healthy Fertility Study) à Sylhet, au Bangladesh, il y a eu une augmentation d'utilisatrices de planification familiale à 18 mois postpartum dans la zone d'intervention qui utilise les ASC pour le counseling en PFPP, par rapport à la zone témoin. L'augmentation de l'utilisation de la planification familiale était de 47%, par rapport à 34% ($p < 0.001$).¹³ Les leçons tirées au niveau communautaire comprennent :

- **Mobiliser les agents de santé communautaire** pour le counseling sur la PFPP, y compris le DIUPP. L'orientation sur les DIUPP aidera les ASC à créer la demande pour la PFPP et les DIUPP, en partageant l'information appropriée avec la communauté, en dissipant les mythes et les idées fausses, en faisant la référence/liant les femmes vers la structure de santé pour recevoir des services.
- **Impliquer les décideurs**, dans la communauté et au foyer, à mieux faire comprendre et accroître le recours aux services de PFPP et DIUPP.
- **Engager les utilisateurs satisfaites en tant que champions** ou les pairs éducateurs qui peuvent parler franchement du DIUPP.

Messages clés pour les prestataires et les agents communautaires

- Pour la santé de la mère et du bébé, attendre deux ans au moins avant d'essayer de tomber enceinte à nouveau.
- La fécondité peut revenir avant la reprise des menstruations.
- Le DIUPP est une méthode réversible et efficace de planification familiale qui n'a aucun effet sur l'allaitement et peut être inséré avant de quitter l'hôpital/la maternité.
- Les effets secondaires courants consistent en un changement de la quantité du flux menstruel, ainsi qu'une augmentation des saignements légers entre les règles et de crampes menstruelles. Ces effets secondaires disparaissent habituellement avec le temps. Rarement, le DIUPP s'expulse spontanément.
- La mère doit revenir à la structure de santé six semaines après l'accouchement ou à tout moment si elle a une question ou un problème.

EN RESUME

La prestation et l'adoption des DIUPP sont réalisables tant pour les prestataires que pour les clientes. Une PFPP qui inclut les DIUPP a été utilisée dans plusieurs pays pour redynamiser la planification familiale, surtout à la lumière des avantages pour la santé des jeunes enfants et des mères lorsque le couple cherche à éviter une grossesse rapprochée ou non désirée. Au niveau mondial, on s'efforce à encourager les femmes d'accoucher dans une structure de santé. Cet effort se double d'une occasion d'encourager la PFPP, étant donné que le DIUPP peut être

utilisé pour espacer ou limiter de futures grossesses. Une récente expérience programmatique a démontré une baisse du taux d'expulsion d'entre 2% à 6%, par rapport à un taux de 10% à 15% qui avait été signalé dans la littérature.^{14,15} Une mise en œuvre efficace implique le renforcement des services, y compris la mobilisation de champions de DIUPP et la formation des prestataires qui font le counseling et de ceux qui assistent aux accouchements. La formation/le renforcement des capacités est plus efficace dans une maternité très fréquentée qui pratique la prévention des infections et le counseling, et qui a suscité une demande. Tout le personnel doit être orienté sur la PFPP et les DIUPP. Les formateurs doivent mettre en œuvre la supervision formative des prestataires peu de temps après la formation et planifier un suivi fréquent des services. Créer la demande en orientant les agents de santé communautaires à la PFPP/DIUPP, afin qu'ils partagent l'information appropriée avec la communauté, qu'ils dissipent les mythes et les idées fausses et fassent la référence/les liens entre les femmes et la structure de santé. Les prestataires doivent offrir un choix éclairé et volontaire à tous les niveaux ou un counseling et une prise de décision a lieu, que ce soit par un ASC, pendant une session de counseling en CPN, et en particulier lors du counseling ou de la réaffirmation du choix commis en CPN lorsque la femme est en travail, ainsi qu'avant sa sortie de l'hôpital. L'implication des décideurs, dans la communauté et au foyer, a été une stratégie efficace pour mieux faire comprendre et accroître le recours aux services de PFPP/DIUPP dans les programmes de nombreux pays.

¹ Davanzo J et al. 2008. The effects of pregnancy spacing on infant and child mortality in Matlab, Bangladesh : How they vary by the type of pregnancy outcome that began the interval. *Population Studies* 62 (2) : 131–154 ; Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. 2006. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes : A meta-analysis. *JAMA* 295 (15) : 1809–1823.

² Ross, JA et Winfrey WL. 2001. Contraceptive use, intention to use and unmet needs during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives* 27 : 20–27.

³ Rutstein SO. 2008. Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries : Evidence from the Demographic and Health Surveys. *DHS Working Papers, Demographic and Health Research* (41).

⁴ Ibid.

⁵ Singh S et Darroch JE. 2012. *Adding It Up : Costs and Benefits of Contraceptive Services. Estimates for 2012*. Guttmacher Institute.

⁶ Ibid.

⁷ Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT. 2011 Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration. *N Engl J Med* 364 : 2208–2217. [pour Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group].

⁸ Fox MC, Oat-Judgea J, Seversona K, Jamshidia RM, Singhb RH, McDonald-Mosleya R, Burke AE. 2011. Immediate placement of intrauterine devices after first and second trimester pregnancy termination. *Contraception* 83(2011) : 34–40.

⁹ Glazer AB, Wolf A, Gorby N. 2011. Postpartum contraception : Needs vs. reality. *Contraception* 83(3) : 238–241. +pub 2010 Aug 7.

¹⁰ Prager S, Gupta P, Chilambwe J, Vwalika B, Neukom J, Siamwanza et al. 2012. Feasibility of training Zambian nurse-midwives to perform postplacental and postpartum insertions of intrauterine devices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 117(3) : 243–247.

¹¹ Événement auxiliaire sur le DIUPP à la Conférence Internationale sur la Planification Familiale à Dakar, Sénégal, 28 novembre–4 décembre 2011.

¹² Les agents de santé communautaires (ASC) ont augmenté la demande pour les méthodes de longue durée d'action en Ethiopie.

¹³ Ahmed S et al. Integrating Family Planning within a Community-Based Maternal and Neonatal Health Program in Sylhet, Bangladesh, présentation à la réunion Asia Regional Meeting on interventions for impact in Essential Obstetric and Newborn Care, 4–6 mai, 2012, Dhaka, Bangladesh.

¹⁴ Grimes, DA, Lopez LM, Schulz, KF, Van Vliet, HA, Stanwood NL. 2010. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*, 12 mai 2010 (5)CD003036. DOI : 10.1002/14651858.CDC003036.pub2.

¹⁵ Kapp N et Curtis KM. 2009. Intrauterine device insertion during the postpartum period : A systematic review. *Contraception* 80(4) : 327–336.