

FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique) – Initiative relative aux DIU (dispositifs intra-utérins) post-partum



2013 - 2020



Contexte et introduction

Actuellement, on estime qu'environ 214 millions de femmes en âge de procréer dans les régions à faible revenu souhaitent retarder une grossesse, mais n'utilisent pas de contraception moderne. Si tous les besoins non satisfaits en matière de contraception moderne, dans les régions en développement étaient satisfaits, nous constaterions une réduction de trois quarts des grossesses non désirées, qui passeraient ainsi de 89 millions à 22 millions par an, soit une baisse significative des naissances non planifiées et une baisse des avortements volontaires de 48 millions à 12 millions par an¹.

Aux côtés de nos sociétés nationales membres, FIGO s'engage à promouvoir l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR), à réduire la mortalité maternelle et à améliorer les résultats périnataux et infantiles.

Les grossesses non désirées et rapprochées sont un problème de santé publique, car elles sont associées à une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles. L'OMS recommande un [intervalle de 24 mois](#) entre une naissance et la grossesse suivante pour le bien-être de la mère et de l'enfant².

Bien qu'il y ait eu une tendance à la hausse des taux d'accouchements hospitaliers³, cela ne s'est pas traduit par une augmentation de l'utilisation de la contraception post-partum. De tous les besoins non satisfaits en matière de contraception, en moyenne près des deux cinquièmes concernent les femmes qui ont accouché au cours de l'année écoulée⁴. La période post-partum immédiate présente une opportunité idéale pour fournir un service indispensable à ces femmes, car les femmes qui accouchent dans des établissements de santé à revenu faible ou intermédiaire y reviennent rarement pour obtenir des services de contraception.

En 2013, la FIGO s'est lancée dans un projet pilote pour renforcer la planification familiale post-partum



Formation de personnel de santé communautaire (CHW) au Kenya – FIGO/KOGS

(PFPP) et institutionnaliser la prestation de services de DIU post-partum (DIUPP) en partenariat avec notre société nationale au Sri Lanka (SLCOG). En tant que forme de contraception réversible à action prolongée, le DIU en cuivre peut être inséré juste après l'accouchement et offre une protection sûre ([catégorie 1 selon les critères d'éligibilité médicale](#)) et efficace pendant une durée pouvant aller jusqu'à 12 ans, ce qui permet à une femme de planifier sa famille et d'espacer les grossesses.

Suite au succès de ce projet pilote, nous l'avons étendu à l'Inde, au Népal, au Bangladesh, au Kenya et à la Tanzanie en 2015. Au cours des 7 dernières années, nous avons collaboré avec les sociétés nationales membres pour renforcer le leadership et la gouvernance locale, augmenter la capacité de main-d'œuvre et améliorer la gestion de l'information dans le cadre de la PFPP, en établissant directement l'approvisionnement de conseils dans le cadre de la PFPP et la prestation de services d'insertion de DIUPP dans plus de 56 établissements.



Une mère et son nouveau-né au Népal - FIGO/Eliza Bell

Notre théorie du changement :

Réduction de la
mortalité maternelle



Amélioration des
résultats périnataux

Augmentation du taux de contraception moderne
Meilleur espacement des naissances

Diminution des grossesses non désirées et des
avortements à risque

Système de santé mieux équipé pour fournir des services de PFPP / DIUPP



Leadership et Gouvernance

- Plaidoyer national et mondial
- Intégration de la PFPP dans les directives et politiques nationales
 - Renforcement des capacités des sociétés d'obstétrique et de gynécologie nationales pour promouvoir et fournir des services de PFPP



Main-d'œuvre

- Formation de prestataires de services dans le domaine des conseils relatifs à la PFPP et de l'insertion de DIUPP
- Intégration de la PFPP et des DIUPP dans le programme et la formation préalables au service
- Promotion du partage des tâches pour augmenter l'accès



Prestation des services

- Mise en place de services de conseils relatifs à la PFPP et aux DIUPP au niveau des établissements
- Implication des communautés par l'embauche de divers groupes communautaires spécialisés dans le domaine médical
- Soutien de la génération de la demande (matériels d'information, d'éducation et de communication)



Information

- Inclusion d'indicateurs concernant la PFPP dans les systèmes d'information sur la gestion de la santé (SIGS) gouvernementaux
- Mise en place de comités de sécurité et de surveillance des données, et d'audits réguliers
- Boucles de retour de données



Leadership et gouvernance

Un plaidoyer et un leadership ascendants sont essentiels pour obtenir un changement efficace à long terme. Pour y parvenir, notre initiative a œuvré en s'appuyant sur les sociétés nationales membres en tant que partenaire d'exécution local. Au début du projet, la PFPP n'était pas systématiquement incluse dans les directives, politiques et cadres nationaux pertinents. Chaque pays a développé et dirigé ses propres stratégies spécifiques à son contexte pour plaider en faveur d'une provision plus large de PFPP et d'une institutionnalisation des services de DIUPP au niveau des établissements et au niveau national. Les sociétés nationales membres ont appelé à un investissement continu dans le PFPP et les DIUPP à travers l'engagement national des parties prenantes et des organismes gouvernementaux et à travers la diffusion des réussites des projets. Nos sociétés ont été encouragées à partager leurs connaissances et leur expérience du développement de services de DIUPP sur des plateformes mondiales en participant à des conférences internationales et en rédigeant des publications. Grâce au renforcement continu des capacités, les sociétés sont bien placées pour continuer à être des leaders et des défenseurs solides des services de PFPP au-delà de la portée de cette initiative.

Au niveau mondial, nous avons réuni nos partenaires afin qu'ils partagent leurs expériences, en encourageant le partage d'informations et l'apprentissage, et en promouvant le leadership et la collaboration Sud-Sud. Grâce à notre portée, à notre influence et à notre collaboration avec des partenaires à niveau mondial, nous avons contribué à façonner la politique mondiale, permettant un meilleur accès à la PFPP et aux DIUPP. Notre matériel publié est disponible en français, en anglais et en espagnol, et a été largement diffusé.

Soins Prénatals au Sri Lanka – FIGO/Suzanna Bright



Coup de projecteur : Nationalisation au Sri Lanka

La nécessité de l'adhésion du gouvernement et de partenariats locaux solides avec les parties prenantes est cruciale pour toute initiative. Au Sri Lanka, cela a été la clé de l'inclusion par le gouvernement des DIUPP dans l'offre nationale de choix de contraceptifs. Une relation de travail étroite entre la société nationale membre et le bureau de la santé familiale, ainsi que des relations de travail solides, un engagement avec les membres et des boucles de rétroaction au sein de la société ont abouti à l'inclusion officielle des DIUPP dans les options de planification familiale nationale par le ministère de la Santé en 2017.



Main-d'œuvre

En utilisant une approche de formation des formateurs, nous avons créé des maîtres formateurs qui ont dispensé une formation en conseils et en insertion, ou uniquement en conseils, aux prestataires de soins de santé concernés. Nous avons formé des prestataires pour qu'ils fournissent des conseils équilibrés et non coercitifs dans le domaine des méthodes de PFPP disponibles. Les personnes éligibles à réaliser des insertions de DIUPP ont été formées à l'aide de la pince Kelly de 33 cm à long manche sur [des modèles Mama-U](#), et leurs compétences ont ensuite été évaluées. Des formations de remise à niveau régulières garantissaient que les internes avaient confiance en leurs compétences, englobaient les prestataires qui avaient récemment intégré le circuit et assuraient la mise à jour des compétences de la main-d'œuvre.

En collaboration avec les écoles régionales de médecine, d'infirmières et de sages-femmes, l'initiative a intégré la PFPP et les DIUPP dans les programmes de formation initiale et l'évaluation. Cette réalisation vitale garantit que les générations d'étudiants à venir

Coup de projecteur : formation professionnelle continue au Népal

Notre équipe au Népal a développé un package de formation professionnelle continue innovant sur la PFPP et les DIUPP. La formation de 12 jours, à raison de 2 heures par jour, a été introduite par la société en collaboration avec le gouvernement. Auparavant, les formations éloignaient le personnel de ses postes, créant une pénurie de personnel, mais avec la nouvelle formation professionnelle continue, la rétention des compétences a été améliorée et l'absentéisme réduit⁵.



Formation sur le terrain au Népal
– FIGO/NESOG

Coup de projecteur : formation de la génération suivante en Tanzanie

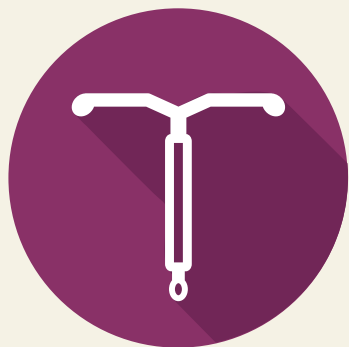
Grâce au travail de l'initiative relative aux DIUPP de la FIGO et à la collaboration avec un large éventail de parties prenantes nationales, les étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sages-femmes de Dar es Salaam, Mbeya et Dodoma reçoivent désormais une formation pratique et théorique actualisée, et bénéficient d'une évaluation dans le cadre de la PFPP.



Formation en Tanzanie – FIGO/TAMA

obtiendront leur diplôme avec les compétences et les connaissances nécessaires pour fournir des services de PFPP.

Bien que les services d'obstétrique et de gynécologie voient régulièrement des femmes au niveau des établissements, des conseils de qualité sur la PFPP sont également dispensés en dehors des hôpitaux. Comblar le fossé entre les soins en établissement et la communauté est essentiel pour assurer la continuité des soins et pour garantir l'équilibre entre l'offre et la demande de services de PFPP. Notre projet s'est déployé en collaboration avec des agents communautaires au Kenya⁶ et au Népal⁷, pour promouvoir la formation sur la PFPP et le soutien aux services de conseils et de suivis prénatals pour les utilisatrices de DIUPP dans les établissements de niveau inférieur, ainsi que dans leurs communautés et à domicile.



Prestation des Services

L'établissement de services d'insertion de DIUPP sûrs et efficaces a été un élément central de notre initiative. Le projet a montré aux femmes, à leurs familles, aux prestataires de services et aux décideurs politiques que l'insertion de DIU dans la période suivant immédiatement l'accouchement est non seulement faisable, mais sûre et très efficace.

Nous avons travaillé avec 56 établissements dans tous les pays de notre initiative, pour intégrer la fourniture de DIUPP dans les soins de routine. Les coordinateurs des établissements et leurs adjoints ont été identifiés pour agir en tant que « parrains » dans chaque hôpital. Dans les établissements où les conseils relatifs à la PFPP n'étaient pas dispensés de manière systématique, nous les avons introduits dans les

Coup de projecteur : conseils de qualité au Bangladesh

Au Bangladesh, où de nombreux mythes et tabous persistent dans les communautés concernant les DIU, des conseillers dédiés aident à établir des relations avec les femmes et à leur fournir des informations de manière claire et équilibrée. Cette démarche peut faire toute la différence. Najbin Akter s'appuie sur son expérience personnelle lors de séances de conseils avec des femmes pour y parvenir.

« Je travaillais ici depuis de nombreux mois, je parlais aux femmes des méthodes de contraception disponibles et je les aidais à décider lesquelles utiliser. Quand j'ai dû choisir une méthode pour moi-même, j'avais besoin d'une contraception réversible à action prolongée, car je voulais avoir un autre enfant 5 ou 6 ans plus tard. Par conséquent, je n'ai pas hésité à choisir le DIUPP. Comme il s'agit également d'une méthode non hormonale, je peux allaiter mon bébé, ce qui est important pour moi. »



Session de conseils en Inde – FIGO/AVNI/FOGSI

Coup de projecteur : partage des tâches en Inde

Lorsque l'initiative d'insertion de DIUPP a été lancée dans l'établissement de Kalyani, en Inde, le recours aux DIUPP était inférieur à 1 %. Après avoir introduit le partage des tâches d'insertion des DIUPP auprès des infirmières, l'accès à la méthode a été considérablement élargi, ce qui a entraîné une augmentation de 37 % de son utilisation⁸. Les taux d'expulsion sont restés dans la fourchette attendue et les comparaisons entre les sous-groupes d'insertion par des infirmières et des médecins n'ont révélé aucune différence significative^{8,9}.

établissements de soins prénatals et postnatals. Là où ces services existaient, les informations ont été révisées pour inclure les DIUPP.

De nouveaux outils de conseils et des matériels d'information, d'éducation et de communication approuvés par le gouvernement ont été introduits, et des systèmes d'orientation ont été mis en place pour que le personnel des salles de travail puisse facilement identifier les femmes consentant à l'insertion d'un DIUPP, ce qui permet d'introduire une procédure « à intervention unique ». Des contrôles de suivi six semaines après l'insertion ont été systématiquement proposés à toutes les femmes recevant un DIUPP pour surveiller leur bien-être et traiter les éventuelles complications.

Il subsiste une pénurie importante de personnel sanitaire dans de nombreux contextes, ajoutant une pression supplémentaire au processus de provision de services de SSR de qualité. Le cas échéant, nous avons étendu la formation à nos collègues infirmières et sages-femmes, en partageant avec succès les tâches de conseils et d'insertion, ce qui nous a finalement permis d'atteindre plus de femmes.



Information

Une collecte et une surveillance solides des données sont essentielles pour garantir des services de qualité et soutenir la planification des effectifs. En tant qu'initiative introduisant une nouvelle composante de soins, il était impératif de surveiller les formations, d'effectuer un suivi des conseils fournis et des insertions réalisées, et de suivre les femmes pour assurer leur bien-être.

Dans tous les établissements, les agents de collecte de données ont consigné les informations clés, interrogé les femmes et enregistré les insertions et les résultats à 6 semaines de suivi. Les données qu'ils ont fournies ont été essentielles aux coordinateurs des établissements dans le suivi de leur service, et ont permis aux équipes nationales et au siège de la FIGO de suivre l'avancement du projet. Dans chaque

pays, des comités de surveillance de la sécurité des données ont été créés. Ils se réunissaient régulièrement pour examiner les données de prestation de services et fournir des conseils, le cas échéant. Une fois les données sur la sécurité et la qualité documentées et publiées⁹, nous sommes entrés dans notre phase de pérennisation durant laquelle nous avons travaillé avec les gouvernements nationaux pour intégrer les indicateurs de base relatifs à la PFPP dans leurs systèmes d'information de gestion de la santé (SIGS). À la fin de notre initiative, toutes nos installations collectaient régulièrement des données sur la PFPP et les intégraient dans leur système SIGS national existant.

Coup de projecteur : changements dans le SIGS au Kenya

Promouvoir l'inclusion d'indicateurs relatifs aux DIUPP dans les registres de collecte de données SIGS au Kenya était un objectif clé tout au long du projet. Ce processus de collaboration était dirigé par le gouvernement et incluait une variété de parties prenantes en plus de la société kenyane d'obstétrique et de gynécologie. À partir de 2019, la collecte de données nationale kényane a été révisée pour enregistrer des données sur le nombre et le calendrier des insertions de DIUPP, ainsi que d'autres indicateurs relatifs à la PFPP tels que la provision de conseils. Ce degré élargi de surveillance permet des boucles de rétroaction et une planification plus efficaces des services de PFPP au niveau des établissements, des comités et des pays.

Principaux jalons de l'initiative d'insertion de DIUPP

Tout au long du projet, 701 715 femmes ont reçu des conseils complets sur la PFPP dans nos établissements, et 84 935 femmes ont choisi et reçu un DIU immédiatement après leur accouchement.



10 641

Prestataires formés
(conseils uniquement)

9 368

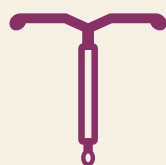
Prestataires
(conseils et insertion)

20 009

Nombre total de
prestataires formés

1 628

Agents de santé
communautaires
formés



1 244 167

Femmes ayant
accouché dans nos
48 établissements
principaux*

701 715

Femmes ayant
reçu des conseils*

84 935

Femmes ayant donné
leur consentement*

74 417

Femmes ayant
reçu un DIUPP*

**Données enregistrées à partir d'avril 2014 au Sri Lanka et de septembre 2015 jusqu'à la fin du projet en Inde, au Népal, au Bangladesh, au Kenya et en Tanzanie.*

Rates:

Pourcentage de femmes conseillées par rapport au nombre d'accouchements	58%
---	------------

Pourcentage de femmes consentantes par rapport au nombre de femmes conseillées	12%
--	------------

Pourcentage d'insertions par rapport au nombre de femmes conseillées	11%
--	------------

Pourcentage d'insertions par rapport au nombre de femmes consentantes	88%
---	------------

Recherche

À la FIGO, nous tenons passionnément à tirer les enseignements de notre travail. Dans le cadre de notre initiative, nous avons mené à bien plusieurs projets de recherche, à la fois pour informer notre propre pratique et pour démontrer la sécurité et l'impact des services d'insertion de DIUPP au niveau mondial.

En 2018, nous avons publié un numéro hors-série consacré aux DIUPP dans [le International Journal of Gynecology and Obstetrics](#). La mise en commun des données dans les six pays a montré que les taux d'infection et de perforation étaient minimes, et que les taux d'expulsion étaient <3 % (comme pour les DIU d'intervalle). La recherche au niveau national incluait : les facteurs influençant l'acceptabilité et l'adoption des DIUPP, le partage des tâches (la contribution des infirmières et des sages-femmes à la prestation de services), l'effet de la formation des agents de santé communautaires, l'impact de la formation complète de conseillers dédiés sur l'adoption de la PFPP, les résultats à long terme (12 mois), ainsi que sur les aspects cliniques tels que les lochies et l'anémie après l'insertion d'un DIUPP.

Les gouvernements ont des décisions difficiles à prendre en matière d'allocation des ressources au sein des systèmes de santé. Dans cet esprit, la FIGO a commandé une évaluation économique de l'initiative en Tanzanie et au Bangladesh afin d'examiner la rentabilité des DIUPP. Cette recherche a démontré qu'investir dans l'expansion nationale des services d'insertion de DIUPP permet non seulement de sauver des vies et d'améliorer la santé et le bien-être des femmes et des enfants, mais se traduira également par des économies à long terme pour le gouvernement.

Principaux Enseignements :

1. Les DIUPP sont sûrs et efficaces.

Fournir des DIU immédiatement après l'accouchement est un moyen sûr et efficace d'augmenter l'utilisation de la PFPP et de réduire les besoins non satisfaits de planification familiale.

2. Des conseils de qualité en matière de PFPP sont vitaux.

Fournir des conseils complets à différents moments est un facteur clé pour accroître la participation.

3. Le partage des tâches d'insertion accélère les progrès.

Les DIUPP peuvent être insérés par un éventail de prestataires de soins de santé, d'infirmières, de sages-femmes et de médecins avec des résultats comparables, ce qui augmente considérablement le taux de participation et aide à atteindre un plus grand nombre de femmes.

4. Le parrainage fait toute la différence.

L'identification de « parrains » dédiés à la prestation de services permet de maintenir la continuité des services, la motivation des prestataires et la qualité des soins.

5. Cela étend l'impact de l'initiative à l'ensemble de la communauté.

Impliquer des agents communautaires dans les formations est vital pour garantir que des messages cohérents et fiables parviennent à toutes les femmes.

6. Les partenariats favorisent la pérennisation.

La création de nouveaux services soutenus par la politique gouvernementale et conformes aux plans du système de santé garantit leur pérennisation.

7. Les données entraînent le changement.

La collecte de données à tous les niveaux est essentielle pour surveiller les services, façonner leur développement, informer les pratiques et orienter les plans et politiques futurs.

8. La nationalisation des services profite à l'économie.

Non seulement les femmes et leurs familles bénéficient de l'accès à des services d'insertion de DIUPP, mais cela entraîne également des économies en matière de santé et profite à l'économie de l'ensemble du pays.

Notre initiative a permis à des femmes d'accéder à des contraceptifs réversibles à action prolongée pour permettre l'espacement des grossesses, réduisant ainsi le besoin de méthodes permanentes telles que la stérilisation et en y améliorant l'accès à des femmes qui, autrement, n'auraient bénéficié d'aucune contraception. Les femmes se voient désormais également proposer une gamme de méthodes de PFPP, y compris l'insertion de DIUPP, dans le cadre de soins de routine, ce qui leur offre un plus grand choix. En plaçant le leadership local au cœur de son travail, la FIGO s'est associée aux sociétés nationales membres pour aborder la question dans le cadre de leur responsabilité professionnelle, un élément clé de l'impact à long terme de l'initiative.



Remerciements

Nous remercions les sociétés nationales : SLCOG (Collège des obstétriciens et gynécologues du Sri Lanka), NESOG (Société des obstétriciens et gynécologues du Népal), OGSB (Société des obstétriciens et gynécologues du Bangladesh), KOGS (Société obstétrique et gynécologique du Kenya), AGOTA (Association des gynécologues et obstétriciens de Tanzanie), FOGSI (Fédération des sociétés d'obstétrique et de gynécologie de l'Inde), ainsi que la TAMA (Association des sages-femmes de Tanzanie) et la fondation pour la santé AVNI pour leur engagement et leur travail acharné dans la mise en œuvre de cette initiative.

Nous remercions les ministères de la Santé des gouvernements de l'Inde, du Népal, de la Tanzanie, du Bangladesh, du Kenya et du Sri Lanka. En outre, nous souhaitons remercier toutes les autres parties

prenantes qui ont joué un rôle clé dans la mise en œuvre de l'initiative, des établissements participants aux services de formation et de données gouvernementales en passant par les facultés de médecine et autres organisations non gouvernementales.

Nous remercions particulièrement le professeur Sabaratnam Arulkumaran pour son soutien, sa direction et ses conseils indéfectibles tout au long du projet, de sa conception initiale à sa clôture finale. Nous tenons à en profiter pour remercier les membres passés et présents de l'équipe DIUPP au siège de la FIGO et de chaque équipe nationale qui ont travaillé dur pour garantir le succès de cette initiative.

Enfin, nous tenons à remercier notre donateur anonyme pour sa généreuse subvention et son soutien continu.



Bibliographie

- 1 Guttmacher Institute. Adding it up: Investing in Contraception and Maternal Newborn Health, 2017. 2017. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>. Consulté le 20 mai 2020.
- 2 OMS. Rapport d'une consultation technique de l'OMS sur l'espacement des naissances [site Web de l'OMS]. 2005. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing05/en/ Consulté le 22 mai 2020.
- 3 Montagu, D et al (2017). "Where women go to deliver: understanding the changing landscape of childbirth in Africa and Asia" Health Policy and Planning, Volume 32, Issue 8, October 2017, 1146–1152. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx060>
- 4 Ross, J and Winfrey, W (2001). "Contraceptive Use, Intention to Use and Unmet Need During the Extended Postpartum Period", International Family Planning Perspectives, 27 (1):20-27.
- 5 Thapa K, Dhital R, Karki Y B, Rajbhandari S, Amatya S, Pande S, Tunnacliffe EA. Institutionalizing postpartum family planning and postpartum intrauterine device services in Nepal: Role of training and mentorship. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12604>
- 6 Odongo B.E, 2Kihara A.B, Shena W, Mwenda G, Muyabwa J, Muthigani W, Achia T, Gathara D, Kosgei RJ. COMPARISON OF COUNSELLING RATES BEFORE AND AFTER COMMUNITY HEALTH VOLUNTEERS (CHV) ENGAGEMENT IN COUNSELLING ON FAMILY PLANNING AND PPIUD IN KENYA. 2019. 30 (1). <https://jogeca.or.ke/folder/journal/articles/3rd%20Article-Odongo%20BE.pdf>
- 7 Thapa K, Dhital R, Rajbhandari S, Mishra S, Subedi S, Dotel BR, Vaidya S, Pande S, Tunnacliffe E-A, Makins A & Arulkumaran S. Improving post-partum family planning services provided by female community health volunteers in Nepal: a mixed methods study. BMC Health Services Research. 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7027278/>
- 8 Bhadra B, Burman S, Purandare C, Divakar H, Sequeira T, Bhardwaj A. The impact of using nurses to perform postpartum intrauterine device insertions in Kalyani Hospital, India. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12602>
- 9 Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Munganyizi P, Odongo E, Divakar H, Fatima P, Thapa K, Perera G, Arulkumaran S. FIGO's postpartum intrauterine device initiative: Complication rates across six countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12600>



figo.org

@FIGOHQ

FIGO House, Unit 3, Waterloo Court,
10 Theed Street, London, SE1 8ST, UK