

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 2

SOMMAIRE

EDITORIAL

- Mise en œuvre réussie des services de contraception intra-utérine en post-partum immédiat à Edinburgh et cadre pour un passage à l'échelle
M. Cooper, S. Cameron..... 1

TRAVAUX ORIGINAUX

- Impact de l'utilisation d'infirmières pour effectuer des insertions de dispositifs intra-utérins dans le post-partum à l'hôpital de Kalyani, en Inde
B. Bhadra, S. K. Burman, N. Purandare, H. Divakar, T. Sequeira, A. Bhardwaj..... 8
- Résultats cliniques des dispositifs intra-utérins en post-partum insérés par des sages-femmes en Tanzanie.
P. S. Muganyizi, G. Kimario, P. Ponsian, K.Howard, M. Sethi, A.Makins..... 14
- Institutionnaliser la planification familiale en post-partum et les services de dispositifs intra-utérins en post-partum au Népal : le rôle de la formation et du mentorat.
K. Thapa, R. Dhita, Y. B. Karki, S. Rajbhandari, S. Amatya, S. Pande, E.-A. Tunnacliffe..... 21
- Impact de la formation en counseling contraceptif des conseillers participant à l'initiative FIGO sur le dispositif en post-partum intra-utérin au Bangladesh.
P. Fatima, A. H. Antora, F. Dewan, S. Nash, M. Sethi..... 27

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL

- Successful implementation of immediate postpartum intrauterine contraception services in Edinburgh and the framework for wider dissemination
M. Cooper, S. Cameron..... 1

ORIGINAL PAPERS

- Impact of using nurses to perform postpartum intrauterine device insertions in kalyani hospital, india
B. Bhadra, S. K. Burman, N. Purandare, H. Divakar, T. Sequeira, A. Bhardwaj..... 8
- Clinical outcomes of postpartum intrauterine devices inserted by midwives in Tanzania.
P. S. Muganyizi, G. Kimario, P. Ponsian, K.Howard, M. Sethi, A.Makins..... 14
- Institutionalizing postpartum family planning and postpartum intrauterine device services in Nepal: the role of training and mentoring
K. Thapa, R. Dhita, Y. B. Karki, S. Rajbhandari, S. Amatya, S. Pande, E.-A. Tunnacliffe..... 21
- Impact of contraceptive counselling training among counsellors participating in the FIGO initiative on postpartum intrauterine device in Bangladesh.
P. Fatima, A. H. Antora, F. Dewan, S. Nash, M. Sethi..... 27

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)

MISE EN ŒUVRE REUSSIE DES SERVICES DE CONTRACEPTION INTRA-UTERINE EN POST-PARTUM IMMEDIAT A EDINBURGH ET CADRE POUR UN PASSAGE A L'ECHELLE

M. COOPER, S. CAMERON

RESUME

La mise en place immédiate d'un dispositif intra-utérin en post-partum (DIUPP) dans les maternités peut contourner de nombreux obstacles rencontrés par les femmes pour accéder à cette méthode après l'accouchement. L'adoption de DIUPP peut aider à réduire le risque d'une grossesse non désirée ultérieure et à améliorer l'espacement entre les naissances. L'insertion de DIUPP n'est pas encore systématiquement disponible au Royaume-Uni et les preuves pour soutenir la mise en œuvre pratique du service dans ce contexte font défaut. L'apprentissage et l'expérience partagés des prestataires peuvent contribuer à une plus large disponibilité des DIUPP. Un service de DIUPP de routine a été établi avec succès dans une maternité publique à Édinbourg (Royaume-Uni). Cet article propose un cadre de mise en œuvre pour discuter de l'approche.

Mots-clés : Planification familiale, Initiative FIGO, Contraception en post-partum, Dispositif intra-utérin en post-partum, DIUPP, Mise en œuvre des services, Royaume-Uni.

SUMMARY

Successful implementation of immediate postpartum intrauterine contraception services in Edinburgh and the framework for wider dissemination

Provision of immediate postpartum intrauterine device (PPIUD) insertion within maternity settings can overcome many of the barriers faced by women in accessing this method after childbirth. Uptake of PPIUD can help reduce the risk of a subsequent unintended pregnancy and improve spacing between births. PPIUD insertion is not yet routinely available in the UK and evidence to support the practical implementation of the service in this setting is lacking. Shared learning and experience of providers may assist in the wider availability of PPIUD. A routine PPIUD service has been successfully established within a public maternity setting in Edinburgh (UK) and this article utilizes an implementation framework to discuss the approach.

Keywords: Family planning, FIGO initiative, Postpartum contraception, Postpartum intrauterine device, PPIUD, Service implementation, UK.

INTRODUCTION

On estime qu'au moins un tiers des naissances au Royaume-Uni ne sont pas prévues à la conception [1]. Une grossesse non désirée est associée à de moins bons résultats maternels et néonataux [2] et coûte au service de santé 1 milliard de Livres Sterling par an [3]. La planification de la grossesse permet d'optimiser la santé maternelle avant la conception et peut être soutenue par une contraception [2] disponible gratuitement au Royaume-Uni.

La période post-partum est une période à haut risque reconnue pour les grossesses non désirées. L'ovulation peut commencer dès 3 à 4 semaines chez les femmes qui n'allaitent pas [4]. Bien que la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) puisse être utilisée pour la contraception, les données provenant d'Angleterre suggèrent que seules 28,5% des mères continuent d'allaiter exclusivement au sein après 6 semaines [5]. L'accès à une contraception efficace peut être difficile pour les femmes en raison de la contrainte de s'occuper du nouveau-né. En outre,

la reprise précoce des rapports sexuels (au moins 50% des couples à 6 semaines) [6] signifie qu'une proportion considérable de femmes postnatales est potentiellement à risque de développer une grossesse peu de temps après l'accouchement.

Une étude britannique a estimé qu'une femme sur 13 a demandé un avortement dans les 12 mois suivant l'accouchement [7]. De plus, dans une population d'accouchées, une sur 13 avait conçu dans les 12 mois précédant l'accouchement [7]. Ce court intervalle entre les grossesses (moins de 12 mois) est associé à une augmentation du risque de complications obstétricales telles que le travail prématuré, le retard de croissance intra-utérin et la mortinatalité, et par conséquent une augmentation de la mortalité néonatale globale [8].

L'amélioration de l'accès à une contraception en post-partum efficace pourrait empêcher davantage de grossesses non désirées au Royaume-Uni qui se terminent par un avortement, et aider également les femmes et les couples à optimiser l'espacement des naissances pour de meilleurs résultats.

Tirés à part : Michelle Cooper, Centre de Santé Sexuelle Chalmers, Edinburgh, Royaume-Uni. Email : michelle.cooper@ed.ac.uk
Information sur le financement : Bureau Principal Scientifique et de Bien-être des Femmes

COOPER M., CAMERON S. Mise en œuvre réussie des services de contraception intra-utérine en post-partum immédiat à Edinburgh et cadre pour un passage à l'échelle. Journal de la SAGO, 2019, vol.20, n°2, p.1-7

1. Soins maternels au Royaume-Uni

Les soins maternels au Royaume-Uni sont principalement dispensés au sein du National Health Service (NHS) financé par l'État. Les femmes ont accès à une sage-femme tout au long de leur grossesse et ont la possibilité d'assister à des visites prénatales régulières en fonction de leurs besoins cliniques et sociaux spécifiques [9]. Pour les femmes par ailleurs en bonne santé, les soins tout au long de la grossesse, du travail et de la période post-partum immédiate sont principalement dispensés par des sages-femmes. La majorité des femmes accouchent dans des unités de naissance en milieu hospitalier, la plupart ayant eu un accouchement par voie basse [10,11]. Cependant, le taux global d'accouchement par césarienne continue d'augmenter, avec plus d'une femme sur quatre au Royaume-Uni [10,11].

Actuellement, les sages-femmes peuvent discuter de la contraception avec les femmes avant leur sortie de la maternité. Cependant, des études ont montré qu'il existe actuellement de nombreux obstacles à la fourniture de conseils en matière de contraception [12]. Par exemple, les femmes peuvent ne pas souhaiter discuter de la contraception car elles se concentrent sur leur bébé [13] et avoir des relations sexuelles à nouveau peut ne pas sembler une priorité immédiate [14]. La discussion peut être encore plus entravée par le manque d'intimité dans les services postnatals et la présence de visiteurs. La charge de travail actuelle et croissante des sages-femmes peut signifier que la contraception devient une priorité moindre [12], avec un temps insuffisant pour une discussion approfondie. Les médecins généralistes peuvent également fournir des conseils et des contraceptifs lors d'une visite postnatale de 6 semaines [13,15]. Cependant, il existe des preuves que les jeunes femmes et celles des zones défavorisées (qui peuvent être plus à risque d'une grossesse non désirée) sont les moins susceptibles d'y assister [16]. Les femmes qui souhaitent utiliser une méthode de contraception réversible à longue durée d'action (CRLDA) peuvent nécessiter une nouvelle visite chez le médecin traitant ou à un service de contraception spécialisé. Ce besoin de rendez-vous multiples pour la contraception en post-partum ouvre une possibilité pour la survenue d'une grossesse non désirée.

Les associations professionnelles de Soins de Santé Sexuelle et de Reproduction ont récemment recommandé que la discussion sur la future contraception se déroule idéalement pendant la période prénatale [17], afin de donner aux femmes le temps d'examiner leurs options. Il est de plus en plus reconnu que les professionnels de la santé devraient promouvoir les méthodes CRLDA les plus efficaces, notamment les dispositifs intra-utérins (DIU).

Le besoin d'une visite en post-partum supplémentaire pour l'insertion est connu comme étant un obstacle

pour les femmes qui ont accès à la contraception intra-utérine en ce moment. [18] L'option d'une insertion immédiate après l'accouchement offre une alternative pratique, et le dispositif intra-utérin en post-partum (DIUPP) s'est toujours révélée être une méthode sûre [19,20].

La plupart des directives cliniques et des politiques de santé publique préconisent désormais une discussion plus précoce sur la contraception et une meilleure offre au sein des services de maternité. Le conseil prénatal systématique en matière de contraception est à la fois réalisable par les sages-femmes de la communauté, adapté aux femmes, et est associé à une utilisation accrue des méthodes après l'accouchement [22]. Cependant, il existe plusieurs obstacles à la prestation efficace de ce service, en particulier en ce qui concerne l'insertion du DIU. C'est principalement en raison de ces obstacles que l'adoption du DIUPP dans des pays tels que le Royaume-Uni et les États-Unis a été relativement lente [23,24] malgré les preuves étayant l'innocuité et l'efficacité de la technique [19,20].

L'introduction du DIUPP dans la pratique clinique est complexe pour de nombreuses raisons. L'intervention n'existe pas isolément en tant que procédure dans les unités d'accouchement, car il y a des procédures de counseling pré insertion et de suivi à considérer. À ce titre, un service complet de DIUPP comprend des aspects des soins prénatals, intra-partum et postnatals, et implique à la fois des prestataires hospitaliers et communautaires. Cela présente des défis associés à la communication, aux procédures cliniques et au circuit de la cliente.

Le manque d'expérience des prestataires du Royaume-Uni avec la technique peut conduire à des idées fausses et à des réticences initiales [25,26]. Le service devra être intégré au paquet actuel des soins maternels, souvent sans temps dédié ni financement supplémentaire pour le soutenir. Ce changement de rôle et l'augmentation des exigences de formation peuvent également rencontrer une certaine résistance. Il peut être difficile d'obtenir du financement pour soutenir ce service, car bien qu'il existe des données pour soutenir la rentabilité du DIUPP [27], les avantages financiers peuvent ne pas être immédiatement clairs ou facilement démontrables.

Cependant, bon nombre de ces défis potentiels peuvent être surmontés. Dans cet article, nous discutons de notre expérience de la mise en œuvre réussie de l'insertion de DIUPP dans une maternité britannique à Edinburgh, en Écosse. La région compte deux maternités ayant effectué 9250 naissances vivantes en 2016, avec un taux de césarienne de 30,3% [11]. Le DIUPP est à la disposition des femmes qui accouchent ici depuis 2015, initialement lors d'une césarienne programmée et plus récemment après un accouchement naturel. Le procédé de développement des services est présenté dans le tableau I.

Tableau I : Chronologie de la mise en œuvre du service DIUPP à Édinbourg, Royaume-Uni

Novembre 2013	Projet pilote de suivi de conseil en matière de contraception pré-natale
Avril 2015	Introduction de counseling contraceptif anténatal de routine et amélioration de la disponibilité des méthodes non intra-utérines
Juillet 2015	Introduction du DIUPP à la césarienne
Janvier 2017	Mise en œuvre initiale du DIUPP à l'accouchement vaginal (site pilote)
Septembre 2017	PPIUD vaginal disponible à travers tous les sites
Mai 2018	Mise en œuvre complète du DIUPP : plus de 900 femmes ont reçu un DIUPP à ce jour



Figure 1 : Composantes clés de l'établissement d'un service DIUPP à l'aide du cadre des étapes de mise en œuvre

Au cours des deux années précédant l'arrivée des services du DIUPP, le counseling de routine sur la contraception en période prénatale a été introduite dans la région parallèlement à une sensibilisation accrue et une formation générale aux méthodes de contraception en post-partum pour le personnel des maternités. À ce moment, plus de la moitié (58%) des femmes qui ont exprimé le désir d'un DIU en post-partum n'ont pas assisté à un rendez-vous de suivi pour l'insertion [22], reflétant les résultats d'autres études selon lesquelles la visite supplémentaire pour l'insertion était un obstacle important à assimiler [18]. Cela a justifié l'introduction du DIUPP dans le paquet de services de la maternité, déjà axée sur l'amélioration des services de contraception.

Un résumé de notre stratégie globale de mise en œuvre du DIUPP est présenté à la figure 1. Il s'articule autour des étapes de mise en œuvre fondées sur des données probantes conçues par le Réseau National de Recherche sur la Mise en œuvre (RNRM) [28], qui a déjà été utilisée avec succès pour structurer les résultats des entretiens qualitatifs des professionnels de santé au sujet de leur expérience de mise en œuvre du DIUPP [29].

2. Financement, plaidoyer et parties prenantes

Cette période comprenait les étapes de pré-planification nécessaires avant l'offre du DIUPP. La recherche formative sur les opinions des femmes à partir des données de référence a indiqué un besoin de soutien pour ce service. Sur 250 femmes interrogées en post natal, 30% ont indiqué qu'elles opteraient pour un DIUPP si une disponibilité constante en salle d'accouchement de personnel formé était assurée. Une approche par phases a été adoptée où tous les obstétriciens ont été d'abord formé, suivi par le groupe des sages-femmes, pour garantir que des opportunités de formation et des superviseurs adéquats étaient disponibles.

3. Formation, éducation et ressources

L'étape d'installation comprenait les composantes pratiques qui devaient être en place avant l'introduction officielle du service. Un temps considérable a été consacré à la formation des obstétriciens et des sages-femmes, bien avant la mise en service prévue. Cela s'est déroulé en deux volets principaux : une formation pratique pour le personnel de maternité qui insert des dispositifs en post-partum (obstétriciens et sages-femmes en salle de travail) et une formation plus générale pour ceux qui fournissaient des informations aux femmes (sages-femmes et médecins généralistes communautaires).

Lors de l'élaboration de la stratégie de formation, il a été reconnu que la taille de la maternité et l'utilisation

attendue du DIUPP influeraient sur le taux et la disponibilité de personnel entièrement formés. Des ateliers de formation ont été adaptés aux besoins de chaque groupe de personnel et répétés à intervalles réguliers pour maximiser le nombre de membres du personnel pouvant y assister.

Les obstétriciens ont été formés en insertion peropératoire à l'accouchement par césarienne à l'aide d'une vidéo produite localement et d'une période de pratique supervisée. Pour les DIUPP par voie vaginale, nous avons choisi de former des obstétriciens et des sages-femmes de la salle de travail afin d'assurer une disponibilité constante du personnel. Une approche par phases a été adoptée où tout le personnel a été formé.

Pour la formation à l'insertion de DIUPP à l'accouchement par voie basse, nous avons modifié (avec accord) les ressources développées par le Collège Royal des Obstétriciens et Gynécologues (RCOG) pour les utiliser en Afrique du Sud et en Tanzanie dans le cadre de l'initiative Leading Safe Choices [30,31]. Ceci comprenait une combinaison de formation théorique et de simulation utilisant le Mama-U qui était disponible [7]. La preuve de besoins locaux non satisfaits ainsi que l'engouement des utilisateurs de ce service ont donné des arguments pour obtenir le financement et le soutien nécessaires pour introduire ce service de DIUPP. Nous avons créé un groupe de pilotage du DIUPP pour guider l'orientation globale du projet et faciliter la communication entre les principales parties prenantes. Cela comprenait un obstétricien principal, une sage-femme principale, un responsable de la santé sexuelle, un médecin généraliste, des équipes de recherche clinique et qualitative et un représentant du groupe de patients. La participation de personnes clés à un stade précoce du processus peut aider à identifier et à résoudre les obstacles potentiels.

Par la suite, une période de pratique supervisée en milieu de travail s'est poursuivie jusqu'à ce que la compétence clinique avec la technique soit atteinte. Des formateurs du DIUPP ont été nommés pour aider aux sessions de formation et à la supervision clinique. Ces personnes étaient des obstétriciens ou des sages-femmes « aînées » de salle de travail identifiées comme ayant une formation et une pratique pertinentes en matière de contraception, une connaissance et un enthousiasme marqué pour le DIUPP et une expérience dans l'enseignement clinique. Une politique locale prévoyait un minimum de trois procédures d'insertion effectuées sous supervision jusqu'à l'obtention de la compétence et d'une autonomie.

La sensibilisation des sages-femmes communautaires sur la disponibilité des DIUPP a eu lieu simultanément. Gagner le soutien de ce groupe était considéré comme crucial car elles fournissaient déjà des conseils pour la contraception prénatale de routine aux femmes. Des réunions ont eu lieu avec toutes les équipes de sages-femmes communautaires de la région. Cette étape a également impliqué l'engagement d'autres membres

clés du personnel (personnel administratif de l'hôpital, pharmaciens) pour s'assurer que le service était entièrement préparé et approvisionné pour fournir le DIUPP. Les activités de formation ont également permis de diffuser les ressources aux clientes et au personnel (tableau II).

Tableau II : Ressources développées pour soutenir la prestation de services du DIUPP

Pré-insertion / Prénatal	<ul style="list-style-type: none"> - Brochure d'information pour les patients - Liste de contrôle du consentement à remplir soi-même - Parcours de sage-femme communautaire pour gérer la demande de PPIUC - Affiches - Informations sur le site Web de santé local - Guide d'information pour les prestataires communautaires, par exemple Médecins généralistes
Procédure / Post livraison	<ul style="list-style-type: none"> - Journal d'insertion - Carnet de formation - Affiches du personnel – mnémotechnique «SIMPLE » pour la procédure d'insertion (aptitude, consentement éclairé, matériel, personne à adapter, dépliant, fiche d'entrée) - Procédure d'opération standard - Voie de supervision / Insertion (pour accéder au module d'insertion superviseur)
Post-insertion / Postcure	<ul style="list-style-type: none"> - Dépliant de suivi des patients - Cheminement de référence pour les soins primaires - Guide de référence rapide / parcours pour les fournisseurs de la communauté effectuant des vérifications de threads

Les besoins en équipement ont également été abordés à ce stade. Les pinces Kelly pour l'insertion vaginale du DIUPP ont été commandées et traitées selon les règles de prévention des infections, avant d'être emballées dans des plateaux vaginaux désignés pour le DIUPP ainsi que d'autres instruments requis. Les femmes pouvaient choisir entre le système de diffusion intra-utérin libérant du lévonorgestrel ou un dispositif intra-utérin contenant du cuivre pour le DIUPP et les stocks étaient commandés à la pharmacie pour s'assurer qu'un approvisionnement constant était disponible dans la salle d'accouchement.

4. Introduction au niveau du site et procédures cliniques

Nous avons choisi d'introduire l'insertion de DIUPP peropératoire lors de l'accouchement par césarienne en premier. Les femmes subissant une césarienne programmée étaient identifiées, et les visites prénatales pour discuter de l'indication opératoire et obtenir le consentement étaient utilisées pour discuter du DIUPP. Les obstétriciens pratiquant ces interventions constituaient un groupe restreint et bien défini ; et la formation pouvait donc être organisée plus facilement. Cela a également permis à l'ensemble de l'équipe de se familiariser avec le DIUPP en tant que concept, facilitant l'évolution vers une offre ultérieure pour l'accouchement voie basse et la césarienne d'urgence.

En raison de la complexité accrue de la mise en place d'un service de DIUPP vaginal (formation, équipement, etc.), la décision a été prise de le piloter d'abord dans une petite maternité. Cela a fourni une occasion précieuse d'examiner et de modifier le processus de prestation d'un service de DIUPP vaginal, avant de l'introduire à plus grande échelle dans la région.

L'arrivée du DIUPP sur chaque site a été marquée par une semaine de lancement. Cela impliquait la présence sur place de l'équipe du DIUPP dans la clinique prénatale ambulatoire pour discuter directement avec les patients et le personnel, suscitant davantage d'enthousiasme et d'intérêt. La distribution d'affiches et de dépliants dans les espaces de soins cliniques a aidé à informer sur la disponibilité des services. Les procédures et circuits de la cliente ont été formalisés et testés au cours de cette étape. Un exemple du parcours d'une femme demandant un DIUPP est illustré à la figure 2.

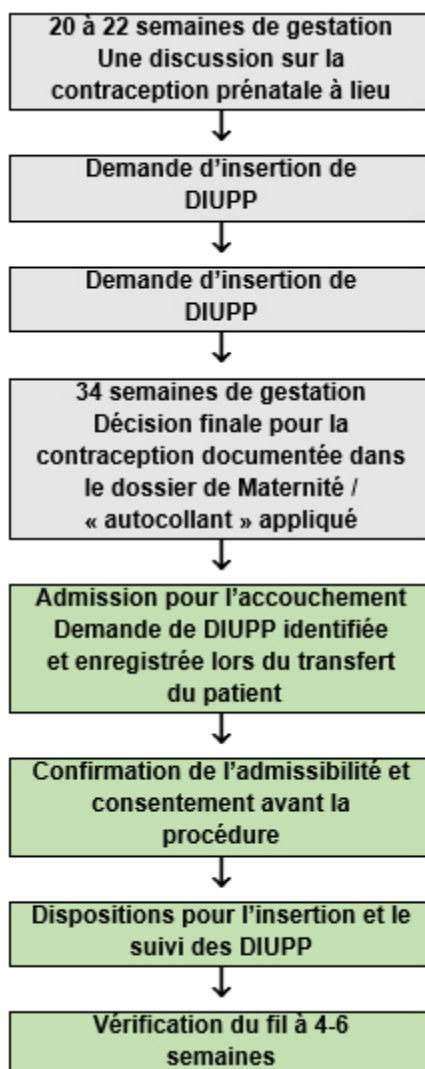


Figure 2 : Parcours clinique pour les femmes demandant un DIUPP à Edinbourg

Les femmes demandant un DIU à l'accouchement ont été identifiées via un autocollant apposé sur leurs notes cliniques et les informations de leur dossier de maternité. Après l'accouchement, le médecin traitant ou la sage-femme vérifie l'éligibilité, s'assurant qu'il

n'y avait pas de contre-indications [30] et confirmait le consentement avant d'insérer le DIUPP.

À l'accouchement par césarienne, les dispositifs ont été installés immédiatement après le retrait du placenta. Après l'accouchement par voie basse, une période de 48 heures était disponible pour l'insertion conformément aux directives cliniques actuelles. Cependant, la plupart des dispositifs ont été insérés dans l'unité de naissance dans les heures qui ont suivi l'accouchement [17].

Après l'insertion du DIUPP, il a été recommandé aux femmes de se présenter pour une vérification du fil entre quatre et six semaines pour confirmer la bonne position du dispositif et couper les fils si nécessaire. Ces visites ont d'abord eu lieu dans un cadre de recherche clinique. À la suite de la mise en œuvre complète du DIUPP, un protocole de suivi a été développé permettant aux infirmières et aux médecins généralistes de la communauté d'effectuer ces vérifications et de les référer pour une échographie si nécessaire au tarif habituel.

5. Extension

Après une installation réussie sur le site pilote, le service de DIUPP vaginal a été étendu à un plus grand hôpital. L'expérience pilote nous a permis de réaliser l'installation plus rapidement et de prévoir les obstacles potentiels que l'élargissement à un plus grand hôpital tertiaire pourrait entraîner ; par exemple, une capacité de formation accrue, une population de patients plus importante, une activité clinique plus élevée et la modification de certains aspects de notre approche. L'expérience et les témoignages des patients et du personnel déjà impliqués dans le service du DIUPP ont aidé à surmonter un bon nombre des obstacles perçus et à obtenir une adhésion plus large.

La mise en œuvre était définie comme complète lorsque plus de 50% du personnel était impliqué dans la prestation de services, et en sachant que sa durée peut prendre entre deux et quatre années [28]. Tous les obstétriciens et plus de 50 sages-femmes (près de 50% du personnel permanent de l'unité de naissance) ont suivi une formation d'insertion de DIUPP dans notre service. Plusieurs sages-femmes et obstétriciens sont désormais formateurs en DIUPP, ce qui est essentiel pour assurer la pérennité du service.

À mesure que le service était intégré, il était important de poursuivre les activités de promotion pour sensibiliser le grand public. Pour nous, cela comprend l'engagement auprès des associations de défense des patients et la participation des médias locaux et nationaux. Il y a également un travail d'évaluation en cours utilisant des moyens quantitatifs et qualitatifs dans le cadre d'un projet de recherche sur les services de santé cofinancé par le Bureau Principal Scientifique et de Bien-être des Femmes [Wellbeing of Women and the Chief Scientist Office]. Depuis son introduction en 2015, près de 1000 femmes ont subi une insertion de DIUPP lors de la césarienne ou de l'accouchement

vaginal. Le service de DIUPP à la césarienne est maintenant pleinement établi. Les données initiales publiées sur les résultats (n = 120) ont démontré un taux de recours au DIUPP de 13,7% de toutes les femmes ayant subi une césarienne programmée [33]. Il n'y a eu aucune incidence de perforation utérine et un cas d'infection (0,8%). À 12 mois, le taux d'expulsion cumulé était de 8,8% et parmi les personnes pouvant être contactées (82,5%), 84,8% ont continué à utiliser la méthode [33].

La mise en œuvre à travers le site du DIUPP vaginal est désormais établie et la collecte et l'analyse des données sont en cours. Les premiers résultats indiquent un taux plus élevé d'expulsion de l'appareil parallèlement avec d'autres études; cependant, cela devrait diminuer avec l'augmentation de l'expérience des prestataires [34].

CONCLUSION

Notre expérience indique qu'il est possible de mettre en œuvre le DIUPP dans une maternité du Royaume Uni financée par des fonds publics. Un investissement continu dans la formation et la sensibilisation du DIUPP sera essentiel pour assurer un service durable. Cette étude démontre une demande claire des femmes pour ce service, les soins holistiques et la commodité étant signalés comme des avantages clés. Il est important que les femmes reçoivent des informations sur toutes les méthodes de contraception disponibles pendant la période prénatale, leur permettant de faire un choix réfléchi et éclairé.

Le développement d'un service de DIUPP peut permettre à davantage de femmes d'accéder à une contraception efficace après l'accouchement. Au Royaume-Uni, cela peut aider à prévenir davantage de grossesses non désirées et à prolonger les intervalles entre les grossesses pour réduire les complications. Grâce à la recherche et au développement continus d'une culture d'apprentissage partagé, le DIUPP peut devenir plus largement disponible à travers le Royaume-Uni.

Contributions d'auteur : *Les deux auteurs ont été directement impliqués dans l'introduction et la prestation du DIUPP à Edinbourg. MC a recherché et préparé le manuscrit. SC a examiné le manuscrit. Les deux auteurs ont approuvé le projet final.*

Remerciements : *Bureau Principal Scientifique et de Bien-être des Femmes [Wellbeing of Women and Chief Scientist Office] pour le financement des subventions de recherche pour mettre en œuvre et évaluer le DIUPP à Lothian. RCOG pour l'autorisation d'utiliser les ressources de formation du DIUPP.*

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. **Lakha F, Glasier A.** Grossesse non désirée et utilisation de la contraception d'urgence parmi une large cohorte de femmes fréquentant des soins prénatals ou un avortement en Écosse. *Lancette*. 2006 ; 368 : 1782–1787.
2. **Hall JA, Benton L, Copas A, Stephenson J.** Intention de grossesse et issue de la grossesse : revue systématique et méta-analyse. *Maternal Child Health J*. 2017 ; 21 : 670–704.
3. **Thomas CM, Cameron S.** Pouvons-nous réduire les coûts et empêcher davantage de grossesses non désirées ? Une étude sur le coût de la maladie et le rapport coût-efficacité comparant deux méthodes d'EHC. *BMJ Open*. 2013 ; 3 : e003815.
4. **Jackson E, Glasier A.** Retour de l'ovulation et des règles chez les femmes non allaitantes en post-partum : une revue systématique. *Obstet Gynecol*. 2011 ; 117 : 657–662.
5. **Public Health England. Statistiques officielles:** prévalence de l'allaitement maternel à 6-8 semaines après la naissance 2015-16. <https://www.gov.uk/government/statistics/allaitement-au-6-à-8-semaines-après-naissance-2015-à-2016-données-trimestrielles>. Consulté le 12 décembre 2017.
6. **McDonald EA, Brown SJ.** Est-ce que la méthode de naissance fait une différence lorsque les femmes reprennent des relations sexuelles après l'accouchement ? *BJOG*. 2013 ; 120 : 823–830.
7. **Heller R, Cameron S, Briggs R, Forson N, Glasier A.** Contraception en post-partum : Une occasion manquée de prévenir une grossesse non désirée et de courts intervalles entre les grossesses. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2016 ; 42 : 93–98.
8. **Smith GC, Pell JP, Dobbie R.** Intervalle entre les grossesses et risque d'accouchement prématuré et de décès néonatal : étude de cohorte rétrospective. *BMJ*. 2003 ; 327 : 313.
9. **Revue Nationale de Maternité. de Meilleures Naissances :** améliorer les résultats des services de maternité en Angleterre. Une vision prospective de cinq ans pour les soins de maternité. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf>. Consulté le 1er décembre 2017.
10. **NHS Digital. NHS Maternity Statistics, Angleterre 2016-17.** [Http : // digital.nhs.uk/pubs/maternity1617](http://digital.nhs.uk/pubs/maternity1617). Consulté le 1er décembre 2017.
11. **Division de la statistique de l'information.** Naissances à l'hôpital écossais. 2017. <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Maternity-and-Births/Publications/2017-11-28/2017-11-28-Births-Report.pdf>. Consulté le 1er décembre 2017.
12. **McCance K,** expériences et points de vue de Cameron S. La prestation de sage femmes et conseils en matière de contraception en post-partum et la fourniture d'une contraception réversible à

- action prolongée : une étude qualitative. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2014 ; 40 : 177–183.
13. **Glasier AF, Logan J, McGlew TJ.** Qui donne des conseils sur la contraception en post-partum ? La contraception. 1996 ; 53 : 217-220.
 14. **Wilson EK, Samandari G, Koo HP, Tucker C.** Utilisation des contraceptifs en post-partum des mères adolescentes : une étude qualitative. *Perspectez la santé de SexReprod*. 2011 ; 43 : 230-237.
 15. **NICE.** Soins postnatals jusqu'à 8 semaines après la naissance. 2006. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>. Consulté le 28 novembre 2017.
 16. **Lunniss H, Cameron S, Chen ZE.** Opinions des médecins généralistes sur les conseils en matière de contraception et la contraception réversible à longue durée d'action lors de la visite postnatale de 6 semaines : une étude qualitative. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2016 ; 42 : 99-106.
 17. **Faculté des Soins de Santé Sexuelle et Génésique (FSRH).** Contraception après la grossesse. 2017. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/contraception-after-grossesse-guideline-janvier-2017/>. Consulté le 30 novembre 2017.
 18. **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.
 19. **Sonalkar S, Kapp N.** Insertion de dispositif intra-utérin dans la période post-partum : une revue systématique. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015 ; 20 : 4-18.
 20. **Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van VH, Stanwood NL.** Insertion en post-partum immédiate des dispositifs intra-utérins. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 ; (5) : CD003036.
 21. **Gouvernement Ecossais.** Mise à jour 2015-2020 du cadre de référence sur la santé sexuelle et les virus du sang. 2015. <http://www.gov.scot/Publications/2015/09/5740>. Consulté le 30 novembre 2017.
 22. **Cameron ST, Craig A, Sim J, et al.** Faisabilité et acceptabilité de l'introduction de conseils contraceptifs prénatals de routine et fourniture de contraception après l'accouchement : évaluation pilote APPLES. *BJOG*. 2017 ; 124 : 2009-2015.
 23. **Moniz MH, Chang T, Heisler M et al.** Contraception et stérilisation réversibles à action prolongée en post-partum en milieu hospitalier aux États-Unis, 2008-2013. *Obstet Gynecol*. 2017 ; 129 : 1078–1085.
 24. **Congrès Américain des Obstétriciens et Gynécologues.** Medicaidreimbursement for postpartum LARC by state. Dernière mise à jour le 2 juin 2017. <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Long-Acting-Reversible-Contraception/Immediate-Postpartum-LARC-Medicaid-Reimbursement>. Consulté le 27 novembre 2017.
 25. **Luchowski AT, Anderson BL, Power ML, Raglan GB, Espey E, Schulkin J.** Obstétriciens-gynécologues et contraception : Pratiques de contraception réversibles à action prolongée et éducation. *La contraception*. 2014 ; 89 : 578–583.
 26. **Cooper M, Boydell N, Heller R, Cameron ST.** Points de vue des prestataires de soins de santé sexuelle communautaires sur la mise en œuvre de la contraception intra-utérine en post-partum au Royaume-Uni. *BMJ Sex Reprod Health*. 2018 ; 44 : 97-102.
 27. **Washington CI, Jamshidi R, Thung SF, Nayeri UA, Caughey AB, Werner EF.** Moment du placement du dispositif intra-utérin en post-partum : une analyse coût-efficacité. *Fertil Steril*. 2015 ; 103 : 131–137.
 28. **Fixsen D, Blase K, Metz A, Van Dyke M.** Mise en œuvre à l'échelle de l'État de programmes fondés sur des preuves. *Sauf enfant*. 2013 ; 79 : 213-230.
 29. **Hofler LG, Cordes S, Cwiak CA, Goedken P, Jamieson DJ, Kottke M.** Mise en œuvre immédiate de programmes de contraception réversible à action prolongée en post-partum. *Obstet Gynecol*. 2017 ; 129 : 3-9.
 30. **Collège Royal des Obstétriciens et Gynécologue.** Document sur les meilleures pratiques en planification familiale du post-partum (document sur les meilleures pratiques n ° 1). Londres : RCOG ; 2015.
 31. **Collège Royal des Obstétriciens et Gynécologues.** Initiative de choix sûrs de premier plan. RCOG. 2015. <https://www.rcog.org.uk/leading-safechoices>. Consulté le 18 mai 2017.
 32. **Laerdal Global Health.** Mama-U : Formateur utérus en post-partum. Laerdal. 2017. <http://laerdalglobalhealth.com/doc/2580/Mama-U>. Accés le 18 mai 2017.
 33. **Heller R, Johnstone A, Cameron ST.** Fourniture systématique de contraception intra-utérine à la césarienne électorale dans un service national de santé publique : une évaluation du service. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 ; 96 : 1144–1151.
 34. **Cooper M, Johnstone A, Cameron ST, et al.** Faisabilité et acceptabilité de fournir une contraception intra-utérine en post-partum immédiate dans une maternité publique. Dans : *ECS Abstract Book 2018. The 15th Congress of the European Society of Contraception and Reproductive Health*. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018 ;

IMPACT DE L'UTILISATION D'INFIRMIERES POUR EFFECTUER DES INSERTIONS DE DISPOSITIFS INTRA-UTERINS DANS LE POST-PARTUM A L'HOPITAL DE KALYANI, EN INDE

B. BHADRA, S. K. BURMAN, N. PURANDARE, H. DIVAKAR, T. SEQUEIRA, A. BHARDWAJ

RESUME

Durant la période du post-partum, les femmes sont vulnérables aux grossesses non désirées, ce qui peut conduire à un avortement légal ou illégal et avoir un impact sur la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. Bien que plusieurs options de planification familiale en post-partum soient disponibles, le manque d'accès et de disponibilité des services de planification familiale et du personnel qualifié pose de sérieux défis. Les centres périphériques peuvent ne pas avoir de médecin ; cependant, ils disposent d'un personnel infirmier qui pourrait être formé pour offrir des services de counseling et de planification familiale. La présente étude montre comment la délégation de compétences aux infirmières pour fournir des services de dispositif intra-utérin dans le post-partum (DIUPP) a fonctionné pour offrir aux femmes une méthode contraceptive pratique et sûre. L'insertion de DIUPP offre aux femmes l'avantage supplémentaire de quitter l'hôpital avec une contraception appropriée à long terme après l'accouchement dans une structure sanitaire, et diminue également les coûts supportés par les patients et le gouvernement. Cette approche a également un impact sur la santé maternelle et néonatale en évitant les grossesses non désirées.

Mots-clés : Planification familiale, Initiative FIGO, Inde, Infirmières, Dispositif intra-utérin en post-partum, DIUPP, Délégation de compétences.

SUMMARY

Impact of using nurses to perform postpartum intrauterine device insertions in kalyani hospital, india

In the postpartum period women are vulnerable to unintended pregnancy, which may lead to legal or illegal abortion and impact on maternal and neonatal morbidity and mortality. Although several postpartum family planning options are available, lack of access to and availability of family planning services and trained staff pose serious challenges. Peripheral centers may not have a doctor; however, they will have nursing staff that can be trained to offer family planning counselling and services. The present study demonstrates how task sharing with nurses to provide postpartum intrauterine device (PPIUD) services worked to give women a convenient and safe contraceptive method. PPIUD insertion provides women the additional advantage of leaving hospital with appropriate long-term contraception after institutional delivery, and also decreases the costs borne by patients and the government. This approach also impacts maternal and newborn health by avoiding unwanted pregnancy.

Keywords: Family planning, FIGO initiative, India, Nurses, Postpartum intrauterine device, PPIUD, Task sharing

INTRODUCTION

Pendant la période du post-partum, les femmes sont vulnérables aux grossesses non désirées, ce qui conduit souvent à un avortement illégal. Dans les pays à faibles ressources, l'accouchement est probablement un des seuls moments où une femme en bonne santé entre en contact avec un professionnel de santé et la probabilité de son retour pour des conseils en matière de contraception est faible [1]. Malgré la disponibilité d'une large gamme de contraceptifs, le besoin non satisfait en contraception est estimé à 12,8% en Inde [2]. Les facteurs d'un besoin non satisfait comprennent les services insatisfaisants, le manque de connaissances ou d'informations et la crainte des effets indésirables des méthodes contraceptives. De plus, les médecins ne sont pas disponibles dans de nombreux centres de santé périphériques où les infirmières jouent un rôle vital pour motiver les femmes à choisir une méthode contraceptive.

Les critères d'éligibilité médicale de l'Organisation Mondiale de la Santé stipulent que le dispositif intra-utérin dans le post-partum (DIUPP) est sans danger pour les femmes allaitantes et que ses avantages l'emportent sur ses inconvénients [3]. Les avantages de l'insertion immédiate d'un DIU dans le post-partum comprennent la commodité, la sécurité, la motivation des clientes, la facilitation de l'espacement des naissances, la non-interférence avec l'allaitement, la réversibilité immédiate et un suivi post-insertion peu contraignant. L'insertion d'un DIUPP donne aux femmes l'avantage supplémentaire de quitter l'hôpital avec une contraception à long terme après l'accouchement, ce qui réduit les coûts supportés par les patients et le gouvernement.

Compte tenu du besoin élevé non satisfait d'espacement des naissances et de l'augmentation des accouchements au sein des structures sanitaires,

Tirés à part : Ajey Bhardwaj, Avni Health Foundation, Mumbai, Inde.
Email : avnihealth@yahoo.com
Information sur le financement : Initiative FIGO financée par des donateurs anonymes

BHADRA B., BURMAN S. K., PURANDARE N., DIVAKAR H., SEQUEIRA T., BHARDWAJ A.. Impact de l'utilisation d'infirmières pour effectuer des insertions de dispositifs intra-utérins dans le post-partum à l'hôpital de Kalyani, en Inde. Journal de la SAGO, 2019, vol.20, n°2, p.8-13

le gouvernement de l'Inde s'est efforcé de relancer et d'intensifier l'utilisation de la planification familiale du post-partum, en s'efforçant de développer la capacité à fournir des services de DIUPP [4]. Dans beaucoup de centres ruraux, les infirmières effectuent régulièrement des accouchements. La délégation de compétences aux infirmières et sages-femmes peut accroître l'accès des femmes aux services de DIUPP de qualité et leur acceptabilité [4]. Pour étendre rapidement les services de DIUPP en Inde, le gouvernement a modifié la politique en 2013 pour permettre aux infirmières et sages-femmes formées d'insérer des DIUPP [5]. L'hypothèse est que si les infirmières sont formées en counseling sur la planification familiale et sur l'insertion de DIUPP, alors plus de femmes accepteront une contraception réversible à long terme. Pour tester cette hypothèse, nous avons mené une étude au College of Medicine et l'Hôpital Mémorial Jawaharlal Nehru, qui effectue environ 7500 accouchements par an. Dans cet établissement, les médecins prennent en charge environ 14 000 patients externes en gynécologie et 9000 patients externes pour les consultations prénatales chaque année, en dehors des interventions chirurgicales et autres tâches hospitalières. Les médecins ont une charge de travail considérable et, par conséquent, la formation des infirmières à l'insertion des DIUPP devrait accroître la capacité à fournir ce service.

La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a reçu un financement de donateurs anonymes pour une initiative visant à mettre en œuvre des services de DIUPP dans les pays à faibles ressources. L'hôpital de Kalyani en Inde a été sélectionné pour participer en raison du fardeau élevé des décès maternels dans la région et de la faible disponibilité des options de planification familiale. L'adoption du DIUPP était inférieure à 1% lorsque le projet a été lancé.

I. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette étude longitudinale prospective a été menée au Département d'Obstétrique et de Gynécologie du Collège de Médecine, Hôpital Mémorial Jawaharlal Nehru de Kalyani, en Inde entre le 1er mai 2015 et le 31 octobre 2017. Toutes les femmes fréquentant la clinique prénatale ou la salle de travail étaient éligibles à l'inclusion et ont reçu un counseling pour l'insertion en post-partum d'un DIU après l'accouchement conformément aux directives du gouvernement indien, du Ministère de la Santé et du Bien-être familial.

Les femmes ayant présenté une chorioamnioite, une septicémie puerpérale, une rupture prématurée des membranes plus de 18 heures avant le travail, des pertes purulentes, une hémorragie en post-partum ou ayant une cavité utérine déformée connue avant l'accouchement ont été exclues de la procédure du DIUPP. Les femmes ont été informées des avantages et de l'importance de la planification familiale lors de

leurs visites prénatales et également au moment de l'admission mais avant la phase active du travail. Les différentes méthodes ont été passées en revue, y compris les avantages et les complications de l'insertion d'un DIUPP. Les femmes qui avaient donné leur consentement ont bénéficié de l'insertion d'un DIU par un médecin ou une infirmière dans les 10 minutes suivant l'expulsion placentaire après un accouchement par voie basse. L'insertion per-césarienne a été réalisée uniquement par des médecins. Les femmes ont été convoquées pour un suivi 6 semaines après l'insertion. L'ensemble des complications (expulsion ou absence de visualisation des fils) ont été notifiées lors des visites de contrôle. L'étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'Examen Institutionnel du College of Medicine de l'Hôpital Mémorial Jawaharlal Nehru de Kalyani au Bengale occidental en Inde.

II. RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, 171 membres de l'équipe, dont 47 infirmières, ont été formés ; 19 235 femmes ont bénéficié d'un counseling et 19 170 femmes ont accouché au cours de cette période.

Le tableau I montre que parmi les acceptantes pour l'insertion d'un DIUPP, la tranche d'âge de 18 à 25 ans était la plus représentée (43,8%). Les femmes qui accouchaient pour la deuxième fois représentaient 35,9% des cas. Les femmes avaient été scolarisées jusqu'au primaire dans 39,2% tandis que 37,2% étaient analphabètes. Les autres avaient fait des études secondaires et plus (23,7%). La communauté hindoue représentait 54,1%, et la communauté musulmane en comptait 45,9% (tableau I). L'éducation et la religion ne semblaient pas liées à l'acceptation de l'insertion du DIUPP.

Tableau I : Caractéristiques des acceptantes de DIUPP (n = 7175)

Caractéristiques	N° (%)
Age	
18-25	3145 (43,8)
26-30	2491 (34,7)
31-35	1489 (20,8)
>35	50 (0,70)
Parité	
1	2389 (33,3)
2	2574 (35,9)
≥3	2212 (30,8)
Niveau éducation	
Analphabète	2668 (37,2)
Primaire	2811 (39,2)
Secondaire	1575 (22,0)
Supérieur	121 (1,7)
Religion	
Hindou	3882 (54,1)
Musulmane	3293 (45,9)

L'acceptation du DIUPP semble être liée à la qualité du counseling sur le DIUPP. Sur les 19 235 femmes conseillées dans l'ensemble, 6029 (31,3%) l'ont été lors d'une ou plusieurs visites prénatales, tandis que 13 206 (68,7%) ont été conseillées à l'admission ; 99,7% livrés au centre.

Au total, 7 175 femmes ont eu un DIUPP inséré au cours de la période d'étude, ce qui donne un taux d'acceptation de 37,4%. La majorité des insertions étaient des insertions par voie vaginale (71,5%), tandis que 28,5% ont été insérées en peropératoire à l'accouchement par césarienne (tableau II).

Tableau II : Taux d'acceptation et moment de l'insertion du DIUPP

Année	Nombre Accouchements	Nombre Insertions	Taux acceptation %	Timing d'insertion	
				Per césarienne N (%)	Après accouchement voie basse N (%)
2015	5298	120	2,3	93 (77,5)	27 (22,5)
2016	7410	3889	52,5	1415 (36,4)	2474 (63,6)
2017	6462	3166	49,0	540 (17,1)	2626 (82,9)
Total	19 170	7175	37,4	2048 (28,5)	5127 (71,5)

Le tableau III montre que la majorité des insertions vaginales (92,8%) ont été réalisées par des infirmières qualifiées dans la salle de travail.

Tableau III : Répartition des insertions vaginales en fonction catégorie de personnel de santé

Année	Nombre insertions vaginales	Infirmière qualifiée N (%)	Médecin N (%)
2015	27	3 (11,1)	24 (88,9)
2016	2474	2142 (86,6)	332 (13,4)
2017	2626	2614 (99,5)	12 (0,5)
Total	5127	4759 (92,8)	368 (7,2)

Il est à noter que 63,4% des femmes (4551) sont revenues pour un suivi et, parmi celles-ci, 93,7% avaient déclaré être disposées à maintenir le DIUPP (tableau IV).

Tableau IV : Suivi des femmes à 6 semaines après l'insertion du DIUPP

Données du suivi	N°. (%)
Volonté de continuer	4264 (93,7)
Expulsion	14 (0,3)
Retrait DIU	10 (0,2)
Fil non visualisés	226 (5,0)
Perforation	0 (0)

Le nombre total de complications était faible et était comparable dans les deux groupes (tableaux V).

Tableau V : Complications notées en fonction de la catégorie professionnelle et de la voie d'insertion

Complications	Total	Catégorie professionnelle		Voie d'insertion	
		Infirmière (n=4759)	Médecin (n=368)	Vaginal (n=5127)	Césarienne (n=2048)
Expulsion	14	14 (0,3)	0 (0)	14 (0,3)	0
Retrait du DIU	10	7 (0,1)	3 (0,8)	10 (0,2)	0
Fils non visualisés	226	134 (2,8)	92(25,0)	138 (2,7)	88 (4,3)

Nous avons noté 14 expulsions (0,3%) et 10 retraits (0,2%). La douleur, les saignements vaginaux irréguliers et la pression familiale représentaient la plupart (8/10) des raisons évoquées pour retirer le DIU (tableau VI).

Tableau VI : Raisons évoquées pour retirer le DIUPP

Raison	Nombre
DIU mal placé	2
Douleur et saignements vaginaux irréguliers	3
Influence de la famille	5
Total	10

Les fils non visualisés semblaient être plus fréquents après l'insertion par césarienne que l'insertion vaginale (4,3% vs 2,7%). Dans 28 cas, le fil était enroulé à l'intérieur du vagin lors de l'examen au spéculum et dans 198 cas, le DIU était retrouvé en position intra-cavitaire à l'échographie.

III. DISCUSSION

En Inde, la proportion d'accouchements survenus dans les établissements de santé est passée de 38,7% en 2005-2006 à 78,9% en 2015-2016 [6]. Cette préférence est apparue à la suite du programme gouvernemental Janani Suraksha Yojana (programme de protection des femmes enceintes), un système de transfert conditionnel en espèces pour promouvoir les accouchements au sein des structures sanitaires. La période du post-partum est un moment idéal pour commencer la contraception car les femmes sont fortement motivées en ce moment. Il convient également aux femmes et aux prestataires de soins de santé. Les accouchements dans les structures sanitaires créent une opportunité unique d'offrir une méthode de contraception réversible à longue durée d'action aux femmes immédiatement après l'accouchement. Cependant, en Inde, seulement 26% des femmes dans le post-partum utilisent des contraceptifs [7].

Le DIUPP est une méthode de planification familiale hautement efficace, à longue durée d'action, réversible, rentable et facilement accessible. Il est sans danger pour la plupart des femmes en post-partum et n'a aucun impact négatif sur l'allaitement maternel [8]. La disponibilité limitée de ressources humaines qualifiées -essentielle pour garantir des services de DIUPP de qualité- pose un défi pour accroître l'accès au DIUPP. La délégation de compétences, qui est une solution mondialement acceptée pour accélérer l'accès aux services de santé, a été identifiée comme une stratégie viable pour élargir la base de prestataires et rendre les services de planification familiale en post-partum accessibles à toutes les femmes accouchant dans les établissements de santé. La délégation de compétences fait référence à la provision d'une formation supplémentaire aux cadres de prestataires

existants pour leur permettre d'entreprendre de nouvelles activités [9]. L'Organisation Mondiale de la Santé a également recommandé l'option d'insertion de DIU par les infirmières et les sages-femmes [9].

Avant le début du programme, les insertions de DIUPP au centre étaient inférieures à 1%, et sont passées à 2,3% au cours des 6 premiers mois du programme. Au cours des 6 premiers mois, le personnel infirmier a été impliqué et leur formation achevée pour la plupart (68%). Cette étape a entraîné une augmentation exponentielle des insertions de DIU post-placentaire par le personnel infirmier : 86,6% des insertions post-partum la deuxième année et 99,5% la troisième année. La majorité des insertions de DIU vaginal post-placentaire (92,8%) ont été réalisées par des infirmières. Dans certaines études, la plupart des insertions ont été effectuées en peropératoire lors de l'accouchement par césarienne [10,11]. Une formation complète a permis aux infirmières de notre maternité de réaliser les insertions efficacement et ont contribué à l'augmentation importante des insertions post-placentaires.

Des études ont montré que la pose de contraceptifs intra-utérins par les infirmières sages-femmes est efficace et faisable dans les pays à faibles ressources [12]. La délégation de tâches, c'est-à-dire permettre aux infirmières et aux sages-femmes d'assumer des tâches auparavant réservées aux médecins, est un moyen sûr et efficace de remédier aux insuffisances en personnel de santé [4]. Dans notre étude, plus important encore, nous avons constaté que la délégation de cette tâche aux infirmières permettait à la méthode d'être beaucoup plus accessible aux femmes, comme en témoigne l'augmentation spectaculaire des taux d'insertions à la suite de la participation des infirmières.

L'acceptation de l'insertion d'un DIUPP a augmenté parce que les infirmières étaient plus accessibles et acceptables pour les femmes en raison du lien qu'elles créent avec les femmes enceintes. Une étude en Zambie a démontré le succès d'un programme visant à élargir l'accès aux DIU et aux services d'implants par des sages-femmes compétentes. Après que 14 sages-femmes dévouées aient été formées en insertion de DIU, l'acceptation du DIU dans leurs cliniques très fréquentées a augmenté par rapport à d'autres contraceptifs réversibles à longue durée d'action [13]. Deux études indiennes menées par Kharkwal et al [10] ont rapporté un taux d'acceptation de 60% pour le DIUPP. Kanhere et al [14] ont rapporté un taux d'acceptation de 36% pour l'insertion de DIUPP, ce qui est comparable à la présente étude. Le taux d'expulsion était faible dans cette étude 0,3% : après 4759 insertions vaginales par des infirmières et 0% après 368 insertions vaginales par des médecins. Cependant, il faut noter que le nombre total d'insertions vaginales effectuées par des médecins était inférieur à 10% du total des insertions vaginales réalisées par des infirmières. Concernant le taux d'expulsions selon la voie d'insertion, il était de 0,3% après insertion par voie vaginale et nul après l'insertion per-césarienne.

Il est connu que l'expulsion est plus fréquente après insertion par voie vaginale qu'en per césarienne. Hooda et al [15] ont constaté une augmentation des taux d'expulsion dans un groupe voie vaginale.

Le taux global d'expulsion était faible dans notre centre car le personnel avait reçu une formation pratique avant de commencer à effectuer des insertions. La formation comprenait également des conférences théoriques, des démonstrations vidéo et des exercices sur des modèles anatomiques d'utérus. Le taux d'expulsion dans notre étude est comparable à celui rapporté dans d'autres études. Dans une étude de Shahbaz et al [8], le taux d'expulsion était de 4,5% et dans celles de Katheit et Agarwal [2] et Jairaj et Dayyala [16], les taux d'expulsion étaient respectivement de 10,5% et 14,3%. La différence de risque d'expulsion après l'insertion d'un DIUPP par les infirmières et les médecins n'était pas statistiquement significative dans l'étude de Yadav et al [4]. Les taux d'expulsion étaient également plus élevés dans les insertions post-placentaires.

Dans l'ensemble, la présente étude a révélé que l'insertion de DIUPP par les infirmières est sûre et efficace. Il n'y a eu aucun cas de perforation. Après que les infirmières aient commencé à effectuer des insertions, le taux d'acceptation s'est considérablement amélioré sans augmentation des complications. Cela confirme les conclusions de Yadav et al [4] qui avaient également prouvé que les infirmières et les sages-femmes formées qui effectuent des accouchements dans les établissements publics de santé pouvaient effectuer en toute sécurité des insertions de DIUPP aussi bien que les médecins.

CONCLUSION

L'insertion immédiate d'un DIUPP est une méthode contraceptive sûre, efficace, peu coûteuse, à longue durée d'action et réversible. La formation des infirmières qui effectuent des accouchements à l'insertion des DIU pendant la période du post-partum devrait être incluse dans les programmes car elles peuvent aider à accroître l'accès des femmes aux services de DIUPP sans compromettre la qualité des soins. À la suite de cette étude, nous recommandons que cette stratégie soit adoptée par d'autres unités où les infirmières effectuent des accouchements par voie basse.

Contributions d'auteur : BB, SKB, TS et AB ont conceptualisé l'article, présenté, nettoyé et analysé les données, rédigé l'article et apporté des modifications en fonction des commentaires. CNP et HD ont revu l'article et ont fait des suggestions critiques pour l'améliorer.

Remerciements : Nous tenons à remercier le gouvernement de l'Inde, le Ministère de la Santé et du Bien-être familial (Mme V Gurmani, co-secrétaire; Dr SK Sikdar, délégué de la Planification Familiale; Dr D Baswal, délégué de la santé maternelle), l'équipe du FOGSI (Dr R Pai, Dr H Pai, Dr M Patel, Dr J Tank), l'équipe COM et JNMH (conseillers, personnel infirmier, officiers nodaux et conseillers), et les membres de l'équipe de la Fondation Avni Health (Dr D Naik, Dr P Sanghvi, Mme M Prabhudesai) qui ont tous contribué à la mise en œuvre réussie du programme.

De plus, l'équipe remercie l'équipe du DIUPP de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) (Prof. S Arulkumaran, Dr A Makins, Mme L. Banks, Mme M Sethi, Mme A Olanrewaju) pour le soutien technique, le financement et le partenariat en cours pour la mise en œuvre du programme DIUPP.

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/10.1111/1471-2547.15143> »

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

REFERENCES

1. **Ministère de la Santé et du Bien-être Familial, Gouvernement indien.** Mission nationale de santé rurale [site Web]. <http://nhm.gov.in/>. Consulté le 27 juin 2018.
2. **Katheit G, Agarwal J.** Évaluation du dispositif intra-utérin post-placentaire (PPIUCD) en termes de sensibilisation, d'acceptation et d'expulsion dans un centre de soins tertiaires. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2013 ; 2 : 539–543.
3. **Organisation Mondiale de la Santé.** Critères d'admissibilité médicale pour l'utilisation de contraceptifs, 4e éd. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010.
4. **Yadav V, Balasubramaniam S, Das S et al.** Comparaison des résultats à 6 semaines après les insertions de dispositifs contraceptifs intra-utérins post-partum par les médecins et les infirmières en Inde : une étude cas-témoins. *La contraception.* 2016 ; 93 : 347–355.
5. **Ministère de la Santé et du Bien-être Familial, Gouvernement indien.** Lettre de division FP DO. No. N11012j09j2011-FP. 2013.
6. **Ministère de la Santé et du Bien-être Familial, Gouvernement indien.** Performance des principaux indicateurs HMIS pour toute l'Inde, exercice 2014.
15. **Portail du Système d'information sur la gestion de la santé (HMIS).** <https://nrhm-mis.nic.in/SitePages/NFHS.aspx>. Consulté le 27 juin 2018.
7. **Borda M.** Besoins de planification familiale pendant la période post-partum prolongée en Inde. Baltimore : Jhpiego, ACCESS, Initiative de planification familiale [ACCESS-FP] ; 2009.
8. **Shahbaz F, Tariq R, Shahbaz F, Tahira T, Mavaid J, Zahida N.** Évaluation du dispositif intra-utérin post-placentaire trans-césarienne / vaginale (PPIUCD) en termes de sensibilisation, d'acceptation et d'expulsion dans l'hôpital des services, Lahore. *Pak J Med Health Sci.* 2016 ; 10 : 338–340.

9. **Organisation Mondiale de la Santé.** Recommandations de l’OMS : Optimiser les rôles des agents de santé pour améliorer l’accès aux principales interventions de santé des mères et des nouveau-nés grâce au transfert des tâches. Genève : OMS ; 2012.
10. **Kharkwal S, Manisha K, Shashibala, Goel M.** Changement de tendance de l’acceptation du PPIUCD : étude en milieu hospitalier. *Global J Res Anal.* 2015; 4: 186–187.
11. **Borthakur S, Sarma AK, Alakananda BAK, Bhattacharjee AK, Deka N.** Acceptation du dispositif contraceptif intra-utérin en post-partum (DIUCPP) chez les femmes fréquentant le Gauhati Medical College and Hospital (GMCH) pour un accouchement entre janvier 2011 et décembre 2014 et leur suivi. *J Evol Med Dent Sci.* 2015 ; 4 : 15756–15758.
12. **Blumenthal PD, Eber M, Vajpayee J.** L’inséreuse dédiée facilite l’insertion immédiate du DIU en post-partum. *Glob Health Sci Pract.* 2013 ; 1 : 428-429.
13. **Neukom J, Chilambwe J, Siamwanza N.** Pilotage et maintien des services de DIU post-partum en Zambie. Conférence internationale de planification familiale ; Entebbe, Ouganda ; 2009.
14. **Kanhere AV, Pateriya P, Jain M.** Acceptabilité et faisabilité de l’insertion immédiate de l’UICD en post-partum dans un centre de soins tertiaires du centre de l’Inde. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2015 ; 4 : 179–184.
15. **Hooda R, Mann S, Nanda S, Gupta A, More H, Bhutani J.** Insertions immédiates de dispositifs contraceptifs intra-utérins dans les accouchements par césarienne et vaginale : une étude comparative des résultats du suivi. *Int J Reprod Med.* 2016 ; 7695847.
16. **Jairaj S, Dayyala S.** Une étude transversale sur l’acceptabilité et la sécurité de l’UICD chez les mères en post-partum à l’hôpital de soins tertiaires de Telangana. *J Clin Diagn Res.* 2016 ; 10 : LC01 – LC04.

RESULTATS CLINIQUES DES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS EN POST-PARTUM INSERES PAR DES SAGES-FEMMES EN TANZANIE

P. S. MUGANYIZI, G. KIMARIO, P. PONSAN, K.HOWARD, M. SETHI, A.MAKINS

RESUME

Objectif : évaluer le taux de complications suite à l'insertion immédiate après l'accouchement de dispositifs intra-utérins (DIU) par des sages-femmes formées en Tanzanie.

Méthodes : Une étude de cohorte prospective de femmes ayant subi une pose immédiate de DIU post-partum (DIUPP) par des sages-femmes entre le 31 décembre 2016 et le 15 octobre 2017. Les sages-femmes ont reçu une formation standardisée via l'initiative FIGO. Les femmes qui étaient revenues 6 semaines après l'accouchement avaient été évaluées pour les complications. Les résultats d'intérêts étaient l'infection utérine, l'expulsion du DIU, l'ablation médicale du DIU et l'arrêt de la méthode.

Résultats : Il y a eu 40 470 accouchements, 2347 (5,8%) insertions de DIUPP et 1013 (43,2%) femmes avec un DIUPP qui sont revenues pour une visite de suivi dans les cliniques affiliées au programme. Les sages-femmes étaient prestataires dans 596 cas de suivi (58,8%) et cliniciens dans 417 cas (41,2%). Toutes les insertions de DIUPP par des sages-femmes étaient transvaginales et parmi elles, 43 (7,2%) avaient des complications liées au DIUPP à la fin de la sixième semaine. Ces complications comprenaient 16 (2,7%) cas d'infection utérine, 14 (2,3%) expulsions de DIU, 26 (4,4%) retraits de DIU et 33 (5,5%) avec arrêt global de la méthode. Un seul cas présentait une infection utérine suffisamment grave pour justifier une hospitalisation.

Conclusion : l'insertion de DIUPP par des sages-femmes formées en Tanzanie se compare favorablement aux résultats rapportés dans d'autres contextes.

Mots clés : La contraception, Planification familiale, Initiative FIGO, Sage-femme, Dispositif intra-utérin en post-partum, DIUPP, Sécurité, Tanzanie.

INTRODUCTION

Le dispositif intra-utérin (DIU) est une méthode de contraception efficace, réversible et à long terme. C'est la méthode préférée utilisée par 14,3% des utilisatrices de contraception moderne dans le monde, mais par moins de 2% des femmes en âge de procréer en Afrique subsaharienne [1,2]. Avec environ 160 millions d'utilisateurs dans le monde, le DIU a été classé la méthode de contraception moderne la plus utilisée [3].

Tirés à part : Projestine S. Muganyizi, Département d'Obstétrique et de Gynécologie, Université de Muhimbili des Sciences de la Santé et des Sciences Connexes, Dar es Salaam, Tanzanie.

Email : promuga@gmail.com

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

SUMMARY

Clinical outcomes of postpartum intrauterine devices inserted by midwives in Tanzania

Objective: To assess the rate of complications following immediate postpartum insertion of intrauterine devices (IUDs) by trained midwives in Tanzania.

Methods: A prospective cohort study of women who underwent immediate postpartum IUD (PPIUD) insertions provided by midwives between December 31, 2016 and October 15, 2017. Midwives received standardized training via the FIGO initiative. Women who returned 6 weeks after delivery were evaluated for complications. Outcomes of interest were uterine infection, IUD expulsion, medical removal of IUD, and method discontinuation.

Results: There were 40 470 deliveries, 2347 (5.8%) PPIUD insertions, and 1013 (43.2%) women with a PPIUD who returned for a follow-up visit in the program-affiliated clinics. Midwives were providers in 596 (58.8%) of these follow-up cases and clinicians in 417 (41.2%) cases. All PPIUD insertions by midwives were transvaginal and among them 43 (7.2%) had PPIUD-related complications by the end of sixth week. These complications included 16 (2.7%) cases of uterine infection, 14 (2.3%) IUD expulsions, 26 (4.4%) IUD removals, and 33 (5.5%) with overall method discontinuation. Only one case had uterine infection severe enough to warrant hospitalization.

Conclusion: PPIUD insertion by trained midwives in Tanzania compares favourably with results reported from other settings.

Keywords: Contraception, Family planning, FIGO initiative, Midwife, Postpartum intrauterine device, PPIUD, Safety, Tanzania.

Bien que l'utilisation de contraceptifs modernes (mesurée en tant que taux de prévalence contraceptive) ait régulièrement augmenté au cours de la dernière décennie en Tanzanie - de 20% en 2004-2005 à 27% en 2010 et 32% en 2015-2016 - les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont restés inchangés à 22% - 24% depuis 1999 [4]. Actuellement, l'utilisation du DIU chez les femmes mariées reste faible, estimée à 0,9% des femmes mariées [5,6].

MUGANYIZI P. S., KIMARIO G., PONSAN P., HOWARD K., SETHI M., MAKINS A. Résultats cliniques des dispositifs intra-utérins en post-partum insérés par des sages-femmes en Tanzanie. Journal de la SAGO, 2019, vol.20, n°2, p.14-20

L'insertion du DIUPP immédiatement après l'accouchement est considérée comme idéal, en particulier dans les pays à faibles ressources où les femmes ne reviennent pas pour des visites de suivi postnatal en raison du coût ou de la distance. La pratique du DIU en post-partum (DIUPP) a le potentiel d'augmenter le recours au DIU car immédiatement après l'accouchement, il n'y a pas de crainte d'une grossesse en cours, il y a moins de risque de douleur, pas de risque d'interférence avec l'allaitement, il est facile à insérer, et la femme et les prestataires de DIU sont tous les deux disponibles dans le même cadre, ce qui réduit le temps et le coût de la demande de services de DIU d'intervalle [7,8]. Néanmoins, l'insertion du DIUPP a été associée à des risques accrus de mauvais résultats tels que l'expulsion du DIU, la perforation utérine et l'infection, par rapport aux insertions d'intervalles de DIU. [9,10] Les risques accrus de mauvais résultats du DIUPP peuvent être améliorés grâce à une formation standardisée et à l'expérience des prestataires ; ceci est soutenu par le Consensus canadien sur la contraception, qui est basé sur une analyse documentaire approfondie [1].

En Tanzanie, les sages-femmes fournissent des DIU d'intervalle aux clientes mais les manipulations intra-utérines en rapport avec l'accouchement sont généralement effectuées par des cliniciens. En outre, les programmes de formation continue pour les sages-femmes ne leur fournissent pas les connaissances et les compétences suffisantes pour effectuer l'insertion du DIUPP [11]. En décembre 2015, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a introduit un programme en Tanzanie pour institutionnaliser le DIUPP par le biais de la formation des agents de santé en counseling, la fourniture d'un DIUPP immédiat, le plaidoyer auprès des équipes locales de gestion de la santé et la fourniture d'informations aux femmes lors d'une consultation prénatale et de services d'accouchement [12].

Le partage des tâches d'insertion du DIUPP chez les sages-femmes est relativement nouveau en Tanzanie, bien qu'il soit bien connu que la délégation de certaines tâches à des agents de santé moins spécialisés améliore l'accès aux services et aux interventions dans des contextes aux ressources limitées [13]. Étant donné que les sages-femmes sont plus facilement disponibles dans les salles d'accouchement que les cliniciens, elles ont une meilleure opportunité de fournir un DIUPP et d'augmenter l'accès aux services de DIUPP pour les femmes après l'accouchement. Le but de la présente étude était d'évaluer la sécurité de l'insertion immédiate d'un DIUPP mesurée par les complications subies dans les 6 semaines suivant l'insertion, par des femmes dont les prestataires étaient des sages-femmes. Un objectif supplémentaire était de discuter de l'implication de ce partage de tâches à la lumière des taux de complications dans des études comparables dans la littérature lorsque les prestataires étaient des cliniciens.

I. MATERIELS ET METHODES

Toutes les femmes ayant accouché entre le 31 décembre 2016 et le 15 octobre 2017 dans les six hôpitaux de formation du programme DIUPP en Tanzanie (Hôpital National de Muhimbili, Hôpital Régional de Référence Mbeya, Hôpital régional de référence de Dodoma, Hôpital régional de Mount Meru, Hôpital de Tumbi et l'Hôpital du District de Nyamagana) ont été interrogées sur leurs choix de planification familiale en post-partum avant leur sortie dans le cadre de la procédure de suivi et d'évaluation de routine du programme. Un consentement écrit a été obtenu de chaque femme désireuse de participer au programme. L'étude a reçu l'approbation éthique de l'Institut National de Recherche Médicale de Tanzanie (numéro de référence NIMR / HQ / R.8a / Vol. IX / 2006).

Les six hôpitaux ont été sélectionnés comme centres de formation, en fonction de leur situation géographique dans le pays, de l'intensité d'accouchement d'au moins 5000 accouchements par an, de leur affiliation à une université médicale ou à une école de sages-femmes, ou de leur implication dans la formation de sortie des médecins internes. Le recrutement et la formation des prestataires de DIUPP ont commencé dans trois hôpitaux : l'Hôpital National de Muhimbili, l'Hôpital de référence de la Zone de Mbeya et l'Hôpital Régional de référence de Dodoma. Ces hôpitaux de phase 1 ont commencé à former les fournisseurs de DIUPP 10 mois avant les trois autres hôpitaux (hôpitaux de phase 2). La date de début du 31 décembre a été choisie parce que c'est le moment où un suivi rigoureux des infections utérines et une documentation du programme dans les cliniques affiliées ont été introduits.

L'étude a été menée conformément au protocole du programme DIUPP selon lequel les femmes accouchant dans les hôpitaux et les cliniques dans le cadre du programme recevaient régulièrement des informations sur la planification familiale en post-partum (PFPP) pendant les cliniques prénatales ou en maternité au début de la phase latente du travail ou avant décharge de l'hôpital. Les femmes qui avaient reçu des conseils sur la PFPP pendant la période prénatale avaient leurs cartes de santé génésique et infantile (RCH) étiquetées avec un autocollant de couleur appropriée soulignant leur statut de consentement concernant l'insertion du DIUPP. Les femmes qui n'avaient pas consenti au DIUPP mais qui ont opté pour d'autres méthodes de PFPP ont été référées à la clinique RCH associée. Les femmes qui ont réaffirmé leur consentement à l'insertion du DIU ont bénéficié des services fournis par la sage-femme ou le clinicien traitant immédiatement après l'expulsion du placenta ou dans les 48 heures. Toutes les insertions de DIUPP utilisant le CuT380A (Pregna Copper T 380A ; Pregna International, Chakan, Inde) ont été réalisées de manière indépendante par des cliniciens (assistants médicaux, médecins et obstétriciens / gynécologues spécialisés) ou des sages-femmes (infirmières sages-femmes, infirmières

et infirmiers qualifiés) qui ont également rempli un formulaire documentant la procédure d'insertion et les problèmes rencontrés. Une sage-femme ou un clinicien formé qui a aidé à l'accouchement était également responsable de l'insertion du DIUPP dans le cadre des services d'accouchement de routine, que ce soit en salle de travail ou en amphithéâtre.

Des entretiens de sortie ont été menés par des agents de collecte de données (ACD) formés en toute confidentialité auprès de toutes les femmes qui accouchaient et qui étaient consentantes avant leur sortie de l'hôpital. L'entrevue de sortie a porté sur les expériences des femmes avec les composantes du programme de DIUPP, y compris le counseling, les informations sur la PFPP et leurs choix de contraception en post-partum. Toutes les femmes ayant subi une insertion de DIUPP ont eu la possibilité de se rendre dans l'une des cliniques affiliées au programme 4 à 6 semaines plus tard. Il y a 3 à 4 de ces cliniques par hôpital et celles-ci sont stratégiquement choisies pour minimiser la distance parcourue par les clients pendant le suivi postnatal. Lors de la fréquentation des cliniques de suivi, on a demandé aux femmes tout symptôme clinique attribuable aux complications du DIUPP et leurs réponses ont été saisies dans un formulaire de suivi par la sage-femme traitant. De plus, les femmes ont été examinées pour la présence de fils à l'orifice cervical, comme confirmation de la présence du DIU et pour exclure la présence de tout signe de complications attribuables au DIUPP. Les données ont été saisies dans un formulaire de questionnaire et la copie papier a été stockée dans un endroit sûr dans les locaux de l'établissement. Tous les résultats ont été téléchargés sur des tablettes et transférés sous forme sécurisée dans notre base de données à l'aide de la plateforme CommCare (Dimagi, Cambridge, MA, USA). L'analyse a été effectuée à l'aide de SPSS version 20 (IBM, Armonk, NY, USA) et a inclus des femmes qui ont accouché et reçu un DIUPP pendant la période d'étude et qui ont par la suite assisté aux cliniques de suivi du programme entre quatre et six semaines après l'accouchement.

Le résultat principal de cette analyse est une variable composite des complications du DIUPP vécues par la femme depuis le moment de l'insertion jusqu'au jour du suivi, qui est définie par la présence de l'une des variables de résultats spécifiques suivantes : infection utérine, expulsion confirmée du DIU et retrait du DIU. Un symptôme clinique significatif a été défini comme une plainte par une femme qui a été attribuée une insertion d'un DIUPP, et qui comprend des douleurs abdominales sévères et des pertes vaginales anormales en termes de quantité, de couleur et d'odeur. La présence de l'un d'entre eux, ou des deux, avec ou sans fièvre, a été interprétée comme une infection utérine. La confirmation de l'expulsion du DIU reposait sur le récit de la femme selon laquelle elle avait vu le DIU expulsé, puis confirmée par l'absence de fils visibles à l'examen. S'il n'y avait aucun antécédent de DIU expulsé et que les fils n'étaient pas visualisés à

l'examen pelvien, une échographie était nécessaire pour confirmer l'expulsion ou la dislocation. Le retrait médical du DIU a été défini comme tout retrait effectué par le prestataire de services en raison d'une demande maternelle, d'un DIU disloqué ou partiellement expulsé, de la présence d'une infection utérine ou d'un retrait accidentel lors de la récupération des fils. L'interruption du DIU a été définie comme la décision de la femme ou du prestataire de ne pas continuer avec un DIU lors de la visite de suivi de 6 semaines suivant l'expulsion spontanée ou le retrait médical du DIU. Les femmes qui ont opté pour la réinsertion lors de la visite de suivi et qui l'ont reçue n'ont pas été considérées comme interruption.

II. RÉSULTATS

Au total, 40 470 accouchements ont eu lieu dans les six hôpitaux au cours de la période d'étude. Des DIUPP ont été insérés chez 2347 femmes (5,8%). Au total, 1013 femmes (43,2%) ont fréquenté une clinique affiliée au programme pour un suivi de 4 à 6 semaines après l'accouchement. Parmi ces participantes, les sages-femmes avaient effectué 596 insertions (58,8%), toutes transvaginales. La majorité des femmes étaient âgées de 20 ans ou plus (87,4%), avaient eu cinq grossesses antérieures ou moins (95,8%) et venaient des hôpitaux de phase 2 (71,1%) (tableau I).

Tableau I : Caractéristiques des femmes dont le DIUPP a été inséré par des sages-femmes

Caractéristique	Nombre	Pourcentage
<i>Age Maternelle</i>		
≤19 ans	75	12,6
20+	521	87,4
<i>Total d'accouchements</i>		
1	234	39,3
2-5	337	56,5
6-12	25	4,2
<i>Hôpitaux Phase 1</i>		
Dodoma	102	17,0
Mbeya	44	7,4
Dar es Salaam	26	4,4
Total Phase 1	172	28,9
<i>Hôpitaux Phase 2</i>		
Mwanza	143	24,0
Arusha	240	40,3
Tumbi	41	6,9
Total Phase 2	424	71,1

Au total, 43 femmes ont signalé une complication liée au DIUPP à la fin de la sixième semaine après l'insertion du DIU, ce qui donne un taux global de complications de 7,2% (tableau II).

Tableau II : Taux de complications liées au DIUPP 6 semaines après l'insertion

Taux de complication du DIUPP (%)	Nombre	Taux (%)
<i>Infection utérine</i>		
Oui	16	2,7
Non	580	97,3
<i>Expulsion du DIU</i>		
Oui	14	2,3
Non	582	97,7
<i>Retrait médical du DIU</i>		
Oui	26	4,4
Non	570	95,6
<i>N'importe quelle complication</i>		
Oui	43	7,2
Non	553	92,8

Les complications comprenaient l'expulsion du DIU dans 14 cas (2,3%), le retrait du DIU dans 26 cas (4,4%) et l'infection utérine dans 16 cas (2,7%). Parmi les 16 femmes diagnostiquées d'une infection utérine, une seule souffrait d'une infection grave justifiant une hospitalisation. Parmi les 40 femmes ayant subi une expulsion ou un retrait médical du DIU, le DIU a été réinséré dans sept d'entre elles, sept autres ont opté pour d'autres méthodes et les 26 autres n'ont pas opté pour une autre méthode. Le taux d'interruption du DIU au bout de 6 semaines est ainsi de 5,5% (33/596). Le retrait du DIU est dû à diverses raisons, notamment la demande de la mère, une dislocation ou une expulsion partielle, la présence d'une infection utérine, la mort du bébé et des raisons iatrogènes (causées accidentellement lors du retrait du fil).

Les prestataires des hôpitaux de phase 1 avaient une expérience pratique relativement plus longue en insertion de DIUPP que ceux des hôpitaux de phase 2. La figure 1 fournit une comparaison visuelle de chaque complication par la formation des DIUPP en phase 1 et 2.

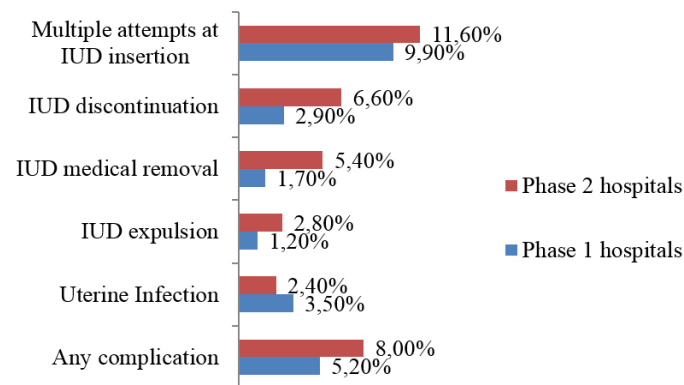


Figure 1 : Taux de complications des DIUPP par phase de formation

Bien que la différence de taux de complications entre la phase 1 et la phase 2 n'ait pas atteint une signification statistique ($P > 0,05$ pour tous), les insertions de phase 2 ont tendance à avoir des taux de complications plus élevés que la phase 1, pour tous les éléments sauf l'infection utérine (Fig.1). Des mesures strictes de suivi des infections utérines et une documentation ont été mises en place depuis le début de la formation de phase 2.

III. DISCUSSION

La présente étude a été menée dans le contexte d'une crise des ressources humaines dans le domaine de la santé en Tanzanie ; à travers les régions, la densité des ressources humaines variait entre 4 et 10 par 10 000 habitants, ce qui est bien en dessous du seuil critique mondial des ressources humaines pour la santé de 23 pour 10 000 [14]. Dans ce contexte, le partage des tâches d'insertion de DIUPP aux sages-femmes qui représentent les deux tiers des ressources humaines pour la santé en Tanzanie pourrait être une stratégie utile pour promouvoir l'accès et l'utilisation du DIUPP, en particulier dans les établissements de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base. Pour preuve, dans presque tous les cas de femmes ayant accouché par voie vaginale et ayant reçu un DIUPP dans la présente étude, le prestataire était une sage-femme (93%). Parmi les cas de suivi, 58,8% des DIUPP ont été insérés par des sages-femmes.

Il y a eu 14 cas d'expulsion spontanée de DIU, ce qui équivaut à 2,3% et un taux global d'arrêt de la méthode de 5,5% à la fin des 6 semaines. Ces résultats sont généralement meilleurs par rapport à d'autres études qui ont utilisé le DIU au cuivre pour la contraception en post-partum. Dans une étude de Sucak et al. [15] en comparant les taux de complications chez les femmes qui ont eu une insertion immédiate de DIUPP à l'aide de CuT380A en Turquie, le taux d'expulsion était de 9,3% à la sixième semaine de suivi et le taux cumulé de retrait du DIU était de 10%, contre 4,4% pour le DIU dans la présente étude. En revanche, alors que les prestataires de la présente étude étaient des sages-femmes qui venaient tout juste d'être formées à l'insertion du DIU, dans l'étude turque, toutes les insertions ont été effectuées par des médecins expérimentés utilisant un dispositif d'insertion de DIU. L'importance de l'expérience a été reprise par les taux de complications toujours plus élevés parmi les insertions effectuées en phase 2 par rapport aux hôpitaux de phase 1 où les prestataires avaient une expérience relativement plus longue de la pratique - une tendance qui a également été notée par d'autres [1]. Deux études aux États-Unis ont estimé des taux d'expulsion plus élevés de DIU au cuivre (CuT380A), notamment Goldthwaite et al. [16] qui ont signalé un taux de 20% à 12 semaines, dont 86% survenant dans les 6 semaines et 17% à 4-8 semaines parmi des médecins formés à Atlanta [17]. D'autres études et

revues ont rapporté des taux d'expulsion de DIU plus élevés, allant de 9,5% à 38% lorsqu'un DIU est inséré dans les 10 minutes suivant la délivrance du placenta, bien que la durée de référence du suivi ait été un peu plus longue (3 à 12 mois) que les 6 semaines dans l'étude actuelle [10,18–21]. Bien que les études sur les complications en post-partum après l'insertion du DIU au CuT380A soient généralement rares, ces études comparables citées indiquent clairement la sécurité relative de l'insertion des DIUP par les sages-femmes en Tanzanie. Dans toutes les études citées, les prestataires étaient des médecins qui avaient une plus longue expérience des insertions de DIUPP ou qui avaient reçu une formation ; par conséquent, les résultats pour les sages-femmes de la présente étude, qui n'avaient aucune expérience antérieure, suggèrent un partage des tâches réussi des services d'insertion de DIUPP en Tanzanie. L'expulsion spontanée du DIU est généralement considérée comme due au remodelage utérin puerpéral, bien qu'une bien qu'une pose trop basse du DIU puisse être un facteur contributif [15].

Il est considéré que le respect des directives standard, y compris l'insertion du DIU au fond de l'utérin à l'aide d'une pince Kelly à longue courbe et une sélection rigoureuse des clients éligibles [22] serait la principale raison de la réduction des taux de complications dans la présente étude. La différence de taux d'expulsion pourrait être attribuée à différentes techniques d'insertion. Certaines des études citées ont utilisé des pinces à anneaux ou des mains pour l'insertion du DIU [16,21,23] et d'autres ont utilisé des inserts de DIU [15] qui n'ont peut-être pas placé le DIU dans le fond utérin. La pince Kelly permet une véritable insertion fundique du DIU, aidée par la plus grande longueur (33 cm contre 24 cm pour une pince à anneau). On peut également affirmer que les taux de complications pour la présente étude sont plus élevés que les taux réels pour le projet DIUPP en Tanzanie, car l'échantillon analysé ne comprend que des femmes qui se sont rendues aux cliniques de suivi affiliées au projet et qui étaient plus susceptibles d'avoir des complications que les femmes qui n'ont pas requis l'attention médicale ou qui ont décidé d'aller dans d'autres cliniques. De plus, les sages-femmes ont effectué des insertions de DIU uniquement sur des femmes ayant accouché par voie vaginale. Étant donné que de nombreuses études ont systématiquement signalé un risque accru de complications liées au DIUPP après un accès vaginal par rapport à une césarienne [15,20,24,25], cela réaffirme que les taux de complications dans la littérature sont plus élevés que les taux combinés pour le programme en Tanzanie. Il s'agit de l'une des rares grandes études qui ont prospectivement suivi des femmes ayant subi une insertion de DIU CuT380A après un accouchement vaginal. La plupart des études rapportant les résultats des complications du DIUPP se sont limitées aux DIU au lévonorgestrel ou à d'autres formes de DIU au cuivre insérées en péroopératoire à la césarienne [25]. Il existe peu de littérature sur l'impact

des sages-femmes sur l'insertion de DIUPP. Les points forts de la présente étude sont sa grande taille d'échantillon et l'accent mis sur les sages-femmes qui fournissent des services à la plupart des mères qui accouchent dans les pays à faibles ressources et le DIU CuT380A, qui est disponible et abordable.

L'étude était limitée parce que seulement la moitié des femmes avec des insertions de DIUPP sont venues volontairement pour un suivi dans les cliniques affiliées au programme. Puisqu'il aurait été contraire à l'éthique de forcer les femmes qui ont bénéficié du programme à se faire suivre dans les cliniques spécifiées, l'étude a fonctionné sur la situation naturelle dans laquelle les femmes recherchent des services médicaux et de santé reproductive au lieu le plus proche et où elles croient pouvoir obtenir le service souhaité. Pour atténuer ce biais, les cliniques de suivi sélectionnées étaient géographiquement bien réparties pour capturer les femmes de divers emplacements géographiques. Néanmoins, il est reconnu que la sélection de l'échantillon de l'étude aurait pu conduire à un biais en faveur des femmes présentant des taux de complications plus élevés que la réalité du programme DIUPP, car l'hypothèse est que les femmes seraient plus susceptibles de respecter un suivi si elles avaient un problème. Une autre limitation importante est un suivi relativement court de 6 semaines, ce qui limite la comparabilité avec d'autres études similaires. Néanmoins, il est bien accepté que la plupart des complications du DIUPP surviennent dans les 6 semaines après l'insertion [16,26]. La présente étude, cependant, a pu démontrer l'innocuité du partage des tâches du DIUPP aux sages-femmes, quoique dans un bref délai d'intervalle de suivi. De plus, une étude de cohorte sur l'impact et l'efficacité à long terme des DIUPP dans le cadre du programme FIGO en Tanzanie est en cours.

CONCLUSION

L'insertion de DIUPP effectuée par des sages-femmes dans le cadre du programme FIGO PPIUD en Tanzanie était sûre et comparable aux services similaires rapportés dans la littérature. En Tanzanie, où les ressources humaines pour la santé sont un problème majeur, permettre aux sages-femmes d'effectuer des insertions de DIUPP peut favoriser l'accès à la planification familiale en post-partum et réduire le besoin non satisfait de contraception, en particulier dans les établissements de niveau inférieur où les cliniciens sont rares.

Contribution d'Auteur : PSM, GK, AM ont développé le concept, PSM, PP, MS ont été impliqués dans la gestion et l'analyse des données ; PSM, AM, KH ont participé à la rédaction du projet de manuscrit. Tous les auteurs ont lu, interprété les résultats et approuvé le manuscrit final. MS a travaillé sur le projet alors qu'elle était employée par FIGO.

Remerciements : *Nous souhaitons saluer la contribution de tous les coordinateurs des facilités et de leurs adjoints à l'Hôpital National de Muhimbili, à l'Hôpital de référence de la Zone de Mbeya, à l'Hôpital régional de référence Dodoma, à l'Hôpital régional de Mount Meru, à l'Hôpital Tumbi et à l'Hôpital du district de Nyamagana. Nous tenons également à saluer la contribution de tous les responsables de la collecte des données et les précieux conseils du personnel du siège du projet à Dar es Salaam et du siège de FIGO à Londres. Ce projet a été financé par la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique par le biais de donateurs anonymes.*

Ce supplément a été initialement publié en anglais sous le titre « Numéro spécial : Institutionnalisation des dispositifs intra-utérins post-partum » dans International Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol. 143 : S1 (2018) : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-2547.143/S1>

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

REFERENCES

1. **Black A, Guilbert E, Costescu D, et al.** Consentement canadien en matière de contraception (partie 3 de 4) : Chapitre 7 - contraception intra-utérine. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016 ; 38 : 182-222.
2. **Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K.** Utilisation mondiale de la contraception intra-utérine : une revue. *La contraception.* 2014 ; 89 : 162-173.
3. **d'Arcangues C.** Utilisation mondiale des dispositifs intra-utérins pour la contraception. *Contraception.* 2007 ; 75 (6 Suppl) : S2 – S7.
4. **Ministère de la santé, du développement communautaire, du genre, des personnes âgées et des enfants (MoHCDGEC) [Tanzanie, continentale], Ministère de la santé (MoH) [Zanzibar], Bureau national des statistiques (NBS), Bureau du statisticien en chef du gouvernement (OCGS) et ICF.** Enquête démographique et de santé et enquête sur les indicateurs du paludisme (TDHS-MIS) 2015-2016. Dar es Salaam et Rockville : MoHCDGEC, MoH, NBS, OCGS et ICF ; 2016.
5. **Bureau national des statistiques (NBS) [Tanzanie] et Macro International Inc.** Enquête sur la santé et la démographie en Tanzanie, 2004/5. Dar es Salaam, Tanzanie : Bureau national des statistiques et Macro International Inc ; 2004.
6. **Bureau national des statistiques (NBS) [Tanzanie] et Macro International Inc.** Enquête démographique et sanitaire sur la Tanzanie 2010. Dar es Salaam, Tanzanie : Bureau national des statistiques et Macro International Inc ; 2011.
7. **Glasier A.** Meilleures pratiques en planification familiale post-partum. Best Practice Paper No 1. Juin 2015. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynecologists; 2015.
8. **Heller R, Cameron S, Briggs R, Forson N, Glasier A.** Contraception en post-partum : Une occasion manquée de prévenir une grossesse non désirée et de courts intervalles entre les grossesses. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2016; 42: 93–98.
9. **Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van Vliet HA, Stanwood NL.** Insertion en post-partum immédiate des dispositifs intra-utérins. *Cochrane Database Syst Rev.*2010 ; (5) : CD003036.
10. **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.
11. **Muganyizi PS, Ishengoma J, Kanama J, et al.** Une analyse de l'enseignement préalable à la planification familiale dans l'enseignement clinique et infirmier en Tanzanie. *BMC Med Educ.* 2014; 14: 142.
12. **Canning D, Shah IH, Pearson E, et al.** Institutionnalisation des services de dispositifs intra-utérins (DIU) du post-partum au Sri Lanka, en Tanzanie et au Népal: protocole d'étude pour un essai randomisé en grappes à coins progressifs. *Accouchement de grossesse BMC.* 2016 ; 16 : 362.
13. **Organisation mondiale de la santé.** Transfert de tâches pour lutter contre les pénuries de personnel de santé. Genève : OMS ; 2007.
14. **Ministère de la Santé et de la protection sociale (MOHSW).** Plan stratégique des ressources humaines pour la santé et le bien-être social 2014 - 2019. Édité par Welfare MoHaS. Dar es Salaam : Ministère de la santé et de la protection sociale ; 2014.
15. **Sucak A, Ozcan S, Celen S, Caglar T, Goksu G, Danisman N.** Insertion post-placentaire immédiate d'un dispositif intra-utérin en cuivre : étude pilote visant à évaluer le taux d'expulsion par mode de délivrance. *Accouchement de grossesse BMC.* 2015 ; 15 : 202.
16. **Goldthwaite LM, Sheeder J, Hyer J, Tocce K, Teal SB.** Expulsion du dispositif intra-utérin post-placentaire de 12 semaines : une étude de cohorte prospective. *Suis J Obstet Gynecol.* 2017 ; 217 : 674.e1–674.e8.
17. **Baraitser P, Allister A, Bigrigg A.** Formation à la planification familiale dans le programme de premier cycle : une enquête nationale et ses implications. *Br J Family Plan.* 1997; 23: 56-57.

18. **Chen BA, Reeves MF, Hayes JL, Hohmann HL, Perriera LK, Creinin MD.** Insertion post-placentaire ou retardée du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel après l'accouchement vaginal: essai contrôlé randomisé. *Obstet Gynecol.* 2010 ; 116 : 1079–1087.
19. **McKaig C, Blanchard H.** Le DIU : une option contraceptive pour les femmes post-partum et post-avortement. https://www.k4health.org/sites/default/files/postpartumabortion_English.pdf. Consulté le 25 juin 2018.
20. **Kapp N, Curtis KM.** Insertion de dispositif intra-utérin pendant la période post-partum : une revue systématique. *La contraception.* 2009 ; 80 : 327–336.
21. **Lara Ricalde R, Menocal Tobías G, Ramos Pérez C, Velázquez Ramírez N.** Étude comparative aléatoire entre le dispositif intra-utérin Multiload Cu375 et TCU 380a insérés dans la période post-partum [en espagnol]. *Ginecol Obstet Mex.* 2006 ; 74 : 306–311.
22. **Hooda R, Mann S, Nanda S, Gupta A, More H, Bhutani J.** Insertion immédiate de dispositifs contraceptifs intra-utérins dans les accouchements par césarienne et vaginale : une étude comparative des résultats du suivi. *Int J Reprod Med.* 2016 ; 2016 : 7695847.
23. **Jatlaoui TC, Marcus M, Jamieson DJ, Goedken P, Cwiak C.** Insertion d'un appareil intra-utérin post-placentaire dans un hôpital universitaire. *La contraception.* 2014 ; 89 : 6.
24. **Bonilla Rosales F, Aguilar Zamudio ME, Cazares Montero Mde L, Hernandez Ortiz ME, Luna Ruiz MA.** Facteurs d'expulsion du dispositif intra-utérin Tcu380A appliqué immédiatement après l'accouchement et après une période retardée [en espagnol]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2005 ; 43 : 5–10.
25. **Sonalkar S, Kapp N.** Insertion de dispositif intra-utérin en post-partum : une revue systématique. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2015 ; 20 : 4-18.
26. **Shukla M, Qureshi S.** Insertion d'un dispositif intra-utérin post-placentaire - une expérience de cinq ans dans un centre de soins tertiaires dans le nord de l'Inde. *Indian J Med Res.* 2012 ; 136 : 432-435.

INSTITUTIONNALISER LA PLANIFICATION FAMILIALE EN POST-PARTUM ET LES SERVICES DE DISPOSITIFS INTRA-UTERINS EN POST-PARTUM AU NEPAL : LE ROLE DE LA FORMATION ET DU MENTORAT

K. THAPA, R. DHITA, Y. B. KARKI, S. RAJBHANDARI, S. AMATYA, S. PANDE, E.-A. TUNNAcliffe

RESUME

Objectif : Explorer les perceptions des principales parties prenantes sur les différentes modalités des activités de formation et de mentorat pour les prestataires de soins de santé de la planification familiale du post-partum et des dispositifs intra-utérins du post-partum (PFPP / DIUPP).

Méthodes : Dans cette étude qualitative, des données ont été collectées auprès de 40 participants en Décembre 2017 via des discussions de groupe (DG) et des entretiens approfondis (EA) dans trois hôpitaux disposant des services PFPP / DIUPP et des agences gouvernementales au Népal. Les données ont été étudiées à travers l'analyse du contenu et regroupées par thèmes et catégories.

Résultats : La majorité des participants ont indiqué que la formation et le mentorat en PFPP / DIUPP étaient utiles et contribuaient à leur développement professionnel. La plupart ont trouvé que la formation en cours d'emploi (FCE) était plus efficace que la formation en groupe (FEG).

Conclusion : Les activités de formation et de mentorat ont été perçues comme utiles par les professionnels de santé et la FCE a été l'approche privilégiée par la majorité. Des études supplémentaires sont nécessaires pour explorer les défis existants et les effets à long terme de chaque modalité de formation et de mentorat sur les compétences et les attitudes des professionnels de santé et sur l'utilisation du DIUPP par les femmes en post-partum.

Mots clés : Initiative FIGO, Professionnels de Santé, Mentorat, Népal, Planification familiale du post-partum, Dispositif intra-utérin du post-partum, DIUPP.

SUMMARY

Institutionalizing postpartum family planning and postpartum intrauterine device services in Nepal: the role of training and mentoring

Objective: To explore the perceptions of key stakeholders on different modalities of training and mentoring activities for healthcare providers of postpartum family planning and postpartum intrauterine devices (PPFP/PPIUD).

Methods: In this qualitative study, data were collected from 40 participants in December 2017 via focus group discussions (FGD) and in-depth interviews (IDI) in three hospitals implementing PPFP/PPIUD services and government line agencies in Nepal. Data were analyzed through content analysis and grouped into themes and categories.

Results: The majority of participants reported that PPFP/PPIUD training and mentoring was useful and contributed to their professional development. Most found that on-the-job training (OJT) was more effective than group-based training (GBT).

Conclusion: Training and mentoring activities were perceived to be useful by health providers and OJT was the approach preferred by the majority. Further studies are necessary to explore the existing challenges and long-term effects of each modality of training and mentoring on health providers' competency and attitudes and on the uptake of PPIUD by postpartum mothers.

Keywords: FIGO initiative, Healthcare providers, Mentorin, Nepal, Postpartum family planning, Postpartum intrauterine device, PPIUD.

INTRODUCTION

À l'échelle mondiale, 95% des femmes souhaitent éviter une grossesse dans les 24 premiers mois après l'accouchement ; cependant, seules 40% environ, auront utilisé la contraception au cours de cette période [1,2]. Le besoin non satisfait de planification familiale post-partum (PFPP) est beaucoup plus élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI). Au Népal, le besoin non satisfait de PFPP était de 52% chez les femmes dans la période post-partum immédiat [3]. Les dispositifs intra-utérins post-partum (DIUPP) sont une méthode PFPP efficace et abordable qui peut réduire les besoins non satisfaits [4]. Les professionnels de santé jouent un rôle clé dans la réponse aux besoins

non satisfaits en fournissant des services de DIUPP de qualité et en temps opportun [5,6]. Cependant, le maintien des normes cliniques est crucial et, à ce titre, une formation et un mentorat de qualité sont nécessaires [7,8].

Depuis 2015, la Société Népalaise des Gynécologues et Obstétriciens (NESOG) fait partie de l'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour le DIUPP en faisant des efforts pour institutionnaliser les services de PFPP dans la période post-partum immédiate dans six hôpitaux de référence à travers le Népal. Le DIUPP est la seule méthode de PFPP réversible à longue durée d'action disponible pour la période du post-partum immédiat au Népal. L'initiative est mise en œuvre en étroite

Tirés à part : Kusum Thapa, Société Népalaise des Obstétriciens et Gynécologues, Maternité Paropakar, Hôpital des femmes, Thapathali, Katmandou, Népal. Email : kusumthapa2006@hotmail.com

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

ISSN : 2712-7230

THAPA K., DHITA R., KARKI Y. B., RAJBHANDARI S., AMATYA S., PANDE S., TUNNAcliffe E.-A. Institutionnaliser la planification familiale en post-partum et les services de dispositifs intra-utérins en post-partum au Népal : le rôle de la formation et du mentorat. Journal de la SAGO, 2019, vol.20, n°2, p.21-26

collaboration avec les agences gouvernementales. Son objectif est de former des médecins, des infirmières et des encadreurs des étudiants en soins infirmiers travaillant dans les maternités des hôpitaux sélectionnés. Deux modalités de formations ont été utilisées pour ces professionnels de santé : la formation en groupe (FG) ou la formation en cours d'emploi (FCE). Les deux modalités ont des programmes similaires qui se concentrent sur l'amélioration des connaissances des étudiants sur toutes les méthodes de PFPP et le développement des compétences sur la prestation de services de DIUPP.

La FG est similaire au concept de formation en classe en dehors du travail [9]. La FG pour ce projet était une formation intensive de trois jours, où les étudiants devaient consacrer tout leur temps au cours. Des études antérieures trouvaient qu'une telle formation est plus utile pour améliorer les connaissances. [10] Le principal avantage de cette modalité de formation est qu'une grande quantité d'informations peut être fournie en moins de temps.

La FCE se déroule dans le milieu de travail où les étudiants continuent leur travail quotidien. La FCE pour ce projet était une formation de 12 jours, d'une durée de deux heures, où les étudiants ont assuré leurs responsabilités quotidiennes. La FCE pour les services PFPP / DIUPP est le premier du genre au Népal, introduit par NESOG en coordination avec les agences gouvernementales du pays. Des recherches antérieures ont trouvé que cette modalité de formation aide les étudiants à mieux affiner leurs compétences [9].

Le mentorat est défini comme un processus qui aide le personnel, les collègues ou les pairs à améliorer leur rendement au travail d'une manière respectueuse [11]. Dans cette initiative, le mentorat fait partie à la fois de La FCE et de la FG de 3 jours. Les mentors de cette initiative étaient les médecins ou les infirmières qui avaient mis à jour leurs connaissances sur les théories et qui maîtrisaient les compétences. Les mentors ont travaillé avec leurs étudiants en petits groupes ainsi qu'en tête-à-tête pour améliorer leurs connaissances, leurs compétences et leurs attitudes.

Bien que le but ultime de l'initiative soit d'améliorer le recours au DIUPP chez les mères dans le post-partum, le renforcement des capacités des professionnels de santé est également un aspect important. La rétroaction des étudiants sur les différentes modalités de formation pourrait fournir des informations de référence importantes pour évaluer les progrès accomplis vers la réalisation de l'objectif ultime de l'initiative et pour étendre les modalités de formation qui sont plus bénéfiques. En outre, cela pourrait aider des pays comme le Népal à revoir leurs approches et à aider les pays ayant des paramètres similaires à reproduire les bonnes pratiques. Par conséquent, le but de la présente étude était d'explorer les perceptions des principales parties prenantes de l'initiative PFPP / DIUPP au Népal sur les différentes modalités des activités de formation et de mentorat.

I. MATERIEL ET METHODE

Cette étude a suivi les directives standard sur la recherche qualitative pour la collecte de données, l'analyse et la communication des résultats [12,13]. Elle a été menée en Décembre 2017 dans trois hôpitaux disposant des services PFPP / DIUPP au Népal : l'hôpital public de la zone de Koshi (KZH) ; le Western Régional Hospital (WRH), un hôpital public en transition vers un établissement universitaire autonome ; et l'Institut BP Koirala des Sciences de la Santé (BPKIHS), une institution universitaire autonome. Les données ont été collectées lors de six discussions de groupe (DG) pour les professionnelles de services en cours d'emploi et de formation dans les établissements sélectionnés. Pour améliorer la compréhension, nous avons également mené huit entretiens approfondis (EA) avec des formateurs PFPP / DIUP, des mentors et une personne principale du Centre National de Formation Sanitaire Népalaise (NHTC). L'étude a obtenu l'approbation éthique du Conseil de Recherche de la Santé du Népal et le consentement éclairé écrit de tous les participants. La participation était volontaire et la confidentialité a été maintenue. Les données ont été collectées à travers les listes de contrôle DG et EA préparées en consultation avec les experts en PFPP, en recherche qualitative et en santé publique au Népal, avec les conseils techniques de la FIGO. Les données ont été collectées jusqu'à saturation des informations, avec 40 personnes participant à l'étude (tableau I).

Tableau I : Caractéristiques de l'étude par type d'institution et collecte de données

Institution	Type de collecte de données		Nombre total de participants
	IA	DG	
1. NHTC	1	0	1
2. KZH	2	12	14
3. BPKIHS	2	8	10
4. WRH	2	12	14
5. Mentor	1	0	1
Total	8	32	40

Abréviations :

NHTC : Centre Népalais National de Formation en Santé ; KZH : Hôpital de la zone de de Koshi ; BPKIHS : Institut BP Koirala des Sciences de la Santé ; WRH : Hôpital Régional de l'Ouest.

L'analyse des données a été effectuée manuellement en analysant le contenu par l'équipe de recherche, qui comprenait des experts en recherche qualitative. Les catégories identifiées à partir du codage ont été regroupées en différents thèmes et sous-thèmes. Des citations originales anonymes qui reflétaient des opinions réelles des répondants ont été choisies pour donner plus de perspicacité.

II. RÉSULTATS

Les résultats ont été structurés autour de quatre thèmes principaux : utilité de la formation PFPP / DIUPP, utilité du mentorat, influence de la formation et du mentorat sur le développement professionnel, et recommandations pour une formation future (tableau II).

Tableau II : Thèmes et catégories identifiés dans l'étude

	Thèmes	Catégories
1.	Utilité de la formation PFPP / DIUPP	Nouvelle connaissance FEE vs FG
2.	Utilité du mentorat PFPP / DIUPP	Point de vue du prestataire de soins de santé Point de vue du mentor Point de vue du NHTC
3.	Effet sur le développement professionnel	Effet de la formation Effet du mentorat
4.	Recommandations pour les futures formations	Expansion aux établissements communautaires et périphériques L'engagement du gouvernement Facteurs motivants

Abréviations :

PFPP / DIUPP : Planning Familial en Post-Partum / Dispositif intra-utérin en post-partum ; NHTC : Centre National de Formation en Santé Népalais

1. Utilité de la formation PFPP / DIUPP

1.1. De nouvelles connaissances sur la PFPP / DIUPP

La majorité des personnes interrogées participant à des groupes de discussion ont mentionné avoir étudié les DIU lorsqu'ils étaient étudiants. Cependant, ils n'ont compris le concept de PFPP / DIUPP qu'après avoir participé à la formation PFPP / DIUPP.

« Bien que nous connaissions les DIU, nous n'avons appris la PFPP / DIUPP qu'après la formation. Il s'agissait d'une formation de trois jours par des formateurs de niveau central ».

Formateur/Formatrice PFPP / DIUPP, EA, KZH.

« Dans le cadre de mes fonctions, j'ai amené mes étudiants en clinique à cet hôpital. Je m'intéressais en DIU. Je suis moi-même utilisatrice de DIU. Mais j'ai entendu parler de PFPP / DIUPP à l'hôpital seulement après la formation NESOG-DIUPP ».

Moniteur/Monitrice en soins infirmiers, WRH.

1.2. Formation en groupe vs formation en cours d'emploi

La majorité des personnes interrogées retrouvait que la FCE était plus efficace que la FG. Beaucoup reconnaissaient que la FG était plus intense et que seulement trois jours de formation rendaient difficile la conservation des connaissances. Ils ont également mentionné que le temps est limité pour pratiquer les compétences cliniques pendant la FG. Certains répondants ont en outre ajouté que La FCE offrait plus d'occasions d'améliorer leurs compétences cliniques et que le contenu livré à chaque session était léger et facile à retenir.

« Nous avons mené FG et FCE. Mais La FEE est plus efficace car pendant La FCE, les stagiaires réussissent à insérer le DIU sur de nombreuses mères, les mères acceptant le DIU s'améliorent également ».
Formateur/Formatrice PFPP / DIUPP, KZH.

« La FG se termine rapidement en trois jours. Les stagiaires peuvent ou non trouver des clients pour la pratique. Nous enseignons aux élèves à l'aide d'un modèle, mais les élèves peuvent ne pas être en mesure de mettre en pratique ce qu'ils apprennent avec de vraies femmes ».

Formateur/Formatrice PFPP / DIUPP, WRH.

Les formateurs et les points focaux du NHTC ont trouvé que La FCE est également plus rentable car il est intégré dans le travail quotidien des stagiaires. Cependant, ils ont également indiqué que la FG doit encore être poursuivie par intermittence pour atteindre plus de professionnels de santé sur une durée plus courte.

« Nous avons reçu une FG ici dans cette institution qui se déroulait du matin au soir. Mais c'était efficace et pas difficile de trouver trois jours pour la formation ».
Moniteur/Monitrice en soins infirmiers, BPKIHS

1.2. Utilité du mentorat

Presque tous ceux qui ont participé à La FCE et à la FG ont laissé entendre que le mentorat avait été très utile. Beaucoup ont reconnu que cela les avait aidés à actualiser leurs connaissances et à améliorer leurs compétences. Selon un mentor, il ne suffit pas de dispenser une seule formation et elle devrait être suivie d'un mentorat. Selon le NHTC, le mentorat est nécessaire pour améliorer la qualité de la formation et des services PFPP / DIUPP car les prestataires de soins de santé peuvent renforcer leurs connaissances et leurs compétences. Le NHTC a indiqué qu'il ne dispose pas actuellement d'un système de mentorat, mais qu'il envisage de créer un pool d'entraîneurs capables de faire des tâches similaires aux mentors.

« Nous nous sentons confiants lorsqu'un mentor teste nos connaissances et observe nos compétences. Le mentor aide à dissiper les confusions des stagiaires ». Médecin, BPKIHS

« Les stagiaires peuvent parfois oublier les techniques qu'ils ont apprises et ils peuvent ne pas avoir la possibilité d'insérer un DIU. Le mentor aide les stagiaires à se rappeler correctement de leurs connaissances et de leurs compétences ».

Infirmière, WRH

1.3. Effet sur le développement professionnel

La majorité des professionnels de santé ont trouvé que la formation avait apporté des changements positifs dans leur vie professionnelle. Beaucoup ont dit que la formation les avait rendus plus responsables et motivés dans leur travail. Après la formation, la plupart était plus satisfait avec le travail et ont décrit être en mesure de fournir un counseling amélioré sur la PFPP / DIUP. Certains professionnels de santé ont pu devenir formateurs grâce à une formation complémentaire et ont affirmé que cela avait contribué à leur développement professionnel.

« Suite à la formation PFPP / DIUPP, nous aidons maintenant les femmes à éviter les grossesses non désirées et à rester en bonne santé. Après tout, notre objectif est de réduire la mortalité maternelle et infantile. Lorsque nous pouvons aider, nous obtenons de la satisfaction ».

Docteur, KZH

« Après la formation PFPP / DIUPP, nous étions sûres de nous en ce qui concerne l'enseignement de nos étudiants en soins infirmiers ».

Moniteur/Monitrice en soins infirmiers, KZH

La plupart des professionnels de soins de santé ont soutenu que le mentorat les avait aidés à améliorer leur professionnalisme et leurs compétences. Certains ont trouvé que le mentorat les avait aidés à changer leur attitude envers le travail. Certains des professionnels qui avaient obtenu de bons résultats ont été promus à devenir des mentors locaux dans le cadre de l'initiative, qui a marqué une étape importante dans leur développement professionnel.

« Après avoir vu un mentor faire quelque chose pour le patient, la stagiaire devient plus confiante. Par conséquent, jusqu'à ce qu'une stagiaire soit compétente, un mentorat est nécessaire ».

Moniteur/Monitrice, KZH

« J'ai été encadré par des formateurs seniors. Certaines stagiaires acquièrent des compétences mais n'osent pas les pratiquer en situation réelle. Le mentorat aide tous ces types de stagiaires à devenir compétents en termes de connaissances et les aide à renforcer leurs compétences ».

Infirmière, KZH

1.4. Recommandations pour une formation future

Presque tous ceux qui ont répondu ont fortement souhaité que la formation PFPP / DIUPP se poursuive et qu'ils feront de leur mieux pour la maintenir. Cependant, ils avaient quelques recommandations pour le gouvernement et les exécutants du programme.

1.4.1. Extension de la formation aux établissements communautaires et périphériques

La majorité des professionnels de santé ont souligné que ce ne sont pas seulement les femmes, mais de nombreux professionnels de santé des établissements périphériques, qui ne connaissent pas non plus les services de PFPP / DIUPP. Certains ont souligné que la préférence pour le DIU a augmenté parmi les femmes rurales et pour répondre à leurs besoins, davantage de prestataires dans les périphéries doivent être formés aux services PFPP / DIUPP.

« Je trouve que les femmes rurales moins instruites des groupes socio-économiques défavorisés sont plus susceptibles de vouloir un DIU que les femmes instruites. Mais la plupart d'entre eux visitent des postes de santé, des centres de naissance, des centres de santé primaires. Par conséquent, il est important de former les prestataires de services en PFPP / DIUPP pour ces services ».

Moniteur/Monitrice en soins infirmiers, WRH.

1.4.2. Engagement du gouvernement

La plupart des professionnels de santé ont désiré que le gouvernement s'engage à poursuivre la formation et le mentorat en matière de PFPP / DIUPP afin que les établissements puissent également s'engager à soutenir les activités. Les mentors ont signalé que le programme de mentorat faisait déjà partie des programmes gouvernementaux de planification familiale, mais devait être rendu régulier afin que les activités de mentorat puissent être menées tous les six mois pour chaque établissement.

« Nous nous engageons à accueillir les formations à l'hôpital. Mais le gouvernement devrait maintenir l'élan ». Médecin, BPKIHS.

1.4.3. Facteurs motivants

Beaucoup ont suggéré que les exécutants devraient envisager des stratégies supplémentaires pour motiver les professionnels de santé à continuer de travailler sur ce qu'ils ont appris.

« Les taux de conseil et d'insertion ont tendance à augmenter immédiatement après la formation et à diminuer après un certain temps. Cela indique que quelque chose doit être faite pour maintenir la motivation des professionnels de santé. Un système gratifiant pourrait aider ».

Infirmière, KZH.

III. DISCUSSION

La présente étude montre que les professionnels de santé ont estimé que la formation et le mentorat en PFPP / DIUPP étaient utiles au Népal. La majorité des répondants ont identifié la FCE comme étant plus efficace que le FG. La FCE pour la PFPP / DIUPP est le premier du genre et a été lancé et introduit par NESOG au Népal. La FCE en général se concentre sur la pédagogie de l'apprentissage « à faible dose » et « à haute fréquence » [14]. De nombreux programmes de santé maternelle et néonatale montrent de plus en plus que cette approche de formation améliore la rétention des connaissances et le comportement clinique [14]. De plus, La FCE permet à l'apprentissage d'être basé sur le lieu de travail, ce qui aide l'étudiant à éviter l'absentéisme au travail. Cela permet également à l'étudiant de se familiariser avec ses nouvelles compétences avant d'acquérir des compétences supplémentaires [15].

D'un autre côté, la FG se concentre sur l'approche « haute dose » et « basse fréquence » qui présente un risque accru pour les étudiants d'oublier le contenu plus vite [16]. Cependant, cette approche est toujours bénéfique, en particulier lorsque les étudiants ne sont pas des prestataires en service comme les instructeurs en soins infirmiers dans cette étude. Bien que La FCE puisse donner de meilleurs résultats pour l'amélioration des compétences, la FG est également connue pour avoir de meilleurs résultats en matière de connaissances [9,10]. Ainsi, la FG ne peut pas être complètement exclu dans des circonstances qui doivent toucher plus de personnes sur une période de temps plus courte.

Dans cette étude, le mentorat a aidé les prestataires de soins à améliorer leur sens clinique. La place des mentors dans la pratique clinique a pris de l'importance au fil des ans. Le mentorat est un processus qui aide ceux qui apprennent à améliorer leur rendement au travail d'une manière respectueuse et non rigide, en les traitant comme des pairs ou des collègues plutôt que comme des subordonnés [17]. Les prestataires de santé doivent renouveler et mettre à jour leurs compétences en continu dans un monde clinique qui est constamment en évolution. Le mentorat les aide à apprendre et à réapprendre dans le confort de leur environnement de travail grâce à un soutien et des conseils personnalisés. De plus, le mentorat est connu pour améliorer la satisfaction professionnelle [17], ce qui se reflète dans les réponses de cette étude. Des études liées aux programmes de mentorat de pays tels que le Sénégal sur la planification familiale [18] et le Cambodge et le Laos sur les programmes de recherche antitabac ont retrouvé des influences positives du mentorat [19]. Cependant, peu d'études ont été menées sur l'effet du mentorat dans les programmes de PFPP.

Parmi les autres problèmes clés mis en évidence par ceux qui ont répondu, nous pouvons citer l'expansion de la formation sur la PFPP / DIUPP dans les établissements communautaires et périphériques. Pour les PRFI (Pays à revenu faible ??) tels que le Népal, où l'accès aux soins de santé reste faible, des interventions communautaires sont nécessaires pour compléter les interventions institutionnelles au profit d'une population plus large [20]. De plus, des stratégies innovantes sont nécessaires pour maintenir la motivation des professionnels de santé. Le manque de motivation et l'augmentation du roulement des professionnels de santé ont été les principales contraintes de la plupart des programmes de santé dans le monde [21]. Les principaux facteurs de motivation identifiés comprennent les incitations financières, le développement de carrière et les problèmes de gestion [21]. Davantage d'efforts pour reconnaître les défis auxquels sont confrontés les prestataires de soins de santé et s'attaquer à chacun des facteurs de motivation pour créer un environnement plus favorable pourraient également être les prochaines étapes à envisager par les décideurs et le gouvernement

Cette étude fournit des informations de base indiquant que davantage d'efforts sont nécessaires pour explorer le maintien des activités de formation et de mentorat dans le cadre de cette initiative. Bien que les résultats trouvent que La FCE est une modalité de formation plus populaire, cette étude ne conclut pas qu'une telle modalité améliorerait le résultat final de l'initiative. Des études de suivi supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'effet à long terme de chaque modalité de formation et de mentorat sur la compétence et les attitudes des professionnels de santé et sur l'utilisation du DIUPP par les femmes dans le post-partum. Pendant ce temps, les agences gouvernementales doivent évaluer soigneusement les deux modalités et appliquer les deux méthodes le cas échéant.

CONCLUSION

Les activités de formation et de mentorat adoptées par l'équipe PFPP / DIUPP Népal ont été perçues comme utiles par les professionnels de santé participants. En particulier, La FCE était l'approche privilégiée par la plupart des professionnels de santé. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour explorer les défis existants et l'effet à long terme de La FCE.

Contribution d'auteur : *KT a conçu l'étude et contribué à l'analyse et à la rédaction du manuscrit ; RD a contribué à la conception, à l'analyse et à la rédaction de la première ébauche du manuscrit et des révisions subséquentes. YBK a participé à la finalisation des outils d'étude, à la collecte des données, à l'analyse des données et à la révision du manuscrit. SR, SV, SP et ET ont participé à la révision du manuscrit.*

Remerciements : Les auteurs tiennent à remercier l'équipe FIGO pour leur soutien et leurs conseils et l'équipe NESOG pour leur travail acharné et leur dévouement à faire grandir cette initiative. Nous tenons également à souligner les efforts de tous les membres de l'équipe nationale PFPP / DIUPP pour avoir aidé à la coordination de cette étude. Nous remercions tous les coordinateurs des installations et les participants à cette étude pour leur précieux temps.

Ce supplément a été initialement publié en anglais sous le titre « Numéro spécial : Institutionnalisation des dispositifs intra-utérins post-partum » dans *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 d'intérêts à déclarer.

REFERENCES

1. **Gaffield ME, Egan S, Temmerman M.** Il est temps : l'OMS et ses partenaires publient des stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum. *Global Health Sci Pract.* 2014 ; 2 : 4–9.
2. **Rossier C, Bradley SE, Ross J, Winfrey W.** Réévaluer les besoins non satisfaits de planification familiale pendant la période post-partum. *Stud Fam Plann.* 2015 ; 46 : 355–367.
3. **Mehata S, Paudel YR, Mehta R, Dariang M, Poudel P, Barnett S.** Besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Népal au cours des deux premières années post-partum. *Biomed Res Int.* 2014 ; 2014 : 649567.
4. **Kapp N, Curtis KM.** Insertion de dispositif intra-utérin pendant la période post-partum : une revue systématique. *La contraception.* 2009 ; 80 : 327–336.
5. **Bryant AG, Kamanga G, Stuart GS, Haddad LB, Meguid T, Mhango C.** Immédiatement après l'accouchement versus 6 semaines d'insertion du dispositif intra-utérin après l'accouchement : étude de faisabilité d'un essai contrôlé randomisé. *Afr J Reprod Health.* 2013 ; 17 : 72–79.
6. **Arrowsmith ME, Aicken CR, Saxena S, Majeed A.** Stratégies pour améliorer l'acceptabilité et l'acceptation du dispositif intra-utérin en cuivre. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 ; (3) : CD008896.
7. **Conti J, Shaw K.** Mise à jour sur les méthodes réversibles à longue durée d'action. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2015 ; 27 : 471–475.
8. **Canning D, Shah IH, Pearson E et al.** Institutionnalisation des services de dispositifs intra-utérins (DIU) du post-partum au Sri Lanka, en Tanzanie et au Népal : protocole d'étude pour un essai randomisé en grappes à coins progressifs. *Accouchement de grossesse BMC.* 2016 ; 16 : 362.
9. **Jacobs RL, Jones MJ.** Formation structurée en cours d'emploi : libérer l'expertise des employés sur le lieu de travail. San Francisco : Berrett-Koehler ; 2003.
10. **Noe RA.** Formation et perfectionnement des employés. New York : McGraw-Hill ; 2010.
11. **Organisation Mondiale de la Santé.** Recommandations de l'OMS pour le mentorat clinique afin de soutenir l'intensification des soins anti-VIH, de la thérapie antirétrovirale et de la prévention dans les pays à ressources limitées. Genève : OMS ; 2005.
12. **Mack N, Woodsong C, Macqueen AM, et al.** Méthodes de recherche qualitative : guide de terrain du collecteur de données. Caroline du Nord : Family Health International ; 2005.
13. **Schutt RK. Analyse des données qualitatives. Dans : Schutt RK, éd.** Enquête sur le monde social : le processus et la pratique de la recherche. Los Angeles : Pine Forge Press ; 2009 : 357–393.
14. **Bluestone J, Johnson P, Fullerton J, Carr C, Alderman J, BonTempo J.** Conception et prestation efficace de la formation en cours d'emploi : données probantes tirées d'une analyse documentaire intégrative. *Santé des ressources hum.* 2013 ; 11 : 51.
15. **Swedberg L, Michélsen H, Chiriac EH, Hylander I.** La formation en cours d'emploi fait la différence : la compétence et la responsabilité perçues des assistants de santé dans le soin des patients avec ventilation mécanique à domicile. *Scand J Caring Sci.* 2015 ; 29 : 29369-29378.
16. **Murre JM, Dros J.** Réplication et analyse de la courbe d'oubli d'Ebbinghaus. *PLoS ONE.* 2015 ; 10 : e0120644.
17. **Platz J, Mentorat Hyman N.** *Clin Colon Rectal Surg.* 2013 ; 26 : 218-223.
18. **Gueye B, Wesson J, Koumtingue D, et al.** Mentorat, partage des tâches et sensibilisation de la communauté grâce à l'approche tutoratplus : utilisation accrue de contraceptifs réversibles à longue durée d'action au Sénégal. *Globe Health Sci Pract.* 2016 ; 4 (Suppl.2) : S33 – S43.
19. **Ferry LH, Job J, Knutsen S, et al.** Mentorat de professionnels de la santé cambodgiens et laotiens en matière de leadership en matière de lutte antitabac et de recherche. *Tob Control.* 2006 ; 15 (Suppl.1) : i42 – i47.
20. **O'Donnell O.** Accès aux soins de santé dans les pays en développement : éliminer les obstacles liés à la demande. *Cad Saude Publica.* 2007 ; 23 : 2820–2834.
21. **Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P.** Motivation et maintien en poste des agents de santé dans les pays en développement : revue systématique. *BMC Health Serv Res.* 2008 ; 8 : 247.

IMPACT DE LA FORMATION EN COUNSELING CONTRACEPTIF DES CONSEILLERS PARTICIPANT A L'INITIATIVE FIGO SUR LE DISPOSITIF EN POST-PARTUM INTRA-UTERIN AU BANGLADESH

P. FATIMA, A. H. ANTORA, F. DEWAN, S. NASH, M. SETHI

RESUME

Objectif : Evaluer l'impact d'une formation structurée dispensée à des conseillers spécialisés en planification familiale sur les services de dispositifs intra-utérins du post-partum (DIUPP) dans six hôpitaux tertiaires du Bangladesh.

Méthodes : Les conseillers en planification familiale ont suivi une formation structurée sur la planification familiale du post- partum, en particulier le DIUPP, sur une période de quatre jours. L'impact de la formation a été évalué en comparant les taux de counseling en DIUPP, les taux de consentement, les taux d'insertion et les taux de retrait cinq mois avant et cinq mois après la formation, en utilisant les données des femmes avant accouché dans les établissements qui ont participé à l'étude.

Résultats : Au total, 27 622 femmes ont été incluses dans cette analyse dont 11 263 (40,8%) avant la formation et 16 359 (59,2%) après la formation. Il y a eu une augmentation de la proportion de femmes qui ont été conseillées (de 75,3% à 83,8%, $P < 0,001$), et une légère diminution de la proportion des acceptantes (13,7% vs 12,9%, $P = 0,03$). Le taux d'insertion global était similaire avant et après la formation (9,5% vs 9,8%, $P = 0,42$), tandis que le taux de retrait était passé de 2,8% à 1,8% ($P = 0,41$).

Conclusion : la formation structurée n'a eu aucun impact sur le taux d'insertion du DIUPP. Cependant, cela a eu un impact sur le nombre de femmes recevant du counseling, la qualité des conseils reçus et le taux de retrait.

Mots-clés : Bangladesh, Counseling, Planification familiale, Initiative FIGO, Dispositif intra-utérin en post-partum, Formation.

SUMMARY

Impact of contraceptive counselling training among counsellors participating in the FIGO initiative on postpartum intrauterine device in Bangladesh

Objective: To evaluate the impact of structured training given to dedicated family planning counsellors on postpartum intrauterine device (PPIUD) services across six tertiary hospitals in Bangladesh.

Methods: Family planning counsellors underwent structured training on postpartum family planning, PPIUD in particular, over a four-day period. Impact of training was evaluated by comparing PPIUD counselling rates, consent rates, insertion rates, and removal rates five months before and five months after the training, using data from women delivering in the participating facilities.

Results: A total of 27 622 women were included in this analysis: 11 263 (40.8%) before the training intervention and 16 359 (59.2%) after it. There was an increase in the proportion of women who were counselled (from 75.3% to 83.8%, $P < 0.001$), and a small decrease in the proportion of women agreeing to have a PPIUD inserted following counselling (13.7% vs 12.9%, $P = 0.03$). Overall insertion rate was similar before and after training (9.5% vs 9.8%, $P = 0.42$), while removal rate reduced from 2.8% to 1.8% ($P = 0.41$).

Conclusion: Structured training had no impact on overall PPIUD insertion rate. However, it did impact numbers of women receiving counselling, perceived quality of the counselling received, and overall removal rates.

Keywords: Bangladesh, Contraceptive counselling, Family planning, FIGO initiative, Postpartum intrauterine device, PPIUD; Training.

INTRODUCTION

L'espacement des naissances est un moyen efficace de réduire la morbidité et la mortalité maternelles, périnatales et infantiles, et l'OMS recommande une période d'au moins 24 mois entre l'accouchement et la conception pour réduire les risques néfastes de la grossesse [1]. Encourager l'utilisation d'une contraception efficace peut garantir suffisamment l'espacement entre les grossesses, et éviter les cas d'avortements à risque (un autre facteur de morbidité et de mortalités maternelles). Au Bangladesh, le gouvernement s'est engagé à mettre fin aux décès évitables d'enfants

et de mères d'ici 2030. Cependant, malgré diverses initiatives en planification familiale, les besoins non satisfaits en matière de contraception restent élevés, les grossesses non désirées représentant environ un tiers de toutes les grossesses [2].

Les femmes qui utilisent des méthodes contraceptives traditionnelles ou temporaires sont plus susceptibles d'avoir des grossesses non désirées que celles qui utilisent des méthodes contraceptives à longue durée d'action. Outre la disponibilité de méthodes fiables, le besoin non satisfait de contraception dépend également des comportements liés à l'adhésion à la méthode. Au Bangladesh, environ 36% des femmes mariées âgées

Tirés à part :Parveen Fatima, Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bangladesh, Dhaka, Bangladesh.

Email : drpfatima@gmail.com

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

FATIMA P., ANTORA A. H., DEWAN F., NASH S., SETHI M.
Impact de la formation en counseling contraceptif des conseillers participant à l'initiative FIGO sur le dispositif en post-partum intra-utérin au Bangladesh. Journal de la SAGO, 2019, vol.20, n°2, p.27-34

de 15 à 49 ans arrêtent la contraception après une année d'utilisation [3].

La figure 1 montre les tendances évolutives du taux de grossesse non désirée, du taux de prévalence contraceptive (TPC) et du taux d'arrêt de la méthode contraceptive au Bangladesh de 1993 à 2014 ; cependant, il n'indique pas la proportion de femmes qui changent de méthode ou qui cessent d'utiliser la contraception pour concevoir.

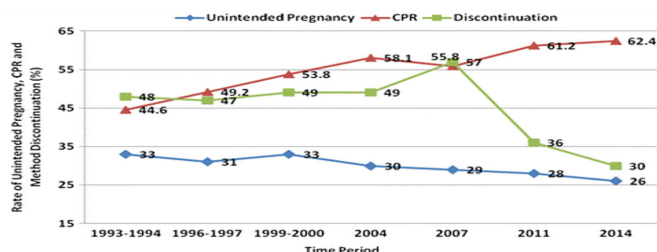


Figure 1 : Tendances évolutives du taux de grossesse non désirée, du taux de prévalence contraceptive et du taux d'arrêt de la méthode contraceptive au Bangladesh de 1993 à 2014 (BDHS 2014). Reproduit avec l'aimable autorisation de l'Institut National de Recherche et de Formation en Matière de Population (NIPORT), Mitra and Associates, ICF International [4]

Dans l'enquête Démographique et de Santé du Bangladesh (EDS) de 2014, il a été signalé que 12% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans au Bangladesh avaient un besoin non satisfait de contraception, 54% des femmes mariées utilisaient une méthode de contraception moderne [4]. Parmi ces femmes, 33% ont signalé l'arrêt de la méthode après un an d'utilisation, et seulement 8% des femmes mariées ont utilisé soit un contraceptif réversible à longue durée d'action, soit une méthode permanente. Ces facteurs contribuent largement à la stagnation du taux de fécondité Totale (TFT) au Bangladesh entre 2004 et 2014 [4]. Bien que la figure 1 montre certaines améliorations par rapport à 2007, avec une baisse des taux d'abandon et des améliorations modestes des taux de grossesses non désirées et des TPC, il est évident que pour atteindre l'objectif du Bangladesh qui est d'avoir un taux de fécondité de 1,7 d'ici 2021, les grossesses non désirées et les besoins non satisfaits en matière de contraception nécessitent une attention particulière.

La période post-partum immédiat est un moment idéal pour fournir une contraception dans des contextes où les femmes sont peu susceptibles de retourner dans un établissement de santé après l'accouchement. En outre, la période du post-partum est une période particulièrement à risque pour les femmes. Malgré cela, au Bangladesh, les services de contraception ne sont pas une priorité pour les prestataires de santé des hôpitaux, et ils sont rarement discutés au cours des contraceptions prénatales. La seule

méthode préconisée dans les hôpitaux est la ligature des trompes chez les patientes multipares qui ont un antécédent de césarienne.

L'une des méthodes contraceptives les plus efficaces pouvant être administrée pendant le post-partum immédiat est le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU), une méthode réversible, non hormonale de longue durée d'action.

Le DIU peut être inséré durant la période du post-partum immédiat et jusqu'à 48 heures après l'expulsion du placenta (après ce délai l'insertion n'est recommandée qu'à 4 à 6 semaines après l'accouchement); il est efficace jusqu'à 10 ans mais peut être retiré à tout moment. Au Bangladesh, l'utilisation d'intervalle ou du post-partum est limitée à seulement 0,6% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans [4].

Les femmes et leurs familles au Bangladesh manquent d'informations précises sur le DIU, et une combinaison de mythes concernant les DIU ainsi que les croyances religieuses dissuadent les femmes à utiliser le DIU en post-partum (DIUPP). L'OMS a introduit des interventions de counseling comme élément clé des soins de planification familiale pour améliorer l'utilisation des contraceptifs et l'observance afin de prévenir les grossesses non désirées [5]. Par conséquent, pour accroître la demande de DIU-PP au Bangladesh, la sensibilisation et le counseling des femmes et de leurs familles pendant les périodes prénatales, intra-partum et post-partum sont essentiels. Les professionnels de santé devraient être bien outillés pour offrir des séances de counseling aux femmes et à leurs familles. Cela garantira qu'ils reçoivent suffisamment d'informations sur les méthodes contraceptives concernant l'efficacité, l'utilisation correcte, les effets indésirables courants, les risques et avantages pour la santé, ainsi que les signes et symptômes qui nécessiteraient un retour à l'hôpital [6–8].

Pour répondre aux besoins non satisfaits de contraception et réduire la mortalité maternelle au Bangladesh, la Société Gynécologie Obstétrique du Bangladesh (SOGB), en partenariat avec la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), a développé une initiative visant à offrir aux femmes une planification familiale dans le post-partum (PFPP) et des services de counseling sur le DIUPP. L'initiative a été conçue pour former les professionnels de santé en counseling sur la PFPP et en insertion du DIUPP, pour leur permettre d'être intégrés dans les activités de counseling prénatal de routine et la pratique en salle d'accouchement.

Depuis janvier 2015, l'initiative a été mise en œuvre dans six hôpitaux universitaires de niveau 3 de quatre grandes villes du Bangladesh : Dacca, Sylhet, Chittagong et Khulna. Le tableau I montre les besoins non satisfaits dans les villes et les hôpitaux participants à l'étude avec les taux d'accouchements et d'interviews.

Tableau I : Besoins non satisfaits, taux d'accouchements et d'interviews dans les hôpitaux participants à l'étude au Bangladesh

Ville	Besoins non satisfaits dans la division %*	Hopitaux participants à l'étude dans la ville	Nombre de conseillers formés	Taux de prestation mensuel moyen	Nombre total d'accouchements pendant la période d'étude	Taux d'interview pendant la période d'étude (%)
Dhaka	12	Université Médicale et Hôpital du Bangabandhu Sheikh Mujib (BSMMU)	4	156	1539	85
		Hôpital Shaheed Suhrawardy Medical College (ShSMCH)	4	221	2238	96
Sylhet	18	Hôpital Dhaka Medical College (DMCH)	5	928	9264	60
		Hôpital Sylhet MAG Osmani Medical College (SOMC)	5	1,096	10951	70
Chittagong	17	Hôpital Chittagong Medical College (CMCH)	5	1,245	12417	69
Khulna	9	Hôpital Khulna Medical College (KMCH)	5	251	2545	97

*Toutes les femmes, enceintes et non-enceintes. Source : Koblinsky et al.3

Compte tenu des taux d'accouchements élevés, on craignait que les médecins et les infirmières ne disposent pas de suffisamment de temps pour fournir aux femmes un counseling efficace sur la PFPP. Par conséquent, des conseillères non professionnelles ont été recrutées pour fournir des séances de counseling approfondi supplémentaires en PFPP. Bien qu'il y ait eu des préoccupations initiales concernant l'introduction de conseillers en planification familiale (jamais employés auparavant au Bangladesh) et les aspects de pérennité, la stratégie avait été décrite dans d'autres pays à faibles ressources [9], ce qui a aidé à son acceptation au Bangladesh.

Une fois recrutés, les conseillers ont reçu une formation sur les différentes méthodes contraceptives proposées au Bangladesh et sur le DIUPP. On leur a remis des documents à utiliser lors des séances de counseling. Les conseillers ont été invités à fournir le counseling individuel et en groupe pendant la période prénatale, au début du travail et dans les 48 premières heures suivant l'accouchement. Le counseling a été complété dans le service de consultation externe (où les consultations prénatales ont lieu) avec des vidéos sur la PFPP et le DIUPP pour sensibiliser les femmes présentes.

À la suite des visites de suivi et d'évaluation cliniques, il est devenu clair que les conseillers avaient besoin d'une formation approfondie plus formelle en matière de counseling afin d'offrir un niveau plus élevé de services de conseils en PFPP. Par conséquent, après 18 mois de mise en œuvre, une formation de recyclage officiel de quatre jours a été organisée pour les 28 conseillers non professionnels. Le but de la présente étude était d'évaluer l'impact du cours de counseling approfondi de recyclage sur les performances de 28 conseillers non

professionnels en planification familiale. Les mesures sont indirectes et évaluent les taux de counseling en PFPP, les taux de consentement au DIUPP, les taux d'insertion et les taux de retrait six semaines après l'accouchement dans les six établissements.

I. MATERIELS ET MÉTHODES

Au total, 28 conseillers ont reçu une formation de recyclage au cours des quatre jours (17-20 juillet 2017). La formation a été dispensée par un spécialiste de la santé publique expérimenté d'une organisation partenaire en Inde, qui avait élaboré le cours et formé avec succès leurs propres conseillers locaux en planification familiale. Compte tenu de la similitude des contextes, cela a été jugé très approprié. La formation comprenait un cours complet et structuré sur la méthodologie de counseling ainsi que des informations factuelles sur la contraception et le DIUPP. Il comprenait une combinaison de formation de style exposé illustré et de jeu de rôle, et était axé sur l'approche GATHER (saluer, demander, dire, aider, expliquer, revenir) en matière de counseling.

Les participants ont été évalués par un test avant et après la formation pour évaluer le changement dans leurs connaissances. Le test comprenait 10 questions concernant l'espacement des naissances, les méthodes contraceptives et les techniques de counseling. Aucun professionnel de la santé (médecins, infirmières, etc.) n'a été inclus dans cette formation et le présent document ne porte pas sur les effets du counseling fournis par ces prestataires.

L'impact de la formation structurée a été évalué en comparant les données collectées cinq mois avant et cinq mois après la formation, en utilisant des données de mise en œuvre régulière collectées pendant l'initiative à des fins de suivi et de rapport. Les données préalables à la formation comprenaient toutes les femmes ayant accouché entre le 22 février et le 21 juillet 2017 et les données postérieures à la formation comprenaient toutes les femmes ayant accouché entre le 22 juillet et le 18 décembre 2017. Les données ont été recueillies sur des tablettes par des agents de collecte de données (ACD) recrutés pour l'initiative, exerçant dans les six hôpitaux participants à l'étude, à l'aide de la plateforme CommCare (Dimagi, Cambridge, MA, USA).

Toutes les femmes qui ont accouché dans les hôpitaux et qui résidaient au Bangladesh étaient éligibles à l'inclusion, et toutes les personnes approchées ont été invitées à consentir à participer à la collecte des données et à pouvoir refuser ou se rétracter à tout moment. Au Bangladesh, les études portant sur la collecte de données pour le suivi des projets sont exemptées de l'approbation institutionnelle.

Le tableau I montre les taux d'entrevue pour la période sélectionnée pour chaque établissement. Les femmes ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire structuré spécialement développé pour l'initiative, qui posait des questions concernant leurs expériences en matière de counseling, le consentement pour le DIUPP et l'insertion du DIUPP. Ces données ont été recueillies après l'accouchement avant que les femmes ne quittent l'hôpital. Des informations de suivi concernant la satisfaction à l'égard des services de counseling, la poursuite de la méthode si celle-ci avait été choisie et les complications ont été collectées par les ACD soit lorsque les femmes revenaient pour un contrôle postnatal à 4–6 semaines, soit par téléphone. La date de l'accouchement a été utilisée pour affecter les femmes dans les groupes ou après la formation. Lorsque la date de l'accouchement n'était pas connue, la date de l'entretien était utilisée comme repère.

Les analyses stratégiques permettaient de rechercher s'il y avait un changement dans la proportion de femmes consentant au DIUPP (parmi celles qui avaient été conseillées) et dans la proportion de femmes chez qui le DIUPP a été inséré (parmi celles qui avaient consenti). L'analyse initiale a comparé les proportions sans ajustement avec d'autres facteurs, en utilisant soit un test du chi² soit le test exact de Fisher lorsque les chiffres étaient faibles. Une analyse plus approfondie a été effectuée en utilisant la régression logistique dans la version 14.2 de Stata (Stata Corp, College Station, TX, USA). L'effet de l'entraînement est rapporté comme un rapport de cotes (OR) ou un rapport de cotes ajusté (ORa) avec un intervalle de confiance (IC) à 95%.

À titre d'analyses secondaires, nous avons comparé la proportion de femmes qui ont été conseillées et la proportion de personnes chez qui le DIUPP a été retiré lors du suivi 4 à 6 semaines après l'accouchement, ainsi que la satisfaction auto-déclarée des femmes à l'égard du service. Nous avons également effectué des analyses de sensibilité des deux critères d'évaluation principaux dans l'ensemble de la population féminine. Pour tenir compte de toute différence possible dans les caractéristiques des femmes dans les deux groupes, nous avons ajusté l'âge (en nombre entier d'années), le site, la gravité et le nombre d'enfants vivants (les deux étant des variables catégorielles de 1, 2, 3 et 4 ou plus). Pour les résultats en post-partum de l'insertion et du retrait, nous avons également inclus une variable binaire pour indiquer si des enfants ont survécu à la grossesse en cours. Les variables continues ont été résumées à l'aide de l'intervalle médian et interquartile (IQR).

II. RÉSULTATS

Les tests effectués avant et après la formation de recyclage en counseling ont montré une amélioration de la compréhension chez les conseillers, avec un taux d'amélioration global de 18%. Les conseillers qui avaient travaillé sur l'initiative depuis le début avaient une incidence plus élevée de réponses correctes au test de préformation, ce qui reflète leur apprentissage sur le tas, bien qu'il y ait encore une amélioration de 15% dans leurs réponses. Les conseillers nouvellement recrutés ont montré une meilleure amélioration du test post-formation, en hausse de 25%. Dans l'ensemble, les conseillers ont fait état d'une confiance accrue dans le counseling après la formation, ainsi que d'une meilleure connaissance de la nécessité de la PFPP, de l'éventail des méthodes disponibles, des avantages de chaque méthode et des effets indésirables potentiels. Les données ont été analysées pour évaluer l'impact de la formation sur la prise en charge des femmes ayant accouché dans les hôpitaux participant à l'étude. Au total, 27 622 accouchées ont été interrogées au cours de la période d'étude de 10 mois : 11 263 (40,8%) avant et 16 359 (59,2%) après la formation. L'âge médian des femmes dans les deux périodes était de 25 ans (IQR 21-28 ans) et les caractéristiques de base entre les deux périodes étaient comparables (tableau II).

Tableau II : Caractéristiques des femmes obtenues à partir des données analysées avant et après les périodes de formation

Caractéristiques	Avant la formation	Après la formation
Nombre d'accouchées	11 263 (40,8%)	16 359 (59,2%)
Âge, ^a (valeurs manquantes : 60 avant, 98 après)	25,0 (21,0 – 28,0)	25,0 (21,0 – 28,0)
<i>Parité (158 valeurs manquantes)</i>		
1	4763 (42,5%)	6859 (42,2%)
2	3510 (31,3%)	5161 (31,7%)
3	1917 (17,1%)	2849 (17,5%)
> 4	1013 (9,0%)	1392 (8,6%)
<i>Est-ce qu'il y a des enfants qui ont survécu à cette grossesse ? (Valeurs manquantes : 60 avant, 98 après)</i>		
Oui	10 547 (94,1%)	15 312 (94,2%)
<i>Conseillé (valeurs manquantes : 49 avant, 107 après)</i>		
Oui	8445 (75,3%)	13 617 (83,8%)
<i>Lieu de la dernière séance de counseling (valeurs manquantes : 60 avant, 98 après)</i>		
Accueil	4 (0,07%)	6 (0,06%)
Clinique communautaire / Upazilla HC	65 (0,8%)	174 (1,3%)
Hôpital de district de niveau périphérique	985 (11,7%)	1127 (8,3%)
Hôpital Universitaire (patients externes)	1134 (13,4%)	3913 (28,7%)
Hôpital Hospitalier (patients hospitalisés)	6252 (74,0%)	8350 (61,3%)
Autre	5 (0,1%)	47 (0,3%)
<i>Qui vous a conseillé lors de la dernière session ? (Valeurs manquantes : 2818 avant, 2742 après)</i>		
Conseiller	5878 (69,6%)	9426 (69,2%)
Médecin	2367 (28,0%)	2027 (14,9%)
Autre ^b	163 (1,9%)	2123 (15,6%)
Je Ne sais pas	37 (0,4%)	41 (0,3%)

a : Les valeurs sont données en nombre (pourcentage) ou médiane (plage interquartile).

b : Autres: sage-femme, infirmière, sage-femme communautaire, personnel d'éducation sanitaire, assistante sanitaire, travailleuse de la santé

Après un suivi de 4 à 6 semaines, 1050 femmes ont été interrogées (39,9% [n = 2633] des patients sous DIIPP, soit par téléphone, soit en consultation. Il y avait un taux de suivi plus élevé avant la période de formation (56,9% vs 27,6%). Le tableau III montre les résultats concernant le consentement et l'insertion du DIUPP.

Tableau III : Effet de la formation sur les principaux paramètres évalués

Caractéristiques	Avant l'entraînement	Après l'entraînement
Nombre de femmes ayant accepté la pose d'un DIU		
Parmi les femmes qui ont déclaré avoir reçu des séances de counseling sur le DIUPP	1158 (13,7)	1761 (12,9)
Parmi toutes les femmes interrogées	1160 (10,3)	1767 (10,8)
DIU inséré		
Parmi les femmes qui ont accepté l'insertion d'un		
DIU PP	1063 (91,6)	1572 (88,9)
Parmi toutes les femmes interrogées (valeurs manquantes : 9 avant, 19 après)	1069 (9,5)	1600 (9,8)
Satisfaction à l'égard du counseling (valeurs manquantes : 2257 avant, 2071 après)		
Très satisfait	895 (9,9)	1946 (13,6)
Satisfait	6274 (69,7)	8618 (60,3)
Plutôt satisfait	1830 (20,3)	3711 (26,0)
Insatisfait	7 (0,08)	13 (0,09)
Femmes suivant un suivi de 4 à 6 semaines ^b	608 (56,9)	442 (27,6)
DIU retiré lors de l'examen post-partum		
Oui	17 (2,8)	8 (1,8)

a : Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des conseils et des informations fournis sur le DIU du postpartum ?

b : Pourcentage de femmes ayant chez qui le DIUPP est inséré

Après la formation, il y a eu moins de retraits et une augmentation de la proportion de femmes qui ont déclaré être « très satisfaites » du counseling (de 9,9% à 13,6%). Il y a eu une légère diminution des deux critères principaux entre les deux périodes (tableau IV).

Tableau IV : Effet de la formation sur les principaux paramètres évalués avant et après la période de formation

Résultat	N°.	aOR ^a	95% CI	Valeur P
Femmes ayant reçu un counseling	27 316	2.05	1.89–2.21	<0.001
Femmes avant accepté le DIUPP	21 928	0.91	0.84–0.99	0.03
DIUPP inséré ^b	2919	0.92	0.69–1.21	0.54
DIUPP retiré ^c	1038	0.65	0.28–1.52	0.32
Analyses de sensibilité sur l'ensemble de la population				
Agréé	27 464	1.00	0.92–1.08	0.92
DIUPP inséré	27 441	0.96	0.88–1.05	0.39

a : Résultats du modèle de régression logistique ajusté pour l'âge, le site, la gravité, le nombre d'enfants vivants.

b : Insertion OU ajusté en plus pour la survie de l'enfant après l'accouchement actuel.

c : Retirée de OU n'est pas ajustée en raison de la rareté des données.

La proportion de femmes ayant reçu le counseling qui ont consenti à ce qu'un DIUPP soit inséré a légèrement diminué, passant de 13,7% à 12,9% (ORa 0,91 ; IC à 95% 0,84–0,99, P = 0,03), tandis que la proportion de femmes chez qui le DIUPP a été inséré (après consentement) est passé de 91,6% à 88,9% (ORa 0,92 ; IC à 95% 0,69–1,21, P = 0,54). La proportion globale de femmes qui ont bénéficié de DIUPP a faiblement (9,5% vs 9,8%, P = 0,42). En examinant les sous-groupes (âge, parité et nombre d'enfants vivants) par rapport aux principaux résultats du consentement et de l'insertion, il y avait peu de preuves suggérant un changement au sein d'un groupe spécifique (tableau V).

Tableau V : Taux de consentement et d'insertion par sous-groupe

Sous-groupe	Agréé ^a		PPIUD ^b	
	Avant (%)	Après (%)	Avant (%)	Après (%)
Tranche d'âge (y)				
15–19	11,4	7,2	94,7	87,1
20–24	12,6	10,2	93,4	88,4
25–34	14,6	15,4	92,3	90
35+	17,1	16,2	80	84,4
Parité				
1	8,6	6	96,5	90,4
2	16,3	16,8	93,5	89,3
3	17	17,3	88,3	89,3
≥4	14,5	16,2	83,3	84,3
Nombre d'enfants vivants				
0 ^c				
1	8,9	6	94,5	91
2	17,6	18,3	94,1	89,9
3	16,1	17,4	87	86,8
≥4	14,5	16,5	77,4	85

a : Pourcentage de femmes ayant reçu le counseling.

b : Pourcentage de femmes qui ont accepté.

c : Les effectifs étaient négligeables

Les résultats montrent l'impact bénéfique de la formation sur la proportion de femmes qui ont reçu le counseling, qui est passé de 75,3% à 83,8% (ORa 2,05 ; IC à 95% 1,89–2,21 ; P <0,001) car le nombre de conseillers était le même avant et après la formation. Bien qu'il y ait eu un conseiller supplémentaire dans chaque établissement après la formation, l'augmentation du nombre de conseillers n'est pas proportionnelle à l'augmentation du personnel. La formation a également permis à réduire le nombre de femmes chez qui le DIUPP a été retiré au cours du suivi avec un taux qui est passé de 2,8% à 1,8% (P exact de Fisher = 0,41). En raison de la rareté des données, il n'a pas été possible d'effectuer une régression ajustée ; le rapport de cotes non ajusté était de 0,65 (IC à 95% 0,28–1,52 ; P = 0,32).

III. DISCUSSION

Il est important de souligner les limites de cette étude. Les données utilisées pour l'analyse étant des données de surveillance habituelles, elles n'ont pas été conçues particulièrement pour cette étude. Par conséquent, certaines variables qui auraient pu montrer davantage d'effets de la formation n'ont pas été saisies. Cela comprenait la durée du counseling (prénatal, intra-partum, post-partum), le nombre de séances de counseling, ou le fait que les femmes aient utilisé une méthode de contraception moderne autre que le DIUPP. Une autre limite était le taux de suivi des femmes qui ont bénéficié du DIUPP qui était d'environ 40%. Cela reflète la réalité du suivi post-partum et illustre en quelque sorte pourquoi la PFPP immédiat est si précieuse dans ce contexte. Une approche à guichet unique signifie qu'une seule visite d'une femme à l'hôpital peut se traduire par un bénéfice maximal. Les résultats analysés n'ont donc pas pu inclure les 60% de femmes restantes porteuses d'un DIUPP qui ne sont pas revenues pour un suivi.

Outre le counseling, d'autres facteurs auraient pu influencer sur les résultats analysés. L'accès à la prestation de services a joué un rôle dans cette étude car de nombreuses femmes qui ont reçu le counseling et accepté le DIUPP lors des consultations prénatales dans les établissements participants à l'étude n'ont pas accouché dans ces établissements, et par conséquent, les données sur ces femmes ne sont pas disponibles. De plus, la réduction des insertions pour les femmes qui ont consenti à avoir un DIUPP ne dépendait pas des conseillers mais plutôt de la disponibilité de prestataires formés pour effectuer les insertions une fois le consentement donné, des contre-indications à l'accouchement ou du retrait du consentement au moment de l'insertion. Cela explique pourquoi seulement 88,9% des femmes qui ont accepté ont finalement bénéficié de l'insertion du DIUPP. Cela était donc indépendant de la formation des conseillers. Il est important de se rappeler qu'il existe des contre-indications standard à l'insertion et donc même si les femmes acceptent, il n'est parfois pas possible

d'effectuer l'insertion (par exemple après une rupture prolongée des membranes).

Les résultats obtenus n'étaient que le reflet d'une interaction complexe de nombreux facteurs dont le counseling n'était qu'une partie, bien qu'importante. Un counseling efficace est primordial lorsqu'il s'agit de la contraception, en particulier lorsque les croyances socio-culturelles ont une grande influence sur la prise de décision des femmes. Au Bangladesh, il existe de nombreux obstacles à l'acceptation de la contraception. Les femmes ont souvent mentionné que leur religion n'accepterait pas le fait d'être enterré avec un corps étranger en cas de décès. De même, les perceptions erronées quant à l'endroit où le DIU pourrait migrer une fois dans le corps incluaient le cœur et le cerveau et constituaient une barrière supplémentaire à son utilisation. Des proches parents tels que le mari et la belle-mère peuvent également représenter un obstacle lors de counseling, où souvent la femme n'était pas la seule décideuse en ce qui concerne le choix des méthodes contraceptives.

Un counseling individuel approfondi et de bonne qualité dans un pays comme le Bangladesh est d'une importance capitale. Dans les six hôpitaux universitaires, les conseillers ont joué un rôle clé pour dissiper les mythes et informer pleinement les femmes de leurs choix en matière de contraception. Bien que la ratification par les médecins de nouvelles méthodes soit un élément important, les prestataires ont conseillé près de 70% des femmes dans les deux groupes d'étude. Les femmes en âge de procréer ont été délibérément choisies pour effectuer le counseling parce qu'elles comprendraient mieux les préoccupations des femmes et seraient mieux en mesure de créer un lien avec la patiente. Bien qu'une formation initiale ait été menée, cette étude suggère qu'une formation plus complète et structurée a abouti à des conseillers plus confiants et mieux informés qui ont continué à mener non seulement plus de séances de counseling, mais surtout d'une qualité supérieure. Bien que les données ne montrent pas d'impact sur l'utilisation du DIUPP avant et après la formation, l'augmentation du taux de counseling indique combien la formation a été bénéfique pour améliorer l'efficacité du travail des conseillers, ce qui a permis à davantage de femmes de recevoir des informations complètes sur leurs méthodes contraceptives du post-partum afin d'espacer leurs grossesses.

Les taux de satisfaction avaient augmenté et la diminution des retraits étaient également susceptibles d'être le résultat d'un meilleur counseling. La formation menée au cours de cette étude a amélioré la confiance des conseillers dans la dispensation des informations sur la PFPP et augmenté leur connaissance des méthodes contraceptives modernes, leur permettant de réaliser des séances de counseling efficaces dans un contexte où les professionnels de santé n'auraient pas pu effectuer le counseling pour toutes les patientes.

Le taux de retrait qui ont diminué au cours des cinq mois suivant la formation donne une indication

supplémentaire que les prestataires prodiguaient des conseils plus efficaces. Les taux de retrait élevés indiquent généralement un mauvais counseling, car les femmes sollicitent le retrait lorsqu'elles éprouvent des effets secondaires courants ou n'ont pas reçu toutes les informations sur la méthode qui leur a été donnée. Un faible taux de retrait signifie généralement que les femmes qui ont reçu un DIUPP sont informées sur les effets possibles et leur prise en charge, et comprennent parfaitement les avantages du DIU. Un counseling de qualité plus complet se traduit généralement par la participation des membres de la famille au processus décisionnel, ce qui entraîne à son tour moins de retrait au bout de six semaines, car toute la famille est d'accord sur la méthode. Ces données n'ont pas été recueillies dans l'analyse actuelle, mais il est prouvé qu'un bon counseling aboutit à une prise de décision collective et donc moins de retrait.

Enfin, bien que nous ne puissions pas commenter l'impact de la formation en counseling en sur le recours au DIUPP, il est reconnu que la formation a contribué à une augmentation du nombre de femmes bénéficiant du counseling et à la poursuite de l'utilisation du DIUPP. Pour les gouvernements qui souhaitent augmenter les taux de prévalence de la contraception et réduire les taux de fécondité, comme au Bangladesh, la formation des conseillers en planification familiale serait une solution intéressante, en particulier dans les hôpitaux où le flux de patientes est élevé.

CONCLUSION

Bien que la formation en counseling structuré ne semble pas avoir eu un impact significatif sur l'utilisation du DIUPP, cela peut être dû à une multitude d'autres facteurs qui influenceraient la décision d'une femme et sa capacité à accéder au DIUPP. La réduction des taux de retrait et l'augmentation des taux de counseling méthodes d'avoir des conseillers spécialisés bien formés pour fournir un counseling complet aux femmes sur leurs méthodes de contraception du post-partum. Nous croyons qu'il est très utile de disposer de conseillers compétents et dévoués pour fournir un counseling approfondi qui, autrement, ne se produiraient pas étant donné la charge de travail importante des prestataires de soins de santé dans ces grands hôpitaux universitaires.

Contributions d'auteur : *PF, AHA, FD et MS ont écrit le manuscrit avec l'aide de SN. SN a nettoyé, analysé et présenté les données avec le soutien de MS. Tous les auteurs ont lu le manuscrit avant de le soumettre. MS a travaillé sur le projet alors qu'elle était employée par la FIGO.*

Remerciements : *Nous tenons à remercier les membres de l'équipe PPIUD à OGSB et au sein des établissements participants à l'étude qui ont travaillé dur pour rendre cette initiative possible. Nous tenons à remercier Dr Thelma Sequiera et la Fondation Avni Fondation de Santé pour leur conception et leur prestation du programme de formation des conseillers. Nous remercions le gouvernement du Bangladesh pour son soutien et sa participation à 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/doi/10.1111/1471-2547.15111>

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

REFERENCES

1. **OMS.** Rapport d'une consultation technique de l'OMS sur l'espacement des naissances. Genève : OMS ; 2007.
2. **Koblinsky M, Anwar I, Mridha MK, Chowdhury ME, Botlero R.** Réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé maternelle : Bangladesh et OMD 5. *J Health Popul Nutr.* 2008 ; 26 : 280-294.
3. **Huda FA, Robertson Y, Chowdhuri S, Sarker BK, Reichenbach L, Somrongthong R.** Pratiques contraceptives chez les femmes mariées en âge de procréer au Bangladesh : examen des preuves. *Santé de la reproduction.* 2017 ; 14 : 69.
4. **Institut National de Recherche et de Formation Démographiques (NIPORT), Mitra et associés, ICF International.** Enquête démographique et sanitaire sur le Bangladesh 2014. Dhaka et Rockville, MD : NIPORT, Mitra and Associates, ICF International ; 2016
5. **Landry DJ, Wei J, Frost JJ.** Implication des prestataires publics et privés dans l'amélioration de l'utilisation contraceptive de leurs patientes. *La contraception.* 2008 ; 78 : 42-51.
6. **Organisation Mondiale de la Santé, Département de la santé et de la recherche en matière de reproduction.** Admissibilité médicale à l'utilisation de contraceptifs. Troisième éd. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2004
7. **Kim YM, Davila C, Tellez C, Kols A.** Évaluation de l'outil de prise de décision en matière de planification familiale de l'Organisation mondiale de la santé : Améliorer la communication sur la santé au Nicaragua. *Patient Educ Couns.* 2007 ; 66 : 235-242.
8. **Organisation Mondiale de la Santé.** Stratégies de programmation pour la planification familiale en post-partum. Genève : OMS ; 2013.
9. **Martin A.** Amélioration de la qualité pour les clients : la stratégie de counseling équilibrée. Résumé du programme FRONTIERS n°3. Washington, DC : Population Council ; 2003.