



# FIGO<sup>®</sup>

International Federation of  
Gynecology and Obstetrics

*the Global Voice for Women's Health*

## **Fiche technique :**

# Mise en œuvre des services relatifs aux dispositifs intra-utérins post-partum (DIUPP) dans les établissements de santé



## Introduction

On estime qu'environ 214 millions de femmes en âge de procréer dans les régions à faible revenu souhaitent éviter de tomber enceintes, mais n'utilisent pas de moyens de contraceptions modernes.<sup>1</sup> L'accès à des conseils complets en matière de planification familiale et à un choix de contraceptifs permet à une femme de retarder ou d'espacer ses grossesses et, par conséquent, de planifier sa famille, ce qui à son tour, apporte une multitude d'avantages pour sa santé et celle de son bébé, ainsi que de meilleures opportunités de vie.

Étant donné que les taux d'accouchements hospitaliers augmentent et que les services de maternité sont souvent les seuls établissements de santé avec lesquels les femmes entrent en contact, la période post-partum représente une occasion idéale d'accroître l'accès des femmes aux conseils en matière de contraception et de leur offrir le choix de la planification familiale.<sup>2</sup>

L'initiative relative aux DIUPP lancée par la FIGO a été mise en œuvre [dans six pays](#), dans le but de combler cette lacune dans le continuum des soins de santé maternelle, en répondant aux besoins de contraception post-partum des femmes, en augmentant la capacité des professionnels de santé à conseiller dans le domaine de la planification familiale post-partum (PFPP) et à proposer des DIUPP. 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).<sup>3</sup> Cette note présente un guide pratique pour les sociétés et les cliniciens intéressés par la mise en œuvre de consultations en PFPP et de prestation de services relatifs aux DIUPP dans leurs propres établissements, ou au niveau régional ou national.

## Types de PFPP Disponibles

La version mise à jour des [critères d'éligibilité médicale \(2015\)](#)<sup>4</sup> décrit les méthodes contraceptives suivantes comme étant sûres (catégories 1 et 2 selon les critères d'éligibilité médicale) dans la période suivant immédiatement l'accouchement (dans les 48 heures) pour les femmes qui allaitent et celles qui n'allaitent pas :

- Préservatifs
- Aménorrhée lactationnelle
- Pilule progestative
- Stérilet en cuivre intra-utérin (DIUPP)
- Dispositif intra-utérin (contenant du Lévonorgestrel)
- Implant de progestérone
- Stérilisation chirurgicale

Les détails concernant les avantages et les inconvénients de chaque méthode sont disponibles dans la littérature pertinente.<sup>4,5,6</sup>

## Pourquoi Utiliser des Dispositifs DIUPP ?

- Les DIU sont une méthode contraceptive à action prolongée et réversible.
- Le DIU est une méthode peu coûteuse.<sup>7,8</sup>
- Les DIU peuvent être insérés immédiatement après l'expulsion du placenta, **suite à un accouchement par voie vaginale normale ou opératoire, ou par césarienne.**
- Les DIUPP sont une méthode d'espacement des grossesses particulièrement utile dans les situations où l'accès aux soins de santé peut être limité, car ils durent de 5 à 12 ans selon le type.
- Une fois formés, des prestataires de niveau intermédiaire peuvent insérer des DIUPP dans le cadre du partage des tâches.<sup>9,10</sup>
- Le DIUPP n'interfère pas avec l'allaitement.
- Le DIUPP est relativement indolore lorsqu'il est inséré immédiatement après l'accouchement par rapport au DIU d'intervalle.
- Les risques de perforation utérine et d'infection sont extrêmement faibles.<sup>3</sup>

## Données concernant l'initiative relative aux DIUPP lancée par la FIGO

**701 715**

Femmes ayant reçu des conseils

**74 417**

Femmes ayant reçu un DIUPP

**9 368**

Prestataires formés en insertion et conseil

**10 641**

Prestataires formés exclusivement en conseil

## Fourniture d'un service relatif aux DIUPP

Les services de PFPP / DIUPP devraient être intégrés dans les services de maternité, ainsi que dans les structures existantes du système de santé. Pour en assurer la pérennisation, il est fortement recommandé d'incorporer la prestation de services relatifs aux DIUPP dans la formation du personnel existant, à moins que le gouvernement ne s'engage à continuer de financer le personnel nouvellement nommé. La formation initiale et la formation professionnelle continue sont essentielles pour maintenir la prestation de ces services, au même titre que la garantie du niveau des effectifs. La disposition d'un service relatif aux DIUPP comporte deux aspects : les conseils relatifs à la PFPP et l'insertion de DIUPP.

**Conseils relatifs à la PFPP :** Un service de conseils relatifs à la PFPP qui informe les femmes au sujet des DIUPP, ainsi que d'autres méthodes de contraception post-partum disponibles dans le pays, doivent être créés. Le service doit fournir des conseils équilibrés sur toutes les méthodes disponibles et veiller à ce que les femmes reçoivent suffisamment d'informations pour prendre une décision éclairée concernant leurs options de planification familiale. Ce service peut être fourni pendant les rendez-vous prénatals, mais il est également possible de conseiller les femmes pendant le travail précoce ou dans la période post-natale immédiate. Le DIUPP peut être inséré en toute sécurité jusqu'à 48 heures après l'accouchement. Le conseil en matière de PFPP doit être intégré dans les tâches de tous les prestataires de services, afin d'améliorer l'accès des femmes au service. Les recherches menées sur l'initiative relative aux DIUPP lancée par la FIGO ont montré que le fait de recevoir plusieurs séances de conseils et, par conséquent, une exposition accrue aux conseils, est le seul facteur constamment associé à une utilisation accrue des DIUPP, par rapport à d'autres facteurs, tels que la présence de personnel spécialisé dans le domaine.<sup>11</sup>

**Insertion de DIUPP :** Une femme peut recevoir un DIUPP au moment de la césarienne ou dans les 48

## RECOMMANDATION CLÉ

**Partage des tâches :** Le partage des tâches est fortement recommandé, en particulier dans les établissements où les femmes n'entreront en contact avec les sages-femmes que pendant l'accouchement. Au cours de l'initiative relative aux DIUPP lancée par la FIGO, l'introduction du partage des tâches en Inde a augmenté l'adoption du DIUPP de <1 % à 37 %<sup>9</sup> et en Tanzanie, plus de 58 % des insertions ont été effectuées en toute sécurité par des sages-femmes.<sup>10</sup>

heures suivant l'accouchement vaginal. L'insertion d'un DIUPP n'est pas recommandée entre 48 heures et 6 semaines après l'accouchement. Il est recommandé de concevoir un système de routine qui identifie clairement les femmes qui ont consenti à l'insertion d'un DIUPP pendant les séances de conseils, par exemple en inscrivant le consentement d'une mère pour la méthode de contraception de son choix sur ses notes de grossesse. Cela signifie qu'une procédure « à intervention unique » est possible, ce qui est très avantageux et pratique pour les femmes.

## Sélection des établissements

Les hôpitaux doivent être sélectionnés en fonction de leur capacité à fournir des services de DIUPP (à la fois de conseils et d'insertions) et à former des prestataires. Pour optimiser l'impact, les grands hôpitaux universitaires sont recommandés, en raison du nombre élevé d'accouchements qu'ils pratiquent, de l'importance de leur personnel, de leur accès aux prestataires d'internes et de leur capacité à influencer sur les critères médicaux et infirmiers. Cependant, cela doit être équilibré avec la nécessité de fournir une planification familiale post-partum dans les communautés périphériques, où de plus petites structures facilitent souvent la création de nouveaux services. Veuillez consulter le tableau 1 pour prendre connaissance des critères détaillés de sélection des établissements.

Tableau 1 : Critères recommandés de sélection des établissements

Essentiels	Souhaitables
<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacité à organiser des formations portant sur la PFPP et les DIUPP pour les prestataires</li><li>• Les services d'insertion de DIUPP ne sont pas encore fournis</li><li>• Présence d'un service maternité / prénatal</li><li>• Présence d'une chaîne d'approvisionnement en DIU</li><li>• Politique gouvernementale locale / nationale favorable</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accès au plus grand pool d'internes / prestataires d'internes</li><li>• Le plus grand impact lié à la rotation des médecins</li><li>• Établissements pratiquant un nombre élevé d'accouchements</li><li>• Capacité à influencer sur la formation médicale et infirmière</li><li>• Besoin non satisfait élevé de l'accès à la contraception</li></ul>

## Localisation géographique des établissements :

Souvent, les femmes n'accouchent pas dans le même établissement qu'elles fréquentent pour les visites prénatales, ou ne retournent pas dans le même établissement où elles ont accouché pour les visites postnatales. Cela peut conduire les femmes à consentir à l'insertion d'un DIUPP mais à ne pas y avoir accès, ainsi qu'à des difficultés de suivi après l'insertion. Pour résoudre ce problème, un exercice de cartographie pourrait être effectué lors de la sélection des établissements pour s'assurer que l'approvisionnement de services est réparti sur l'ensemble de la zone géographique. Dans la mesure du possible, la formation portant sur les DIUPP et la prestation de services devraient être déployées à plusieurs niveaux pour aider à résoudre ce problème.

### RECOMMANDATION CLÉ

**Personnalisation :** La prestation de services de DIUPP, y compris les modalités de formation et la mise en œuvre, devra être adaptée au contexte du système de santé local. Elle variera selon le pays, la région et l'établissement.

## Formation des prestataires

Une approche de formation des formateurs peut être utilisée à la fois pour le conseil en matière de DIUPP et la formation à l'insertion, dans laquelle les maîtres formateurs transmettent la formation à tous les membres du personnel éligibles à fournir des conseils sur la planification familiale et / ou à l'insertion des DIUPP dans les établissements.

Des formations de mise à jour régulières sont conseillées pour s'assurer que les prestataires nouvellement nommés bénéficient de la formation et que ceux qui ont déjà été formés possèdent des compétences et des connaissances à jour. Un autre format de formation qui a connu un grand succès dans le cadre de l'initiative relative aux DIUPP lancée par la FIGO, a été conduit au Népal où une méthodologie de formation « sur le terrain » a permis de former les prestataires sans les éloigner de leur cadre de travail quotidien habituel.<sup>12</sup> Ces deux méthodologies peuvent être intégrées à la formation médicale continue (FMC) en place au sein des hôpitaux ou de la société nationale membre. Des documents relatifs au conseil par des prestataires et à la formation à l'insertion sont disponibles [ici](#).

### RECOMMANDATION CLÉ

**Formation :** La modalité des formations doit être adaptée aux besoins locaux, au contexte et aux directives nationales.

## Formation en conseil :

### Modèle de formation recommandé :

Le MODÈLE GATHER

Les prestataires doivent être formés pour offrir des conseils équilibrés sur toutes les méthodes disponibles de planification familiale post-partum, y compris les DIUPP. Une formation portant uniquement sur le conseil peut être offerte à des groupes de prestataires de services qui ne sont pas susceptibles d'insérer des DIUPP. Au cours de l'initiative relative aux DIUPP lancée par la FIGO, le rôle des conseillers non professionnels qui ont été formés en planification familiale s'est avéré inestimable dans certains pays, tel que le Bangladesh et l'Inde, et devrait être envisagé dans les établissements où le flux de patientes prénatales est très élevé, et de ce fait rendant impossible l'accès à un conseil de qualité si celui-ci est uniquement confié aux médecins et aux sages-femmes. De même, au Kenya et au Népal, des bénévoles médicaux communautaires ont également été formés pour conseiller les femmes et leurs partenaires sur la planification familiale au sein de leurs communautés, ce qui a permis une plus grande acceptation de la méthode.<sup>13,14</sup>

**Équipement nécessaire :** Scénarios-types pour le jeu de rôle, informations sur les avantages et les inconvénients de tous les types de contraceptions post-partum. Dans la mesure du possible, il est recommandé de fournir des aides visuelles aux femmes, telles que des dépliants, des affiches, des fiches et des vidéos dans les langues locales en plus des services de conseils.

### Formation sur l'insertion :

La formation à l'insertion doit inclure les deux méthodes (vaginale / césarienne) selon les besoins du prestataire.

**Accouchement par voie vaginale :** Les prestataires doivent être formés sur des modèles Mama-U, en utilisant une pince Kelly courbée de 33 cm à manche long, pour s'assurer que le DIU atteint le haut du fond de l'utérus. Les pinces Kelly à manche long sont recommandées, plutôt que les pinces tissulaires ou à éponge de 24 cm, qui n'atteignent pas le fond de l'utérus, ce qui augmente le risque d'expulsion.

**Accouchement par césarienne :** Cela peut être réalisé à la main ou à l'aide d'une pince tissulaire, et s'effectue sous vision directe afin de réaliser un placement fundique.

**Équipement nécessaire :** Pince Kelly incurvée de 33 cm à manche long, modèles Mama-U de Laerdal, DIU, pince porte-éponge, haricot / avaloir, spéculum Simms, source de lumière, tableaux à feuilles mobiles, ressources et vidéos.

## Illustration 1 : Insertion vaginale de DIUPP



**(A)** Pince tissulaire (24 cm, gauche) comparée à la pince Kelly longue (33 cm) utilisée pour le placement fundique du dispositif intra-utérin (DIU) dans l'utérus post-partum ; **(B)** L'insertion du DIU avec une pince tissulaire atteint la région isthmique de l'utérus ; **(C)** Insertion avec une pince de Kelly longue et incurvée pour placer le DIU au fond de l'utérus.<sup>6</sup>

## RECOMMANDATIONS CLÉS

### Formation des bénévoles médicaux communautaires

: Dans les pays où les systèmes de santé ont des bénévoles médicaux communautaires, tirer parti de leurs réseaux dans la communauté peut être très avantageux, de ce fait nous recommandons que les initiatives de PFPP soient liées aux programmes de développement communautaire.

**Conseillers dédiés en planification familiale :** Dans les pays où le flux de patientes prénatales dans les établissements est très élevé, des conseillers en planification familiale désignés peuvent améliorer la quantité et la qualité des conseils fournis et devraient être envisagés par le gouvernement s'ils sont viables à long terme.

## Évaluation de la formation des prestataires

Un ensemble cohérent de normes et de compétences minimales de formation doit être défini pour évaluer les compétences des prestataires, sur la base des modules de formation nationaux. Elles pourraient inclure :

- La durée et le contenu de la formation
- Le nombre d'insertions réussies sur mannequins et d'insertions supervisées sur des patients vivants

## Collecte de données et audits

La collecte de données doit être mise en place dans les systèmes d'information de gestion de la santé (SIGS) existants afin que la qualité du service puisse être garantie. Alors que des études ont suggéré que les performances des DIU, y compris les taux d'expulsion, varient en fonction de l'expérience clinique,<sup>15</sup> il est

important de surveiller de manière proactive la qualité de la formation et de la prestation de services au moyen d'outils établis et de processus normalisés. Les systèmes de collecte de données doivent inclure : les taux de conseils liés à la PFPP, les taux de consentement à l'insertion d'un DIUPP, les taux d'insertion de DIUPP, les taux de complications liés à l'insertion de DIUPP (infection, perforation, taux d'échec) et un suivi à 6 semaines qui comprend l'expulsion et le retrait.

Les données doivent être facilement disponibles pour être utilisées au sein des établissements afin de faciliter la planification des services et de soutenir la gestion du personnel formé. Il est conseillé de créer un « comité de surveillance de la sécurité des données » composé de prestataires / gestionnaires expérimentés pour examiner régulièrement les données du service. Une formation supplémentaire du personnel à la collecte et à l'analyse des données peut être nécessaire.

Un audit régulier (tous les six mois) de la structure et du processus est recommandé pour garantir le succès de la mise en œuvre. Il doit inclure : l'équipement nécessaire, le matériel IEC, les ressources humaines, etc. Un exemple [est disponible ici](#).

## RECOMMANDATION CLÉ

**Collaboration :** Une collaboration étroite est nécessaire entre toutes les parties prenantes, les sociétés nationales membres, les ministères gouvernementaux et la direction des établissements. S'assurer que tous sont impliqués dans les processus de prise de décisions augmente la motivation et encourage les prestataires à tous les niveaux, à changer leurs pratiques et à intégrer les services de DIUPP dans leurs soins de santé courants.

**En savoir plus en consultant :** [figo.org/ppiud-project](http://figo.org/ppiud-project)

## 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 Singh S, Darroch JE. Adding it up: Costs and Benefits of Contraception Services Estimates for 2012. 2012. Guttmacher Institute and United National Population Fund (UNFPA) ; <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf> Consulté le 20 mai 2020.
  - 3 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>
  - 4 OMS. Critères d'éligibilité médicale pour l'utilisation des contraceptifs, cinquième édition. [Site Web de l'OMS]. 2015. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/). Consulté le 20 mai 2020.
  - 5 Makins A, Cameron S. Post Pregnancy Contraception. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.01.004>.
  - 6 De Caestecker L, Banks L, Bell E, Sethi M, Arulkumaran S. Planning and implementation of a FIGO postpartum intrauterine device initiative in six countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12598>
  - 7 Wall K, Cost per insertion and couple year of protection for postpartum intrauterine devices and implants provided during service scale-up in Kigali, Rwanda. *Gates Open Research*. 2020. <https://gatesopenresearch.org/articles/2-39>
  - 8 Economic Evaluation Report. Eva G, Gold J, Dalziel K. Economic Evaluation of the FIGO Postpartum IUD Initiative in Bangladesh and Tanzania, Report prepared for the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 2020. <https://www.figo.org/ppiud-project-economic-evaluation>
  - 9 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>
  - 10 Muganyizi PS, Kimario G, Ponsian P, Howard K, Sethi M, Makins A. Clinical outcomes of postpartum intrauterine devices inserted by midwives in Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12603>
  - 11 Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Thapa K, Peera G, Munganyizi P, Bhardwaj A, Arulkumaran S. Factors influencing the likelihood of acceptance of postpartum intrauterine devices across four countries: India, Nepal, Sri Lanka and Tanzania. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12599>
  - 12 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>
  - 13 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/>
  - 14 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>
  - 15 Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HA. Immediate postpartum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(6). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003036.pub2/abstract>
-



[figo.org](http://figo.org)

@FIGOHQ

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

---

Published: June 2020