

JOURNAL DE LA SAGO

(Gynécologie – Obstétrique et Santé de la Reproduction)

ISSN : 2712-7230



NUMERO SPECIAL FIGO (International Federation of Gynaecology and Obstetrics)

ANNEE 2019

VOLUME 20

NUMERO 1

SOMMAIRE

EDITORIAL

- Institutionnalisation des dispositifs intra-utérins post-partum.
A. Makins, S. Arulkumaran..... 1

TRAVAUX ORIGINAUX

- Planification et mise en œuvre d'une initiative FIGO de dispositif intra-utérin du postpartum dans six pays
L.D. Caestecker, L. Banks, E. Bell, M. Sethi, S. Arulkumaran..... 4
- Facteurs influençant la probabilité d'acceptation des dispositifs intra-utérins en post-partum dans quatre pays : Inde, Népal, Sri Lanka et Tanzanie.
A. Makins, N. Taghinejadi, M. Sethi, K. Machiyama, K. Thapa, G. Perera, P. S. Munganyizi, A. Bhardwaj, S. Arulkumaran.....16
- Initiative FIGO du dispositif intra-utérin en post-partum : taux de complications dans six pays.
A. Makins, N. Taghinejadi, M. Sethi, K. Machiyama, P. Munganyizi, E. Odongo, H. Divakar, P. Fatima, K. Thapa, G. Perera, S. Arulkumaran.....23
- Quatre ans d'initiative FIGO de dispositifs intra-utérins en post-partum au Sri Lanka : initiative pilote de la politique nationale
D. S. Weerasekera, L. Senanayake, P. U. Ratnasiri, G. Y. Perera, S. Lanerolle, S. S. Godakandage, R. de Silva, L. Fernando..... 33

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL

- Institutionalisation of post-partum intrauterine device
A. Makins, S. Arulkumaran..... 1

ORIGINAL PAPERS

- Planning and implementation of a FIGO postpartum intrauterine devices initiative across six countries
L.D. Caestecker, L. Banks, E. Bell, M. Sethi, S. Arulkumaran..... 4
- Factors influencing the likelihood of acceptance of postpartum intrauterine devices across four countries :
India, Népal, Sri Lanka et Tanzania
A. Makins, N. Taghinejadi, M. Sethi, K. Machiyama, K. Thapa, G. Perera, P. S. Munganyizi, A. Bhardwaj, S. Arulkumaran..... 16
- FIGO postpartum intrauterine device initiative: complication rates across six countries.
A. Makins, N. Taghinejadi, M. Sethi, K. Machiyama, P. Munganyizi, E. Odongo, H. Divakar, P. Fatima, K. Thapa, G. Perera, S. Arulkumaran..... 23
- Four years of the FIGO postpartum intrauterine device initiative in Sri-Lanka: pilot initiative of national politics
D. S. Weerasekera, L. Senanayeke, P. U. Ratnasiri, G. Y. Perera, S. Lanerolle, S. S. Godakandage, R. de Silva, L. Fernando..... 33

COMITE DE PARRAINAGE

M. KONE (Abidjan), I. TAKPARA (Cotonou), J. LANKOANDE (Ouagadougou), H. ILOKI (Brazzaville), J. EKOUNDZOLA (Brazzaville), N. KEITA (Conakry), S. BAETA (Lomé), D. BALDE (Conakry), E. ALIHONOU (Cotonou), S. ANONGBA (Abidjan), M.K. BOHOUSSOU (Abidjan), K.T. COULIBALY (Abidjan), F. DIADHIOU (Dakar), J.C. MOREAU (Sénégal), A.S. DOH (Douala), A. DOLO (Bamako), A. LALONDE (Canada), K. AKPADZA (Lomé), B. KONE (Ouagadougou), N. KONE (Abidjan), R. LEKE (Yaoundé), A.N. MONGANZA (Kinshasa), B.T. NASAH (Yaoundé), R.X. PERRIN (Cotonou), C. WELFFENS-EKRA (Abidjan), M. CHAABOUNI (Tunis), H. MAAOUNI (Maroc)

COMITE DE LECTURE

M. OUNDO (Bénin), C. OUEDRAOGO (Burkina Faso), A. OUEDRAOGO (Burkina Faso), T. SY (Guinée), D. BALDE (Guinée), Y. HYJAZI (Guinée), L. BEAVOGUI (Guinée), S. BONI (Côte d'Ivoire), E. BOHOUSSOU (Côte d'Ivoire), G. PRIVAT (Côte d'Ivoire), S. MAYI-TSONGA (Gabon), H. ILOKI (Congo), EKOUNZOLA (Congo), I. TEGUETE (Mali), M. SYLLA (Mali), R. BEZA (Maroc), M. NAYAMA (Niger), A. DIOUF (Sénégal), C.T. CISSE (Sénégal), O. NDIAYE (Sénégal), A. FAYE (Sénégal), K. AKPADZA (Togo), A SEPOU (RCA), K. NEJI (Tunisie)

COMITE DE REDACTION

Rédacteurs en Chef : A. DIOUF (Sénégal) ; S. BONI (Côte d'Ivoire)

Rédacteur Adjoint : S.M.K. GUEYE (Sénégal)

Responsables thématiques :

- *Oncologie-Gynécologie* : A. HORO (Côte d'Ivoire)
- *Obstétrique/Médecine Périnatale* : Y. TRAORE (Mali)
- *Santé de la Reproduction* : Y. HYJAZI (Guinée)
- *Gynécologie/Fertilité* : D.G. KOMONGUI (Bénin)

SPONSORSHIP COMMITTEE

M. KONE (Abidjan), I. TAKPARA (Cotonou), J. LANKOANDE (Ouagadougou), H. ILOKI (Brazzaville), J. EKOUNDZOLA (Brazzaville), N. KEITA (Conakry), S. BAETA (Lomé), D. BALDE (Conakry), E. ALIHONOU (Cotonou), S. ANONGBA (Abidjan), M.K. BOHOUSSOU (Abidjan), K.T. COULIBALY (Abidjan), F. DIADHIOU (Dakar), J.C. MOREAU (Sénégal), A.S. DOH (Douala), A. DOLO (Bamako), A. LALONDE (Canada), K. AKPADZA (Lomé), B. KONE (Ouagadougou), N. KONE (Abidjan), R. LEKE (Yaoundé), A.N. MONGANZA (Kinshasa), B.T. NASAH (Yaoundé), R.X. PERRIN (Cotonou), C. WELFFENS-EKRA (Abidjan), M. CHAABOUNI (Tunis), H. MAAOUNI (Maroc)

READER'S COMMITTEE

M. OUNDO (Bénin), C. OUEDRAOGO (Burkina Faso), A. OUEDRAOGO (Burkina Faso), T. SY (Guinée), D. BALDE (Guinée), Y. HYJAZI (Guinée), L. BEAVOGUI (Guinée), S. BONI (Côte d'Ivoire), E. BOHOUSSOU (Côte d'Ivoire), G. PRIVAT (Côte d'Ivoire), S. MAYI-TSONGA (Gabon), H. ILOKI (Congo), EKOUNZOLA (Congo), I. TEGUETE (Mali), M. SYLLA (Mali), R. BEZA (Maroc), M. NAYAMA (Niger), A. DIOUF (Sénégal), C.T. CISSE (Sénégal), O. NDIAYE (Sénégal), A. FAYE (Sénégal), K. AKPADZA (Togo), A SEPOU (RCA), K. NEJI (Tunisie)

EDITORIAL BOARD

Editors: A. DIOUF (Sénégal) ; S. BONI (Côte d'Ivoire)

Adjunct Editor: S.M.K. GUEYE (Sénégal)

Thematic Leaders:

- *Oncology-Gynecology:* A. HORO (Côte d'Ivoire)
- *Obstetrics/Perinatal Medicine:* Y. TRAORE (Mali)
- *Reproductive Health:* Y. HYJAZI (Guinée)
- *Gynecology/Fertility:* D.G. KOMONGUI (Bénin)

INSTITUTIONNALISATION DES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS POST-PARTUM

A. MAKINS, S. ARULKUMARAN

On estime que 220 millions de femmes ont besoin d'une contraception moderne mais ne peuvent y accéder pour diverses raisons [1]. La pauvreté, l'inégalité entre les sexes, le manque d'accès aux services de santé, les services de mauvaise qualité, ainsi que les ruptures de stock de produits de base sont quelques motifs qui expliquent une proportion importante de besoins non satisfaits. De nombreuses femmes dans les Pays à Revenu Faible ou Intermédiaire (PRFI) sont jeunes lorsqu'elles fondent leur famille. Les méthodes permanentes qui peuvent être disponibles, telles que la ligature des trompes, ne sont pas idéales en raison de leur irréversibilité et les options des femmes peuvent être limitées aux méthodes dépendantes de l'utilisateur avec des taux d'échec élevés, comme les préservatifs, la pilule contraceptive orale et les méthodes injectables [2]. Une planification familiale sûre peut être difficile à réaliser ; ce qui signifie que les possibilités de s'occuper convenablement de leurs enfants vivants et de contribuer à l'entretien de la famille sur le plan économique est difficile, ce qui perpétue le cycle de la pauvreté.

L'OMS recommande 24 mois d'intervalle intergénéral pour réduire le risque de conséquences maternelles, périnatales et infantiles néfastes [3]. Du point de vue pédiatrique, les intervalles de naissance courts sont associés à un risque accru de mortalité néonatale, de mortalité infantile, de décès d'enfants de moins de 5 ans et la malnutrition infantile [3,4]. Du point de vue obstétrical, les intervalles de naissance courts ont été associés à un risque accru de naissance prématurée, de naissance de petits bébés pour l'âge gestationnel et d'avortement spontané [5]. De plus, une utilisation optimale de la planification familiale pourrait éviter 32% des décès maternels grâce à la prévention des naissances à risque ainsi celle des avortements légaux et clandestins [6]. Lutter contre la mortalité maternelle de manière traditionnelle en améliorant l'accès aux soins obstétricaux et leur qualité est une intervention complexe, alors que la lutte contre les faibles taux de prévalence contraceptive représente une option relativement plus simple et plus rentable, souvent avec des résultats plus rapides.

Bien que les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) soient sur le marché depuis de nombreuses années (avec quelques produits plus récents), leur fiabilité accrue n'a pas été mise à profit. Les implants hormonaux sous-cutanés et les

dispositifs hormonaux intra-utérins sont relativement onéreux pour les gouvernements des pays à revenu faible ou intermédiaire en l'absence de subventions et d'ajustements de prix. Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre, d'autre part, est largement disponible comme méthode contraceptive à longue durée d'action depuis des années, et a l'avantage d'être rentable et non hormonal [7]. Bien que des DIU en cuivre soient disponibles, leur taux d'utilisation n'est pas élevé. Dans les PRFI, les femmes rencontrent des obstacles pour fréquenter les cliniques de planification familiale car elles sont parfois submergées, inaccessibles ; si elles y accèdent, elles peuvent les trouver non fonctionnels ou alors rencontrer des prestataires ne veulent pas ou ne sont pas qualifiés dans l'insertion du DIU. Fournir des méthodes injectables, des pilules contraceptives et des préservatifs est une solution beaucoup plus rapide pour les prestataires de soins de santé surchargés de travail.

Le nombre croissant de naissances en structure au niveau mondial donne l'occasion d'introduire des DIU au cuivre en post-partum qui sont fiables et peuvent être conservés jusqu'à 10 ans, si la femme le souhaite. L'insertion dans la période post-partum, surtout si elle est effectuée après la délivrance à l'accouchement par voie basse ou par césarienne, est une procédure relativement facile qui peut être effectuée immédiatement après la naissance, évitant ainsi toute intervention supplémentaire. Cette approche à en un temps permet à la femme de rentrer chez elle en sachant qu'elle dispose d'un contraceptif fiable in situ qui n'influencera pas sa capacité à allaiter ou ne l'obligera pas à revenir pour un suivi fréquent.

La fourniture de contraception dans les services de maternité s'éloigne du modèle traditionnel de soins offerts aux femmes où la planification familiale est discutée après 6 semaines dans des cliniques dédiées à ce type de service ; par conséquent, l'application doit être planifiée stratégiquement.

La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a reconnu l'impact potentiel sur la santé publique que le DIU post-partum (DIUPP) pourrait avoir, en particulier dans les PRFI, et a lancé à cette fin une initiative qui a débuté en 2013 [8]. Le projet a ciblé des pays intéressés par le DIUPP non seulement parce qu'ils pouvaient organiser ces services, mais aussi en raison des avantages que cette méthode confère à la santé maternelle et

Tirés à part : Anita Makins, Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, Londres, Royaume-Uni.

MAKINS A., ARULKUMARAN S. Institutionnalisation des dispositifs intra-utérins post-partum. Journal de la SAGO, 2019, vol.20, n°1-3

périnatale en plus d'offrir une contraception fiable aux femmes. Cependant, il y avait un scepticisme au sujet des DIUPP chez certains membres du personnel de santé car la littérature cite des taux d'expulsion et de complications variables, et les tentatives précédentes n'avaient pas rendu la méthode populaire [9].

Après une première phase pilote réussie dans six hôpitaux du Sri Lanka, la FIGO avait confiance dans le modèle et croyait en l'impact potentiel sur la santé publique ; l'initiative a donc été étendue à un total de 48 hôpitaux dans six pays : Sri Lanka, Inde, Népal, Bangladesh, Kenya et Tanzanie. Cette parution présente la planification et la mise en œuvre des deux phases de l'initiative FIGO PPIUD, décrivant les étapes franchies et les résultats globaux en matière de counseling, d'insertion et de suivi à 6 semaines. Les leçons tirées de l'initiative dans son ensemble et de différents pays sur divers aspects sont décrites.

Au total, 36 766 femmes ont eu un DIUPP inséré dans les six pays et un suivi chez plus de 50% des femmes, a montré que le taux d'expulsion était inférieur à celui indiqué auparavant, soit 2,6% [10]. Les taux d'infection sévère (maladie inflammatoire pelvienne) n'étaient que de 0,01% et il n'y avait pas un seul cas de perforation. La méthodologie enseignée et utilisée était une insertion haute au fond de l'utérus à l'aide de la pince de Kelly. Une formation en cours d'emploi a été développée au Népal et s'est avérée très efficace, avec l'avantage de ne pas éloigner le personnel de santé du lieu de travail pour une formation organisée [11]. Le partage des tâches d'insertion des DIU par les sages-femmes et les infirmières en Inde [12], au Népal, [10] au Kenya [10], et en Tanzanie [13] s'est avéré extrêmement efficace, avec une progression des taux d'acceptation et très peu de modification des taux de complications. La formation de conseillers non professionnels au Bangladesh avait certains avantages, bien que ce ne soit pas l'impact initialement attendu sur l'acceptation du DIUPP [14] ; ceci révélait que des facteurs à multiples entre en jeu dans certaines cultures où la femme n'a pas de pouvoir de décision en ce qui concerne sa santé sexuelle et génésique. L'analyse des facteurs liés au conseil dans quatre pays a montré un rôle propre que chaque contexte joue dans l'acceptation par les femmes de la contraception et du DIUPP en particulier [15]. À la suite de cette initiative, le gouvernement sri-lankais a fait de la contraception en post-partum un pilier de sa politique, en incluant à la fois le DIUPP et les implants hormonaux dans la gamme d'options parmi lesquelles les femmes peuvent choisir [16]. L'article d'Edinbourg [17] démontre que le DIUPP n'est pas seulement réservé aux Pays à Revenu Faible et Intermédiaire en décrivant l'expérience d'une mise en œuvre réussie au sein du National Health Service du Royaume-Uni.

L'expérience positive du projet FIGO PPIUD est résumée dans cette parution. Nous exhortons les gouvernements à prendre en compte les leçons apprises et décrites ici, et à apprécier les énormes avantages que l'offre de DIUPP pourrait apporter aux femmes du monde entier. Ces articles constituent un paquet de voies et moyens sur la façon d'introduire le DIUPP dans différents systèmes de santé et d'élargir les choix contraceptifs. Le travail à la FIGO et avec les six sociétés nationales participantes se poursuivra dans les années à venir ; les gouvernements respectifs se sont félicités de la poursuite de l'initiative en vue de la durabilité et de l'intégration de la pratique consistant à offrir la contraception en post-partum dans le cadre des soins post-partum de routine.

Contribution d'auteur : *les auteurs ont également contribué à la rédaction de cet éditorial et dirigé l'initiative dans les six pays.*

Remerciements : *Au nom de la FIGO, nous remercions les six sociétés nationales qui ont participé à l'initiative DIUPP, les gouvernements de ces pays, le Groupe de Travail de la FIGO sur la Contraception qui a agi en tant que groupe consultatif scientifique et technique, et surtout la généreuse subvention fournie par nos donateurs anonymes.*

Ce supplément a été initialement publié en anglais sous le titre « Numéro spécial : Institutionnalisation des dispositifs intra-utérins en post-partum » dans Le Journal International de Gynécologie et d'Obstétrique / International Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol. 143 : S1 (2018): <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-2547.15111>

Conflits d'intérêt : *Les auteurs n'ont aucun conflit à déclarer.*

RÉFÉRENCES

1. **Institut Guttmacher. Additionner :** Investir dans la contraception et la santé maternelle et néonatale, 2017. 2017. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/add-it-up-contraception-mnh-2017>. Consulté le 19 juin 2018.
2. **Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K.** Efficacité des méthodes contraceptives : une revue de la littérature. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2010 ; 15 : 4-16.
3. **Organisation Mondiale de la Santé.** Rapport d'une consultation technique de l'OMS sur l'espacement des naissances. Genève : OMS ; 2007.
4. **Rutstein SO.** Effets des intervalles de naissance précédents sur la mortalité et l'état nutritionnel des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. *Int J Gynecol Obstet.* 2005; 89 (Suppl.1): S7 – S24.

5. **Shulman JJ, Merritt CG.** Contraception en post-partum : taux de grossesses, d'accouchements et d'avortements ultérieurs. *Fertil Steril.* 1976 ; 27 : 97-103.
6. **Arulkumaran S, Hediger V, Manzoor A, May J.** Sauver la vie des mères : transformer la stratégie en action. Rapport du Groupe de travail sur la santé maternelle 2012. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/public/Mothers-lives.pdf>. Consulté le 19 juin 2018.
7. **Trussel J.** Mise à jour et correction du rapport coût-efficacité des contraceptifs aux États-Unis. *La contraception.* 2012 ; 85 : 611.
8. **De Caestecker L, Banks L, Bell E, Sethi M, Arulkumaran S.** Planification et mise en œuvre d'un dispositif intra-utérin FIGO en post-partum initiative dans six pays. *Int J Gynecol Obstet.* 2018 ; 143 (Suppl.1) : 4–12.
9. **Goldthwaite L, Sheeder J, Hyer J, Tocce K, Teal S.** Expulsion de dispositif intra-utérin post-placentaire à 12 semaines : une étude de cohorte prospective. *Suis J Obstet Gynecol.* 2017 ; 217 : 674.e1–674.e8.
10. **Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Munganyizi P, Odongo E, et al.** Initiation du dispositif intra-utérin en post-partum FIGO : taux de complications dans six pays. *Int J Gynecol Obstet.* 2018; 143 (Suppl.1): 20-27.
11. **Thapa K, Dhital R, Karki YB, Rajbhandari S, Amatya S, Pande S, et al.** Institutionnaliser la planification familiale en post-partum et les services de dispositifs intra-utérins en post-partum au Népal : Rôle de la formation et du mentorat. *Int J Gynecol Obstet.* 2018 ; 143 (Suppl.1) : 43–48.
12. **Bhadra B, Burman SK, Purandare CN, Divakar H, Sequeira T, Bhardwaj A.** L'impact de l'utilisation d'infirmières pour effectuer des insertions de dispositifs intra-utérins en post-partum à l'hôpital de Kalyani, en Inde. *Int J Gynecol Obstet.* 2018 ; 143 (Suppl.1) : 33–37.
13. **Muganyizi PS, Kimario G, Ponsian P, Howard K, Sethi M, Makins A.** Résultats cliniques des dispositifs intra-utérins en post-partum insérés par les sages-femmes en Tanzanie. *Int J Gynecol Obstet.* 2018 ; 143 (Suppl.1) : 38–42.
14. **Fatima P, Antora AH, Dewan F, Nash S, Sethi M.** Impact de la formation en counseling contraceptif parmi les conseillers participant à l'initiative FIGO sur les dispositifs intra-utérins en post-partum au Bangladesh. *Int J Gynecol Obstet.* 2018 ; 143 (Suppl.1) : 49–55.
15. **Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, et al.** Facteurs influençant la probabilité d'acceptation des dispositifs intra-utérins en post-partum dans quatre pays : l'Inde, le Népal, le Sri Lanka et la Tanzanie. *Int J Gynecol Obstet.* 2018 ; 143 (Suppl.1) : 13-19.
16. **Weerasekera DS, Senanayake L, Ratnasiri PU, et al.** Quatre ans de l'initiative FIGO sur le dispositif intra-utérin en post-partum au Sri Lanka : initiative pilote de politique nationale. *Int J Gynecol Obstet.* 2018 ; 143 (Suppl.1) : 28–32.
17. **Cooper M, Cameron S.** Mise en œuvre réussie des services de contraception intra-utérine en post-partum immédiats à Édimbourg et le cadre pour une diffusion plus large. *Int J Gynecol Obstet.* 2018 ; 143 (Suppl.1) : 56–61.

PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE D'UNE INITIATIVE FIGO DE DISPOSITIF INTRA-UTERIN DU POSTPARTUM DANS SIX PAYS

L.D. CAESTECKER, L. BANKS, E. BELL, M. SETHI, S. ARULKUMARAN

RESUME

Objectifs : Décrire le processus de planification et de mise en œuvre d'un programme de counseling et d'offre de dispositifs intra-utérins du post-partum (DIUPP) dans 48 hôpitaux à travers six pays en Afrique et en Asie.

Méthodes : Le processus de planification de l'initiative FIGO DIUPP, la sélection des pays et des hôpitaux, le modèle de mise en œuvre et les leçons pour le futur sont décrites.

Résultats : Le leadership au niveau du pays et en milieu hospitalier s'avère essentiel et les modèles de formation des formateurs ont été couronnés de succès. Il existait un besoin d'harmonisation des normes de compétence assez flexible pour permettre des variations nationales. Au fur et à mesure de l'avancement du projet, des étapes supplémentaires ont été nécessaires pour la mise en œuvre régulière de l'initiative, en particulier : la mise en place d'un comité de pilotage du projet et d'un comité de suivi de la sécurité des données, la tenue d'audits de la structure et du processus, et un retour régulier sur les performances de chaque centre pour stimuler la maintenance et l'amélioration des activités. Le suivi postnatal était difficile dans de nombreux pays où la continuité des soins maternels n'était pas assurée.

Conclusion : L'importance d'un leadership professionnel et d'un engagement soutenu par des données solides pour le suivi-évaluation ainsi que la rétro-information sont essentiels au succès d'un programme de dispositif intra-utérin du post partum.

Mots-clés : Conseils, Planification familiale, Initiative FIGO, Mise en œuvre, Pays à Revenu Faible ou Moyen, Dispositif intra-utérin du post-partum, DIUPP.

SUMMARY

Planning and implementation of a FIGO postpartum intrauterine devices initiative across six countries.

Objectives: To describe the process of planning and implementing a program of counselling and delivery of postpartum intrauterine devices (PPIUD) in 48 hospitals across six countries in Africa and Asia.

Methods: The process of planning the FIGO PPIUD initiative, selection of countries and hospitals, model of implementation, and lessons for the future are described.

Results: Country-level and hospital-based leadership were essential and training-the-trainer models were successful. There was a need for consistency of competency standards allowing for national variations. As the project progressed, additional steps were necessary for steady implementation of the initiative, specifically: establishment of a project steering committee and a data safety monitoring committee, audits of structure and process, and regular feedback of each center's performance to stimulate maintenance and enhancement of activities. Postnatal follow-up was challenging in many countries with fragmented maternity systems.

Conclusion: The importance of professional leadership and commitment backed by robust data for monitoring and feedback are essential for success.

Keywords: Counselling, Family planning, FIGO initiative Implementation, LMICs, Postpartum intra-uterine device, PPIUD.

INTRODUCTION

On estime que 214 millions de femmes en âge de procréer dans les régions à faible revenu souhaitent éviter une grossesse mais n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne [1]. Bien que de nombreux pays atteignent des taux d'accouchements croissants, la proportion de femmes en post partum quittant les établissements sans avoir reçu de méthode contraceptive sans avoir discuté d'un plan contraceptif fiable reste élevée [2]. De plus, dans certains pays,

les femmes accouchant dans des établissements de santé reviennent rarement après l'accouchement pour recevoir des services de contraception; Donc, la période post-partum immédiate offre une occasion idéale pour fournir à ces femmes un service indispensable [3]. Elle est également une période particulièrement sensible où les femmes peuvent tomber enceintes sans le vouloir ; la conception à ce moment présente alors des défis accrus pour la mère et le fœtus [4]. Une méthode contraceptive fiable permet à la femme d'espacer ses grossesses et de planifier sa famille, ce qui lui donne

Tirés à part : Linda de Caestecker, NHS Greater Glasgow and Clyde, Hôpital Royal de Gartnavel Glasgow, Royaume-Uni. Email : linda.decaestecker@ggc.scot.nhs.uk

Information sur le financement : Initiative FIGO financée par des donateurs anonymes.

CAESTECKER L.D. ,BANKS L. , BELLE. , SETHIM. , ARULKUMARAN S. Planification et mise en œuvre d'une initiative FIGO de dispositif intra-utérin du postpartum dans six pays. Journal de la SAGO, 2019, vol.20, n°1, p.4-15.

plus de temps pour s'occuper de la famille. Un intervalle sans grossesse donne également le temps à la femme d'être plus productive économiquement, augmentant ainsi le revenu de la famille et donc, de la communauté aussi. De plus, l'espacement des naissances contribue à améliorer la santé de la mère et de son bébé [5] et il est bien connu qu'une contraception efficace peut améliorer la santé maternelle et, par conséquent, réduire la mortalité maternelle [6,7].

Les méthodes contraceptives à longue durée d'action, qui sont réversibles et peu coûteuses, telles que le dispositif intra-utérin (DIU), peuvent être très efficaces pour faciliter l'espacement des naissances, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où les femmes ne se rendent pas régulièrement dans les établissements de santé. Un avantage majeur d'un DIU est qu'il peut être inséré immédiatement après la délivrance du placenta à la suite d'un accouchement par voie basse ou par césarienne ou encore dans les 48 heures suivant l'accouchement, offrant une protection du post-partum immédiate contre les grossesses non désirées. L'insertion d'un DIU en post-partum (DIUPP) est avantageuse car elle n'interfère pas avec l'allaitement maternel et n'est pas inconfortable. Aussi, le risque d'une perforation de l'utérus est plus faible, (ce qui est attribué à la facilité d'insertion via un col ouvert et un myomètre épais pendant le post-partum) ; il y aurait aussi moins d'effets indésirables par rapport à l'insertion d'intervalle de DIU [8].

La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) s'est engagée à lutter contre les taux de mortalité maternelle élevés dans les pays à faibles ressources et à aider les femmes à prendre des décisions éclairées sur les méthodes contraceptives disponibles.

À cette fin, diverses sociétés nationales et, à travers celles-ci, leurs gouvernements ont été sollicités pour participer à une initiative de la FIGO visant à fournir des contraceptifs fiables à longue durée d'action pour soulager les défis des besoins non satisfaits en matière de contraception et pour réduire la mortalité maternelle par le biais de la contraception. Cependant, il y existait un certain scepticisme quant à l'utilisation du DIUPP de certains côtés parce que les taux d'expulsion avaient été signalés comme étant faibles dans certaines études, mais élevés dans d'autres. L'examen minutieux de ces études a révélé que de faibles taux d'expulsion étaient associés à l'utilisation de pinces Kelly incurvées de 33 cm de longueur, qui placent le DIU au fond, tandis que celles dont le taux d'expulsion était élevé présentaient différentes méthodes d'insertion. La FIGO voulait démontrer que de faibles taux d'expulsion pouvaient être atteints grâce à une formation appropriée et des pinces Kelly longues et incurvées. Un projet de recherche a été envoyé à des donateurs anonymes, qui ont accordé un financement pour la phase 1 dans six hôpitaux

du Sri Lanka. Après une expérience suffisante de la phase 1 avec de faibles taux d'expulsion, la phase 2 a commencé dans six hôpitaux dans chacun des six pays et 12 autres hôpitaux au Sri Lanka. Des fonds anonymes ont été obtenus pour la phase 2.

L'objectif de l'initiative FIGO DIUPP était de combler un vide dans le continuum des soins de santé maternelle et de répondre aux besoins contraceptifs des femmes en post-partum en augmentant l'aptitude des professionnels de la santé à offrir des DIUPP par la formation des sages-femmes communautaires, des agents de santé, des médecins et le personnel de l'unité d'accouchement, le cas échéant, dans l'offre de conseil et d'insertion de DIUPP. Cette approche est bien liée aux objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies, en particulier les objectifs 3.1 et 3.7, et leur objectif de réduire la mortalité maternelle et d'accroître l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive [9,10].

I. MATÉRIELS ET MÉTHODES

La phase 1 de l'initiative du DIUPP a débuté en juillet 2013 dans six établissements au Sri Lanka. Après avoir acquis une expérience suffisante dans la mise en œuvre de la phase 1 et en prenant en considération le fait qu'il y avait des avantages au DIUPP et ayant des complications minimales, l'initiative a été étendue à travers cinq pays supplémentaires : l'Inde, le Kenya, la Tanzanie, le Népal et le Bangladesh, et 12 autres établissements au Sri Lanka à partir de Janvier 2015. Les six pays ont été identifiés en fonction de leur niveau de besoins non satisfaits et de la présence d'un gouvernement stable et solidaire pour qui la planification familiale du post-partum était une priorité stratégique, qui s'engageait et avait une capacité à fournir des DIU. L'engagement de la Société Nationale d'Obstétrique et de Gynécologie et l'expérience antérieure de mise en œuvre du projet avec la FIGO ou le potentiel de développement des capacités requises ont également été des critères de sélection des pays participants.

Les facteurs influençant le choix des établissements participants dans les pays comprenaient: les établissements où les services de DIUPP n'étaient pas encore disponibles; les grands hôpitaux universitaires étant donné qu'ils étaient en mesure d'avoir un impact sur les programmes d'études médicales et infirmières; la capacité à dispenser les formations nécessaires aux prestataires; l'accès à un grand pool de stagiaires / prestataires en formation; un impact des plus large en termes de membres juniors qui quittent et emportant leur expérience avec eux; et atteindre le plus grand nombre de femmes avec environ 5000 accouchements par an (tableau I).

Tableau I : Collecte de données de référence pour la sélection des pays

Pays	N° d'unités	Moyenne d'unité délivrée par an	Taux SC	Nombre total des fournisseurs 1				Fourniture de DIU par le gouvernement ?	Évalué par ESPH ?
				Médecins chefs	Médecins en formation	Infirmières/ Sages-femmes	AAQs		
Sri Lanka	18	6859	64%	527	2123	1682	0	Oui	Oui – 1 an (6/18 locaux)
Kenya	6	5810	48%	53	256	229	0	Oui	
Inde	6	5862	63%	366	601	336	0	Oui	
Tanzanie	6	9139	54%	452	612	276	0	Oui	Oui – 1 an
Népal	6	8746	46%	59	223	268	72	Oui	Yes – 1 an
Bangladesh	6	7112	105%	387	369	105	0	Oui	

Abréviations :

AAQ : Assistantes d'accouchements qualifiées ; DIU : dispositifs intra-utérins ; ESPH : Ecole de Santé Public Harvard.

*Ne comprend pas les prestataires communautaires liés à l'établissement.

Le tableau IC fournit plus de détails sur les données des établissements pour le processus de sélection.

Tableau IC. Version détaillée du tableau I.

Pays	Etablissements	Livraisons annuelles			Nombres de fournisseurs			Approvisionnement en DIU par le gouvernement ?
		Vaginal	Césarienne	Consultants	Médecins en formation	Infirmières/ Sages-femmes	AAQs	
Sri Lanka Groupe A (Phase 1 Etablissements)	Hôpital pour Femmes de Castle Street	10849	5331	14	118	384		Oui
	Hôpital Universitaire de Colombo Nord	6591	2746	9	25	101		
	Hôpital de Maternité De Soysa	6705	2383	14	124	377		
	Hôpital Universitaire de Colombo Sud	5701	2402	7	25	>75		
	Hôpital Universitaire de Kandy b	652	1926	2	10			
	Hôpital Universitaire de Peradeniya c	2773	1849	6	11	80		
	Hôpital Universitaire de Galle	4670	1640	6	9	75		
	Hôpital de Jaffna (Universitaire), Jaffna	4706	2115	4	24	54		Oui
	Hôpital Général Provincial de Badulla	5617	2694	2	8	81		
Sri Lanka Groupe B (Phase 2 Etablissements)	Hôpital Général du district d'Ampara	2680	1017	2	12	37		
	Hôpital de la base Avisawella	2806	1874	2	10	49		
	Hôpital de la Base d'Homagama	1718	825	2	6	37		
	Hôpital Universitaire de Batticaloa	4231	1967	3	8	62		

Sri Lanka Group C (Phase 2 établissements inclus dans l'évaluation de Harvard)	Hôpital Général du District de Nawalapitiya	2754	1584	2	4	24	Oui
	Hôpital Général du District de Polonnaruwa	5202	1310	2	8	44	
	Hôpital Général du District de Chilaw, Chilaw	3850	1650	2	8	25	
	Hôpital Général du District de Nuwara Eliya	4284	1159	2	11	35	
	Hôpital Général du District de Moneragala	3441	1935	2	5	45	
	Hôpital Général de Kalutara	5011	2818	3	15	97	
Kenya	Hôpital de niveau 5 de Thika	4395	1643	2	6	30	Oui
	Hôpital de niveau 5 de Meru	2492	1200	2	3	30	
	Hôpital Universitaire et de référence de Moi	6338	1531	16	4	85	
	Hôpital général provincial de Rift Valley	5395	1522	2	5	28	
	Hôpital Général de la Province de la Côte	5354	2144	3	7	44	
	Hôpital du District de Kisumu Est	2528	319	1	2	12	
Inde	Collège de Médecine et Hôpital JNM, Kalyani	5385	2653	7	16	45	Oui
	JSS College Médical et Hôpital	921	1568	19	34	10	
	Collège CSS d'Obstétrique, Gynécologie et de la Santé de l'enfant	8046	2754	25	86	84	
	Collège Médical TN et Hôpital Charitable BYL Nair	2338	779	9	22	40	
	Hôpital de maternité de Wadia	3577	2101	28	90	120	
	GMC Surat	3830	1221	13	17	37	
Tanzanie (Inclus dans l'évaluation d'Harvard)	Hôpital régional de référence de Dodoma	8162	2721	5	48	46	Oui
	Hôpital National de Muhimbili	5000	5000	100	140	80	
	Hôpital Mbeya de Référence	3380	1820	3	55	44	
	Hôpital Régional de référence de Kibaha (Tumbi)	1472	2207	2	3	8	
	Hôpital Régional de Référence de Sekou-Touré	8215	832	3	30	34	
	Nyamagana4	4969	1052				
Hôpital Régional du Mont Meru	8749	1254	3	60	64		

Nepal (Inclus dans l'évaluation d'Harvard)	Hôpital Régional de l'Ouest	7921	1798	7	3	17	15	Oui
	Hôpital de la Zone de Koshi	6978	1611	2	2	30	15	
	Hôpital de la Zone de Lumbini	5675	2207	4	0	6	5	
	B.P. Institut des Sciences de la Santé de Koirala	8208	3192	12	18	120	15	
	Hôpital Gouvernemental de Bharatpur	7509	2371	2	4	15	15	
	Hôpital de la Zone de Bheri	4203	801	5	0	8	7	
Bangladesh	Université médicale et hôpital de Bangabandhu Sheikh Mujib	335	1490	43	57	18		Oui
	Hôpital du Collège médical de Dhaka	4028	6635	8	50	20		
	Hôpital Shaheed College Medical Suhrawardy	1500	1250	30	50	14		
	Hôpital Chittagong Collège Médical	7209	6229	20	74	22		
	Hôpital Sylhet MAG Osmani Collège Médical	4455	6151	10	17	18		
	Hôpital Khulna Collège Médical	2660	728	12	16	13		

Abréviations :

AAQ : Assistantes d'Accouchements Qualifiées ; **DIU** : Dispositifs Intra-Utérins

a : Nombre de prestataires de soins de santé formés dans l'insertion et en counseling.

b : Hôpital Universitaire de Kandy : les activités se sont déroulées de Janvier jusqu'au 15 Septembre 2015.

c : Hôpital Universitaire de Peradeniya : activités du 16 Septembre 2015 à Décembre 2017.

La FIGO gère ses projets via des associations professionnelles nationales ou des collèges. Ce modèle a été adopté pour l'initiative DIUPP en tant que méthode de mise en œuvre éprouvée qui a facilité l'appropriation et le leadership par les obstétriciens et les gynécologues dans chaque pays sélectionné. En étroite collaboration avec ces sociétés nationales, la FIGO a élaboré des budgets spécifiques à chaque pays pour soutenir des modèles de mise en œuvre personnalisés. Avant la mise en œuvre effective, il était difficile de prévoir le degré de spécificité requis pour chaque pays. La proposition initiale s'efforçait donc à disposer d'une flexibilité suffisante pour répondre aux réalités de la mise en œuvre locale et à l'évolution des circonstances. Par exemple, au Kenya, la décentralisation récente du système de santé a eu un impact significatif sur l'accent mis sur le plaidoyer et les principales parties prenantes et décideurs, ce qui nécessitait un modèle adaptatif et flexible [11]. Au Sri Lanka, l'importance de mobiliser tous les chefs d'unité en raison du système de services multiples de travail ne s'est révélée qu'au fur et à mesure que l'initiative progressait. De telles questions n'avaient pas été pleinement anticipées avant la mise en œuvre de l'initiative et la pleine appréciation des circonstances locales.

Plusieurs structures ont été mises en place pour faciliter la mise en œuvre. La FIGO a mis en place une équipe de gestion de projet dédiée pour fournir un soutien et des conseils continus aux sociétés nationales afin de mettre en œuvre le programme. Des coordonnateurs ont été identifiés dans chaque établissement et ces derniers ont bénéficié d'honoraires. Les sociétés nationales ont été invitées à constituer des groupes de pilotage nationaux pour fournir des orientations cliniques et techniques. Il s'agissait de surmonter les divergences de points de vue des dirigeants des sociétés nationales induites par tout changement et de faire participer des responsables gouvernementaux pour assurer la durabilité de l'initiative après la fin du projet de FIGO. Les pays ont été encouragés à créer des Comités de Surveillance de Sécurité des Données pour superviser les informations utilisées pour le suivi et l'évaluation. Cela a permis de s'assurer que tous les complications telles que la perforation, l'infection ou l'expulsion étaient diagnostiquées et prises en charge par des professionnels.

L'initiative devait être intégrée aux services de maternité dans les établissements participants, ce qui différait du modèle traditionnel des services de planification familiale dans ces pays qui était de type cloisonné [12, 13]. L'initiative visait à fournir des conseils

prénataux sur tous les aspects de la contraception tout en se concentrant sur la planification familiale du post-partum. Dans la présentation des méthodes de contraception, l'accent a été mis sur les avantages du DIUPP en tant que méthode à action prolongée sûre, efficace et réversible. [14] Le programme visait à fournir un DIUPP après un accouchement par voie vaginale ou par césarienne chez les femmes qui y consentaient. Des formulaires de consentement spécifiques ont été conçus dans la langue locale à cet effet et un autocollant violet a été placé sur les notes de cas pour identifier les femmes consentantes afin que l'on ne manque pas la fourniture de DIUPP une fois qu'elles ont accouché à l'hôpital. Les femmes qui n'avaient pas été conseillées avant la naissance pouvaient être conseillées en début de travail ou en postnatal pour assurer l'insertion dans les 48 heures, avant la sortie de l'hôpital. L'idée était d'encourager le personnel existant à conseiller les femmes afin de faciliter la durabilité. Cependant, cette option n'était pas considérée comme possible en Inde, qui a choisi d'employer des conseillers spécialisés ; les établissements d'autres pays ont demandé au personnel infirmier ou à des conseillers sur d'autres sujets d'inclure le counseling en DIUPP. Comme les taux de counseling et d'admission étaient restés faibles au Bangladesh et au Népal, des conseillers spécialisés ont été employés respectivement en juin 2015 et juillet 2016. Les autres pays ont continué d'utiliser le système de santé existant pour contribuer à l'intégration dans les activités habituelles de conseil.

Des agents de collecte de données ont été employés par le projet dans tous les pays pour collecter des données, aux fins de suivi et d'évaluation, sur chaque femme accouchant dans les établissements participants. Des informations sur l'offre de conseils, le consentement, le DIUPP et le suivi ont été collectées. Les données ont été collectées sur des tablettes à l'aide de la plateforme CommCare et de la base de données (Dimagi, Cambridge, MA, États-Unis), ce qui s'est avéré être une méthode efficace et efficiente de collecte de données.

Il était impératif que l'initiative FIGO DIUPP soit correctement évaluée pour apprécier l'acceptabilité, la rentabilité et les résultats. L'École de Santé Publique de Harvard a participé à l'évaluation de l'initiative dans trois des six pays participants en se focalisant sur la mesure de l'impact des conseils prénataux et de l'offre de services ainsi que le succès de l'institutionnalisation de l'intervention. L'activité a consisté en une année de collecte de données sur toutes les femmes accouchant dans les établissements participants, ainsi que d'un suivi de 6 semaines, 6 mois et 18 mois sur une sélection de femmes, quel que soit leur état de DIUPP. Elle comprenait également des enquêtes auprès des prestataires, des entretiens approfondis avec les femmes et des listes de contrôle des hôpitaux. Les résultats de cette recherche feront l'objet d'articles séparés qui seront publiés séparément.

L'initiative a adopté une approche de formation des formateurs pour le counseling et l'insertion, avec un groupe de maîtres formateurs identifiés et formés dans chaque pays - souvent par des maîtres formateurs expérimentés d'autres pays, à savoir le Sri Lanka et l'Inde. Ils ont ensuite dispensé une formation en cascade dans les 48 hôpitaux universitaires participants des six pays. Tous les prestataires éligibles pour insérer des DIUPP devaient recevoir une formation tout au long de l'initiative, avec une formation de recyclage offerte en fonction des besoins et une formation des prestataires nouvellement intégrés dispensée régulièrement. Dans les pays où il existe des cohortes de prestataires de services qui ne sont pas censés insérer des DIUPP, une formation distincte en offre de conseils a été faite.

La formation en counseling a utilisé des méthodes de formation standard telle que le modèle GATHER [15]. Des informations sur les avantages du DIUPP ont été présentées et des opportunités ont été données aux futurs conseillers d'exprimer ouvertement leur point de vue sur les méthodes et remédier aux éventuels préjugés. Les séances de formation comprenaient un jeu de rôle avec des scénarios de cas de femmes ayant des besoins divers. Des dépliants, des affiches, des tableaux à feuilles mobiles et des vidéos dans les langues locales ont complété le counseling fourni par les prestataires et les conseillers pour fournir des aides visuelles aux femmes et à leurs familles. Quant à la formation de l'insertion, les participants ont utilisé les modèles Mama-U de Laerdal (Laerdal, Stavanger, Norvège) [16]. Ceux-ci représentent un utérus en post-partum après la naissance ; ils sont portables et sont utilisés comme modèles de table pour la formation de l'insertion d'un DIU du post-partum (figure 1).



Figure 1 : Modèle de table Mama U reproduit avec l'aimable autorisation de Laerdal corporation, Norvège

La méthode enseignée a utilisé la pince Kelly incurvée à longue manche de 33 cm pour garantir que le DIU atteigne le sommet du fond de l'utérus du post-partum encore agrandi, par opposition à une pince à griffe ou à éponge de 24 cm qui n'atteint pas le fond et peut donc conduire à plus d'expulsions (figure 2) [17].



Figure 2 : (A) Pince à griffe (24 cm, à gauche) par rapport à une pince Kelly longue (33 cm) utilisée pour le placement du dispositif intra-utérin (DIU) dans l'utérus en post-partum ; (B) L'insertion du DIU avec une pince à griffe atteint la région isthmique de l'utérus ; (C) Insertion avec une pince Kelly longue et incurvée pour placer le DIU au fond de l'utérus. (La figure en couleur peut être consultée sur wileyonlinelibrary.com)

L'insertion après la césarienne - un processus beaucoup plus simple d'insertion du DIU au fond à la main ou avec une pince à griffe sous vision directe - a été incluse dans la formation théorique. Une formation sur l'insertion a été entreprise dans une salle de classe en utilisant l'équipement approprié avant que les cliniciens ne puissent insérer des DIUPP sur des patients sous surveillance. Les stagiaires devaient pouvoir insérer au moins cinq DIU consécutifs dans la bonne position du modèle à la fin de la formation officielle. Plus récemment, la Société Népalaise des Obstétriciens et Gynécologues, en partenariat avec le Centre National de Formation sanitaire du Népal, a développé et mis en place un modèle de formation «sur le tas». Cela réduit l'absentéisme au travail clinique de routine associé à une formation en groupe. L'apprentissage intégré sur le tas donne aux stagiaires plus de temps pour apprendre et pratiquer. Ceci est actuellement testé dans leurs six institutions avec un suivi des résultats de la formation.

Des études ont suggéré que la performance du DIU, y compris les taux d'expulsion, varie selon l'expérience clinique. [14] L'accréditation des compétences en insertion de DIUPP était variable d'un pays à l'autre au début de la mise en œuvre. Certains pays ont exigé un certain nombre d'insertions sur des patients vivants sous surveillance avant que la compétence ne soit confirmée, tandis que d'autres étaient jugés compétents à la suite de cinq insertions susmentionnées utilisant le modèle Mama-U.

Pour normaliser la formation dans les six sites nationaux, un accord a été conclu sur un ensemble cohérent de normes de formation minimales et de compétences auxquelles tous les pays devaient adhérer. Ces normes minimales étaient basées sur une comparaison des modules de formation nationaux

disponibles dans les pays participants pour s'assurer qu'ils ne contredisaient pas les processus nationaux. Ils comprenaient la durée et le contenu de la formation et le nombre d'insertions réussies sur des modèles et des insertions supervisées sur des patients vivants. Pour que la compétence soit confirmée, chaque stagiaire doit effectuer au moins trois insertions réussies sur un modèle Mama-U et celles-ci doivent être évaluées par des confrères (avec au moins une observée par le formateur du cours), deux insertions supervisées réussies en direct et trois réussies sans supervision.

II. RÉSULTATS

1. Formation

Le modèle de formation des formateurs a bien fonctionné et apparaît comme la principale option disponible pour un déploiement à grande échelle. Les maîtres formateurs d'autres pays ont pu apporter leur expérience à la formation et apprendre d'autres systèmes, résultant en un apprentissage et un partage d'expériences transnationaux importants. Les prestataires expérimentés ont apprécié la formation sur la façon d'enseigner la méthode et d'assurer une compétence au-delà de leur propre capacité à entreprendre la procédure. Les modèles Mama-U ont été placés dans des laboratoires spécialisés dans les hôpitaux. Lorsque les formations n'étaient pas faites, cela offrait aux prestataires la possibilité de continuer à pratiquer ou de mettre à jour leurs compétences en cas de décalage entre la formation et le recrutement des clients. Il s'est avéré essentiel pour la FIGO de fournir les équipements nécessaires à la formation : Mama-Us, DIU et des pinces Kelly. Dans de nombreux hôpitaux, l'achat de pinces Kelly par le projet était également essentiel à la mise en œuvre, car il n'y avait pas de budget général pour cet équipement. La pratique de l'insertion du DIUPP a été intégrée avec succès dans la pratique courante dans les salles d'opération, mais elle s'est avérée plus difficile dans les salles de travail remplies et qui souffraient de manque de personnel ; cependant, il existe de bons exemples de réalisations dans des hôpitaux avec des champions cliniques engagés.

2. Counseling

Le counseling pour la planification familiale en post-partum incluant le DIUPP a été entrepris de diverses manières. Le counseling prénatal et postnatal a été assuré par des conseillers spécialisés en DIUPP, le personnel de planification familiale ou des sages-femmes qui comprenaient la valeur du DIUPP. Il s'est avéré rare que des médecins fournissent des services de counseling de planification familiale approfondis. Les systèmes de santé variaient selon les pays, mais dans la plupart des pays, il y avait des visiteurs de

santé communautaire ou des groupes professionnels similaires dont le rôle de counseling et de promotion de la méthode dans la communauté et auprès des femmes enceintes étaient utiles. Le Kenya en particulier a réussi à aider les Volontaires de Santé Communautaire (VSC) à entreprendre le counseling, contribuant ainsi au programme national de formation des VSC afin d'incorporer le counseling de planification familiale en post-partum. En Inde et au Népal, des conseillers spécialisés étaient en mesure de conseiller les femmes se trouvant dans les services postnatals et qui n'avaient pas été conseillées avant la naissance. Ils ont réussi à parler aux femmes de manière sensible, même au milieu de services bruyants et occupés. Cela peut sembler loin d'être idéal, mais cela a permis aux femmes de demander plus d'informations ou de réfléchir à cette méthode de contraception sûre et efficace à un temps opportun. Des conseillers dédiés et financés par le projet ont réussi à augmenter le nombre de femmes consentant au DIUPP, mais ne sont pas nécessairement un modèle durable. Au Bangladesh et au Népal, il a été jugé important de prouver que le recours à des conseillers était un moyen rentable d'augmenter le recours au DIUPP dans l'espoir qu'il y aurait un financement gouvernemental durable si tel était le cas. D'autres pays ont estimé qu'il était préférable d'utiliser le personnel et les structures existants pour changer les pratiques et la culture autour du DIUPP pour assurer la durabilité ; par exemple, en Tanzanie et au Kenya, les sages-femmes ont réussi à intégrer le counseling de planification familiale prénatale dans leurs rôles.

3. Défis

La mise en œuvre comportait un certain nombre de défis, certains pouvant être surmontés, alors que d'autres devaient être activement gérés. Il était difficile de garantir la cohérence de formation dans six pays ayant une variété de normes et d'exigences nationales. L'équipe centrale de la FIGO et / ou les équipes de pays ont assisté à de nombreuses formations pour garantir la qualité et la cohérence, ce qui nécessitait des coûts substantiels. Les formations ont été évaluées par des sondages auprès des participants, avant et après l'évaluation des connaissances et des attitudes. Dans les établissements individuels, il s'est avéré essentiel que les chefs de projet (généralement un obstétricien principal et / ou une infirmière principale) soient proactifs dans l'organisation de la formation et dans la garantie de la qualité et des normes. Cela variait en fonction de l'engagement individuel des dirigeants. Ce qui souligne l'importance de recruter ces dirigeants avec soin, de les soutenir et de les aider à se remettre en question afin de changer la pratique à long terme. Dans certains pays/régions les DIU n'étaient pas une méthode de contraception populaire ou étaient relativement peu familiers. Par exemple, au Bangladesh, des services de DIUPP avaient été offerts auparavant, mais l'insertion a été effectuée à

l'aide d'une pince à éponge plus courte, ce qui a mené à des taux d'expulsion élevés et, par conséquent, à une perception négative du DIUPP. De plus, dans tous les pays, il existe des mythes entourant les DIU, tels qu'ils peuvent migrer autour du corps vers le cœur ou le cerveau. Les femmes consentaient souvent à la procédure, mais changeaient après la discussion avec leur mari ou leur belle-mère. En principe, les initiatives de mise en œuvre du DIUPP devraient être accompagnées et liées aux programmes de développement communautaire afin de mieux faire connaître la méthode, dissiper les mythes et démontrer sa sécurité, ainsi que sensibiliser les communautés en faveur de l'importance des plans de contraception en post-partum. Ces programmes doivent viser non seulement les femmes enceintes mais inclure leurs familles et l'ensemble de la communauté.

Le fait de travailler avec les sociétés professionnelles a donné crédibilité et consistance à la mise en œuvre de l'initiative. Cependant, il a été également démontré que la politique des organisations professionnelles devait être comprise et respectée afin de bénéficier des retombées de l'approbation et du leadership de la société professionnelle. Par exemple, dans certains pays, les sociétés souhaitaient que le président de la société soit le responsable du pays de l'initiative. Lorsque les présidents changeaient chaque année, cela signifiait une perte d'expertise et de cohérence, mais insister sur un autre modèle aurait entraîné une perte de soutien de la société. Ces tensions devaient être activement gérées.

Lors de la planification des installations à inclure dans l'initiative, il s'est avéré impossible de définir une zone de responsabilité géographique pour les hôpitaux. Les femmes ont voyagé de tout le pays vers les hôpitaux universitaires des grandes villes. De nombreuses femmes ne se sont pas rendues à l'hôpital universitaire pour leurs soins prénatals, ont reçu très peu de soins ou ont fréquenté des cliniques locales. D'autres femmes sont parties à l'hôpital universitaire pour des soins prénatals mais ont accouché ailleurs. Il n'était pas rare qu'une femme déménage au domicile de sa mère vers la fin de sa grossesse et accouche donc dans un hôpital différent de celui où elle recevait ses soins prénatals. Cela a entraîné des problèmes quant au counseling des femmes sur la planification familiale du post-partum avant la naissance, car les femmes recevaient des conseils mais accoucher quelque part sans se voir offrir le DIUPP. Cela pouvait réduire la crédibilité du counseling, car un service était conseillé mais pas offert, et cela signifiait également qu'aucune donnée ne pouvait être collectée sur ces femmes accouchant ailleurs. Pour d'autres, leur premier contact avec l'hôpital universitaire et le counseling sur le DIUPP ont eu lieu au début du travail, ce qui leur a donné un temps limité pour poser des questions, consulter les membres de la famille et prendre une décision. En outre, comme la plupart des établissements participants

étaient des hôpitaux universitaires, de nombreuses femmes ont été référées en raison de leur risque élevé ou de complications. Ces femmes avaient le potentiel de tirer des avantages majeurs d'une contraception efficace, mais la nécessité d'interventions rapides pour sauver des vies était à juste titre prioritaire par rapport à l'insertion d'un DIU.

4. Le Suivi

Dans la pratique courante et pour de nombreux motifs, la plupart des femmes ne se rendent pas pour des visites de suivi à l'hôpital universitaire dans la majorité des pays ; seule une faible proportion de femmes se présente pour un suivi postnatal [18]. Cela souligne la nécessité de fournir une contraception efficace en post-partum à l'une des rares fois où une femme est en contact avec les services. Cependant, le manque de suivi postnatal réduit également la possibilité de savoir si le DIU est toujours en place et si la femme en est satisfaite. Au fur et à mesure que l'initiative progressait, il a été possible de collecter des informations sur les femmes fréquentant les cliniques périphériques pour le suivi, mais il est inévitable que de nombreuses femmes qui ont eu un DIUPP n'aient pas été suivies ou ont été oubliées. Comme indiqué ci-dessus, le risque que les femmes soient conseillées et consentantes à un DIUPP, puis ne pas pouvoir accéder à la méthode dans un autre établissement, réduit la crédibilité du counseling. De même, si les femmes assistaient à leur contrôle postnatal dans un établissement où le DIUPP n'est pas offert, elles recevaient parfois de mauvais conseils sur les symptômes mineurs ou les effets indésirables, ce qui entraînait parfois le retrait inutile du DIU pendant le suivi. Néanmoins, une fois inséré, le DIUPP n'est pas différent d'un DIU à intervalle et la majorité des prestataires de soins de santé dans les six pays pourraient recevoir une formation sur l'insertion et le retrait du DIU, et ainsi toutes les femmes pourraient accéder à tout moment les services de planification familiale normaux pour obtenir des conseils ou pour se faire retirer le DIUPP.

Malgré ces défis, l'initiative a pu suivre environ la moitié des femmes en personne ou par téléphone. Un des problèmes était le nombre de femmes qui sont revenues pour un suivi avec des fils manquants. Dans des pays comme le Sri Lanka, avec un accès facile à l'échographie gratuite, cela était simple à résoudre. Dans la plupart des autres pays, l'accès à l'échographie était limité ou bien les femmes devaient payer elles-mêmes. La diffusion d'informations sur l'utilisation d'extracteur de fils a donc été entreprise pendant la mise en œuvre de l'initiative. L'importance de l'information et des conseils fournis aux femmes sur les symptômes ou les effets indésirables à prévoir au cours des premières semaines d'insertion, ainsi que la confiance en les personnes effectuant des

contrôles postnatals afin de rassurer les femmes, se sont avérées cruciales pour soutenir la poursuite de la méthode.

5. Collecte de données

Des niveaux élevés de collecte de données ont été obtenus : une moyenne de 75% des femmes accouchant dans un établissement participant étant interrogées sur leur expérience de counseling, de consentement et de DIUPP. L'utilisation de tablettes portables a facilité la collecte de données sur un grand nombre de femmes avant leur sortie. Des rapports et des tableaux de bord réguliers ont été produits sur les niveaux de conseil, le consentement, l'utilisation du DIUPP, les complications et la satisfaction des femmes. Cependant, bien que la base de données choisie ait été simple et directe pour la collecte de données, elle s'est avérée lourde et limitée pour l'analyse des données. Pour aller de l'avant, il est impératif que la facilité de collecte et d'analyse soit prise en compte dans le choix d'un système de collecte de données. Les données doivent être disponibles pour une utilisation en temps réel pour gérer et soutenir le personnel formé, pour entreprendre une amélioration continue, réduire les complications ou les opportunités manquées, et pour encourager le personnel. Beaucoup de ceux qui dirigeaient l'initiative dans les installations n'étaient pas expérimentés dans l'analyse et l'interprétation des données et avaient besoin du soutien des équipes centrales locales. La formation à cette composante de la mise en œuvre et de l'évaluation est essentielle au succès d'initiatives comme celle-ci. Les résultats mesurés comprenaient la proportion de clientes interrogées, la proportion qui connaissaient la contraception du post-partum et le DIUPP en particulier, la proportion d'acceptantes du DIUPP, le nombre d'insertions et les taux de complications des expulsions, des suppressions et des infections. Celles-ci étaient essentielles pour établir le DIUPP comme méthode utile de contraception du post-partum dans les six pays. Ces résultats seront discutés dans un autre article de ce Supplément par Makins et al [19]. Nous avons également institué un audit de la structure et des processus routiniers d'offre du DIU d'intervalle à l'aide de formulaires fixes pour nous assurer que les institutions remplissent toutes les conditions requises pour fournir des services de counseling et d'insertion de haute qualité. Ces formulaires sont présentés dans les tableaux II et III.

Tableau II : Formulaire utilisé pour l'audit de la structure

Audit de la structure
Ressources humaines
Est-ce que le counseling est dispensé par des médecins ?
Est-ce que le counseling est dispensé par des sages-femmes / infirmières ?
Est-ce que le counseling est dispensé par des conseillers du DIUPP
Dépliants
Ont-ils des brochures couvrantes tous les méthodes de PFPP ?
Couvrent-ils le DIUPP ?
Est-ce que les brochures sont dans toutes les langues appropriées ? Quelle langue ?
Les brochures sont-elles approuvées par le gouvernement ?
Tableaux à feuilles mobiles (chevalets)
Ont-ils des tableaux à feuilles mobiles avec des illustrations et du matériel de lecture ?
Les tableaux couvrent-ils tous les formulaires PFPP ?
Les tableaux couvrent-ils le DIUPP ?
Affiches
Ont-ils des affiches dans les Cliniques de Soins Périnataux, les services (Prénatals et Postnatals) informant sur la PFPP ?
Ont-ils des affiches dans les Cliniques de Soins Périnataux, les services (Prénatals et Postnatals) informant sur le DIUPP ?
Vidéo
Ont-ils un téléviseur avec vidéo en cours de lecture dans la langue appropriée ?
Couvre-t-il l'importance de l'espacement des naissances ?
Couvre-t-il toutes les formes PFPP ?
Couvre-t-il le DIUPP ?
Consentement
Ont-ils un formulaire de consentement approprié avec avantages, désavantages, risques et effets secondaires ?
Est-ce dans leur langue ? Si oui, quelle langue
Insertion
Ressources humaines
Qui fait l'insertion - sont-ils des fonctionnaires ?
DIU
L'hôpital dispose-t-il de fournitures adéquates à l'hôpital ?
L'hôpital dispose-t-il de fournitures adéquates dans la salle de travail ?
L'hôpital dispose-t-il de fournitures adéquates dans la salle d'opération ?
Kit DIUPP
Est-ce que l'hôpital dispose de kits de DIUPP prêts à utiliser ? Si oui, combien ?
Le kit DIUPP a-t-il : des pinces Kelly, des pinces à éponge, plat en forme de reins / cupules et spéculum ?
S'il n'y a pas de kit de DIUPP, l'établissement dispose-t-il d'un approvisionnement de pinces Kelly dans la salle de travail ?
Quel est le délai de stérilisation en jours ?
Suivi
Où cela se fait-il ?
Ont-ils un pack de suivi DIUPP ? Si oui, combien ?
Le pack de suivi a-t-il un spéculum, une sonde utérine, une pince, un extracteur de fil ?
Peuvent-ils se référer pour une échographie en cas d'IUCD?
Y a-t-il des frais engagés pour une échographie - si oui, combien ?
Peuvent-ils référer pour une radiographie en cas d'IUCD?
Y a-t-il des frais engagés pour une radiographie - si oui, combien ?

Tableau III : Formulaire utilisé pour l'audit du processus

Vérification du processus
Couverture
Avons-nous une carte montrant le flux de patients des unités périphériques vers les hôpitaux de référence dans l'initiative ?
Combien y a-t-il d'unités périphériques qui font le suivi prénatal et qui se réfèrent à nos points de prestations ?
Combien en couvrons-nous en termes de formation en conseil ?
Quel pourcentage de femmes accouchant dans nos établissements ont eu des soins prénatals dans cet hôpital ou dans une clinique que nous couvrons ?
Quel pourcentage de femmes conseillées dans nos établissements ont accouché ailleurs ?
Formation en suivi de conseil
Qui est formé en counseling ?
Est-ce que cela est fait régulièrement par les établissements ou est-il incité par l'équipe de pays du DIUPP ?
Qui fait la formation ? Le gouvernement est-il impliqué ?
Y a-t-il des conférences et des discussions en petits groupes ou juste l'un ou l'autre ?
Y a-t-il des séances pratiques ?
Est-ce qu'un certificat est délivré ?
Fait-il partie du CME ?
Formation dans l'insertion
La formation est-elle initiée par l'initiative ou par l'établissement lui-même ?
Qui fait la formation ? Le gouvernement est-il impliqué ?
Fait-il partie du CME ?
Est-ce que tout le personnel éligible a-t-il été formé ?
Les données
Ont-ils des tablettes adéquates ?
Ont-ils un registre des femmes dans chaque unité ?
Ont-ils un registre des femmes interrogées ?
Ont-ils un registre des femmes conseillées ?
Ont-ils un registre des femmes qui ont eu des insertions ?
Ont-ils un registre des femmes qui ont eu un suivi ?
Lorsque l'initiative sera finie, quelles données seront disponibles auprès du service national de santé ?
Durabilité
Le DIUPP a-t-il été accepté comme méthode viable de PF dans le pays ?
Cela fait-il partie de la formation médicale normale ?
Cela fait-il partie de la formation normale des infirmières / sages-femmes ?
Cela fait-il partie de la formation normale des cliniciens / autres cadres pertinents de professionnels de la santé ?
Le gouvernement acceptera-t-il l'insertion d'un DIUPP par un personnel non médical ?

III. DISCUSSION

Beaucoup de choses ont été apprises de cette initiative de DIUPP, ce qui pourrait être utile pour des programmes similaires. La force principale de la mise en œuvre dans les hôpitaux universitaires ayant un personnel bien formé ainsi que les meilleures installations d'un pays doit être équilibrée avec la nécessité de créer des liens avec la communauté pour sensibiliser les bénéficiaires et leur donner confiance dans la méthode, et pour fournir des services de DIUPP dans les unités périphériques où de nombreuses femmes reçoivent leurs soins prénatals.

Comme de nombreuses autres initiatives similaires l'ont montré, il y a des avantages incomparables à avoir un leadership clinique local et un engagement solide [20]. à la fois médical et infirmier, ainsi qu'un solide système de gestion dans un hôpital. Le partage des tâches est également considéré comme impératif pour le succès de l'initiative, en particulier dans les hôpitaux très fréquentés où les médecins et les infirmières jouent un rôle important dans le parcours du patient. Sans cela, toute initiative est vouée à l'échec. Ces facteurs sont essentiels mais pas suffisants en soi. Les champions cliniques et managériaux ont besoin de temps, d'influence et de données pour encourager, motiver et soutenir leurs collègues à changer leur pratique. Des paiements modestes ont été offerts aux cliniciens en chefs dans chaque unité. Il est raisonnable de fournir une incitation financière à ces champions étant donné qu'ils travaillent souvent des heures supplémentaires pour soutenir l'initiative. Réciproquement, cela peut être considéré comme un élément dissuasif pour les autres qui estiment qu'on leur demande de faire un travail supplémentaire pour lequel les champions reçoivent un paiement. Tout compte fait, il ne s'agit pas d'une stratégie durable de rémunérer les agents du changement. Un changement de pratique durable nécessite une croyance et un soutien à l'intervention bien plus qu'un paiement supplémentaire. Il était clair que l'initiative fonctionnait mieux dans les établissements où les responsables cliniques estimaient qu'il s'agissait d'une intervention positive et l'ont donc adoptée dès le départ.

Il faut reconnaître que toute charge de travail supplémentaire est difficile dans les systèmes à ressources limitées qui font face à une activité élevée et à un manque de personnel. Toute nouvelle initiative doit être conçue de manière à faciliter la mise en œuvre par le personnel occupé, y compris à travers une documentation simple et conviviale, un accès facile à l'équipement approprié et une réelle croyance et soutien à l'intervention. L'expérience tirée de cette initiative suggérerait que dans les petites installations dotées d'équipes solidaires, le changement de pratique et l'intégration du DIUPP dans les activités normales étaient plus simples que dans les grands hôpitaux universitaires. Cela souligne l'importance de travailler avec des équipes individuelles en utilisant l'approche ascendante et descendante.

CONCLUSION

La planification et la mise en œuvre d'une initiative qui nécessitait un changement de pratique clinique dans six pays est toujours difficile, mais cette initiative a montré que le travail par le biais des sociétés nationales présentes des avantages majeurs pour assurer les liens avec les systèmes locaux et le soutien clinique.

Une mise en œuvre efficace nécessite un leadership national fort ainsi que la conviction et l'engagement des cliniciens pour le changement de pratique. Un audit de la structure, du processus et des résultats à intervalles réguliers sur la base de données de bonne qualité est une condition préalable à une mise en œuvre réussie. Ceux-ci fournissent une rétroaction aux cliniciens pour identifier les problèmes et permettent de fournir une formation ou un soutien supplémentaire aux prestataires individuels, aux conseillers ou aux établissements le plus tôt possible ; ils nous aident également à tirer des enseignements des succès, à les célébrer, et à plaider en faveur de la vulgarisation de cette intervention de santé publique utile.

Contribution d'auteur : *LdC et LB ont écrit le manuscrit avec l'aide d'EB, MS et SA. SA a planifié l'initiative et dirigé la mise en œuvre avec l'équipe DIUPP FIGO. Tous les auteurs ont examiné le manuscrit avant la soumission. LB et MS ont travaillé sur le projet alors qu'ils étaient employés par la FIGO.*

Remerciements : *Nous tenons à remercier les membres préexistants et présents de l'équipe du DIUPP au siège de la FIGO et chaque équipe de pays qui a travaillé dur pour rendre cette initiative possible. Nous tenons à remercier les six sociétés nationales SLCOG (Sri Lanka College of Obstetricians and Gynaecologists/ Collège d'Obstétriciens et de Gynécologues du Sri Lanka), OGSB (Obstetrical and Gynecological Society of Bangladesh/ Société d'Obstétrique et de Gynécologie du Bangladesh), NESOG (Nepal Society of Obstetricians and Gynecologists/Société des Obstétriciens et Gynécologues du Népal), KOGS (Kenya Obstetrical and Gynecological Society/ Société d'Obstétrique et de Gynécologie du Kenya), AGOTA (Association of Gynaecologists and Obstetricians of Tanzania/ Association des Gynécologues et Obstétriciens de Tanzanie), la FOGSI (Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India/Fédération des Sociétés d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Inde), ainsi que l'AVNI Fondation de Santé pour leur engagement et leur travail acharné dans la mise en œuvre de cette initiative. Nous remercions les gouvernements des six pays pour leur soutien et leur implication dans cette initiative. Enfin, nous remercions également nos donateurs anonymes pour leur généreuse subvention et leur soutien continu.*

Ce supplément a été initialement publié en anglais sous le titre « Numéro spécial: Institutionnalisation des dispositifs intra-utérins en post-partum » dans Le Journal International de Gynécologie et d'Obstétrique / International Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol. 143: S1 (2018): <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/toc/18793479/2018/143/S1>

Conflits d'intérêt : *Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

REFERENCES

1. **Addition :** investir dans la contraception et la santé maternelle et néonatale, 2017. Institut Guttmacher. 2017. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/add-it-up-contraception-mnh-2017>. Consulté le 19 juin 2018.
2. **Contraception réversible à long terme.** Douze ans d'expérience avec TCu380A et TCu220C. La contraception. 1997 ; 56 : 341–352.

3. **Singh S, Darroch JE.** Additionner : coûts et avantages des estimations des services de contraception pour 2012. Washington, DC : Guttmacher Institute et United National Population Fund (UNFPA) ; 2012.
4. **Shulman JJ, Merritt CG.** Contraception en post-partum : taux de grossesses, d'accouchements et d'avortements ultérieurs. *Fertil Steril.* 1976 ; 27 : 97-103.
5. **Rutstein SO.** Effets des intervalles de naissance précédents sur la mortalité et l'état nutritionnel des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. *Int J Gynecol Obstet.* 2005 ; 89 (Suppl.1) : S7 – S24.
6. **Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO.** Décès maternels annoncés par l'utilisation de contraceptifs : une analyse de 172 pays. *Lancette.* 2012 ; 380 : 111-125.
7. **Arulkumaran S, Hediger V, Manzoor A, May J.** Sauver la vie des mères : transformer la stratégie en action. 2012. Rapport du Groupe de travail sur la santé maternelle. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/public/Mothers-lives.pdf>. Consulté le 19 juin 2018.
8. **Eluwa GIE, Atamewalen R, Odogwu K, Ahonsi B.** Succès de la fourniture de dispositifs intra-utérins en post-partum dans les établissements de soins de santé du secteur privé au Nigéria : facteurs associés à l'adoption. *Glob Health Sci Pract.* 2016; 4 : 276-283.
9. **Programme des Nations Unies pour le développement. Objectifs de développement durable.** <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-objectives.html>. Consulté le 19 juin 2018.
10. **Starbird E, Norton M, Marcus R.** Investir dans la planification familiale : la clé pour atteindre les objectifs de développement durable. *Glob Health Sci Pract.* 2016 ; 4 : 191-210.
11. **Ministère de la santé du Kenya.** Transformer la santé : accélérer la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Plan stratégique et d'investissement du secteur de la santé du Kenya (Khsspi), juillet 2013-juin 2017. Nairobi : Ministère de la Santé du Kenya ; 2014.
12. **Castodoh R, Sivin I, Reyes P, Alers J, Chapple M, Russell J.** Le programme international de planification familiale après l'accouchement : huit ans d'expérience. *Représentant Popul Fam Plann.* 1975 ; 18 : 1–53.
13. **Karra M, Canning D, Foster S, et al.** Emplacement et contenu du counseling et acceptation du DIU en post-partum au Sri Lanka. *Reprod Health.* 2017; 14: 42.
14. **Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HA.** Insertion en post-partum immédiate des dispositifs intra-utérins. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 ; (6) : CD003036.
15. **Organisation mondiale de la santé.** Counseling pour les soins de santé maternelle et néonatale : un manuel pour le renforcement des compétences. Genève : OMS ; 2013.
16. **Laerdal [site Web].** Entraîneur d'utérus Mama-U en post-partum. <https://laerdalglobalhealth.com/products/mama-u/>. Consulté le 15 mai 2018.
17. **USAID, Access. Services de dispositif contraceptif intra-utérin post-partum (DIUPP)** : manuel de référence pour les prestataires. Baltimore : Jhpeigo ; 2010.
18. **Singh A, Padmadas SS, Mishra US, Pallikadavath S, Johnson FA, Matthews Z.** Inégalités socio-économiques dans l'utilisation des soins postnatals en Inde. *PLoS ONE.* 2012 ; 7 : e37037.
19. **Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Munganyizi P, Odongo E, et al.** Initiation du dispositif intra-utérin post-partum FIGO : taux de complications dans six pays. *Int J Gynecol Obstet.* 2018 ; 143 (Suppl.1) : 20-27.
20. **Mountford J, Webb C.** Quand les cliniciens dirigent. *McKinsey Quarterly.* 2009. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/when-clinicians-lead>. Consulté le 19 juin 2018.

FACTEURS INFLUENÇANT LA PROBABILITE D'ACCEPTATION DES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS EN POST-PARTUM DANS QUATRE PAYS : INDE, NEPAL, SRI LANKA ET TANZANIE

A. MAKINS, N. TAGHINEJADI, M. SETHI, K. MACHIYAMA, K. THAPA, G. PERERA,
P. S. MUNGANYIZI, A. BHARDWAJ, S. ARULKUMARAN

RESUME

Objectifs : Examiner les facteurs qui ont influencé positivement la probabilité d'accepter de fournir des dispositifs intra-utérins du post-partum (DIUPP) dans quatre pays : Sri Lanka, Népal, Tanzanie et Inde.

Méthodes : Les professionnels de santé ont été formés dans 24 établissements en counseling et en insertion de DIUPP dans le cadre d'une vaste étude multi-pays. Les femmes qui ont accouché ont été invitées à participer à un entretien structuré en face à face de 15 minutes, mené par des agents de collecte de données du pays avant qu'elles ne sortent. Une analyse univariée a été effectuée pour étudier les facteurs associés à l'acceptation.

Résultats : De janvier 2016 à novembre 2017, 6477 prestataires de santé ont été formés, 239 033 accouchements ont eu lieu et 219 242 entretiens ont été réalisés. Parmi les personnes interrogées, 68% ont été conseillées sur la planification familiale et 56% sur le DIUPP, 20% ayant consenti au DIUPP. Les séances de counseling multiples étaient le seul facteur entraînant des taux de consentement plus élevés (OR 1,30–1,39) dans tous les pays. Les rapports de cotes par rapport à l'âge des femmes, la parité et le cadre de counseling des prestataires variaient d'un pays à l'autre.

Conclusion : Le consentement à la contraception, en particulier le DIUPP, est un sujet culturellement spécifique et une généralisation entre les pays n'est pas possible. Lors de la planification des changements de politique contraceptive, il est important de comprendre les facteurs socio-culturels en jeu.

Mots clés : Counseling, Planification familial, Initiative FIGO, PRFI (Pays à Revenu Faible ou Intermédiaire), Contraception en postpartum, Dispositif intra-utérin en postpartum, DIUPP

SUMMARY

Factors influencing the likelihood of acceptance of postpartum intrauterine devices across four countries : India, Népal, Sri Lanka et Tanzania

Objectives: To examine the factors that positively influenced the likelihood of accepting provision of postpartum intrauterine devices (PPIUDs) across four countries: Sri Lanka, Nepal, Tanzania, and India.

Methods: Healthcare providers were trained across 24 facilities in counselling and insertion of PPIUDs as part of a large multi-country study. Women delivered were asked to take part in a 15-minute face-to-face structured interview conducted by in-country data collection officers prior to discharge. Univariate analysis was performed to investigate factors associated with acceptance.

Results: From January 2016 to November 2017, 6477 health providers were trained, 239 033 deliveries occurred, and 219 242 interviews were conducted. Of those interviewed, 68% were counselled on family planning and 56% on PPIUD, with 20% consenting to PPIUD. Multiple counselling sessions was the only factor resulting in higher consent rates (OR 1.30–1.39) across all countries. Odds ratios for women's age, parity, and cadre of provider counselling varied between countries.

Conclusion: Consent for contraception, specifically PPIUD, is such a culturally specific topic and generalization across countries is not possible. When planning contraceptive policy changes, it is important to have an understanding of the sociocultural factors at play.

Keywords: Counselling, Family planning, FIGO initiative, LMIC, Postpartum contraception, Postpartum intrauterine device, PPIUD

INTRODUCTION

La reconnaissance internationale de l'importance d'offrir des services de contraception efficaces aux femmes immédiatement après l'accouchement a augmenté ces dernières années. Les avantages pour les femmes et leurs enfants sont clairs : l'utilisation de la contraception a le potentiel d'améliorer les résultats périnataux et la survie de l'enfant en élargissant l'intervalle de naissance [1] et en réduisant la morbidité et la mortalité maternelles associées à une parité élevée et aux grossesses non désirées [2]. Cependant, la capacité des services à répondre

aux besoins des femmes en matière de contraception après l'accouchement a toujours été problématique, avec des estimations selon lesquelles environ les deux tiers des femmes ont un besoin non satisfait de contraception au cours de la première année après la naissance [3]. La tradition fréquente de reporter les services de planification familiale à la visite post-partum de 6 semaines déçoit de nombreuses femmes qui pourraient souhaiter reporter ou limiter la procréation mais qui se heurtent à des obstacles pour accéder aux soins postnatals [4] ou donner la priorité aux services pour leur nouveau-né plutôt qu'à leurs propres soins [5]. Les services répondent à ces défis au niveau local

Tirés à part : Anita Makins, Fédération Internationale de Gynécologie et d'obstétrique, Londres, Royaume-Uni. Email : anita@figo.org
Information sur le financement : Initiative FIGO financée par des donateurs anonymes.

MAKINS A., TAGHINEJADI N., SETHI M., MACHIYAMA K., THAPA K., PERERA G., MUNGANYIZI P. S., BHARDWAJ A., ARULKUMARAN S. Facteurs influençant la probabilité d'acceptation des dispositifs intra-utérins en post-partum dans quatre pays : Inde, Népal, Sri Lanka et Tanzanie. Journal de la SAGO, 2019, vol.20, n°1, p.16-22

et mondial, avec le développement d'initiatives offrant des services de contraception immédiatement après l'accouchement. Ces initiatives tirent parti des soins prénatals et de l'accouchement en tant qu'occasions de répondre aux besoins contraceptifs des femmes après l'accouchement [6]. Un counseling contraceptif efficace est au cœur de ces initiatives et est essentiel pour permettre l'adoption de la contraception chez les femmes en postpartum avant leur sortie d'hôpital.

Malgré cette concentration accrue sur l'offre de méthodes efficaces aux femmes immédiatement après l'accouchement, il y a eu peu de recherches correspondantes sur la meilleure façon de conseiller les femmes à faire des choix [7]. Des facteurs de counseling tels que le timing et le statut du prestataire peuvent avoir un impact significatif sur le recours à la contraception post-partum [8] ; cependant, il y a une pénurie de preuves explorant ces associations. Nous avons pu identifier deux études visant à analyser l'impact du timing sur l'utilisation de la contraception. Une étude, basée aux États-Unis, a identifié une augmentation significative des taux d'utilisation post-partum d'une méthode de contraception plus efficace chez les patientes conseillées à la fois pendant la période prénatale et postnatale, par opposition à une seule période ; les auteurs n'ont cependant pas commenté l'impact comparatif du counseling prénatal et postnatal. [9] Une autre étude, basée en Égypte, n'a identifié aucune différence significative dans l'effet du counseling en pré-partum et post-partum sur l'acceptation verbale d'un dispositif intra-utérin post-partum (DIUPP) [10]. On en sait encore moins sur l'impact du statut du prestataire du counseling. Ceux qui fournissent des conseils viennent d'horizons très divers [7] et peuvent opérer dans des systèmes de santé où les services d'obstétrique et de planification familiale sont traditionnellement séparés [6]. Dans le cadre de leur étude, Mohamed et al [10]. a indiqué que le statut du prestataire n'avait aucun impact sur l'acceptation ultérieure du DIUPP, mais n'a fourni aucune donnée pour étayer cette affirmation, et aucun détail supplémentaire sur les antécédents des prestataires de counseling inclus dans leur étude. Plus de recherches sur l'impact du timing du counseling et du statut du prestataire sont nécessaires pour mieux comprendre comment nous pouvons mieux aider les femmes à faire des choix contraceptifs après l'accouchement.

Le but de la présente étude était d'examiner les facteurs qui ont influencé les résultats du counseling pour le DIUPP, dans le cadre d'une initiative FIGO, dans quatre pays : l'Inde, le Sri Lanka, le Népal et la Tanzanie.

Bien qu'il s'agisse tous de Pays à Revenu Faible ou Intermédiaire, les profils des quatre pays sélectionnés dans cette étude sont différents lorsque l'on tient compte de l'utilisation des contraceptifs. Cela est susceptible d'avoir un impact sur les résultats. Les chiffres récents compilés par l'ONU sur l'utilisation

mondiale des contraceptifs, publiés en 2018 [11]. sont présentés dans le tableau I.

Tableau I : Prévalence contraceptive et besoins non satisfaits de planification familiale en Inde, au Népal, au Sri Lanka et en Tanzanie

Date du sondage	Inde 2016	Népal 2016	Sri Lanka 2016	Tanzanie 2015
Prévalence contraceptive				
N'importe quelle méthode (%)	53.5	52.6	61.7	38.4
N'importe quelle méthode moderne (%)	47.8	42.8	51.3	32.0
DIU (%)	1.5	1.4	10.1	0.9
Besoin non satisfait de planification familiale				
Total (%)	12.9	23.7	7.5	22.1
Espacement (%)	5.7	8.1	3.1	15.5
Limitation (%)	7.2	15.6	4.4	6.6

Les DIU sont principalement liés aux DIU à intervalles, car le DIUPP n'était pas significativement en pratique en 2015-2016 lors de la collecte des sondages. Ces chiffres montrent que les DIU ne sont pas populaires, en particulier en Inde, au Népal et en Tanzanie, avec une prévalence contraceptive allant de 0,9 à 1,5. Si les DIU ne sont pas populaires ou courants dans le pays, le counseling sera un élément clé au processus de mise en œuvre, d'où la nécessité d'une compréhension plus approfondie de ses effets.

I. MATÉRIELS ET MÉTHODES

La présente étude fait partie d'une plus grande initiative DIUPP multi pays, amorcée par la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) (voir de Caestecker et al [12] ; dans ce supplément). L'initiative de l'étude a débuté en 2013 et se poursuit au moment de la publication. Suite à l'accord des gouvernements et des Sociétés Nationales d'Obstétrique et de Gynécologie, des hôpitaux de référence avec plus de 5000 accouchements par an ont été sélectionnés dans chaque pays. Les professionnels de la santé, les gestionnaires et les décideurs locaux ont été informés de la valeur de l'espacement des naissances pour réduire les taux de mortalité maternelle et des moins de cinq ans ainsi que de la sécurité et de l'efficacité du DIUPP. Le personnel médical et infirmier de chaque établissement a ensuite été formé en counseling et en insertion de DIUPP via un modèle de « formation des formateurs » à l'aide de conférences standardisées et de séances pratiques dans les quatre pays. Cela impliquait la formation d'une équipe de maîtres formateurs dans chaque établissement, qui pouvaient ensuite former régulièrement leur propre personnel. Au cours de la formation, l'accent a été mis sur un counseling équilibré, où toutes les méthodes disponibles dans le pays devraient être décrites et

expliquées à la femme. Le DIUPP doit ensuite être traité séparément car il s'agit d'une nouvelle méthode. Au Sri Lanka et en Tanzanie, tous les services de counseling ont été fournis par du personnel clinique (médecins, infirmières et sages-femmes) travaillant dans les établissements choisis. En Inde et au Népal, le counseling sur la planification familiale et le DIUPP a été conduit non seulement par le personnel médical et infirmier déjà présent, mais également par des conseillers désignés employés par l'initiative. Ces conseillers ont reçu 2 jours de formation comprenant des méthodes de planification familiale, des techniques de counseling et des informations spécifiques sur le DIUPP.

Il a été demandé aux femmes qui devaient accoucher dans ces établissements de consentir à participer à un bref entretien structuré de 15 minutes en face à face. Dans les cas où le consentement a été obtenu, des agents de collecte de données (ACD) dans le pays auraient mené l'entretien avant la sortie. Toutes les données ont été collectées par les ACD sur des tablettes et stockées à l'aide du logiciel CommCare (Dimagi, Cambridge, MA, USA). Les données ont été analysées dans les 24 établissements, six dans chacun des quatre pays participants : Népal, Sri Lanka, Tanzanie et l'Inde. La période analysée était de janvier 2016 à novembre 2017 pour l'Inde et de septembre 2016 à novembre 2017 pour le Népal, le Sri Lanka et la Tanzanie. Ces dates ont été choisies parce que plus de 80% de toutes les femmes accouchant dans les établissements choisis dans chaque pays avaient été interrogées par les ACD au cours de ces périodes et les données pouvaient alors être considérées comme représentatives. Bien que six pays aient participé à l'initiative, le Kenya et le Bangladesh n'ont pas atteint des taux d'interview assez élevés parmi les femmes

qui avaient accouché pour être inclus dans cette analyse. C'est également la raison pour laquelle les 12 autres établissements du Sri Lanka n'ont pas été inclus, car les taux d'interview dans ces unités n'ont pas atteint le seuil requis. Les facteurs analysés comprenaient : l'âge, la parité, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'épisodes de counseling et la composition du personnel de santé impliqué dans le counseling. Avec le cadre du personnel de santé, plusieurs réponses ont été autorisées car les femmes étaient souvent conseillées par divers professionnels. Les facteurs exclus de l'analyse étaient le timing du counseling et la participation du mari. Le timing du counseling (prénatal, intrapartum et postpartum) n'a pas été inclus dans l'analyse car très souvent les femmes étaient conseillées au cours des trois périodes et il était donc difficile d'établir une relation avec le résultat. La discussion avec le mari n'a pas non plus été analysée car un seul pays a répondu à cette question. Le counseling reçus à travers les pays a été standardisés. Cela a été vérifié en incluant des questions sur la connaissance de la planification familiale post-partum, le DIUPP, les avantages et les inconvénients, ainsi que la satisfaction du counseling reçu.

Les données ont été rendues anonymes et les approbations appropriées des comités d'éthique ont été obtenues auprès des institutions respectives du pays, ainsi que de l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres pour analyse et publication. Une analyse univariée a été réalisée à l'aide du logiciel Stata version 15.0 (StataCorp LLC, Collège Station TX, États-Unis) pour étudier les facteurs associés à l'acceptation du DIUPP. $P < 0,05$ était considéré comme significatif.

II. RÉSULTATS

Le tableau II présente un résumé des activités dans les quatre pays.

Tableau II : Données clés sur les établissements, la formation et le counseling dans le cadre de l'initiative DIUPP en Inde, au Népal, au Sri Lanka et en Tanzanie

	Inde		Népal		Sri Lanka		Tanzanie		Total	
	Jan 2016 – Nov 2017		Sept 2016 – Nov 2017		Sept 2016 – Nov 2017		Sep 2016 – Nov 2017		N	%
Nombre d'établissement	6		6		6		6		24	
Nombre total de personnes formées uniquement en counseling	12		1178		1758		1347		4295	
Nombre total formé en counseling et en insertion	914		246		134		888		2182	
Livraisons	76381		70098		36367		56187		239033	
Entrevues	73830		65256		33536		46620		219242	
Âge moyen	25		24		28		26		25	
Parité médiane	1		1		2		2		2	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Interviewé	73830	97	65256	93	33536	92	46620	83	219242	92
Conseillé sur la PF	63807	86	23531	36	31736	95	30925	66	149999	68
Conseillé sur le DIUPP	63782	86	20679	32	18100	54	19575	42	122136	56
Consenti au DIUPP	21934	34	2408	10	2043	6	3520	11	29905	20

Du début de l'initiative à Novembre 2017, 4295 prestataires de soins de santé ont été formés en counseling et 2182 en counseling et insertion de DIUPP. Au total, 239 033 accouchements ont eu lieu dans les 24 établissements.

L'âge médian des femmes était de 25 ans et la parité médiane était de 2.

Au total, 219 242 femmes ont été interrogées, ce qui équivaut à 92% de toutes les femmes accouchant

dans les 24 établissements. Parmi les personnes interrogées, 68% ont été conseillées sur la planification familiale et 56% ont également été conseillées sur le DIUPP. Parmi les personnes conseillées, 20% en total ont consenti au DIUPP.

Le tableau III résume l'analyse univariée des facteurs spécifiques qui peuvent avoir influencé l'adoption du DIUPP.

Tableau III : Facteurs influençant le consentement à l'insertion d'un dispositif intra-utérin en post-partum

	Inde (N=56,021)			Népal (N=23,433) ^a			Sri Lanka (N=31,607)			Tanzanie (N=27,274)		
	OR Brute	P >z	[95% CI]	OR Brute	P>z	[95% CI]	OR Brute	P>z	[95% CI]	OR Brute	P>z	[95% CI]
Démographie												
L'âge des femmes	0.97	<0.001	0.961 0.969	1.05	<0.001	1.033 1.060	0.99	0.056	0.984 1.000	1.03	<0.001	1.027 1.040
Parité	0.91	<0.001	0.894 0.934	Na	Na	Na Na	0.94	0.017	0.895 0.989	1.16	<0.001	1.134 1.186
Survie d'une naissance récente												
Aucun enfant vivant	1.00			Na	Na	Na Na	1.00			1.00		
≥ 1 enfant vivant de cet accouchement	3.49	<0.001	2.378 5.112	Na	Na	Na Na	3.38	0.227	0.468 24.51	2.58	<0.001	1.647 4.040
N° d'épisodes de counseling												
Une fois	1.00			1.00			1.00			1.00		
Plusieurs fois	1.30	0.000	1.235 1.365	1.39	0.000	1.232 1.559	1.31	0.008	1.072 1.599	1.39	0.000	1.228 1.578
Counseling par différents cadres^b												
<i>Conseillé par un médecin</i>												
Oui	0.83	<0.001	0.804 0.865	1.48	0.003	1.147 1.906	1.01	0.884	0.907 1.120	1.39	0.000	1.172 1.638
Non	1.00			1.00			1.00			1.00		
<i>Conseillé par une infirmière/Sage-femme</i>												
Oui	0.71	<0.001	0.684 0.747	0.67	<0.001	0.552 0.823	0.21	<0.001	0.174 0.262	0.57	<0.001	0.433 0.750
Non	1.00			1.00								1.00
<i>Conseillé par un conseiller</i>												
Oui	1.17	<0.001	1.091 1.265	Na	Na	Na Na	Na	Na	Na Na	Na	Na	Na Na
Non	1.00											

a : Aucune information n'était disponible sur la parité, la survie des naissances récentes et les conseillers pour le Népal car ces informations n'étaient pas collectées sur leur formulaire d'entretien.

b : Aucune information n'était disponible sur les conseillers pour le Sri Lanka et la Tanzanie car ils n'utilisaient pas cette stratégie pour conseiller les femmes.

En Inde, les femmes plus âgées étaient moins susceptibles d'accepter un DIUPP (OR 0,97), tandis que dans les trois autres pays, les femmes plus âgées étaient plus susceptibles d'accepter un DIUPP. Il s'agissait d'une situation similaire en ce qui concerne la parité : plus la parité est élevée, moins les femmes indiennes et sri-lankaises sont susceptibles d'accepter un DIUPP (OR 0,91 et 0,94, respectivement) ; alors qu'en Tanzanie, elles étaient plus susceptibles d'accepter un DIUPP plus la parité était élevée (OR 1,16). En Inde, au Sri Lanka et en Tanzanie, les femmes étaient plus susceptibles d'accepter un DIUPP si l'enfant né de l'accouchement immédiat était en vie au moment de l'entretien (OR 3,49, 3,38 et 2,58, respectivement). Dans les quatre pays, les femmes étaient plus susceptibles d'accepter un DIUPP si elles avaient été conseillées plusieurs fois (OR 1,30–1,39). L'association entre le cadre du fournisseur de santé et le consentement au DIUPP variait d'un pays à l'autre.

En Inde, les femmes qui avaient été conseillées par des conseillers étaient 1,17 fois plus susceptibles de dire oui au DIUPP, tandis qu'au Népal et en Tanzanie, celles conseillées par des médecins étaient plus susceptibles de répondre positivement (OR 1,48 et 1,39, respectivement). Au Népal et au Sri Lanka, les femmes vues par des infirmières / sages-femmes étaient moins susceptibles de consentir au DIUPP comme option contraceptive.

III. DISCUSSION

Le counseling a eu un impact beaucoup plus important dans certains pays que dans d'autres et il serait intéressant de comprendre pourquoi cela était le cas. Dans les six établissements en Inde, 86% des femmes ont été conseillées et la proportion de femmes consentant au DIUPP était la plus élevée, à 34%. En 2016, la prévalence des DIU d'intervalle était à 1,5%

au niveau national. [11] Quels sont les facteurs qui ont pu influencer ce succès ?

Les rapports de cotes par rapport à l'âge et la parité des femmes en Inde suggèrent que les femmes qui ont moins d'enfants et qui sont plus jeunes sont plus susceptibles d'accepter le DIUPP. Dans les six établissements indiens inclus dans l'initiative, les seules méthodes contraceptives immédiates à action prolongée disponibles sont le DIUPP et la ligature bilatérale des trompes (LBT). La seule autre alternative est la pilule progestative et les préservatifs. Depuis de nombreuses années, le gouvernement offre de petites motivations financières aux prestataires de soins, aux femmes et à leurs agents de santé communautaires pour qu'ils adoptent la contraception [13]. Étant donné que la plupart des femmes sont encouragées à quitter l'hôpital avec une forme de contraception à action prolongée et que les choix sont limités, le DIUPP devient une option intéressante pour les jeunes femmes de parité faible en raison de sa réversibilité. Les femmes plus âgées qui recherchent des options limitant les naissances seraient plus susceptibles de choisir la LBT.

Bien que cela ne soit pas pris en compte dans les données de suivi, un autre facteur qui peut avoir contribué au succès de l'initiative en Inde est que le counseling a eu lieu plusieurs fois pendant la grossesse. En raison de la structure du système de santé gouvernemental, les femmes se présentent généralement pour leur minimum de quatre rendez-vous prénatals dans le même établissement. Avec le counseling mis en place dans ces établissements, de multiples discussions avec les professionnels de santé sur la contraception ont été possibles avec chaque femme. Dans les quatre pays, plusieurs séances de counseling étaient plus susceptibles d'entraîner l'adoption du DIUPP que des rencontres individuelles. Plusieurs des autres pays participant à cette étude ont eu du mal à obtenir systématiquement plusieurs épisodes de counseling dans le même établissement participant, en raison notamment de la nature de leur population et des services de santé fournis dans les institutions gouvernementales. En Tanzanie, les femmes recevaient souvent des soins prénatals dans des unités différentes de celles où elles allaient finalement accoucher, ce qui rendait difficiles les multiples rencontres de conseil dans l'un des établissements participants. Au Népal, la nature migrante de la population et le fait que de nombreuses femmes retournent dans leurs foyers familiaux ont rendu difficiles les multiples consultations.

La valeur des rencontres multiples était claire, en particulier dans les pays où le DIU n'est pas populaire. De multiples rencontres ont également permis à des proches de participer aux séances de counseling, ce qui est essentiel dans les communautés où la famille et les proches jouent un rôle important dans la prise de décisions concernant la planification familiale.

En Inde en particulier, les femmes ont été encouragées à revenir avec leur mari et leur belle-mère lors de rendez-vous ultérieurs afin de pouvoir également entendre parler des avantages de la planification familiale, mais en particulier de la valeur du DIUPP en tant que contraceptif réversible efficace, non hormonal et à long terme.

La valeur du conseiller était également évidente en Inde, où les rapports de cotes d'acceptation d'un DIUPP étaient 1,17 fois plus élevées chez les femmes qui ont été conseillées par un conseiller que chez celles qui ne l'ont pas été. Les conseillers en Santé Reproductive des Enfants (SRE) font partie du système de santé gouvernemental existant dans les hôpitaux indiens. Ils conseillent non seulement sur la planification familiale, mais aussi sur d'autres sujets liés à la santé génésique et infantile. La valeur que les conseillers ajoutent aux consultations cliniques est clairement évidente en ce qui concerne la contraception - un sujet qui nécessite des conversations privées approfondies avec chaque femme.

L'initiative au Népal a vu une proportion plus faible de femmes recevant du counseling en planification familiale et en DIUP (36% et 32% des personnes interrogées, respectivement), et donc le taux de consentement au DIUP était également plus faible (10%). Le mélange de méthodes était différent au Népal, où des implants hormonaux sont proposés mais seulement après 6 semaines. Moins de praticiens ont été formés en counseling et en insertion et bien que des conseillers aient été employés, cette analyse n'a pas pu démontrer leur impact sur l'acceptation du DIUPP parce que les formulaires d'entrevue ne recueillaient pas les informations pertinentes.

Les conseillers en planification familiale au Népal ont été employés directement par l'initiative et leur durabilité reste donc en suspens. Ils constituaient également un nouveau cadre de personnel de santé dans le système de santé, et lors des visites de suivi, il était évident que dans certains établissements, ils n'étaient pas bien acceptés et parfois considérés avec suspicion. Les femmes népalaises ont généralement davantage confiance en le personnel médical, en particulier les médecins, et les prestataires ont indiqué que sans la ratification du médecin, les femmes seraient moins susceptibles d'accepter un nouveau concept tel que le DIUPP. D'autres recherches qualitatives sur cet aspect sont actuellement en cours.

Les six établissements népalais concernés sont de grandes institutions avec une proportion de personnel par patient relativement faible. Cela signifiait que les médecins n'avaient tout simplement pas le temps de consacrer de longues sessions de counseling aux femmes. Ce qui est intéressant, est le rapport de cotes du consentement au PPIUD était de 0,67 lorsque les femmes étaient conseillées par des infirmières.

Lors des visites de suivi, il a été constaté que de nombreuses infirmières / sages-femmes n'étaient pas motivées pour conseiller ou insérer un DIUPP. Souvent, cela était considéré comme une charge supplémentaire qui avait été précédemment assumée par le service de planification familiale et non par le personnel de maternité. Dans un environnement déjà tendu et occupé, ces infirmières n'étaient souvent pas disposées à assumer une tâche supplémentaire. Dans de nombreux cas, ils étaient la porte d'entrée des connaissances et des informations pour le patient et sans leur soutien, il n'est pas surprenant que les taux de counseling et de consentement soient faibles. Cependant, il convient de rappeler que la prévalence nationale du DIU au Népal était de 1,4% en 2016 [11], et donc qu'un taux de consentement de 10% est tout à fait une réussite. L'initiation de nouvelles pratiques dans un environnement où le système est déjà mis à rude épreuve n'est pas une tâche facile et risque de prendre un temps considérable.

Le Sri Lanka est un pays où les besoins non satisfaits de contraception sont beaucoup plus faibles que les trois autres pays. La prévalence contraceptive pour n'importe quelle méthode était de 61,7% en 2016 [11]. et le besoin d'espacement non satisfait (qui est particulièrement pertinent pour le DIUPP) était relativement faible, à 3,1%. Le choix de la méthode immédiatement après l'accouchement est plus grand, les implants hormonaux étant largement disponibles pour l'insertion avant la sortie de l'hôpital. Il a été suggéré que cette option était populaire pour les femmes sri-lankaises, la prévalence des implants augmentant avec le temps [11]. Selon les mêmes données, la prévalence des DIU en 2016 était de 10,1%. Cela suggère que la méthode est populaire et il est surprenant de voir des taux de consentement aussi bas que 6%. Quoi qu'il en soit, de nombreux pays ont indiqué que l'initiative avait entraîné des effets bénéfiques collatéraux tels qu'une augmentation de l'utilisation d'autres méthodes de contraception ainsi qu'une augmentation de l'utilisation des DIU à intervalles. Le rapport de cotes suggère que le counseling par les infirmières a entraîné une acceptation moins probable de la méthode (OR 0,21). Une publicité défavorable a été générée pendant la mise en œuvre de l'initiative au Sri Lanka pendant la période de collecte de ces résultats. L'initiative est devenue mêlée aux problèmes de tension ethnique connus dans les pays où certains pensent que la contraception est utilisée comme un outil politique. Cela peut avoir entraîné un manque de soutien de la part de certains professionnels et peut expliquer les faibles taux de consentement globaux. Un article de ce supplément décrit les détails de l'initiative au Sri Lanka [14].

Le profil de la Tanzanie est très différent de celui du Sri Lanka, avec une prévalence contraceptive pratiquement statique depuis 1991 à 38,4% et le besoin d'espacement non satisfait le plus élevé à 15,5% [11].

La Tanzanie a les taux de mortalité infantile et des moins de cinq ans les plus élevés et une culture nataliste, donc persuader les femmes d'avoir moins d'enfants peut être difficile à justifier. Il n'est donc pas surprenant que les femmes soient moins susceptibles d'accepter la contraception, le plus leur âge est bas et leur parité, et la survie du dernier né s'est avérée être fortement associée à l'acceptation du DIUPP (OR 2,58). Le fait d'être conseillé par un médecin était clairement associé à l'acceptation du DIUPP (OR 1,39). La prévalence nationale des DIU à intervalle était faible en 2016 à 0,9%. Compte tenu de cette prévalence, la proportion de femmes consentant à un DIUPP dans les six établissements était élevée, à 11%. En Tanzanie, des conseillers n'étaient pas employés par l'initiative, et le counseling et l'insertion étaient principalement assurés par des sages-femmes. Les résultats suggèrent qu'en dépit de la faible prévalence globale des contraceptifs modernes, il existe une demande pour des méthodes à longue durée d'action, comme le DIUPP, en Tanzanie. Cette étude suggère que la nationalisation des services de DIUPP, principalement par le biais des sages-femmes, pourrait être une intervention très réussie en Tanzanie.

La présente étude a adopté une approche quantitative lors de l'examen de différents facteurs influençant le consentement à la fourniture de DIUPP. Il existe clairement de multiples variables: les structures familiales qui représente le décideur, l'organisation des soins de santé dans le pays, les méthodes alternatives et les effets indésirables, ainsi que la perception qu'ont les femmes de leur besoin de planification familiale. Il est probable que de nouvelles études utilisant une méthodologie qualitative dans chaque pays aideraient à mieux comprendre comment ces facteurs interagissent et contribueraient à informer les décideurs politiques.

CONCLUSION

Il n'est pas possible de généraliser les résultats dans les quatre pays en ce qui concerne les facteurs qui influencent les femmes à consentir à la fourniture de DIUPP. Celles-ci semblent être très spécifiques au contexte. Le seul facteur cohérent dans tous les pays qui a abouti à une plus grande probabilité d'acceptation du DIUPP était d'avoir plusieurs épisodes de counseling. Cela devrait être pris en compte par les décideurs lors de la conception des programmes de mise en œuvre.

Contributions d'auteur : *AM a écrit le manuscrit avec l'aide de NT. Le nettoyage, l'analyse et les tableaux de données ont été préparés par MS et KM. SA a planifié l'initiative et dirigé la mise en œuvre avec AM. PM, AB, KT et GP ont coordonné les activités dans leurs pays respectifs. Tous les auteurs ont examiné la version finale de l'article. MS a travaillé sur le projet alors qu'il était employé par la FIGO.*

Remerciements : *Nous tenons à remercier les membres passés et présents de l'équipe du DIUPP au siège de la FIGO et chaque équipe de pays qui a travaillé dur pour rendre cette initiative possible. Nous tenons à remercier les quatre sociétés nationales*

: SLCOG (Sri Lanka College of Obstetricians and Gynecologists/ Collège d'Obstétriciens et de Gynécologues du Sri Lanka), NESOG (Nepal Society of Obstetricians and Gynecologists/ Société des Obstétriciens et Gynécologues du Népal), AGOTA (Association of Gynecologists and Obstetricians of Tanzania/ Association des Gynécologues et Obstétriciens de Tanzanie), FOGSI (Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India/ Fédération des Sociétés d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Inde), ainsi que la Fondation AVNI pour la santé 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 et du Sri Lanka pour leur participation à l'initiative. Enfin, nous remercions également nos donateurs anonymes pour leur généreuse subvention et leur soutien continu.

Ce supplément a été initialement publié en anglais sous le titre « Numéro spécial : Institutionnalisation des dispositifs intra-utérins en post-partum » dans *Le Journal International de Gynécologie et d'Obstétrique / International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 143 : S1 (2018) : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/toc/18793479/2018/143/S1> »

Conflits d'intérêt : Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

REFERENCES

1. **Kozuki N, Lee A, Silveira MF et al.** Les associations d'intervalles de naissance avec la faible mortalité pour l'âge gestationnel, prématuré et néonatal et infantile : une méta-analyse. *BMC Public Health*. 2013 ; 13 : S3.
2. **Cleland J, Condé-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A.** Contraception et santé. *Lancette*. 2012 ; 380 : 149-156.
3. **Ross JA, Winfrey LL.** Utilisation de contraceptifs, intention d'utilisation et besoins non satisfaits pendant la période en post-partum prolongée. *Int Fam Plann Perspect*. 2001 ; 27 : 20-27.
4. **Ogburn JA, Espey E, Stonehocker J.** Obstacles à l'insertion d'un dispositif intra-utérin chez les femmes en post-partum. *La contraception*. 2005 ; 72 : 426-429.
5. **Vernon R.** Répondre aux besoins de planification familiale des femmes en postpartum. *Stud Fam Plann*. 2009 ; 40 : 235-245.
6. **Pfitzer A, Mackenzie D, Blanchard H et al.** Un accouchement en établissement peut être le moment de commencer la planification familiale : expériences du dispositif intra-utérin en post-partum dans six pays. *Int J Gynecol Obstet*. 2015 ; 130 : S54 – S61.
7. **Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Haam VV.** Insertion en post-partum immédiat du dispositif intra-utérin pour la contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 ; (6) : CD003036.
8. **Malarcher S, Polis CB.** Utiliser des mesures des besoins non satisfaits pour informer les investissements du programme pour l'intégration des services de santé. *Stud Fam Plann*. 2014 ; 45 : 263-275.
9. **Zapata LB, Murtaza S, Whiteman MK, et al.** Counseling contraceptif et utilisation de la contraception en post-partum. *Suis J Obstet Gynecol*. 2015 ; 212 : 171.e1–171.e8.
10. **Mohamed SA, Kamel MA, Shaaban OM, Salem HT.** Acceptabilité de l'utilisation des contraceptifs intra-utérins en post-partum : expérience Assiut. *Med Princ Pract*. 2003 ; 12 : 170-175.
11. **Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population.** *World Contraceptive Use 2018 (POP / DB / CP / Rev2018)*.
12. **De Caestecker L, Banks L, Bell E, Sethi M, Arulkumaran S.** Planification et mise en œuvre d'une initiative de dispositif intra-utérin de la FIGO en post-partum dans six pays. *Int J Gynecol Obstet*. 2018 ; 143 (Suppl.1) : 4–12.
13. **Satia JK, Maru RM.** Incitations et désincitations dans le programme indien de protection de la famille. *Stud Fam Plann*. 1986 ; 17 : 136-145.
14. **Weerasekera DS, Senanayake L, Ratnasiri UD, et al.** Quatre ans de l'initiative de la FIGO sur les dispositifs intra-utérins en post-partum au Sri Lanka : initiative pilote pour la politique nationale. *Int J Gynecol Obstet*. 2018 ; 143 (Suppl.1) : 28

INITIATIVE FIGO DU DISPOSITIF INTRA-UTERIN EN POST-PARTUM : TAUX DE COMPLICATIONS DANS SIX PAYS

A. MAKINS, N. TAGHINEJADI, M. SETHI, K. MACHIYAMA, P. MUNGANYIZI, E. ODONGO,
H. DIVAKAR, P. FATIMA, K. THAPA, G. PERERA, S. ARULKUMARAN

RESUME

Objectifs : Enregistrer et analyser les taux de complications suite à l'insertion d'un dispositif intra-utérin du post-partum (DIUPP) dans 48 hôpitaux de six pays : Sri Lanka, Inde, Népal, Bangladesh, Tanzanie et Kenya.

Méthodes : Les prestataires de soins de santé ont été formés en counseling et en insertion du DIUPP via un modèle de formation des formateurs. Des données ont été collectées sur la méthodologie, le timing, le cadre du personnel soignant et le nombre d'insertions. Les données sur les complications ont été recueillies lors d'un suivi de 6 semaines. Une analyse statistique a été réalisée pour élucider les facteurs associés à l'expulsion rapide et à l'absence de fils.

Résultats : A partir de mai 2014 à septembre 2017, 36 766 DIUPP ont été insérés: 53% par voie vaginale et 47% à la césarienne; 74% ont été insérés par des médecins. Le suivi a été entrepris par 52%. Les taux d'expulsion et de retrait étaient respectivement de 2,5% et 3,6%. Les fils n'étaient pas visibles dans 29%. L'expulsion était moins probable après l'insertion par césarienne (ORa 0,33 ; IC à 95%, 0,26–0,41), après l'insertion vaginale entre 10 minutes et 48 heures (ORa 0,59 ; IC à 95%, 0,42–0,83), et lorsque l'insertion a été réalisée par une infirmière (ORa 0,33 ; IC à 95%, 0,22–0,50).

Conclusion : Le DIUPP a de faibles taux de complications et peut être inséré en toute sécurité par une variété de personnel de santé qualifié. Étant donné les avantages immédiats de l'approche à guichet unique, les gouvernements devraient envisager d'urgence d'adopter ce modèle.

Mots-clés : Fils absents, Complications, Expulsions, Initiative FIGO, Résultats, Dispositif intra-utérin post-partum, DIUPP, Retrait.

INTRODUCTION

La période du post-partum est reconnue comme un cadre temporel qui a un besoin élevé non satisfait de contraception, ayant des choix limités pour les femmes [1]. Ces dernières années, l'accent a été mis de plus en plus sur l'opportunité offerte par les accouchements en établissement à répondre à ce besoin et surmonter le défi important des obstacles à l'accès [2] Offrir l'insertion d'un dispositif intra-utérin du post-partum

Tirés à part : Anita Makins, Fédération Internationale de Gynécologie et d'obstétrique, Londres, Royaume-Uni. Email : anita@figo.org
Information sur le financement : Initiative FIGO financée par des donateurs anonymes.

SUMMARY

FIGO postpartum intrauterine device initiative: complication rates across six countries

Objectives: To record and analyze complication rates following postpartum intrauterine device (PPIUD) insertion in 48 hospitals in six countries: Sri Lanka, India, Nepal, Bangladesh, Tanzania, and Kenya.

Methods: Healthcare providers were trained in counselling and insertion of PPIUD via a training-the-trainer model. Data were collected on methodology, timing, cadre of staff providing care, and number of insertions. Data on complications were collected at 6-week follow-up. Statistical analysis was performed to elucidate factors associated with increased expulsion and absence of threads.

Results: From May 2014 to September 2017, 36 766 PPIUDs were inserted: 53% vaginal and 47% at cesarean delivery; 74% were inserted by doctors. Follow-up was attended by 52%. Expulsion and removal rates were 2.5% and 3.6%, respectively. Threads were not visible in 29%. Expulsion was less likely after cesarean insertion (aOR 0.33; 95% CI, 0.26–0.41), following vaginal insertion at between 10 minutes and 48 hours (aOR 0.59; 95% CI, 0.42–0.83), and when insertion was performed by a nurse (aOR 0.33; 95% CI, 0.22–0.50).

Conclusion: PPIUD has low complication rates and can be safely inserted by a variety of trained health staff. Given the immediate benefit of the one-stop approach, governments should urgently consider adopting this model.

Keywords: Absent threads, Complications, Expulsions, FIGO initiative, Outcomes, Postpartum intrauterine device, PPIUD, Removal.

(DIUPP) avant la sortie après l'accouchement en établissement peut être une option particulièrement pratique pour les femmes éligibles, avec des avantages distincts de nature à long terme, de la réversibilité et moins de suivi requis [3].

Les recherches existantes sur la manière dont les programmes de DIUPP sont dispensées, en particulier l'importance du cadre des prestataires et de la technique d'insertion, restent limitées. Les données évaluant l'impact du statut de prestataire sur les résultats

MAKINS A., TAGHINEJADI N., SETHI M., MACHIYAMA K., MUNGANYIZI P., ODONGO E., DIVAKAR H., FATIMA P., THAPA K., PERERA G., ARULKUMARAN S. Initiative FIGO du dispositif intra-utérin en post-partum : taux de complications dans six pays. Journal de la SAGO, 2019, vol.20, n°1, p.23-32

pour les patients sont d'une importance notable dans un environnement où le partage des tâches entre médecins, sages-femmes et autres professionnels de la santé est de plus en plus utilisé pour étendre et fournir des services de planification familiale [4]. Les preuves actuellement disponibles appuient le partage des tâches dans la fourniture du DIUPP. Une étude cas-témoins analysant les données secondaires d'un programme de DIUPP en Inde n'a trouvé aucun rapport entre la catégorie de prestataires et les résultats indésirables tels que l'expulsion ou l'infection [5]. Cela reste à démontrer dans divers contextes.

Il n'y a actuellement aucun consensus dans la littérature sur les méthodes d'insertion des DIUPP. Les techniques d'insertion courantes incluent l'insertion manuelle, les pinces Kelly, les pinces à anneaux et les dispositifs d'insertion dédiés au DIUPP [6-8]. Il a été avancé qu'un placement fundique élevé, qui peut être réalisé manuellement ou avec des instruments tels que des pinces de Kelly ou un dispositif d'insertion de DIUPP dédié, peut être souhaitable pour minimiser les taux d'expulsion [6,7]. Cependant, de nombreuses études existantes sur le DIUPP ne décrivent pas les méthodes utilisées, ou caractérisent simplement l'insertion comme instrumentale par rapport à manuelle. Plus de recherche est impérative pour guider et optimiser la prestation des DIUPP dans les services de planification familiale.

L'interprétation des données sur les taux de complications après l'insertion d'un DIUPP est également problématique pour les prestataires de services. Alors que les taux d'infection et de perforation après l'insertion sont constamment faibles [9], les auteurs d'une revue Cochrane de 2015 ont appelé à davantage de recherches pour évaluer les taux d'expulsion [10]. Les études existantes varient énormément dans leurs taux d'expulsion après l'insertion d'un DIUPP, de moins de 2% à plus de 25% [6,11]. Les comparaisons sont rendues encore plus difficiles par les incohérences dans la définition de l'expulsion (complète vs incomplète) et le timing du suivi. De plus, très peu d'études ont inclus les taux de fils absents avec les DIU in situ après l'insertion. Cette complication peut entraîner une anxiété importante chez les patients, en particulier lorsque l'accès à des services de suivi tels que l'échographie peut être problématique.

Ainsi, la question au cœur du débat actuel autour du DIUPP reste : dans quelle mesure le DIUPP représente-t-il un compromis entre commodité et utilité par rapport aux complications potentielles [10] ? Davantage de preuves sont essentielles pour permettre aux professionnels de la santé de conseiller leurs patientes et d'étendre les choix de contraception pour les femmes dans la période du post-partum. Le présent article décrit les expériences acquises grâce à une initiative de la FIGO pour fournir un DIUPP

dans 48 établissements de six pays à revenu faible ou intermédiaire. Les données portent sur le timing et la technique d'insertion, la catégorie de et les taux ultérieurs de complications au contrôle postnatal de 6 semaines, y compris le cas d'infection, l'expulsion et les pertes de fils. À la connaissance des auteurs, il s'agit à ce jour d'une des plus importantes études dans la littérature sur ce sujet.

I. MATÉRIELS ET MÉTHODES

L'initiative FIGO DIUPP a débuté au Sri Lanka en juillet 2013 où six établissements ont été choisis pour participer à un projet pilote. Après une mise en œuvre réussie, l'initiative s'est étendue en 2015 à 12 autres hôpitaux au Sri Lanka et à six établissements dans chacun des cinq autres pays : Tanzanie, Kenya, Népal, Bangladesh et Inde. Les pays ont été choisis en fonction de la prévalence contraceptive, des besoins de contraception non satisfaits, de la présence d'une Société Nationale d'Obstétrique et de Gynécologie disposée à travailler avec la FIGO et des gouvernements qui acceptaient le DIUPP.

Les établissements sélectionnés dans chaque pays étaient des hôpitaux de référence avec plus de 5000 accouchements par an. Des réunions ont eu lieu avec des cliniciens confirmés et des directeurs d'hôpitaux pour expliquer les avantages pour la santé de l'espacement des naissances et les avantages du DIUPP. Par la suite, un modèle de formation des formateurs a été utilisé pour former les prestataires en counseling de planification familiale et en techniques d'insertion du DIUPP après les accouchements vaginaux et par césarienne. Cela impliquait l'enseignement d'un noyau de 12 à 18 maîtres formateurs, qui continueraient ensuite à répéter les sessions de formation dans leurs propres établissements.

Les six pays ont reçu le même matériel de formation, qui comprenait un ensemble standard de diapositives, des vidéos de formation et des plans de séances pratiques, y compris des jeux de rôle pour le counseling et des modèles Mama-U (Laerdal, Stavanger, Norvège) [12], ainsi que l'équipement clinique accompagnant pour l'insertion de DIUPP. Un document FIGO sur les normes minimales de formation a été partagé et respecté par tous les pays pour assurer la normalisation. Après des insertions de pratique correcte sur le modèle Mama-U, chaque prestataire a dû effectuer des insertions supervisées sur un patient vivant, suivies d'insertions réussies sans supervision avant d'être approuvées comme compétentes. Les seuils fixés varient d'un pays à l'autre car le niveau de compétence et les catégories du personnel de santé sont différents. Un numéro d'identification unique a permis de suivre leurs progrès au cours de l'initiative. Les mentors de l'établissement pourraient ensuite suivre les réalisations de leurs stagiaires au fil du temps.

Au total, 4904 prestataires ont été formés au conseil et à l'insertion au cours de la période étudiée. Tous ces prestataires n'ont pas été productifs, car beaucoup étaient des directeurs cliniques qui ne fournissaient pas directement de services. Il était néanmoins important de les inclure pour obtenir un soutien à l'initiative. Tous les prestataires ont été formés pour fournir des conseils équilibrés où toutes les méthodes disponibles de planification familiale, y compris le DIUPP, ont été discutées. En Inde, au Népal et au Bangladesh, des conseillers supplémentaires en planification familiale ont été employés par l'initiative car le personnel clinique était surchargé et ne pouvait pas consacrer suffisamment de temps à conseiller les femmes. Ces conseillers ont été employés dès le départ en Inde, mais à mi-parcours du projet au Népal et au Bangladesh.

Les femmes ont été conseillées avant la naissance (de préférence lors de multiples consultations cliniques), au début du travail (si cela était jugé approprié), et aussi immédiatement après l'accouchement (dans les 48 heures suivant la naissance). Le consentement à l'insertion a été pris à l'une de ces rencontres. Pour les accouchements vaginaux, la technique d'insertion enseignée a utilisé la pince hémostatique de Kelly incurvée de 33 cm de long (Instruments chirurgicaux Sklar, West Chester, PA, USA) qui assure une insertion fundique adéquate. Cette technique a été bien décrite dans la littérature [6, 9, 10, 13–15]. Le moment de l'insertion après l'accouchement vaginal a été classé comme post-placentaire (dans les 10 minutes suivant l'expulsion du placenta) ou post-partum immédiat (dans les 48 heures) (tableau I).

Tableau I : Catégorisation du moment de l'insertion du DIUPP après accouchement

Type d'accouchement	Timing de l'insertion		
Vaginal	Post-placentaire	Dans les 10 minutes suivant l'accouchement placentaire	L'insertion est effectuée à l'aide de la pince Kelly pour assurer un placement fundique élevé
	Immédiatement après l'accouchement	Entre 10 minutes et 48 heures d'accouchement placentaire	L'insertion est réalisée à l'aide d'une pince hémostatique Sklar® Kelly incurvée de 33 cm de long pour assurer un placement fundique élevé
	Après 48 heures	48 heures après l'accouchement placentaire	Non recommandé en raison des risques accrus de complications
Césarienne	Péropératoire	Après la libération de placenta	L'insertion est sous vision directe par incision utérine. Peut être effectué manuellement ou à l'aide d'instruments.

L'insertion après 48 heures n'était pas recommandée en raison du risque connu plus élevé de complications [3]. Le cadre du personnel de santé formé à l'insertion varie d'un pays à l'autre (tableau II).

Tableau II : Catégorie de personnels de santé formés à l'insertion des DIUPP

Catégorie de personnels de santé	Description
Médecin	Comprend les médecins en formation et les médecins chefs travaillant dans les maternités. Les médecins chef sont des spécialistes O&G et les médecins juniors sont ceux qui n'ont pas suivi de formation spécialisée.
Infirmière	Comprend tout le personnel diplômé en soins infirmiers travaillant dans les maternités. Dans cette étude, la grande majorité était originaire de l'Inde avec soit un cours d'infirmière générale et de sage-femme (3 ans) ou un baccalauréat en sciences infirmières (4 ans). Il n'y avait pas d'infirmières sages-femmes auxiliaires (cours de 1 à 2 ans).
Sage-femme	Comprend toutes les sages-femmes et infirmières sages-femmes titulaires d'un grade ou d'un diplôme. Dans cette étude, il s'agissait de Tanzanie et du Kenya. Au Kenya, toutes les infirmières reçoivent une formation complète de sages-femmes et ont donc été classées comme sages-femmes.
Officiers cliniciens	Pratiqué au Kenya et en Tanzanie. Ce sont des professionnels de la santé, pas des médecins, avec des diplômés de 3 à 4 ans qui fonctionnent comme des médecins et travaillent occasionnellement dans des maternités. Les médecins assistants tanzaniens étaient également inclus dans cette catégorie. Ceux-ci ont 2 ans de formation clinique supplémentaire pour obtenir un diplôme avancé.

On a demandé aux femmes de revenir pour un suivi six semaines après l'accouchement afin d'obtenir des informations sur les effets indésirables et les complications. La majorité des femmes sont revues à environ 6 semaines, car il était recommandé de revenir. Aucun cas n'a été exclu de l'analyse s'ils sont revenus avant ou après 6 semaines. Du fait des faibles taux de suivi en face à face, des suivis téléphoniques ont également été effectués dans les six pays. Ceux qui ont été suivis par téléphone n'ont pas pu subir un examen au spéculum et le même niveau de détail n'a pas pu être établi en ce qui concerne les plaintes. Cependant, cela était préférable à l'absence d'informations sur les résultats. Les données manquantes sont reconnues dans les tableaux de résultats.

Il a été demandé aux femmes accouchant dans ces établissements participant à l'initiative de consentir à participer à un bref entretien structuré en face à face de 15 minutes. Dans les cas où le consentement a été obtenu, des agents de collecte de données (ACD) dans le pays ont mené l'entretien avant leur sortie de l'hôpital après la naissance.

Les prestataires de soins rencontrant des femmes au suivi de 6 semaines ont été invités à remplir un questionnaire de suivi. Les données ont été saisies à l'aide de tablettes et stockées dans une base de données CommCare (Dimagi, Cambridge, MA, USA). Des analyses univariées et multivariées ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata version 15.0 (StataCorp LLC, College Station TX, USA). Lorsque l'on examine les taux d'expulsion et les fils manquants, les facteurs ajustés sont le pays, la catégorie du personnel de santé et la méthode d'insertion. Il n'a pas été possible d'ajuster en fonction de l'expérience du prestataire; cependant, comme les services de DIUPP étaient nouveaux dans toutes les installations, si l'expérience des prestataires avait affecté les taux d'expulsion, cela aurait dû être le même sur tous les sites.

Une évaluation externe de l'initiative a été menée par l'école de Santé Publique d'Harvard sur une période d'un an dans trois des six pays (Népal, Tanzanie et six établissements au Sri Lanka). Ces données sont également incluses dans l'analyse globale. Les questionnaires utilisés étaient légèrement différents, tout comme les taux de suivi dans les deux ensembles de données. Le questionnaire de Harvard était plus long avec des questions plus détaillées sur le service fourni et incluait un suivi plus long. Cette analyse ne rapporte que les résultats à 6 semaines dans les deux ensembles de données où les questions posées étaient les mêmes, ce qui permet de fusionner et d'interpréter les données. L'initiative FIGO PPIUD n'a pas suivi les femmes qui avaient un PPIUD inséré après le contrôle postnatal de 6 semaines.

Les données ont été anonymisées et les approbations appropriées des comités d'éthique ont été obtenues auprès des institutions respectives du pays, ainsi que de l'école d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres pour analyse et publication.

II. RÉSULTATS

De mai 2014 à septembre 2017, un total de 725 647 accouchements a eu lieu dans les 48 établissements participant à l'initiative. Suite au counseling et au consentement, un total de 36 766 insertions de DIUPP ont été réalisées : 53% ont été réalisées après un accouchement vaginal et 47% après une césarienne, bien que cela varie d'un pays à l'autre.

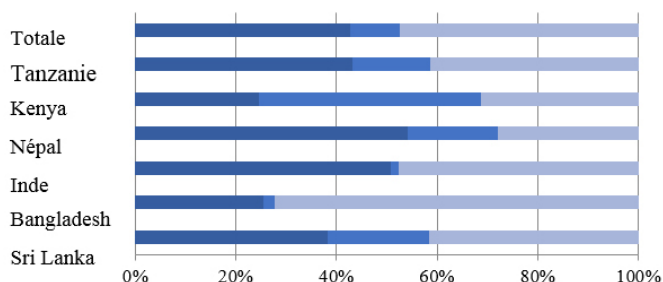


Figure 1 : Timing d'insertion du DIUPP dans les six pays participant à l'initiative

Au total, 27 395 insertions ont été réalisées par des médecins, 5695 par des infirmières et 2969 par des sages-femmes (figure 2).

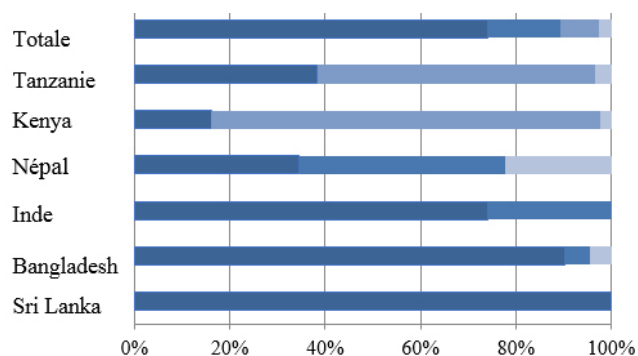


Figure 2 : Catégorie du prestataire de santé effectuant l'insertion du DIUPP par pays

Au Sri Lanka, toutes les insertions ont été effectuées par des médecins, tandis que dans d'autres pays, les insertions vaginales ont également été effectuées par des sages-femmes, des infirmières et d'autres professionnels. Au Kenya et en Tanzanie, la majorité des insertions vaginales ont été réalisées par des sages-femmes. Dans un établissement en Inde, les infirmières ont effectué 4326 insertions vaginales, totalisant 26% de toutes les insertions effectuées dans

le pays, tandis que dans les cinq autres établissements, les insertions ont été effectuées uniquement par des médecins. Au Népal, les accoucheuses qualifiées (classées en tant que « autres ») ont contribué à 19% des insertions. Au Bangladesh, bien que les sages-femmes aient contribué dans certains établissements, la grande majorité des insertions ont été effectuées par des médecins. Seulement 46 insertions ont été réalisées par des cliniciens, qui ont également été classés comme « autres ».

Dans les six pays, le DIUPP a été inséré avec succès dans 98% des cas. Une fois insérée avec succès, 97% de ces insertions se sont produites après une seule tentative. À l'insertion vaginale, une pince Kelly a été utilisée dans 15 499 cas (87%) avec 924 insertions faites manuellement (5%). Des complications lors de l'insertion ont été signalées dans 134 cas sur un total de 36 697 insertions pour lesquelles des données étaient disponibles (tableau III).

Tableau III : Informations sur les insertions (n = 37 383) dans les six pays

	Nombre	Pourcentage (%)
PPIUD inséré avec succès		
Oui	36766	98
Non	615	2
(Données manquantes 2)		
Nombre de tentatives		
Uniques	354484	97
(Données manquantes 705)	1194	3
Méthode utilisée lors de l'insertion vaginale (total N 19786)		
Pince Kelly	15499	87
Pince à anneau	189	1
A la main	924	5
Autre	1202	7
Total	17814	
(Données manquantes 1972)		
Complications à l'insertion (plusieurs réponses autorisées)		
Nombre total 36697		
Saignement abondant	50	0.14
Douleur sévère	29	0.08
Perforation	0	0.00
Autre	11	0.03
Aucune explication donnée	49	0.13
Complications totales survenues	134	0.37
(Données manquantes 686)		

La complication la plus courante était un saignement abondant au moment de l'insertion (0,14%). Aucune perforation n'a été enregistrée.

Les femmes ont participé au suivi dans 52% des cas. Parmi les entrevues terminées, environ 49% ont été suivies d'un entretien face à face et 51% ont été suivies par téléphone.

Le tableau IV montre la répartition par type d'insertion des femmes qui ont reçu le suivi par rapport à celles qui ne l'ont pas fait.

Tableau IV : Type d'insertion chez les femmes ayant eut ou non un suivi 6 semaines après l'insertion du DIUPP

Présence du suivi - Pourcentage			
Type d'insertion	Non	Oui	Total
<i>Vaginal :</i>			
< 10 mins	48,9	36,4	42,6
10 min et 48 h	8,3	11,2	9,8
> 48 heures	0,6	0,6	0,6
<i>Césarien</i>	42,2	51,8	47,1
<i>Nombre</i>	18 423	18 960	37 383

Les résultats globaux sont présentés dans le tableau V.

Tableau V : Détails des résultats après l'insertion du DIUPP pour chaque pays participant à l'initiative

	Sri Lanka	Bangladesh	Inde	Népal	Kenya	Tanzanie	Tous les pays
Période de temps surveillé	1^{er} Mai 2014 au 30 Sept. 2017	7 Nov. 2015 au 30 Sept. 2017	1 Déc. 2015 au 30 Sept. 2017	1 Déc. 2015 au 30 Sept. 2017	24 Sept. 2015 au 30 Sept. 2017	11 Mars 2016 au 30 Sept. 2017	
Nombre d'établissements	18	6	6	6	6	6	48
Nombre d'accouchements	291 861	87 951	72 195	119 844	72 340	81 456	725 647
Nombre de prestataires formés	932	1014	914	210	1007	827	4904
Nombre d'insertions	8055	5255	16 643	2503	1651	2659	36 766
Nombre de suivis	3375	2829	8786	2091	716	1163	18 960
Taux de suivis, (%)	42	54	53	84	43	44	52
Nombre d'expulsions ^a	66	84	198	80	27	14	469
Taux d'expulsion, (%)	2,3	3,3	2,3	3,9	4,3	1,2	2,6
Nombre de retraits ^b	121	71	229	150	16	95	682
Taux de retraits (%)	3,7	2,8	2,6	7,4	2,6	8,3	3,7

a : Données manquantes dans 850 des 18 960 rapports collectés sur l'expulsion (taux calculés hors données manquantes).

b : Données manquantes dans 526 des 18 960 rapports collectés sur les retraits (taux calculés hors données manquantes).

Les taux d'expulsion variaient de 1,2% en Tanzanie à 4,3% au Kenya. Les taux de retrait ont également varié de 2,6% en Inde et au Kenya et à 8,3% en Tanzanie. Les taux globaux d'expulsion et de retrait étaient de 2,6% et 3,7%. La plainte la plus courante était des pertes vaginales persistantes dans 6,9% des cas et la deuxième plus fréquente était des douleurs abdominales (4,4%), comme indiqué dans le tableau VI. Les fils étaient visibles dans 71% des cas.

Tableau VI : Suivi dans les six pays (n = 18 960)

Effets indésirables signalés	No.	%
Oui	3711	22
Non	13302	78
(Pas de données 1947)		
Effets néfastes		
Écoulement vaginal	1177	6,9
Douleur abdominale	742	4,4
Saignement irrégulier	403	2,4
Fils non palpables	437	2,6
Fils sortant du vagin	147	0,9
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)	12	0,1
Autre	292	1,7
À l'examen spéculum (face à face uniquement - N 11326)		
fils visibles	5940	71
fils non visibles	2405	20
(Données manquantes 2981)		

Le tableau VII présente les résultats de l'analyse univariée et multivariée des expulsions stratifiées par type d'insertion (accouchement vaginal ou par césarienne), catégorie personnel d'insertion et timing de l'insertion après l'accouchement vaginal.

Tableau VII : Analyse statistique de l'expulsion des DIUPP et des données manquantes sur les fils

	Analyse uni variée			Analyse multivariée		
	Brute OR	P>z	95% IC	ORa	P>z	95% IC
Type d'accouchement^a						
Vaginal	1.00	1.00				
Césarien	0.43	<0.001	0.354–0.525	0.33	<0.001	0.263–0.406
Nombre.	18 110	18 110				
Après accouchement vaginal ^b						
Timing de l'insertion						
<10 min	1.00			1.00		
10 min à 48 h	0.67	0.009	0.492–0.903	0.59	0.002	0.417–0.825
Catégorie du personnel						
Médecin chef	1.00			1.00		
Médecin en formation	1.27	0.089	0.964–1.685	0.93	0.654	0.659–1.299
Infirmière	0.62	0.007	0.440–0.876	0.33	<0.001	0.216–0.495
Sage femme	0.78	0.239	0.516–1.179	0.41	0.164	0.117–1.441
Autres	1.52	0.061	0.981–2.365	0.52	0.028	0.295–0.932
Nombre	8664			8664		
Fils manquants ^c						
Type d'accouchement						
Vaginal	1.00			1.00		
Césarien	1.30	<0.001	1.181–1.429	2.88	<0.001	2.496–3.316
Nombre.	8345	8345				

a : Analyse multivariée ajustée au pays.

b : Analyse multivariée ajustée au pays et à la méthode d'insertion.

c : Analyse multivariée ajustée à la catégorie de personnel et au pays

Suite à une césarienne, après ajustement par pays, les femmes étaient 67% moins susceptibles d'avoir une expulsion qu'après l'insertion suite à l'accouchement vaginal (ORa 0,33 ; IC à 95% 0,263–0,406). En examinant le moment de l'insertion après l'accouchement vaginal, avec ajustement pour le pays et la méthode d'insertion, l'expulsion était 41% moins probable si elle se produisait entre 10 minutes et 48 heures après la délivrance du placenta par voie vaginale, par opposition à moins de 10 minutes après l'accouchement vaginal du placenta (ORa 0,59 ; IC 95% 0,002–0,417). Les insertions vaginales effectuées par des infirmières étaient 67% moins susceptibles d'entraîner une expulsion comparée aux médecins-chefs suivant l'ajustement en fonction du pays et la méthode d'insertion (ORa 0,33 ; IC à 95% 0,216–0,495). Aucune différence n'a été détectée entre les autres catégories.

Après ajustement par pays et par catégorie, les fils de DIU étaient significativement moins susceptibles d'être vus après l'insertion peropératoire lors de l'accouchement par césarienne (ORa 2,88 ; IC à 95% 2,496–3,316) qu'après l'accouchement vaginal.

III. DISCUSSION

Les données collectées au cours de cette initiative sont vastes, ce qui renforce sa valeur scientifique. Néanmoins, il est important de reconnaître certaines

limites. Premièrement, toutes les structures impliquées dans l'initiative sont de grandes Unités de référence de plus de 5000 naissances par an. Il faut donc faire preuve de prudence en généralisant les résultats aux petits hôpitaux périphériques. Cependant, il est intéressant de noter que du point de vue de la mise en œuvre, l'initiative semblait fonctionner le mieux dans les petites institutions de référence où l'adhésion initiale, ainsi que la formation et le suivi étaient beaucoup plus faciles à réaliser. On pourrait postuler qu'il peut être plus facile de déployer en petites unités et d'obtenir des résultats plus impressionnants. Une deuxième limite était que toutes les femmes n'étaient pas suivies, et ces taux variaient d'un pays à l'autre. L'analyse des caractéristiques des deux groupes a montré quelques différences avec une proportion légèrement plus élevée de femmes ayant eu une césarienne dans le groupe de suivi (52% vs 42% ; P <0,001). Il faut s'y attendre, car ces femmes seraient plus susceptibles de participer à un suivi postnatal étant donné leur état postopératoire. Les résultats à 6 semaines pourraient donc être biaisés vers ceux attendus après l'insertion lors d'une césarienne. L'analyse multivariée a démontré un taux d'expulsion plus bas après l'insertion lors d'une césarienne comparée à l'accouchement vaginal; cela doit être pris en compte. On pourrait également postuler que les femmes seraient plus susceptibles de se présenter pour un suivi si elles avaient rencontré des problèmes ou voulaient retirer le DIU, ce qui

augmenterait les taux de complications dans le suivi parmi les femmes perdues de vue. Cependant, c'est l'opinion des auteurs et ne peut être vérifiée avec certitude.

Malgré ces limites, l'analyse des données était possible et il est intéressant d'interpréter les résultats. Les données démontrent que le DIUPP est une forme de contraception sûre et acceptable. Les taux de réussite de l'insertion étaient de 98% et seulement 3% ont nécessité plus d'une tentative d'insertion. Il y a eu peu de complications enregistrées lors de l'insertion, les saignements abondants à l'insertion étant la principale plainte (0,14%). Aucune perforation n'a été enregistrée. Il faut s'y attendre, car l'utérus en post-partum immédiat diffère considérablement de l'utérus non gravide, qui présente un risque connu de perforation lors de l'insertion d'intervalles. Les grandes parois épaisses de l'utérus post-partum immédiat rendent la perforation très improbable.

Les données de suivi suggèrent que les effets indésirables étaient également rares. Les pertes vaginales et les douleurs abdominales étaient les plaintes les plus courantes (6,9% et 4,4%, respectivement). La maladie inflammatoire pelvienne (MIP) nécessitant une hospitalisation et des antibiotiques par voie intraveineuse était rare, avec seulement 12 cas enregistrés (0,1% du total des insertions). Un pays sur six avait pour politique de donner une courte cure d'antibiotiques à toutes les femmes porteuses d'un DIU, ce qui peut également avoir contribué aux faibles taux de MIP. Cependant, le questionnaire n'était pas bien configuré pour enregistrer les infections bénignes. Les plaintes de pertes vaginales et de douleurs abdominales pourraient indiquer une infection bénigne et cela n'aurait pas été détecté dans cette étude.

Il est intéressant de noter que 147 cas (0,9%) de suivi ont mentionné des fils sortant du vagin comme une plainte. Les fils n'étaient pas coupés à l'insertion et cela a toujours été une éventualité préoccupante. Les femmes ont été informées du risque potentiel et ont été invitées à revenir pour que les fils soient coupés si cela se produisait, mais cela semble également être une plainte rare. L'absence de fils était plus fréquente et a été enregistrée dans 29% des cas qui ont été suivis d'un examen au spéculum.

Une analyse statistique approfondie a démontré que les fils manquants étaient 2,88 fois plus fréquents après l'insertion lors d'une césarienne. Pendant la césarienne, le prestataire doit faire une tentative supplémentaire pour redresser les fils une fois l'insertion effectuée; après l'insertion vaginale, les fils doivent naturellement reposer sur l'orifice cervical. Bien que la pose de fils représente le protocole standard lors de l'accouchement par césarienne, il s'agit d'une étape supplémentaire, que les prestataires pourraient oublier. Cela pourrait expliquer la différence. Tous les prestataires de soins formés à l'insertion ont également reçu des informations sur les avantages de

l'utilisation d'un récupérateur de fil et la nécessité d'une échographie dans les cas où il n'était pas possible de confirmer l'emplacement du DIUPP. Cependant, en réalité, les récupérateurs de fil et les échographes n'étaient pas facilement disponibles dans de nombreux établissements impliqués dans l'initiative et cela doit être pris en compte lors d'une mise en œuvre future. Il peut y avoir eu un taux légèrement plus élevé de procédures invasives telles que l'hystérocopie pour retirer les DIU avec des fils perdus. Cependant, les données n'ont pas été établies pour analyser cela plus en profondeur.

Les données montrent également que l'insertion peut être réalisée en toute sécurité par divers personnels de santé et ne doit pas être limitée aux médecins. Le partage des tâches avec les infirmières et les sages-femmes a été effectué de manière sûre et efficace dans tous les pays participants autres qu'au Sri Lanka. En Afrique subsaharienne, les sages-femmes et les infirmières-sages-femmes ont assumé divers rôles supplémentaires, élargissant l'accès aux soins de santé qui, autrement, auraient été limités à ceux qui ont eu la chance de recevoir des soins de médecins. Avec un faible ratio médecin / patient dans plusieurs pays, le partage des tâches est une stratégie essentielle ratifiée par l'OMS [16]. Au Kenya et en Tanzanie, les sages-femmes ont réalisé 94% de toutes les insertions vaginales. L'analyse statistique a démontré qu'il n'y a pas de différence de taux d'expulsion entre les insertions de DIUPP par les médecins chefs et les sages-femmes et, par conséquent, cette compétence peut être ajoutée en toute sécurité à leur liste de compétences. En Inde, une des six structures a pu étendre la formation aux infirmières travaillant dans les maternités. L'impact dans cette seule institution a été dramatique, avec une augmentation soudaine des taux d'insertion à mesure que le service est devenu plus accessible aux femmes ayant des accouchements vaginaux normaux qui entrent et sortent de l'établissement trop rapidement pour que les médecins interviennent.

L'analyse a également démontré que les insertions par des infirmières étaient moins susceptibles d'entraîner l'expulsion que les insertions effectuées par des médecins chefs. Peut-être que leurs compétences en matière d'insertion vaginale normale dépassent celles du médecin chef. Dans tous les pays où d'autres cadres de santé effectuent des insertions, les insertions se produisent plus fréquemment après un accouchement vaginal qu'après une césarienne. Les médecins ne sont pas toujours disponibles immédiatement après les accouchements vaginaux comme ils le sont pendant la césarienne, où ils ont tendance à être les principaux fournisseurs. Par conséquent, le DIUPP est devenu plus accessible à toutes les femmes.

Les taux d'expulsion et de retrait varient d'un pays à l'autre et notre expérience du suivi de cette initiative suggère que les taux de retrait dépendent de la qualité

du counseling. Les femmes étaient moins susceptibles de demander le retrait du DIU lors du suivi si un counseling inclusif et complet avait été entrepris avant l'insertion. Au Népal, cela a été un problème tout au long de l'initiative, avec des taux de retrait toujours légèrement plus élevés que dans les autres pays. Le rapport élevé entre le nombre de patients et le personnel et le recours aux counseling de groupe peuvent expliquer cela. Par rapport aux cinq autres pays, le Népal a formé moins de prestataires (210 seulement) en raison des restrictions imposées par le gouvernement sur les personnes à former. Une autre raison postulée est que le Népal a une importante population migrante où les maris travaillent souvent à l'étranger, laissant leurs femmes seules pendant la grossesse et ne revenant que brièvement pour la naissance de l'enfant. Par conséquent, ils n'étaient pas présents lors des séances de counseling et s'opposaient souvent à la méthode une fois rentrés chez eux, d'autant plus qu'ils avaient l'impression qu'une fois qu'ils avaient quitté leur femme pour retourner au travail, il n'y avait plus besoin de contraception.

La Tanzanie avait également un taux de retrait élevé, mais, fait intéressant, un taux d'expulsion très faible. Certains retraits auraient été effectués en raison d'une expulsion partielle. Malheureusement, le questionnaire n'était pas assez robuste pour saisir ces subtilités, mais il se peut qu'une partie des retraits soient en fait des expulsions partielles. On craignait également que la visualisation de la tige du DIU dans le canal cervical ait pu être interprétée à tort comme une expulsion partielle, entraînant un retrait inutile.

Les taux d'expulsion globaux étaient bien inférieurs à ceux enregistrés dans la littérature. Cependant, les taux d'expulsion et de retrait sont très similaires à ceux publiés par Pfitzer et al [2] qui a également mené une étude de mise en œuvre dans six pays [3] en utilisant la même méthodologie pour les insertions. Il y a une perception générale que les taux d'expulsion élevés sont une conséquence de l'incapacité du prestataire à placer le DIUPP au fond de l'utérus. L'insertion pendant la césarienne est simple étant donné que l'utérus est ouvert et que la personne qui le pose est donc capable de placer le DIUPP sous vision directe.

Pendant la formation, il était évident que pour les insertions vaginales, l'utilisation de la pince de Kelly demande de l'habileté pour s'assurer que le DIUPP est correctement positionné. Par conséquent, lors du suivi et de l'évaluation tout au long de l'initiative, il a été observé que tous les pays ont montré une courbe d'apprentissage lors de l'enseignement de la technique à de nouveaux stagiaires. À mesure que l'expérience et l'expertise augmentaient, les taux d'expulsion chutaient. Lorsque le personnel partait et qu'un nouveau groupe était formé, les taux d'expulsion augmentaient à nouveau. Il n'est donc pas surprenant que les données aient démontré que l'expulsion est 67%

moins probable après l'insertion pendant la césarienne qu'après l'insertion vaginale. Dans l'ensemble, les taux d'expulsion après l'accouchement vaginal étaient de 3,6%, ce qui est similaire au taux d'environ 5% rapporté après l'insertion d'intervalle [17]. Le DIUPP ne doit donc pas être limité aux femmes subissant une césarienne.

Le timing de l'insertion après l'expulsion vaginal semble également avoir un impact sur les taux d'expulsion. Les expulsions étaient légèrement moins probables si le DIUPP était inséré entre 10 minutes de l'accouchement placentaire et 48 heures plutôt que dans les 10 minutes qui suivent la délivrance du placenta. Il se pourrait bien que l'utérus ait eu plus de temps pour l'involution entre 10 minutes et 48 heures et ait des contractions utérines et un flux sanguin progressivement moins fréquents, ce qui pourrait avoir contribué à réduire les risques d'expulsion. Il peut également être plus facile de placer correctement le DIU au fond de l'utérus plus involué. Cependant, les taux d'expulsion lorsque l'insertion a eu lieu dans les 10 minutes suivant l'expulsion placentaire ne sont pas suffisamment élevés pour justifier que cette pratique soit remplacée par une insertion ultérieure. Une procédure « à guichet unique » après l'accouchement est plus efficace et est susceptible d'être plus attrayante pour les femmes qui peuvent hésiter à revenir pour une deuxième procédure dans les 48 heures suivant l'accouchement.

CONCLUSION

Les vastes données de cette initiative de plus de 36 000 insertions enregistrées collectées dans six pays différents ont démontré que le DIUPP est une méthode de contraception sûre et efficace qui peut être administrée par divers catégories du personnel de santé. Bien que les taux d'expulsion soient inférieurs lorsqu'ils sont insérés en peropérateur à l'accouchement par césarienne, ils sont toujours faibles et comparables à l'insertion d'intervalle du DIU lorsqu'il est inséré dans les 48 heures suivant l'accouchement vaginal. Étant donné les avantages immédiats d'une approche à guichet unique pour les femmes qui ont du mal à retourner aux établissements de santé après l'accouchement, les gouvernements devraient envisager d'adopter le DIUPP dans l'arsenal de méthodes contraceptives actuellement proposées de toute urgence. Étant donné que le DIU au cuivre est rentable et facilement disponible, le seul problème supplémentaire lié à la mise en œuvre est la formation des prestataires de soins en counseling et en insertion, et c'est ce que cette initiative a démontré être hautement faisable.

Contribution d'auteur : AM a écrit le manuscrit avec l'aide de NT. Le nettoyage, l'analyse et la présentation des données ont été effectués par MS et KM. SA a planifié l'initiative et dirigé la mise en œuvre avec AM. PM, EO, HD, FP, KT et GP ont coordonné les activités dans leurs pays respectifs. Tous les auteurs ont examiné le manuscrit avant de le soumettre. MS a travaillé sur le projet alors qu'elle était employée par FIGO.

Remerciements : Nous tenons à remercier les membres passés et présents de l'équipe du DIUPP au siège de la FIGO et chaque équipe de pays qui a travaillé dur pour rendre cette initiative possible. Nous tenons à remercier les six sociétés nationales SLCOG (Sri Lanka College of Obstetricians and Gynecologists / Collège d'Obstétriciens et de Gynécologues du Sri Lanka), OGSB (Obstetrical and Gynecological Society of Bangladesh/ Société d'Obstétrique et de Gynécologie du Bangladesh), NESOG (Nepal Society of Obstetricians and Gynecologists/ Société des Obstétriciens et Gynécologues du Népal), KOGS (Kenya Obstetrical and Gynecological Society/ Société d'Obstétrique et de Gynécologie du Kenya), AGOTA (Association des gynécologues et obstétriciens de Tanzanie/ Association of Gynecologists and Obstetricians of Tanzania), la FOGSI (Fédération des sociétés d'obstétrique et de gynécologie de l'Inde), ainsi que la Fondation AVNI pour la santé pour leur engagement et leur travail acharné dans la mise en œuvre de cette initiative. Nous remercions les gouvernements des six pays pour leur soutien et leur implication dans cette initiative. Enfin, nous remercions également nos donateurs anonymes pour leur généreuse subvention et leur soutien continu.

Ce supplément a été initialement publié en anglais sous le titre « Numéro spécial : Institutionnalisation des dispositifs intra-utérins en post-partum » dans *Le Journal International de Gynécologie et d'Obstétrique / International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 143 : S1 (2018) : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/toc/18793479/2018/143/S> »

Conflits d'intérêt : Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

REFERENCES

- Vernon R.** Répondre aux besoins de planification familiale des femmes en post-partum. *Stud Fam Plann.* 2009; 40: 235-245.
- Pfitzer A, Mackenzie D, Blanchard H et al.** Un accouchement en établissement peut être le moment de commencer la planification familiale: l'expérience du dispositif intra-utérin en post-partum de six pays. *Int J Gynecol Obstet.* 2015 ; 30 : S54 – S61.
- Organisation Mondiale de la Santé.** Critères d'admissibilité médicale pour l'utilisation de contraceptifs. Genève : OMS ; 2015.
- Janowitz B, Stanback J, Boyer B.** Partage des tâches dans la planification familiale. *Stud Fam Plann.* 2012; 43: 57–62.
- Yadav V, Balasubramaniam S, Das S et al.** Comparaison des résultats à 6 semaines après l'insertion de dispositifs contraceptifs en intra-utérins post-partum par des médecins et des infirmières en Inde: une étude cas-témoins. *La contraception.* 2016 ; 93 : 347–355.
- Araujo VB, Ortiz L, DIU postpartum Smith J.** au Paraguay : une série de 3000 cas. *La contraception.* 2012 ; 86 : 173–186.
- Singh S, Das V, Agarwal A et al.** Un dispositif d'insertion de dispositif intra-utérin en post-partum dédié : expérience pilote et preuve de concept. *Glob Health Sci Pract.* 2016 ; 4 : 132-140.
- Goldthwaite L, Sheeder J, Hyer J, Tocce K, Teal S.** Expulsion de dispositif intra-utérin en post-placentaire de 12 semaines : une étude de cohorte prospective. *Suis J Obstet Gynecol.* 2017 ; 217 : 674.e1–674.e8.
- Kapp N, Curtis K.** Insertion d'un dispositif intra-utérin pendant le post-partum. Période : une revue systématique. *La contraception.* 2009; 80: 327–336.
- Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Haam VV.** Insertion immédiate en post-partum du dispositif intra-utérin pour la contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 ; (6) : CD003036.
- Eroglu K, Akkuzu G, Vural G, et al.** Comparaison de l'efficacité et des complications de l'insertion du DIU en période post-placentaire / post-partum précoce avec une période d'intervalle : 1 an de suivi. *La contraception.* 2006 ; 74 : 376–381.
- Laerdal [site Web].** Entraîneur d'utérus post-partum Mama-U [Internet]. <https://laerdalglobalhealth.com/products/mama-u/>. Consulté le 15 mai 2018.
- Salem RM.** Nouvelle attention portée au DIU : élargir les options contraceptives des femmes pour répondre à leurs besoins. *Popul Rep B.* 2006 ; 7 : 1–26.
- Celen S, Moroy P, Sucak A, Aktulay A, Danisman N.** Résultats cliniques de l'insertion post-placentaire précoce des dispositifs contraceptifs intra-utérins. *La contraception.* 2004 ; 69 : 279-282.
- Chi IC, Wilkens L, Rogers S.** Expulsions dans les insertions immédiates en post-partum de DIU de Lippes Loop D et de cuivre T et leurs dispositifs Delta équivalents - une analyse épidémiologique. *La contraception.* 1985 ; 32 : 119–134.
- Organisation Mondiale de la Santé.** Recommandations de l'OMS : optimisation des rôles des agents de santé pour améliorer l'accès aux principales interventions de santé maternelle et néonatale grâce au transfert de tâches. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77764/9789241504843_eng.pdf ; jsessionid = 1214FFA447057B3EBE1DE6B943DA9C4A ? sequence = 1. Consulté le 1er avril 2018.
- Institut national pour l'excellence en matière de santé et de soins. Contraception réversible à longue durée d'action.** Directive clinique 30. 2005. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/chapter/1-Recommendations#copper-intrauterine-devices>. Consulté le 1er mai 2018.

QUATRE ANS D'INITIATIVE FIGO DE DISPOSITIFS INTRA-UTERINS EN POST-PARTUM AU SRI LANKA : INITIATIVE PILOTE DE LA POLITIQUE NATIONALE

D. S. WEERASEKERA, L. SENANAYEKE, P. U. RATNASIRI, G. Y. PERERA, S. LANEROLLE, S. S. GODAKANDAGE, R. DE SILVA, L. FERNANDO

RESUME

Objectifs : Analyser les difficultés et les défis découlant de l'introduction des services du dispositif intra-utérins post-partum (DIUPP) dans le système de santé sri-lankais.

Méthodes : La phase I d'une initiative FIGO PPIUD a été mise en œuvre en 2013 dans six hôpitaux ; la phase II a commencé dans 12 hôpitaux en 2015. Au cours de cette période, 915 médecins ont été formés en insertion du DIUPP et 5370 membres du personnel ont été formés au counseling en DIUPP. Les femmes ont été suivies 4 à 6 semaines après l'insertion.

Résultats : Au total, 184 433 femmes (62,4% des accouchements à l'hôpital) ont été interrogées sur le DIUPP comme méthode de contraception. Parmi les personnes interrogées, 116 159 (63,0%) ont reçu des conseils sur le DIUPP et 11 339 (6,1%) ont consenti à l'insertion du DIUPP. Parmi les femmes consentantes, 9346 (82,4%) ont eu un DIUPP inséré. Aucune complication significative n'a été rapportée à l'insertion. Les taux d'expulsion étaient de 2,9% et les taux de retrait de 4,1%.

Conclusion : Le DIUPP comme méthode de contraception a été introduit avec succès dans les 18 hôpitaux participants. Compte tenu du succès de cette intervention pilote et du profil de sécurité démontré, le DIUPP a été ajouté au programme national de planification familiale en 2017.

Mots-clés : Plaidoyer, Initiative FIGO, Politique nationale, Dispositif intra-utérin en post-partum, DIUPP, Sri Lanka.

SUMMARY

Four years of the FIGO postpartum intrauterine device initiative in Sri-Lanka: pilot initiative of national politics

Objectives: To analyze the difficulties and challenges arising from introduction of post-partum intrauterine device (PPIUD) services into the Sri Lankan health system.

Methods: Phase I of a FIGO PPIUD initiative was implemented in 2013 in six hospitals; phase II began in 12 hospitals in 2015. During this period, 915 Medical Officers were trained in PPIUD insertion and 5370 personnel were trained in PPIUD counseling. Women were followed up at 4–6 weeks after insertion.

Results: A total of 184 433 women (62.4% of hospital deliveries) were interviewed about PPIUD as a method of contraception. Of those interviewed, 116 159 (63.0%) received counseling on PPIUD and 11 339 (6.1%) consented to PPIUD insertion. Of consenting women, 9346 (82.4%) had a PPIUD inserted. There were no significant complications reported at insertion. Expulsion rates were 2.9% and removal rates were 4.1%.

Conclusion: PPIUD as a method of contraception was successfully introduced into the 18 participating hospitals. Given the success of this pilot intervention and the safety profile demonstrated, PPIUD was added to the national family planning program in 2017.

Keywords: Advocacy, FIGO initiative, National policy, postpartum intrauterine device, PPIUD, Sri Lanka.

INTRODUCTION

Le Sri Lanka fut le premier pays sélectionné à mettre en œuvre l'initiative FIGO de dispositif intra-utérin en post-partum (DIUPP) étant donné son système robuste de soins de maternité, de ses indicateurs de santé relativement bons dans la région et d'une société nationale d'obstétrique et de gynécologie engagée et expérimentée dans la mise en œuvre de projets.

La réussite du Sri Lanka dans le développement d'un système de santé à faible coût qui fournit des services institutionnels et à domicile est bien documentée [1].

À l'heure actuelle, le Sri Lanka fournit des soins de santé gratuits, y compris des services de planification familiale, grâce à un système robuste de prestation de soins de santé comprenant 9,3 médecins et 37 lits d'hôpital par 10 000 habitants (2013) [2].

En 2017, 79,4% des femmes sri-lankaises se sont inscrites dans les cliniques prénatales du gouvernement avant 8 semaines de grossesse et ont assisté à 6,4 visites en moyenne [3]. Les soins prénatals sont dispensés dans le cadre de soins partagés, les soins à domicile étant dispensés par des sages-femmes

Tirés à part : Deepal S. Weerasekera, Collège des obstétriciens et gynécologues du Sri Lanka (SLCOG), Colombo, Sri Lanka. Email: deepalsenaka1@gmail.com

Information sur le financement : Initiative FIGO financée par des donateurs anonymes

WEERASEKERA D. S., SENANAYEKE L., RATNASIRI P. U., PERERA G. Y., LANEROLLE S., GODAKANDAGE S. S., DE SILVA R., FERNANDO L. . Quatre ans d'initiative FIGO de dispositifs intra-utérins en post-partum au Sri Lanka : initiative pilote de la politique nationale. Journal de la SAGO, 2019, vol.20, n°1, p.33-38

de la santé publique (SSP), dont la contribution - en particulier dans les zones rurales - a bien été documentée [4]. Toutes les mères (99,9%) accouchent dans un établissement de santé, et 88% accouchent dans des hôpitaux publics avec des soins obstétricaux d'urgence complets sous la direction d'obstétriciens spécialisés [5].

Les SSP fournissent du counseling sur la planification familiale couvrant tous les choix lors des visites à domicile et dans les cliniques. Ils délivrent également des comprimés contraceptifs oraux, des préservatifs et facilitent l'accès des femmes qui ont besoin d'autres services contraceptifs, tels que l'insertion de DIU d'intervalle, d'implants et d'injections d'acétate de médroxyprogestérone (DMPA). Les méthodes de contraception en post-partum, telles que la stérilisation post-partum, sont fournies par des hôpitaux nationaux qui emploient des obstétriciens spécialisés. La prestation de services de contraception en post-partum n'est pas optimale et cela se reflète dans le pourcentage important de besoins non satisfaits de contraception en post-partum noté dans les statistiques de surveillance de la mortalité maternelle [6]. Le renforcement des services de contraception en postpartum dans le système de santé du Sri Lanka est donc une condition importante.

Les activités de planification familiale au Sri Lanka ont commencé dans les années 1950 par la Family Planning Association of Sri Lanka (FPASL) [Association de Planification Familiale] et ont ensuite été institutionnalisées en 1958. Les services de contraception en post-partum tels que les stérilisations post-partum et les injections d'acétate de médroxyprogestérone en dépôt ont été inclus dans le plan national décennal de 1965 [7] et ont été intégrés au programme de santé maternelle et infantile du Ministère de la santé en 1975 [8]. Le Bureau de Santé Familial a été créé en 1968 en tant que branche du Ministère de la Santé pour fournir un service bien organisé en matière de maternité et soins pédiatriques. Des sages-femmes de la santé publique (SSP) ont été nommées et ont reçu des espaces dédiés pour garantir que toutes les femmes enceintes de leur région soient enregistrées et que des soins de maternité et de post-partum soient fournis. L'État finance actuellement 99% du programme de planification familiale [9].

Le tableau I montre la répartition en pourcentage des femmes mariées par méthode de planification familiale [10].

Tableau I : Utilisation actuelle de la contraception au Sri Lanka - femmes déjà mariées

Méthodes Contraceptives	Pourcentage (%)
N'importe quelle méthode	61,7
N'importe quelle méthode moderne	51,3
Stérilisation féminine	13,8
Stérilisation masculine	0,0
Pilule	8,1
DIU	10,1
Injectable	8,1
Implants	4,4
Préservatif masculin	6,7
Préservatif féminin	0,0
Contraception d'urgence	0,1
LAM	0,0
N'importe quelle méthode traditionnelle	10,4
Rythme	6,8
Retrait	3,6
N'utilise pas actuellement	38,3
Total	100,0

Source : Département du Recensement et des Statistiques [10].

Soixante-deux pour cent des femmes mariées au Sri Lanka utilisent actuellement la contraception. La prévalence des méthodes modernes est de 51,3% chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, 10,1% acceptant un DIU parmi les choix disponibles [10]. Le besoin non satisfait de planification familiale décrit dans l'analyse de la réponse à la surveillance de la mortalité maternelle était de 7,1% en 2013 et de 6,22% en 2016.

Le DIUPP est utilisé au Sri Lanka comme méthode contraceptive depuis 1969 [11], mais au milieu des années 1970, son utilisation a diminué, jusqu'à ce qu'il soit réintroduit par le biais de l'initiative FIGO comme méthode efficace et sûre de planification familiale [12].

Le Collège des Obstétriciens et Gynécologues du Sri Lanka (SLCOG) existe depuis plus de 50 ans. Il joue un rôle consultatif auprès du gouvernement et considère le renforcement des capacités des prestataires de soins de santé comme une fonction clé.

L'objectif de l'initiative FIGO au Sri Lanka était d'introduire des services de DIUPP aux femmes qui devaient accoucher par voie vaginale ou par césarienne dans des hôpitaux sélectionnés en permettant aux prestataires de soins en counseling d'agir et de fournir des services pour éventuellement intégrer les services de DIUPP aux services de santé publics. Le présent document analyse les difficultés et les défis rencontrés et les méthodes adoptées pour surmonter ces défis afin d'intégrer avec succès le DIUPP dans le programme national de planification familiale.

I. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Application du DIUPP dans 18 établissements

Le projet a été mis en œuvre en deux phases: la phase I, impliquant six hôpitaux, a commencé en 2013; et la phase II impliquant 12 hôpitaux a commencé en 2015. Les hôpitaux ont été sélectionnés en fonction du nombre d'accouchements et d'autres critères couvrant les problèmes de mise en œuvre. Les hôpitaux comprenaient des hôpitaux universitaires et des hôpitaux généraux, chacun comptant au moins deux obstétriciens spécialisés.

Les SSP ont été formés pour faire du counseling en méthodes de planification familiale, y compris le DIUPP, dans leur package existant de counseling. Des médecins qui faisaient partie du personnel du Ministère de la Santé avaient été formés dans l'insertion des DIUPP dans les établissements de santé respectifs.

La formation des SSP, ou des cadres SSP et des médecins dans le counseling a été faite dans le cadre d'ateliers de formation régionaux qui durent une journée organisés par des maîtres formateurs du SLCOG en collaboration avec le personnel du Bureau de Santé Familial. La formation des médecins dans l'insertion a également été faite via des ateliers d'une journée par des maîtres formateurs du SLCOG. En continuation de la formation initiale, un deuxième programme de recyclage a été mené 6 mois plus tard par les mêmes formateurs pour rafraîchir les connaissances.

Des documents d'information, d'éducation et de communication (IEC) tels que des brochures, des documents et des affiches ont été développés et distribués, ainsi que des écrans de télévision affichant des vidéos sur la planification familiale et les DIUPP qui ont été distribués aux hôpitaux participants.

Après le counseling, un consentement éclairé écrit a été obtenu des femmes dans les cliniques prénatales périphériques ou à l'hôpital. Des médecins travaillant dans la salle de travail ou au bloc opératoire ont inséré des DIUPP après un accouchement par voie vaginale ou par césarienne chez les femmes qui avaient donné leur consentement. Ces femmes ont ensuite été invitées à l'hôpital après 4 à 6 semaines pour s'assurer que le DIUPP était en place et qu'aucune complication n'était survenue.

Le projet a fait appel à des agents de collecte de données (ACD) pour mener des entretiens en face à face et recueillir des informations auprès des femmes admises à l'accouchement dans les hôpitaux d'intervention. Les ACD ont été sélectionnés via des entretiens menés par les coordinateurs des installations (obstétriciens et gynécologues en charge de chaque hôpital impliqué dans l'initiative et étaient de préférence des diplômés ayant une connaissance pratique des technologies de l'information. Les ACD

sélectionnés ont reçu une formation complète par les membres de l'équipe DIUPP de SLCOG sur le projet du portail de saisie de données de l'application cloud basée sur le Web.

Un Comité de Sécurité et de Surveillance des Données (CSSD), composé de cinq membres totalement indépendants du projet, a été nommé au début de l'initiative. Le CSSD a surveillé les événements indésirables cliniques associés à la mise en œuvre de l'intervention du DIUPP et s'est réuni tous les deux ans.

2. Nationalisation

En vue de rechercher la nationalisation, un examen de l'initiative a été entrepris par le SLCOG en 2016. Un sondage d'opinion bref mais ciblé a été réalisé avec les consultants mettant en œuvre le projet DIUPP dans leurs hôpitaux car ils avaient une expérience directe de l'utilisation du DIUPP. Soixante-quatorze consultants ont été contactés par e-mail, puis par téléphone, et les réponses de 37 consultants ont été enregistrées. Les résultats du sondage de l'initiative ont été utilisés pour aider à décider d'aller de l'avant avec la recherche de la nationalisation au niveau du pays.

II. RÉSULTATS

Au cours de la période du projet, à partir de mai 2014 à septembre 2017, 295 596 femmes ont accouché dans les hôpitaux participants et 184 433 femmes ont été interrogées après l'accouchement (62,4%).

Les ACD ont pu interroger 62% des femmes qui avaient accouché cumulativement jusqu'en septembre 2017. Initialement en 2014, le pourcentage de femmes interrogées était de 8,8%. Une augmentation progressive s'est produite au fil des ans et en septembre 2017, il avait atteint 81% (tableau II).

Tableau II : Statistiques du projet par année

Indicateur	2014	2015	2016	2017a
% de femmes interrogées	8,8	56,8	70,2	81,6
% de femmes conseillées sur le DIUPP	67,5	47,1	66,8	70,1
% d'insertions de DIUPP (des femmes interrogées)	4,7	2,6	3,8	2,7

a / jusqu'en Septembre.

Le nombre total de membres du personnel formés en insertion et en counseling est indiqué dans le tableau III.

Tableau III : Nombre de prestataires formés à l'insertion ou au conseil

Domaine de formation	Nombre
Médecins (prestataires) formés pour effectuer des insertions de DIUPP	915
Personnel de terrain formé uniquement au conseil du DIUPP	5370

La majorité des femmes qui n'ont pas accepté le DIUPP avaient décidé d'une autre méthode contraceptive (58%), comme le montre le tableau IV.

Tableau IV : Raisons évoquées par les femmes pour ne pas avoir choisi le DIUPP comme méthode contraceptive

Raison	N. ° (%)
Décider d'une autre méthode	59 809 (58,2)
Ignorant le DIUPP	13 154 (12,8)
Impossible de discuter avec le mari / la famille	13 155 (12,8)
Objection du partenaire / de la famille	5036 (4,9)
Je ne sais pas si je dois avoir le DIU	1542 (1,5)
Objection religieuse	822 (0,8)
Pas besoin car le mari / partenaire est absent	2877 (2,8)
Ne nécessitait pas de méthode de planification familiale	5036 (4,9)
Autre	1335 (1,3)
Nombre total de raisons	102 706(100%)

a : Plusieurs réponses étaient données par les personnes à qui on a demandé.

Les raisons pour lesquelles le DIUPP n'a pas été inséré sont présentées dans le tableau V.

Tableau V : Raisons pour lesquelles le DIUPP n'a pas été inséré

Raisons	N (%)
Contre-indications identifiées au moment de la livraison	127 (39,9)
Mère décidant de retirer son consentement	63 (19,8)
Problèmes techniques au moment de l'insertion	40 (12,6)
Indisponibilité du DIU au moment de la livraison	49 (15,4)
Autres raisons	39 (12,3)
Nombre total de raisons	318 (100%)

a : Plusieurs réponses étaient possibles.

Au total, 32 femmes (0,34%) sur 9346 ont déclaré avoir eu des complications au moment de l'insertion (tableau VI).

Tableau VI : Complications à l'insertion du DIUPP

Complication	N°. (%)
Douleur à l'insertion	4 (12,5)
Saignement	10 (31,3)
Perforation	0 (0)
Non spécifié	18 (56,2)
Total	32 (100)

Des informations de suivi pour les femmes qui ont reçu un DIUPP ont été obtenues dans 34% des cas d'insertion. Le tableau VII présente les taux de complications. Parmi les patientes suivies, 10 patientes se sont plaintes de pertes vaginales importantes, mais la septicémie puerpérale n'a été confirmée en aucun cas.

Tableau VII : Informations de suivi de 2014 à septembre 2017

Suivi	N°. (%)
Nombre total d'insertions de DIUPP	6844
Nombre de femmes participant au suivi de 4 à 6 semaines	2328 (34,0)
Expulsion spontanée	68 (2,9)
Retrait pour raison médicale	29 (1,2)
Retrait suite à la demande d'une femme	60 (2,6)

a 82% des femmes expulsées se sont fait réinsérer le DIU.

Le tableau VIII présente les résultats du sondage des consultants impliqués dans l'initiative.

Tableau VIII : Opinions des membres du SLCOG impliqués dans la mise en œuvre du projet PPIUD (n = 37)

Avis demandé sur :	Réponse	Nombre (%)
Q1 Avec votre expérience dans la mise en œuvre du projet pilote, considérez-vous le DIUPP post-partum (immédiatement après l'accouchement) comme une bonne méthode à proposer dans le package de planification familiale du Ministère de la Santé ?	D'accord	34 (91,9)
	Pas d'accord	3 (8,1)
Q2 Avez-vous remarqué des complications / infections / perforations / chez vos patients ?	Oui	4 (10,9)
	Jamais	17 (45,9)
	Quelques-unes	16 (43,2)
Q3 Considérez-vous que les unités obstétricales spécialisées dans les hôpitaux spécialisés soient le site approprié pour fournir un service de DIUPP (immédiatement après l'accouchement)	D'accord	33 (89,1)
	Pas d'accord	4 (10,9)
Q4 Considérez-vous que SLCOG est la meilleure agence pour mener des programmes de formation sur le DIUPP et le counseling en planification familiale avec des coordinateurs hospitaliers comme formateurs	D'accord	31(83,7)
	Autres	6 (16,3)
	agences FHB/ MoS /Ecoles:	
	Médicales	

FHB : Bureau de Sante Familial ; MoS, Ministère de la Santé.

Les résultats ont révélé que 91,2% des obstétriciens pensaient que le DIUPP était une bonne méthode à proposer au niveau national, 89,1% estimaient que les hôpitaux spécialisés étaient le site approprié pour fournir le DIUPP et 83,2% estimaient que le SLCOG était la meilleure agence pour mener des programmes de formation en DIUPP.

Suite à cela, le SLCOG a fortement recommandé au Ministère de la Santé que le DIUPP soit inclus dans le programme national de planification familiale. Les recommandations ratifiées par le SLCOG ont été acceptées par le Ministère et un circulaire a été publiée concernant le renforcement des services de planification familiale post-partum le 3 mars 2017 [13].

III. DISCUSSION

Le DIUPP en tant que méthode de planification familiale devait être essayé et testé au Sri Lanka avant d'être ratifié par le gouvernement et intégré avec succès dans le programme national de planification familiale. Un certain nombre de défis ont été rencontrés lors de l'introduction des services de DIUPP. Malgré la forte prévalence de la contraception et les attitudes positives envers la planification familiale construites au fil des années parmi le public, les opinions fondamentalistes émergentes peuvent avoir influencé certains des prestataires de soins et des demandeurs de soins. Cela est devenu particulièrement clair lorsque l'initiative s'est étendue à des régions plus éloignées de la capitale et de l'influence des membres de la société nationale. La politique et la conviction que la planification familiale était introduite pour limiter la taille de certains groupes ethniques signifiaient que les cliniciens hésitaient à participer malgré leur compréhension clinique des avantages de l'espacement des naissances et des choix élargis en planification familiale. Une publicité inexacte et défavorable des médias a causé des effets néfastes durables sur la population et les cliniciens fournissant des services de counseling et d'insertion. Une sensibilisation plus précoce et appropriée des parties prenantes concernées et du public sur les DIUPP avant et pendant la progression du projet a peut-être contribué à prévenir la politisation et la publicité défavorable. Bien que le matériel d'IEC ait été créé, il y a eu un certain retard dans leur distribution et la mise à disposition des vidéos dans les cliniques prénatales. Une plus grande attention accordée à l'adaptation des matériels IEC pour refléter les sensibilités locales et dans les langues nationales avant le début de l'initiative a peut-être atténué certains de ces défis.

Le manque de sensibilisation et les idées fausses sur le DIUPP aux premières étapes de la mise en œuvre ont conduit à l'apathie et à une attitude indifférente même parmi les membres de la société nationale. Assurer la transparence afin que les membres du SLCOG soient au courant des aspects opérationnels du projet grâce aux méthodes de communication traditionnelles est devenu un défi. La sensibilisation de toutes les parties

prenantes, en particulier des membres de la société, avant le démarrage du projet était essentielle pour parvenir à un consensus et à une coopération. La création d'un comité directeur a été déterminante pour obtenir une acceptation et des orientations plus larges en cas de controverse. Il est également devenu clair que les membres de ce comité devaient comprendre un groupe plus large de parties prenantes, telles que les fonctionnaires du ministère travaillant dans les comités de santé génésique concernés, afin d'assurer une collaboration plus efficace.

Les goulets d'étranglement dans la livraison des biens et services, courants dans la plupart des systèmes de santé, ont conduit à l'indisponibilité des DIU. Il était impératif que les personnes travaillant dans les systèmes d'approvisionnement des hôpitaux soient à bord afin que les DIU soient fournis en quantité suffisante aux maternités. Avant l'initiative, ceux-ci étaient fournis aux cliniques de planification familiale ambulatoires uniquement. Une fois l'initiative lancée et les taux d'entrevues supérieurs à 70%, les taux de counseling étaient de 66,8% en 2016, passant à 70,1% en 2017, tandis que les taux d'insertion étaient respectivement de 3,8% et 2,2% pour 2016 et 2017. Ces faibles taux étaient probablement dus à la réticence de la population à adopter une nouvelle méthode lorsque des méthodes plus établies telles que la stérilisation en post-partum et les implants en post-partum étaient librement disponibles dans le système de santé sri-lankais. Les implants en post-partum sont récemment devenus une méthode populaire de contraception post-partum car ils ne nécessitent pas d'examen interne et une femme peut sentir le dispositif dans son bras à tout moment et donc être rassurée qu'elle dispose d'une méthode contraceptive. C'est un facteur important au Sri Lanka, où l'interruption de grossesse n'est pas une option légale. Le faible taux de suivi de 34% était préoccupant. Il est difficile de motiver les femmes à se rendre dans les cliniques de suivi, surtout après l'accouchement lorsqu'elles n'ont aucun problème. Par conséquent, on peut supposer que les femmes qui ne se sont pas présentées n'ont eu aucune complication.

La collaboration avec le ministère de la Santé et ses directions a été cruciale dès le départ pour la mise en œuvre et la nationalisation réussie de cette initiative. Le Bureau de la santé familiale du gouvernement a été impliqué dès le départ dans la planification, la conception et la mise en œuvre de l'initiative sur une période de 4 ans. L'importance de cela ne peut pas être sous-estimée lorsque l'on discute des succès de l'initiative et de la facilité de son adoption dans le programme gouvernemental de planification familiale. Un suivi et une évaluation étroits du projet pendant son déroulement étaient impératifs. Cela n'a été possible que grâce aux membres du SLCOG, qui ont travaillé sur l'initiative de manière volontaire, mais ont eu besoin d'un professionnel spécialisé dans le suivi et l'évaluation. Cela a permis au comité de pilotage et aux membres du SLCOG impliqués de réagir aux

difficultés survenant au niveau de la mise en œuvre et a également fourni des informations sur les complications au Comité de Sécurité et de Surveillance des Données (CSSD)

Bien que le DIUPP ait été adopté dans le programme national de planification familiale, la prochaine étape consiste à mettre en œuvre ce changement au niveau national. Le SLCOG prévoit d'aider le ministère de la Santé à fournir des services de DIUPP au niveau national via un cours de formation des formateurs pour les principaux fournisseurs, la fourniture de matériel de formation, le soutien des changements dans les programmes d'études des étudiants en médecine et des prestataires de soins de santé pour inclure le DIUPP et le soutien à la création d'un centre national de formation.

CONCLUSION

Le DIUPP est une méthode contraceptive importante introduite dans les services de santé sri-lankais, d'autant plus que le besoin non satisfait de contraception post-partum a été reconnu comme une cause importante de décès maternels et la réalité des services d'avortement clandestin. La FIGO, le Bureau de la Santé familiale et le SLCOG ont collaboré pour introduire le projet pilote visant à déterminer l'acceptabilité de cette méthode chez les femmes sri-lankaises. L'analyse des résultats a montré que cela était acceptable chez les femmes, en particulier compte tenu du faible taux de complications enregistré avec les insertions. Ceci, avec les avantages de la réversibilité et le fait qu'elle n'est pas hormonale, a permis au DIUPP d'être intégré avec succès dans le programme national de planification familiale au Sri Lanka.

Contribution d'auteur : *Tous les auteurs ont contribué à divers éléments de la planification et de la coordination du projet, à la rédaction du manuscrit et à la révision de la version finale.*

Remerciements : *Les auteurs tiennent à remercier la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour le financement et pour la sélection du Collège des obstétriciens et gynécologues du Sri Lanka pour s'associer au projet pilote ; Mme Flora Phillip — la gestionnaire de projet nationale — pour son soutien et ses conseils ; et le Bureau de la Santé familiale et le Ministère de la Santé pour sa collaboration et le soutien continu.*

Ce supplément a été initialement publié en anglais sous le titre « Numéro spécial : Institutionnalisation des dispositifs intra-utérins en post-partum » dans Le Journal International de Gynécologie et d'Obstétrique / International Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol. 143 : S1 (2018) : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/toc/18793479/2018/143/S> »

Conflits d'intérêt : *Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

REFERENCES

1. **Bhutta Z, Nundy S, Abbasi K.** Y a-t-il de l'espoir pour l'Asie du Sud ? *BMJ.* 2004; 328: 777–778.
2. **Banque Centrale de Sri Lanka.** Sri Lanka Socio-Economic Data 2016. Colombo, Sri Lanka: Département des statistiques Banque centrale de Sri Lanka; 2016.
3. **Bureau de la Santé familiale [site Web].** Statistiques nationales. http://fhb.health.gov.lk/web/index.php?option=com_statistics&view=islandwideallre-sult&Itemid=134&lang=fr Consulté le 24 novembre 2017.
4. **Unité des Statistiques Médicales,** Ministère de la santé, de la nutrition et de la médecine indigène. Bulletin annuel de la santé 2015 Sri Lanka. Colombo: Unité des statistiques médicales; 2017.
5. **Bureau de la santé familiale,** Ministère de la santé et Fonds des Nations Unies pour la population. Rapport national sur l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence 2012. Colombo: FHB; 2012.
6. **Family Health Bureau [site Web].** Morbidité maternelle et infantile, surveillance de la mortalité. http://fhb.health.gov.lk/web/index.php?Option=com_phocadownload&view=category&id=40:maternelle-enfant-morbidité-mortalité-surveillance&lang=fr Consulté le 29 novembre 2017.
7. **Weerasooriya W.** Activités pré-CIPD sur la population et le développement au Sri Lanka (1977–1987). Dans: Weerakoon DB, éd. CIPD - «15 ans après» Sri Lanka. Un examen des progrès. Colombo: FPA Sri Lanka; 2009.
8. **Organisation OMS, Asie du Sud-Est.** Sri Lanka et la planification familiale: un aperçu. http://www.searo.who.int/entity/maternal_reproductive_health/documents/srl-fp-sea.pdf?ua=1. Consulté le 27 novembre 2017.
9. **Ministère de la santé,** Bureau de la santé familiale, FNUAP. Examen du programme national de planification familiale Sri Lanka 2016. Colombo: Ministère de la santé; 2017.
10. **Département du recensement et des statistiques, Ministère de la santé,** de la nutrition et de la médecine indigène. Enquête démographique et sanitaire de Sri Lanka 2016. Colombo: DCS; 2017.
11. **Kularatna SP.** Une nouvelle dimension dans la planification familiale. *J Assoc ObstetGynecol Ceylan.* 1969; 1: 95.
12. **Mishra S.** Évaluation de l'innocuité, de l'efficacité et de l'expulsion de l'insertion post-placentaire et intra-césarienne de dispositifs contraceptifs intra-utérins (DIUPP). *J Obstet Gynaecol Inde.* 2014; 64: 337–343.
13. **Ministère de la Santé, de la Nutrition et de la Médecine Indigène.** Renforcement des services de planification familiale post-partum fournis par les institutions curatives. Lettre circulaire générale n°: 01/45/2017. http://www.slkog.lk/img/PPIUD/PFP_Circular.pdf. Consulté le 26 avril 2018.